

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
PEDAGOGICKÁ FAKULTA
Katedra antropologie a zdravotní péče

Diplomová práce

Bc. Sarah Freibauerová

Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy

Zkušenosti budoucích všeobecných sester s péčí o pacienta s
infaustní prognózou na jednotkách intenzivní péče

Olomouc, 2022

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

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Bc. Sarah Freibauerová
Katedra:	Katedra antropologie a zdravotní vědy
Vedoucí práce:	PhDr. Hana Heiderová, Ph.D.
Rok obhajoby:	2022

Název práce:	Zkušenosti budoucích všeobecných sester s péčí o pacienta s infaustní prognózou na jednotkách intenzivní péče
Název práce v angličtině:	Nursing students' experience with caring for dying patients on selected intensive care units
Anotace práce:	Diplomová práce se věnuje problematice zkušeností budoucích všeobecných sester s péčí o pacienty s infaustní prognózou na jednotkách intenzivní péče. Práce předkládá kvalitativní šetření, ve kterém byly u souboru 8 studentů oboru Všeobecné ošetřovatelství/Všeobecná sestra na Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Hradci Králové a studentů oboru Diplomovaná všeobecná sestra na Vyšší odborné škole zdravotnické v Hradci Králové sledovány jejich zkušenosti s péčí o pacienty s infaustní prognózou na jednotkách intenzivní péče. Jako nástroj sběru dat byl uplatněn polostrukturovaný rozhovor. Zaměřen byl na tyto oblasti: motivace k výkonu povolání před a po zkušenostech na JIP, zkušeností s péčí o pacienty s infaustní prognózou na JIP, zkušenosti s umíráním na JIP, prožívání zkušeností a názorů studentů na péči poskytovanou zdravotnickým personálem pacientům s infaustní prognózou na JIP.
Klíčová slova:	Student, všeobecná sestra, polostrukturovaný rozhovor, zkušenosti, péče o pacienta, infaustní prognóza, jednotka intenzivní péče

Anotace v angličtině:	The diploma thesis is focused on experience of nursing students with caring for dying patients on intensive care units. The thesis presents a qualitative survey in which a group of 8 students from Charles University, Faculty of Medicine in Hradec Králové, General nursing program and students from Higher Vocational Medical School in Hradec Králové, Certified General Nurse program, were monitored their experience with caring for dying patients while working on selected intensive care units. Semi-structured interview was used as a qualitative method.
Klíčová slova v angličtině:	Student, Nursing, Semi-structured interview, Experience, Dying patient, Intensive care unit
Přílohy vázané v práci:	Příloha 1 Sylaby předmětů Ošetrovatelská péče u akutních a kritických stavů a Ošetrovatelská péče o nevléčitelně nemocné na LFHK Příloha 2 Sylaby předmětů Ošetrovatelství v intenzivní péči a Paliativní péče VOŠZ HK Příloha 3 Informovaný souhlas Příloha 4 Žádost o udělení souhlasu ke sběru dat
Rozsah práce:	77 stran
Jazyk práce:	Český jazyk

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

V Olomouci dne 6. 6. 2022

.....

Bc. Sarah Freibauerová

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

OBSAH

1	ÚVOD – PŘEDMĚT ZKOUMÁNÍ A HLAVNÍ CÍL	7
2	PŘEHLED PUBLIKOVANÝCH POZNATKŮ K TÉMATU DP.....	8
2.1	VZDĚLÁVÁNÍ VŠEOBECNÝCH SESTER.....	8
2.1.1	Implementace intenzivní ošetrovatelské péče do pregraduální přípravy 10	
2.1.2	Implementace paliativní péče do pregraduální přípravy.....	12
2.1.3	Celoživotní vzdělávání všeobecných sester	16
2.2	INTENZIVNÍ PÉČE.....	18
2.2.1	Zkušenosti studentů s péčí o pacienty na JIP.....	20
2.3	PACIENT S INFAUSTNÍ PROGNÓZOU	24
2.3.1	Umírání v prostředí intenzivní medicíny.....	24
2.3.2	Zkušenosti studentů s péčí o umírajícího pacienta	25
2.4	METODIKA A VÝSLEDKY LITERÁRNÍCH REŠERŠÍ.....	28
3	PRAKTICKÁ ČÁST.....	30
3.1	METODIKA.....	30
3.2	VÝSLEDKY	34
4	DISKUZE.....	58
5	ZÁVĚR.....	64
	REFERENČNÍ SEZNAM.....	66
	SEZNAM ZKRATEK	74
	SEZNAM TABULEK.....	75
	SEZNAM DIAGRAMŮ.....	76
	SEZNAM PŘÍLOH.....	77
	PŘÍLOHY	78

1 ÚVOD – předmět zkoumání a hlavní cíl

Intenzivní medicína představuje dynamický obor, který v posledních letech zaznamenává značný znalostní i technologický vývoj. Bohužel i přes významný progres v intenzivní péči ne vždy lze zabránit smrti. Na jednotkách intenzivní péče (dále JIP) jsou v mnoha případech hospitalizováni kriticky nemocní pacienti, jejichž stav je na pomezí života a smrti. Proto je potřeba si uvědomit, že k práci sestry na JIP neoddelitelně patří péče o pacienta s infaustní prognózou a také o zemřelého. (Ševčík, 2014)

Umírání v prostředí JIP je v současné době velmi specifické. Rozvoj technologie dosáhl takového stupně, že kriticky nemocní pacienti jsou udržováni při životě na přístrojové a medikamentózní podpoře. Práce sester se tak stává komplexnější a výrazně náročnější na vědomosti i dovednosti. (Kuře, 2012)

Ač je téma všeobecných sester a jejich zkušeností s umíráním a smrtí na JIP bezpochyby aktuální, je však nutné zamyslet se také nad tím, jak tyto situace vnímají a prožívají studenti připravující se na profesi všeobecné sestry.

Ve vzdělávání budoucích českých všeobecných sester je intenzivní ošetrovatelská péče jakožto předmět definována kvalifikačním standardem přípravy na výkon zdravotnického povolání všeobecná sestra. Dle standardu patří intenzivní ošetrovatelská péče do povinných oborových předmětů a je koncipována jako teoreticko-praktický předmět. (Věstník č. 9 MZ ČR, 2021) Danielis (2021) vnímá jednotky intenzivní péče jako užitečné výukové prostředí, kde mohou studenti rozvíjet široké spektrum svých dovedností, učit se interdisciplinárnímu přístupu, pečovat o pacienty s komplexními potřebami a osvojit si schopnost zvládat stresové situace, jako je například péče o pacienty s infaustními prognózami. (Danielis, 2021)

Motivací k vypracování předložené diplomové práce byla osobní zkušenost autorky s mentorováním budoucích všeobecných sester na jednotce intenzivní péče. Setkání studentů s umíráním a smrtí v prostředí jednotek intenzivní péče bylo pro autorku podnětem důkladněji se věnovat této problematice.

Hlavním cílem kvalitativní studie v praktické části diplomové práce bylo identifikovat zkušenosti budoucích všeobecných sester s péčí o pacienty s infaustní prognózou na jednotkách intenzivní péče.

2 PŘEHLED PUBLIKOVANÝCH POZNATKŮ K TÉMATU DP

2.1 VZDĚLÁVÁNÍ VŠEOBECNÝCH SESTER

Integrace České republiky do evropských struktur po roce 2004, kdy se stala členským státem Evropské unie (dále EU), měla výrazný vliv na český právní řád, který byl a stále je ve velké míře ovlivňován primárními a sekundárními právními akty EU. Působnost EU v oblasti zdravotnictví zakotvuje zejména článek č. 168 Smlouvy o fungování EU, dále článek č. 53 Smlouvy o fungování EU, který stanovuje podmínky pro vzájemné uznávání kvalifikace lékařských a nelékařských zdravotnických pracovníků. (Zákon č. 96/2004 Sb.)

Ze sekundárních právních aktů stojí za zmínku směrnice Evropského parlamentu a Rady 2005/36/ES o uznání odborných kvalifikací, která sjednotila požadavky týkající se úrovně vzdělávání, potřebných znalostí a dalších aspektů regulovaného povolání. (Evropský parlament a Evropská rada, 2013)

Do české legislativy byla tato směrnice implementována zákonem č. 18/2004 Sb., *o uznávání odborné kvalifikace a jiné způsobilosti státních příslušníků členských států Evropské unie a o změně některých zákonů*. Jedním z těchto regulovaných povolání je profese všeobecné sestry, kde došlo k rozsáhlým změnám ve struktuře povolání a jejich vzdělávání. (Evropský parlament a Evropská rada, 2013)

V první polovině roku 2004 vstoupil v účinnost zákon č. 96/2004 Sb., *o nelékařských zdravotních povoláních*. Dle § 5 lze odbornou způsobilost k výkonu povolání všeobecné sestry získat absolvováním nejméně tříletého akreditovaného zdravotnického bakalářského studijního oboru pro přípravu všeobecných sester, nebo nejméně tříletého studia v oboru diplomovaná všeobecná sestra na vyšších zdravotnických školách. Došlo tak k prodloužení studia ze čtyř let na sedm. Obor všeobecná sestra na středních zdravotnických školách byl začátkem akademického roku 2004/2005 zrušen a nahrazen oborem zdravotnický asistent. (Zákon č. 96/2004 Sb.)

Výše zmíněný zákon č. 96/2004 Sb. s sebou přinesl nejen změny ve vzdělávání sester, ale také rozdělil výkon zdravotnického povolání na výkon bez odborného dohledu, výkon pod odborným dohledem a výkon pod přímým vedením. (Zákon č. 96/2004 Sb.)

Za výkon bez odborného dohledu se považuje výkon činností, ke kterým je zdravotnický pracovník způsobilý na základě indikace lékaře a které provádí bez ohledu na přítomnost nebo dosažitelnost rady a pomoci lékaře. Za výkon pod odborným dohledem se

považuje výkon činností, ke kterým je zdravotnický pracovník způsobilý, pokud je v dosahu pro radu zdravotnický pracovník způsobilý k výkonu těchto činností bez odborného dohledu. Výkon činností pod přímým vedením vyžaduje neustálou přítomnost a pokyny zdravotnického pracovníka kompetentního k výkonu povolání bez odborného dohledu.

Z těchto podmínek vyplývá, že je všeobecná sestra na rozdíl od zdravotnického asistenta způsobilá k výkonu svého povolání bez odborného dohledu. Za výkon povolání všeobecné sestry se považuje poskytování ošetrovatelské péče. (Zákon č. 96/2004 Sb.)

Celková reforma vzdělávacího programu počínaje rokem 2004 se bohužel negativně podepsala na početním stavu nelékařského zdravotnického personálu a byla příčinou jeho nedostatku. Po několika letech byla směrnice 2005/36/ES pro své nedostatky a neefektivnost novelizována v podobě směrnice 2013/55/EU. Na základě této změny došlo v České republice k novelizaci zákona 96/2004 Sb., která nabyla účinnosti 1. září 2017. (Evropský parlament a Evropská rada, 2013; Zákon č. 201/2017 Sb.)

Zákon č. 201/2017 Sb. mění 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)*. Zákonná ustanovení zároveň zrušují vyhlášku č. 423/2004 Sb., kterou byl stanovován kreditní systém pro vydání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez přímého vedení nebo odborného dohledu zdravotnických pracovníků. Novelizace zákona měla primárně vést ke stabilizaci a zkvalitnění stávajícího pregraduálního kvalifikačního systému vzdělávání ošetrovatelských profesí s ohledem na aktuální potřeby ve zdravotnictví. (Zákon č. 201/2017 Sb.)

Minimální požadavky na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání stanovuje vyhláška č. 470/2017 (mění vyhlášku č. 39/2005 Sb.). (Vyhláška č. 470/2017 Sb.)

Ministerstvo zdravotnictví ve spolupráci s Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy v souladu se zákonem 201/2017 Sb. (měnící zákon č. 96/2004 Sb.) a s výše zmíněnou vyhláškou vydává kvalifikační standard přípravy na výkon zdravotnického povolání všeobecná sestra, a to v nejméně tříletém akreditovaném zdravotnickém bakalářském studijním programu nebo v nejméně tříletém studiu v oboru diplomovaná všeobecná sestra na vyšší odborné škole. V tomto kvalifikačním standardu jsou podrobně specifikovány požadavky na výše uvedený studijní program. (Věstník č. 9 MZ ČR, 2021)

2.1.1 Implementace intenzivní ošetrovatelské péče do pregraduální přípravy

Vzdělávání v oblasti intenzivní péče je definováno Mezinárodní zdravotní organizací (WHO – *European Critical Care Nursing Curriculum*) ve spolupráci se Světovou federací sester v intenzivní péči a Evropskou asociací sester v intenzivní péči. Obvykle je vzdělávání v oblasti intenzivní péče postkvalifikační záležitostí ve formě specializačních kurzů nebo postgraduálního navazujícího studia. (Lakanmaa, 2013)

Oblasti pro praktické vyučování sester v pregraduální přípravě doporučené evropskou směrnicí bohužel nezahrnují prostředí intenzivní péče. I přesto však vzdělávací programy v oboru ošetrovatelství umožňují studentům konat praxe na jednotkách intenzivní péče (dále JIP). (Danielis, 2021)

Ve vzdělávání budoucích českých všeobecných sester je předmět Intenzivní ošetrovatelská péče definován kvalifikačním standardem přípravy na výkon zdravotnického povolání všeobecná sestra. Dle standardu patří intenzivní ošetrovatelská péče do povinných oborových předmětů a je koncipována jako teoreticko-praktický předmět, který seznamuje studenta se základy intenzivní péče a specifikami ošetrovatelského procesu u náhle vzniklých a neodkladných stavů. Dále ho seznamuje s organizačním zajištěním intenzivní péče, etickými problémy, zásadami intenzivního ošetrování na JIP a ARO zejména v souvislosti s ošetrovatelskou péčí o pacienty se selhávajícími základními vitálními funkcemi, poruchou vnitřního prostředí či polytraumaty. (Věstník č. 9 MZ ČR, 2021)

Trvající nedostatek sesterského personálu v nemocničních zařízeních po celém světě má za následek rostoucí přísun nově vystudovaných všeobecných sester bez specializačního vzdělání na JIP. Serafin s kolektivem autorů mapovali připravenost čerstvých všeobecných sester k práci na JIP. Většina z respondentů dle získaných dat nebyla dostatečně připravena. Respondenti zmiňovali nedostatky v těchto oblastech: (1) komunikace, (2) týmová práce, (3) profesní sebevědomí, (4) teoretické znalosti aplikovatelné v praxi. Autoři studie jako řešení nedostatečné připravenosti čerstvých všeobecných sester doporučují posílit vzdělávací programy v oboru ošetrovatelství o simulační výuku. Zároveň považují podporující pracovní prostředí za rozhodující pro profesní rozvoj. (Serafin, 2021)

Intenzivní medicína obecně představuje prostředí dynamické s vysokými nároky na čas, týmovou spolupráci, rychlé uvažování, rozhodování a jednání. Návik správného řešení akutních stavů v pregraduální výuce všeobecného ošetrovatelství zpravidla patří do náplně předmětů první pomoc a ošetrovatelská péče u akutních a kritických stavů. Praktická výuka

u lůžka, která je často využívána v jiných klinických předmětech, je v akutních situacích ovšem značně limitována (personálně, prostorově, časově i didakticky). Přednášky ani samostudium v těchto předmětech nepředstavují optimální cestu k získání dovedností, a to pro nedostatečnou názornost. Samotná fixace paměťové stopy je podmíněna expozicí studenta kritické situaci a vytvořením vhodné reakce. Kombinace komplexní znalosti a praktické zkušenosti je ve výuce akutní péče klíčová, i přesto ale často opomíjená. (Harazim, 2015) Autoři Macindo a Harazim se shodují v tom, že praktické vyučování je ve výuce intenzivní péče zásadní. Pomáhá studentům integrovat jejich znalosti do praxe a tím vystavět pomyslný most mezi teorií a praxí. Nedostatek tohoto přístupu je dle autorů přetrvávajícím problémem ve vzdělávání budoucích všeobecných sester i lékařů. Macindo a kolektiv provedli conjoint analýzu u studentů pregraduálního studia oboru ošetřovatelství, která se týkala jejich preferencí v praktickém vzdělávání na JIP. Součástí preferenční analýzy byl dotazník, který obsahoval otázky z 5 oblastí: (1) Délka trvání praxe na oddělení, (2) Zapojení mentora, (3) Zapojení studenta během praxe, (4) Struktura skupin studentů, (5) Adaptační program. Analýza dat ukázala, že studenti preferovali delší trvání praxe na daném akutním oddělení, dále preferovali mentora, který s nimi byl po celou dobu praxe, a pozitivně hodnotili plné zapojení do chodu oddělení. Cítili se být součástí týmu a pracovali s větším sebevědomím a entuziasmem. Co se týče složení skupin studentů, kteří společně absolvovali praxi na daném oddělení, preferovali respondenti spíše menší skupiny, tj. 2–3 studenti ve skupině. I přesto, že se studenti zúčastnili adaptačních programů zaměřených na přípravu praxe na urgentních odděleních, měli z praxe na těchto odděleních obavy. Preferovali by tedy, aby adaptační program probíhal iterativně. Opakovaná zpětná vazba, sebereflexe a zodpovězení nejasností by přispěly k pozitivnímu učení a posílení motivace studentů. (Macindo et al., 2019)

Macindo s kolektivem doporučují využít získané poznatky k úpravě kurikula vzdělávání všeobecných sester v této konkrétní oblasti. Existuje ale i další možnost, jak řešit limitaci praktického vzdělávání budoucích všeobecných sester v intenzivní péči. V posledních letech došlo k enormnímu rozvoji výuky založené na simulaci. Simulace představuje strategii ve výuce, která umožňuje interakci přinášející částečnou až úplnou klinickou zkušenost bez nutnosti vystavit pacienty rizikům začátečnických chyb. Díky technologickému vývoji se možnosti a příležitosti zapojení simulační výuky do vzdělávání neustále rozšiřují. (Harazim, 2015) Harazim vidí v simulaci prostředí kritických situací dobrou příležitost pro trénink kooperace multidisciplinárních týmů. V rámci své publikace kolektiv autorů představuje přehled možností interaktivní výuky nabízené na Lékařské

fakultě Masarykovy univerzity. Trend interaktivní výuky je integrován v kurikulech většiny západních univerzit.

Chen a kolektiv provedli experimentální studii, kde zkoumali vliv simulace na zlepšení výkonu studentů během resuscitace. Experimentu se zúčastnilo 39 studentů třetího ročníku všeobecného ošetrovatelství v rámci kurzů Mimořádné události a Intenzivní péče. Konečné výsledky ukázaly, že studenti se díky simulačnímu nácviku zlepšili ve výkonu během simulované resuscitace, konkrétně se zkrátil čas mezi zavoláním záchranné služby a začátkem komprese hrudníku a také se zvýšila úspěšnost defibrilace. (Chen, 2020)

Důležité je si uvědomit, že simulační medicína klade vysoké nároky na materiální, prostorové a také personální zajištění, což může být právě klíčovým faktorem bránícím zařadit simulační výuku do kurikula vzdělávání všeobecného ošetrovatelství.

2.1.2 Implementace paliativní péče do pregraduální přípravy

V České republice potřebuje každoročně paliativní péči přes 70 000 pacientů. Většina chronicky nemocných pacientů umírá na lůžkách akutní či následné péče. Nejčastěji jde o pacienty hospitalizované kvůli očekávatelné progresi chronického onemocnění. Výrazné části těchto hospitalizací by bylo možné předejít při lepším plánování a organizaci péče. (Centrum paliativní péče, 2018; Sláma, 2004)

V rámci pregraduálního vzdělávání všeobecných sester v České republice je předmět paliativní péče dle kvalifikačního standardu zařazen, stejně jako předmět intenzivní ošetrovatelská péče, do povinných oborových předmětů. Paliativní péče je koncipována jako teoreticko-praktický předmět, který je součástí komplexu předmětů z klinického ošetrovatelství. Studenta seznamuje s komplexní multidisciplinární péčí poskytovanou pacientovi, který trpí nevy léčitelnou chorobou v pokročilém či konečném stadiu, s ohledem na jeho důstojnost a kvalitu života. Zároveň se předmět zaměřuje na všestrannou oporu příbuzným a nejbližším umírajících. (Věstník č. 9 MZ ČR, 2021) Nicméně v řadě zemí paliativní medicína/péče zatím stále není součástí vzdělávacích programů. (Kabelka, 2016; Kabelka, 2020)

Sociální a demografické změny, ke kterým v posledních desetiletích v rozvinutých zemích světa došlo, vedly k výraznému nárůstu prevalence chronických progresivních onemocnění. V péči o tyto pacienty se zdravotníci potýkají s klinickou, ale i etickou otázkou týkající se rozsahu a intenzity zdravotní péče. Tito zranitelní pacienti potřebují dobrou paliativní péči. Budoucí zdravotníci by proto měli být v rámci pregraduálního i

postgraduálního studia systematicky připravováni na to, aby byli schopni poskytovat kvalitní a efektivní paliativní péči. V zemích, kde byla paliativní medicína a péče zařazena do vzdělávání budoucích zdravotníků, bývají tyto předměty velice kladně hodnoceny právě samotnými studenty. (Kabelka, 2016; Kabelka, 2020)

Vzdělávání budoucích všeobecných sester a jejich příznivý postoj k paliativní péči může přímo ovlivnit budoucí kvalitu péče o umírající pacienty. Vzhledem k tomu, že všeobecná sestra tráví s pacientem téměř veškerý čas, hraje nepostradatelnou roli v péči o něj a také při práci a komunikaci s jeho nejbližšími. (Jiang, 2019) Avšak jak konstatuje Jiang, mnoho studií poukazuje na nedostatek znalostí v problematice paliativní péče a také na to, že se studenti ani všeobecné sestry necítí dostatečně připraveni na péči o umírající pacienty. Jiang s kolektivem autorů pomocí deskriptivní a průřezové metody výzkumu zjistili, že vědomosti čínských studentů všeobecného ošetrovatelství jsou nedostatečné. Celkem 96 % těchto studentů odpovědělo, že potřeba dodatečného vzdělávání v paliativní péči je nutná. Téměř 80 % respondentů nemělo zájem o práci na odděleních paliativní péče nebo si tím nebyli jisti. Nejčastějšími důvody jejich postojů byly depresivní a smutné pracovní prostředí, strach setkat se se smrtí tváří v tvář a strach z potenciálních sporů. (Jiang, 2019) Glover a kolektiv publikovali studii, jejíž výsledky ukázaly, že téměř 85 % amerických všeobecných sester a studentů ošetrovatelství nezískalo dostatečný výcvik v paliativní péči a v péči o umírající pacienty během svého pregraduálního studia všeobecného ošetrovatelství. (Glover, 2017) Dimoulová a skupina autorů použili k získání dat stejný nástroj jako Jiang (2019) – *Kvíz Paliativní péče v ošetrovatelství*¹, díky kterému získali výsledky týkající se téže problematiky – vědomosti a postoje řeckých studentů ošetrovatelství k paliativní péči. Výsledky studie Dimoulové se shodovaly s některými výsledky studie Jianga (2019) a to především v nízké úrovni vědomostí řeckých studentů o paliativní péči. (Dimoula, 2019; Jiang, 2019) Azami-Aghdash a kolektiv publikovali studii s problematikou týkající se hospicové péče, kde výsledky poukázaly na to, že téměř 62 % dotazovaných respondentů, kterými byly iránské všeobecné sestry, nemělo žádné znalosti v hospicové péči. Celkem 80 % těchto respondentů se zároveň shodlo na tom, že znalosti všeobecných sester v problematice hospicové péče je nutno zlepšit, jelikož potřeba hospicové péče mezi pacienty značně narůstá. (Azami-Aghdash, 2015)

¹ Palliative Care Quiz for Nursing (PCQN).

Napříč zeměmi je pozorována určitá heterogenita a variabilita v úrovni implementace oboru paliativní péče do kurikula vzdělávání všeobecných sester. Ve Španělsku s novelizací kurikula v roce 2012 došlo zároveň k implementaci oboru paliativní péče. Předmět je koncipován jako teoreticko-praktický a jeho dílčí témata jsou zařazena do různých předmětů skrze celé studium s kulminující hodinovou dotací v posledním ročníku pregraduálního studia. Vidal a kolektiv za využití kvantitativního šetření v kombinaci s kvalitativním zkoumali osvojování vědomostí týkajících se paliativní péče u španělských studentů ošetrovatelství. Výsledky studie ukázaly, že transversální inkluze oboru paliativní péče napříč studiem byla efektivní. Celkem 63 % respondentů dosáhlo dobrých výsledků při testování, a prokázalo tak dostačující znalost paliativní péče. (Vidal, 2020) Longitudinální studie realizovaná ve Švédsku Henochovou a kolektivem se zaměřovala na podobnou problematiku jako Vidal. Skupina studentů z šesti švédských univerzit vyplňovali škálu Frommeltové – *Postoje vůči péči o umírající*², poprvé na začátku studia a následně na sklonku studia. Výsledky dotazníku, který respondenti vyplňovali na konci svého studia, prokázaly pozitivní změny v získaných vědomostech a postojích studentů. Pětítýdenní teoretická příprava v oboru paliativní péče během studia se ukázala jako přínosná. Studenti se po této přípravě cítili lépe připraveni pečovat o umírající pacienty než studenti, kteří byli ještě na začátku svého studia, a tudíž pětítýdenní teoretickou přípravou zatím neprošli. (Henoch, 2017) Škálu Frommeltové – *Postoje vůči péči o umírající* použil k získání dat také kolektiv autorů v čele s výše zmiňovanou Dimoulovou (2019). Přesto, že úroveň vědomostí řeckých studentů o paliativní péči byla relativně nízká, analýza výsledku škály Frommeltové ukázala, že postoje studentů vůči umírajícím jsou pozitivní, podpůrné a liberální. Celkem 60 % řeckých studentů se prezentovalo zájmem o péči o umírající pacienty a o pomoc jejich rodinám. (Dimoula, 2019)

Skupina zmíněných autorů se téměř ve všech případech shoduje na tom, že je důležité zkvalitnit vzdělávání budoucích sester v paliativní péči. V Číně se situace dle Jianga (2019) zdá být téměř kritická z důvodu minimálních znalostí v oboru a negativních postojů vůči péči o umírající. Z výše zmíněných dat vyplývá, že španělští studenti ošetrovatelství dosahovali nejvyšší úrovně vědomostí o paliativní péči. Vysokou úroveň vědomostí prokázali i studenti ze Švédska. Důvodem rozdílných výsledků napříč zeměmi může být právě zmíněný rozdíl v systému vzdělávání studentů všeobecného ošetrovatelství, konkrétně tedy v oboru paliativní péče. (Dimoula, 2019; Henoch, 2017; Jiang, 2019)

² Frommelt Attitude Toward Care of the Dying Scale (FATCOD).

V přílohách č. 1 a 2 jsou uvedeny sylaby předmětů Intenzivní ošetrovatelské péče a Paliativní péče společně s hodinovou dotací dvou vybraných škol – Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové (dále LFHK) a Vyšší odborné školy zdravotnické v Hradci Králové (dále VOŠZ HK). Tyto školy byly vybrány proto, že jejich studenti figurují jako respondenti ve výzkumné části práce.

2.1.3 Celoživotní vzdělávání všeobecných sester

Celoživotní vzdělávání by mělo být nedílnou součástí profesního života všeobecných sester. Profesní rozvoj slouží všeobecným sestřám k učení aktuálních doporučených postupů při poskytování odborné péče, rozvíjí jejich znalosti a dovednosti. Díky tomu mohou všeobecné sestry zajistit vysoce kvalitní, odbornou ošetrovatelskou péči širokému spektru pacientů.

K tomu, aby se všeobecné sestry dlouhodobě vzdělávaly, je zásadní jejich pozitivní postoj k seberozvoji a jejich motivace k učení. Havlíčková (2012), která metodou dotazníku mapovala postoje sester k neformálnímu profesnímu vzdělávání, zjistila, že postoje sester respondentek jsou převážně pozitivní, konkrétně byly z 96 % procent spokojeny s erudicí lektorů vzdělávacích akcí, ve více než 73 % s využitelností informací v praxi. Zároveň respondenti a respondentky vykazovali poměrně vysokou úroveň motivace k celoživotnímu vzdělávání. Téměř 75 % respondentů/respondentek věřilo, že díky dalšímu vzdělávání lépe porozumí své práci. Překvapivé pro Havlíčkovou však bylo, že i přesto, že úroveň motivace sester v důsledku lepšího porozumění práci byla relativně vysoká, 57 % dotazovaných nové poznatky v práci uplatňuje pouze zřídka a téměř 90 % neuplatňuje nové ověřené postupy na pracovišti. Mlambo a kol. (2021) se s Havlíčkovou shodují v motivaci sester k lepšímu porozumění své práci. Jako další zdroje motivace sester kolektiv autorů zmiňuje také zlepšení dovedností a znalost aktuálních postupů a doporučení. Ze závěrů obou studií vyplývá, že zdravotní sestry se profesně vzdělávají na základě vnitřní, nikoliv vnější motivace. (Havlíčková, 2012; Mlambo, 2021)

Celoživotní vzdělávání je někdy spojováno také s určitými překážkami. Znalost těchto překážek nám může pomoci lépe porozumět přístupu všeobecných sester k dalšímu vzdělávání. Mlambo a kol. (2021) provedli studii na téma *Celoživotní vzdělávání sester a jejich profesionální rozvoj*, kde bylo na základě metasyntézy kvalitativních studií stanoveno 5 oblastí, které se týkaly organizační kultury důležité pro realizaci celoživotního vzdělávání, podpůrného prostředí jako předpokladu, postojů a motivace důležité pro profesní hodnotu sester, vědomí překážek v celoživotním vzdělávání a vliv vzdělávání na praxi. Z metasyntézy vyplývá, že profesní rozvoj sester je důležitý k udržování aktuálních znalostí a dovedností, ovšem dle kolektivu autorů by přístup k dlouhodobému profesnímu rozvoji mohl být dostupnější, realističtější a relevantnější. Mezi organizační faktory, které byly shledány jako stěžejní, patří účelné financování programů profesního vzdělávání, účast na vzdělávacích aktivitách, uzpůsobení pracovní zátěže během vzdělávání nebo také spolupráce

mezi organizátory vzdělávacích akcí a managementem pracoviště. K velmi podobným závěrům došli autoři Lera a kolektiv (2020), kde v rámci dotazníkového šetření necelých 60 % respondentů uvedlo jako překážku finanční náklady, 62 % uvedlo jako překážku časovou náročnost a přibližně 60 % uvedlo mnoho pracovních a rodinných povinností. Více než 50 % respondentů shledalo za problematickou nedostatečnou podporu od zaměstnavatele. (Mlambo, 2021; Lera, 2020)

Nejen že je ze zmíněných studií patrná důležitost organizační kultury celoživotního vzdělávání, je ale také nutné si uvědomit, že určité strategie vzdělávání nám mohou velice usnadnit organizaci vzdělávání a také zvýšit jeho kvalitu. Qalehsari a kol. vydali v roce 2017 systematickou review na téma *Celoživotní vzdělávací strategie v ošetrovatelství*, jejímž cílem bylo objasnit strategie celoživotního vzdělávání studentů ošetrovatelství s ohledem na mezinárodní zkušenosti. V rámci studie bylo stanoveno několik stěžejních témat, tj. (1) Intelektuální a praktická nezávislost, (2) Kooperativní učení, (3) Výzkumné myšlení, (4) Vytrvalost v učení, (5) Učení založené na potřebách, (6) Management učení, (7) Vhodné prostředí a inkluzivní růst. Po identifikaci a objasnění strategií celoživotního vzdělávání bylo kolektivem autorů doporučeno využít výsledky studie nejen v programech celoživotního vzdělávání, ale také ve vzdělávacích programech zdravotnických škol. Využití těchto strategií může s velkou pravděpodobností vést ke zkvalitnění vzdělávání, rozvoji profesních kompetencí a v neposlední řadě ke zkvalitnění samotné ošetrovatelské péče. (Qanbari Qalehsari, 2017)

2.2 INTENZIVNÍ PÉČE

Intenzivní medicína je lékařský obor zaměřující se na nemocné s akutními, život ohrožujícími stavy. Někteří autoři považují intenzivní medicínu, resp. **intenzivní péči** spíše za způsob poskytování léčebné péče než za medicínský obor. (Ševčík, 2014)

Obecně přijímaným cílem intenzivní péče je diagnostika, kontinuální sledování a léčba pacientů s potenciálně léčitelnými život ohrožujícími chorobami, úrazy a komplikacemi, u nichž je nezbytná důkladnější lékařská i ošetrovatelská péče než jakou lze poskytnout na standardních odděleních. (Ševčík, 2014)

Pracoviště intenzivní péče

Pracoviště intenzivní péče (v zahraničí nejčastěji používán termín ICU – *Intensive care unit*) jsou určena nemocným s potenciálním nebo již probíhajícím selháním jednoho či více orgánů. V rozvinutých zemích je doporučována stratifikace pracovišť intenzivní medicíny do tří, resp. čtyř úrovní. **Pracoviště intenzivní medicíny (dále PRIM) III. stupně** bývají součástí velkých fakultních nemocnic. Poskytují komplexní intenzivní péči včetně specializovaných diagnostických a terapeutických postupů. Personální zajištění se skládá ze specializovaných intenzivistů, lékařů v postgraduální přípravě, vědeckých pracovníků, specializovaných všeobecných sester a pomocného zdravotnického personálu. Poměr počtu sester k počtu nemocných v každé směně by měl být 1:1. **PRIM II. stupně** se zpravidla nachází ve větších všeobecných nemocnicích. Mají stálého lékaře – intenzivistu a možnost multidisciplinární spolupráce. Na rozdíl od PRIM III. stupně neposkytují komplexní podporu orgánů a plné spektrum monitorování. **PRIM I. stupně** bývají v malých nemocnicích. Umožňují intenzivní sesterské monitorování, neodkladnou resuscitaci, krátkodobou UPV (do 24 hodin). Někdy jsou tato pracoviště označována za ekvivalent jednotek intermediární péče. **Jednotky intermediární péče** zajišťují péči na úrovni mezi standardním oddělením a JIP. Poskytují monitorování a podporu nemocným ohroženým rozvojem orgánového selhání, včetně možnosti krátkodobé ventilační podpory či neodkladné resuscitace. Jsou mezistupněm při přechodu z intenzivní do standardní péče. (Ševčík, 2014)

Definování tří úrovní PRIM je důležité pro vytvoření hierarchie jednotek intenzivní péče a pro adekvátní organizaci a využití lůžek intenzivní péče ve velkých nemocnicích. (Ševčík, 2014)

Kategorizace pacientů v intenzivní péči

V současné době se do popředí dostává snaha o formalizaci rozhodovacích procesů v oblasti kategorizace léčby terminálně nemocných. Kategorizace neboli diferenciaci rozsahu péče dle stavu a prognózy pacienta je podstatnou součástí léčby. (Ševčík, 2014)

Cílem kategorizace nemocných v intenzivní péči je maximálně využít všech dostupných možností diagnostiky a terapie u pacientů, u kterých lze očekávat zlepšení stavu nebo obnovení přijatelné kvality života, a omezení/úprava léčby u těch pacientů, kde by další léčba vedla k prohloubení utrpení nemocného bez naděje zlepšení zdravotního stavu. Z toho vyplývá, že výsledky intenzivní péče již nejsou hodnoceny pouze parametrem přežití, ale i dosažitelným stupněm kvality života pacienta. (Kapounová, 2020)

Kapounová zmiňuje tyto kategorie: (1) Maximální terapie využívající veškeré dostupné diagnostické a terapeutické postupy, součástí péče je i resuscitace vitálních funkcí při jejich selhání. (2) Maximální terapie až do okamžiku selhání vitálních funkcí pacienta. (3) Jsou využívány takové diagnostické a terapeutické postupy, které představují minimální standard v terapii daného stavu, součástí této péče je i ordinace *Do Not Resuscitate* (dále DNR). (4) Nerozšiřovaná léčba, ve které není rozšiřováno již stávající spektrum diagnostických a terapeutických postupů. Součástí této péče je ordinace DNR. (5) Redukovaná bazální terapie, kdy je indikováno zastavení či omezení stávající úrovně léčby. Samozřejmě součástí této péče je maximální ošetrovatelská péče a ordinace DNR. (Kapounová, 2020)

V literatuře i v praxi se lze často setkat se zkratkou DNR, která znamená, že v případě zástavy oběhu nebude zahájena kardiopulmonální resuscitace. Nebývá považována za samostatnou kategorii rozsahu léčby, ale je součástí nerozšířené či bazální terapie. (Kapounová, 2020; Pavlík, 2008)

Jakmile je léčba považována za tzv. marnou, je ošetřujícím týmem sledováno jako logické, že tato léčba nebude nadále prodlužována. V roce 2003 byla publikována rozsáhlá evropská studie (*The Ethicus Study*), která prokázala, že limitace léčby na JIP je běžnou součástí každodenní praxe. Mezi nejčastější faktory vedoucí ke změně kategorie pacienta patřily: věk, akutní a chronické komorbidity, délka hospitalizace na JIP, akutní neurologické diagnózy a další. (Pavlík, 2008)

2.2.1 Zkušenosti studentů s péčí o pacienty na JIP

Jednotky intenzivní péče jsou vnímány jako užitečné výukové prostředí pro budoucí všeobecné sestry. V takovém prostředí mohou studenti rozvíjet široké spektrum svých dovedností, učit se interdisciplinárnímu přístupu, pečovat o pacienty s komplexními potřebami a osvojit si schopnost zvládat stresové situace, jako je například péče o kriticky nemocné pacienty. (Danielis, 2021) Zároveň práce na JIP může zvýšit sebevědomí studentů a podpořit schopnost kritického myšlení. (Williams & Palmer, 2013)

V tomto kontextu považujeme za nutné opět zmínit (viz kapitolu 1.1), že globální nedostatek kvalifikovaných všeobecných sester vede k tomu, že mnoho jednotek intenzivní péče zaměstnává čerstvé absolventy v oboru. Tato situace vyvolává potřebu zaměřit se na problematiku zkušeností studentů s péčí o pacienty na JIP a na základě získaných dat provést potenciálně nutné změny v pregraduální přípravě budoucích všeobecných sester, konkrétně tedy v předmětu intenzivní péče. (Williams & Palmer, 2013)

Ač je mapování zkušeností studentů důležitým aspektem k evaluaci klinických praktik, nebylo dosud publikováno mnoho studií zabývajících se zkušenostmi studentů ošetrovatelství s péčí o pacienty na JIP. (Tastan, 2015; Williams & Palmer, 2013; Vatansever, 2016)

Tastan a kolektiv autorů kvalitativním zkoumáním mapovali zkušenosti tureckých studentů nabyté na JIP. Data byla získána od 15 studentů v posledním ročníku bakalářského studia metodou polostrukturovaného rozhovoru. Kódováním získaných dat byly objeveny oblasti týkající se zkušeností studentů s intenzivní péčí (dále IP): (1) úzkost, (2) strach z poškození pacienta, (3) emocionální propojení a empatie, (4) posílení sebevědomí, (5) vnímání zodpovědnosti za pacienty, (6) upřednostňování péče o pacienty, (7) zachování důstojnosti, (8) zvládání konfliktních situací a (9) komunikace na JIP. Analýzou dat bylo zjištěno, že studenti měli strach z poškození pacienta při vykonávání péče především na začátku klinických praktik. Toto zjištění může vyplývat z novosti prostředí a nedostatku dovedností, které úzce souvisí s péčí o pacienty na JIP. Nejnáročnější zkušenost byla pro některé studenty změna stavu pacienta. Autory bylo v rámci této problematiky poukázáno na to, že témata týkající se smrti a péče v závěru života nejsou podle nich dostatečně implementována do kurikula vzdělávání. Z tohoto důvodu nebyli studenti schopni zvládat tyto pocity a vykazovali negativní reakce. Po delším časovém intervalu na JIP získali studenti sebevědomí díky zkušenostem s IP. Data dále ukázala, že postupem času se studenti na JIP cítili dobře a po absolvování studia by na JIP chtěli pracovat. (Tastan, 2015)

Metoda polostrukturovaného dotazníku byla zvolena ke sběru dat také ve studii kolektivu autorů v čele s dr. Vatanseverovou. Cílem studie bylo zjistit, jaký vliv mají zkušenosti budoucích všeobecných sester (studentů) s IP na jejich vzdělávání. Analýzou dat byly objeveny čtyři oblasti týkající se vlivu zkušeností IP na vzdělávání studentů: (1) vnímání prostředí JIP a pacientů na JIP, (2) pomyšlení stát se sestrou na JIP, (3) chápání komunikace a empatie v kontextu péče o pacienty na JIP a (4) přínos zkušeností s péčí o pacienty na JIP do vzdělávání studentů. (Vatansever, 2016)

Ačkoliv bývají JIP považovány za užitečné prostředí pro vzdělávání budoucích všeobecných sester, ukázalo se, že zkušenosti dotazovaných studentů s péčí na IP ve studii Vatanseverové byly z velké části negativní. Prostředí JIP bylo pro studenty kvůli své komplexnosti matoucí a pracovní zátěž všeobecných sester se jim zdála vysoká. Během klinické praxe na JIP si studenti uvědomili důležitost efektivní komunikace a empatie v péči o pacienta, na druhou stranu se ale setkali i s komunikací ze strany personálu, která byla v péči o pacienty na JIP nevhodná. Ačkoliv studenti měli možnost pozorovat různé ošetrovatelské postupy aplikované u pacientů, některým vadilo, že většinu z těchto postupů jim nebylo povoleno přímo vykonat. (Vatansever, 2016)

Z části článku *Metodika* není zcela jasné, v jakém ročníku studia se účastníci nacházejí. Tato informace je v kontextu zkušeností s péčí na IP důležitá. Po analýze kurikula vzdělávání v oboru všeobecného ošetrovatelství na Univerzitě v Burse (Turecko) bylo zjištěno, že předmět ošetrovatelství v chirurgii, který respondenti během své účasti na studii absolvovali, je vyučován ve 3. semestru z celkových 8 semestrů. Předmět ošetrovatelská péče u akutních stavů (*Emergency Nursing*) je vyučován ve 4. semestru. Z toho vyplývá, že studenti absolvovali klinická praktika na JIP v poměrně rané fázi studia, tudíž s nedostatkem odborných znalostí a dovedností a také bez předchozího absolvování předmětu ošetrovatelská péče u akutních stavů (*Emergency Nursing*). (Institute of Health Science, 2019; Vatansever, 2016) Zmíněné údaje mohly být jedním z důvodů negativních zkušeností dotazovaných studentů.

I přesto, že JIP nejsou všeobecně považovány za vhodné prostředí pro studenty v prvním a druhém ročníku pregraduálního studia všeobecného ošetrovatelství, Danielis považuje klinická praktika v prostředí JIP pro tyto studenty za přínosná. Péče o jednoho či dva pacienty může studentům poskytnout dostatek času k podrobnému pochopení komplexnosti péče o pacienta na JIP. (Danielis, 2021)

Novější poznatky týkající se zkušeností studentů ošetrovatelství s IP byly zveřejněny ve studii z roku 2020. Data byla získána kvalitativní metodou, konkrétně šlo o analýzu

dokumentů – 28 deníků studentovy sebereflexe³. Do deníku sebereflexe studenti v průběhu klinických praktik zaznamenávali své myšlenky, aktivity, sociální interakce. Tyto deníky mohou být následně využity učiteli a mentory klinických praktik k posouzení kompetencí, které si studenti osvojili, a zároveň k získání užitečných informací o osobních zkušenostech studentů včetně jejich pocitů, názorů a copingových strategií. (González-García, 2020)

Obsah deníků studentovy sebereflexe byl analyzován ve třech fázích. Na konci analýzy byly identifikovány čtyři tematické oblasti týkající se zkušeností studentů s IP: první se vztahovala k prožití *intenzivní emocionální zkušenosti*, druhá oblast se vztahovala k *významu postojů studentů k odborným technikám*. Studenti se v rámci praktik naučili pracovat samostatně a být za svojí práci zodpovědní. Téměř všichni respondenti potvrdili, že se v rámci péče naučili respektu k pacientovi, naučili se být empatičtí a být pro pacienty oporou. Třetí oblast souvisela s *identifikací s rolí všeobecné sestry, která dominuje v prostředí JIP a je schopná navázat pozitivní vztah s pacienty*. Studenti oceňovali vřelé přivítání personálem na JIP, entuziasmus všeobecných sester a jejich ochotu mentorovat studenty. Poslední tematická oblast se týkala pacientů a jejich rodin, autoři ji pojmenovali *Způsoby zkvalitnění péče o kriticky nemocné pacienty a podpora jejich rodin*. (González-García, 2020)

Autoři v rámci zkoumání zároveň mapovali rozdíly ve zkušenostech s IP na základě pohlaví. Analýzou dat bylo zjištěno, že studentky disponovaly zkušenostmi v oblasti vnímání potřeb pacientů a převážně se soustředily na individuální péči o pacienta. Studenti se zaměřovali spíše na zkušenosti v oblasti provozu a organizace práce na JIP. (González-García, 2020)

V roce 2021 kolektiv autorů provedl sekundární analýzu dat z národní italské průřezové studie realizované mezi lety 2015–2016, která zkoumala, jak studenti ošetrovatelství vnímali kvalitu jednotek intenzivní péče v kontextu prostředí pro vzdělávání, poté porovnávali tato hodnocení mezi dvěma skupinami – (1) studenti, kteří klinická praktika absolvovali na JIP, a (2) studenti, kteří praktika absolvovali na jiných odděleních. Na základě získaných dat autoři posuzovali korelace mezi hodnocením kvality výukového prostředí a získanými kompetencemi. Celkem 9 607 studentů ošetrovatelství v rámci průřezové studie hodnotilo kvalitu oddělení, kam docházeli během klinických praktik, pomocí nástroje *Index hodnocení kvality klinického vzdělávání (Clinical Learning Quality*

³ Originální název, který je uveden v článku: Reflective Learning Journal.

Evaluation Index, dále CLEQI). Míru získaných kompetencí hodnotili pomocí Likertovy škály. (Danielis, 2021)

Z celkového množství respondentů pouze 323 z nich (tj. 3,5 %) absolvovalo klinická praktika na JIP. Důvodem takto nízkého počtu mohl být podle autorů fakt, že student navštěvující JIP vyžaduje individuální dohled mentorem, kterých je kvůli všeobecnému nedostatku sesterského personálu velmi málo. Dále některé vzdělávací programy v oboru nenabízí JIP jako volitelné oddělení pro splnění klinických praktik, a to proto, že oddělení JIP nejsou dle směrnic EU doporučeny v seznamu oddělení pro konání praktik. (Danielis, 2021)

Co se týče kvality vzdělávacího prostředí, studenti, kteří absolvovali praktika na JIP, vykazovali vyšší střední hodnotu všech faktorů v CLEQI v porovnání se studenty, kteří absolvovali praxi na jiných odděleních, než byly JIP. Také vyšší procento studentů z JIP odpovědělo, že si osvojili „mnoho“ kompetencí ve srovnání se studenty mimo JIP. (Danielis, 2021)

Z výsledků analýzy dat studie kolektivu autorů vyplývá, že JIP může být prostředím, kde studenti ošetrovatelství získají užitečné zkušenosti. Je ovšem důležité, aby takové prostředí, v kontextu vzdělávání, bylo kvalitní. (Danielis, 2021)

2.3 PACIENT S INFAUSTNÍ PROGNÓZOU

Pojem infaustní neboli „nepříznivý“ je nejčastěji používán k popisu prognózy pacienta. V běžné praxi infaustní prognóza znamená, že pacienta již nelze vyléčit a onemocnění končí jeho úmrtím. V závislosti na celkovém stavu pacienta a s ohledem na možnosti léčby je možné indikovat terapii, která má za cíl úmrtí oddálit, nikoli ovšem za cenu zhoršení kvality života v důsledku nežádoucích účinků terapie, nebo lze indikovat terapii symptomatickou, jejímž cílem je tlumení projevů onemocnění (bolest, dušnost, zvracení). (Cesta domů, 2014)

Pacient, kterému byla aktuálně sdělena infaustní prognóza, začne uvažovat o umírání a smrti. Stanovení diagnózy a následná léčba vyvolávají u pacientů s terminálním onemocněním strach, stejně tak u jejich nejbližších. V době, kdy je pacientovi sdělena infaustní diagnóza, u něj nastávají problémy, které ovlivňují výskyt strachu, úzkosti, deprese. K pacientovi je třeba přistupovat individuálně a brát v úvahu, jak těžké životní situace je schopen zvládnout. (Kelnarová, 2007)

Na jednotkách intenzivní péče se často setkáváme s pacienty ve stavu, ve kterém nejsou schopni komunikovat. V případě omezení léčebných postupů je zcela zásadní medicínské odborné posouzení stavu nemocného, který se musí jevit jako jednoznačně nepříznivý, bez možnosti jeho zvratu nasazením nových postupů či pokračováním stávající léčby. V případě nemožnosti využití práva souhlasu či nesouhlasu s léčbou vzhledem k nedostatku pacientovy právní způsobilosti je rozhodnutí vázáno pravidly zákona o zdravotních službách a občanského zákoníku. (Ševčík, 2014)

2.3.1 Umírání v prostředí intenzivní medicíny

Všeobecně přijatým cílem intenzivní péče je zachování života a zdraví pacienta. Moderní medicína je schopna poskytnout péči, díky které jsou léčeny i dříve neléčitelné stavy. S tím ovšem vyvstávají nové problémy etické a ekonomické. Etická složka je v intenzivní medicíně zásadní, jelikož se věnuje stavům na pomezí života a smrti. (Ševčík, 2014) Proto je potřeba si uvědomit, že k práci sestry na JIP neoddělitelně patří péče o pacienta s infaustní prognózou a také o zemřelého. Umírání v prostředí JIP je velmi individuální. Pacienti jsou napojeni na kontinuální monitoraci, často zajištění množstvím různých invazivních vstupů. Boxy jsou zařízeny tak, aby na pacienta byl dostatečný výhled, což souvisí s problémem zajištění dostatečné intimity pacienta, eventuálně i jeho rodiny.

Sjednocená terminologie, vymezení pojmů v oblasti rozhodování o ukončení života a striktní oddělení pojmu paliativní léčba od pojmu eutanazie jsou základním předpokladem realizace paliativní péče u pacientů v intenzivní péči. V některých případech se bez ní intenzivní medicína neobejde. Změna léčby intenzivní na léčbu paliativní neznamena, že pacient je omezen na svých právech, naopak i přes ireverzibilní zdravotní stav pacienta celý zdravotnický tým nadále pečuje o jeho potřeby. Eliminují dystanazii. (Metznerová & Zítková, 2018; Ševčík, 2014)

V roce 2010 vydala Česká lékařská komora (dále ČLK) *Doporučení k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli*. Dokument obsahuje doporučení k poskytování paliativní péče u terminálně nemocných dospělých pacientů, kteří o sobě nejsou schopni sami rozhodovat. Cílem dokumentu je formulovat základní východiska a principy pro rozhodování o zahájení paliativní péče, zdůraznit etické aspekty, včetně respektování předchozího vyjádření pacienta, zachování lidské důstojnosti, zajištění maximálního komfortu nemocných, dále se věnuje omezení poskytování marné léčby, zlepšení komunikace mezi zdravotníky a rodinou a uvnitř zdravotnického týmu a v neposlední řadě formuluje stanoviska pro laickou i odbornou veřejnost vedoucí k podpoře vzniku místních doporučení na jednotlivých pracovištích intenzivní péče. Z analýzy, která byla provedena autorkami Metznerovou a Zítkovou, vyplynulo, že se zdravotníci v procesu realizace změny intenzivní léčby na paliativní řídí aktuálními doporučeními. (Metznerová & Zítková, 2018)

Podle Kopeckého a Rusinové narůstá evidence o prospěšnosti paliativní intervence v akutních stavech, a to nejčastěji u pacientů v prostředí intenzivní péče, kde bývá hlavním tématem intenzivní péče přiměřená pacientovým hodnotám a u pacientů, kteří trpí pokročilým chronickým onemocněním, které vyžaduje opakované akutní rehospitalizace. (Kopecký & Rusinová, 2019)

2.3.2 Zkušenosti studentů s péčí o umírajícího pacienta

I přesto, že je umírání a smrt nedílnou součástí práce všeobecných sester, jsou pozorovány globální nedostatky v systému vzdělání týkající se péče v závěru života. Výsledky publikovaných studií naznačují, že čerství absolventi v oboru nejsou dostatečně připraveni na konfrontaci se smrtí a v důsledku toho pociťovali negativní emoce, jako byla slabost, bezradnost a vina. (Anderson, 2015) Takové emoce mohou mít negativní vliv na kvalitu poskytované péče. (Ferguson & Cosby, 2017)

Mapování zkušeností studentů ošetrovatelství s péčí o umírající pacienty se zdá být kvalitním ukazatelem toho, zda systém vzdělávání v této problematice vybaví budoucí všeobecné sestry adekvátními schopnostmi v dané oblasti péče. (Wang, 2019)

V roce 2019 byla publikována systematická review kvalitativních studií, jejímž cílem bylo zmapovat dostupné vědecké důkazy o zkušenostech studentů ošetrovatelství s péčí o umírající pacienty. Analýzou dat byly objeveny čtyři tematické kategorie: (1) Studenti a umírající pacienti, (2) Studenti a rodina umírajících pacientů, (3) Studenti a okolí, (4) Studenti a pocity. (Wang, 2019)

Wang se domnívá, že studenti, kteří byli součástí zkoumaného vzorku, nebyli dostatečně vzděláni v oblasti projevů terminálního stadia. Pro příklad autor uvedl, že studenti během poskytování péče umírajícím pacientům pociťovali úzkost. Když měl pacient bolesti, ale nebyli schopni aplikovat metody, které by bolest eliminovaly, spoléhali se pouze na předepsaná analgetika. Přitom existuje mnoho metod, jak ulevit od bolesti v terminálním stadiu nemoci. Studenti si zároveň nebyli jisti svými komunikačními schopnostmi. S umírajícím pacientem a s jeho rodinou komunikovali spíše intuitivně. Tvrdili, že pro ně bylo těžké využít znalosti týkající se komunikace, které se naučili ve škole. Prostředí klinických praktik bylo pro studenty inspirující. Profesionální chování personálu k umírajícím pacientům na ně udělalo velmi dobrý dojem. Nemohli si však nevšimnout, jak nedostatek všeobecných sester negativně ovlivňuje kvalitu poskytované péče. Vedle pozitivních reakcí se v odpovědích objevovaly reakce negativní, a to v oblasti prožívání studentů. Skleslá nálada při poskytování péče v závěru života pacientů provázela většinu studentů ze zkoumaného souboru. Autor nenašel žádné důkazy o tom, že studenti byli adekvátně poučeni, jak zvládat negativní emoce během poskytování péče umírajícím pacientům. (Wang, 2019)

Další systematickou review týkající se prvních zkušeností se smrtí pacienta u studentů ošetrovatelství bakalářského programu publikoval kolektiv autorů v čele s Gorchs-Fontovou (2021). Účelem této review bylo identifikovat mechanismy, které by studentům během jejich klinické praxe usnadnily první zkušenost se smrtí pacienta. Identifikaci mechanismů předcházelo formulování tří otázek (Q): (Q1) *Jaké existující mechanismy by mohly usnadnit studentovu prvotní zkušenost se smrtí pacienta?* (Q2) *Co je vyučováno o smrti a péči o umírajícího pacienta?* (Q3) *Jaké předpoklady mohou ovlivnit vzdělávání studentů ošetrovatelství?* Získaná data byla přehledně zpracována do tabulky a výsledky byly popsány v části článku *Diskuse*.

Výsledky (Q1): Reálné praktické zkušenosti jsou považovány za nejefektivnější. Aby tyto zkušenosti byly přínosné, musí student projevit zájem, to je pro profesionální rozvoj zásadní. (Q2): Budoucí všeobecné sestry by měly být vybaveny kompetencemi, které formují jejich postoje. V osobnostní rovině jde o autenticitu, upřímnost, všímavost, empatii. V rovině vztahové je to schopnost otevřeně komunikovat, důvěřovat, vzájemně se respektovat a udržovat dobré vztahy. (Q3) Vlivy na vzdělávání studentů v oblasti péče o pacienty v závěru jejich života byly rozděleny do tří rovin. Osobnostní rovina se týkala vlivu předpokladů studentů, konkrétně jejich očekávání a připravenost. V rámci roviny vztahové byl zmíněn vliv schopnosti otevřené komunikace a vzájemného respektu. Ve třetí rovině, organizační, popisovali autoři vliv prostředí, ve kterém se studenti během svých klinických praktik vzdělávají. (Gorchs-Font, 2021)

Fergusonová a Cosbyová zkoumaly zkušenosti studentů ošetrovatelství s péčí o umírající pacienty kombinací kvantitativního a kvalitativního přístupu. Kvantitativní data byla získána pomocí Likertovy škály a škály Frommeltové – *Postoje vůči péči o umírající (FATCOD)* před tím, než byla realizována simulace ve výuce. Kvalitativní data byla získána rozhovorem s respondenty, kteří se zúčastnili simulace péče o umírajícího pacienta v rámci výuky. Následnou analýzou kvalitativních dat byly identifikovány čtyři kategorie témat: (1) neznámé prostředí, (2) pacientova důstojnost, (3) příprava a (4) komunikace. (Ferguson & Cosby, 2017)

Během simulace péče v závěru života byly rozpoznány konkrétní překážky. Studenti například pochybovali o nadcházejících krocích, které během péče o pacienta měli udělat, nebo si v určitých situacích nebyli jisti, jak s pacientem komunikovat a zda volí správné komunikační techniky. Výsledky analýzy dat postsimulačně ukázaly, že jistota u zkoumaného souboru studentů se v poskytování péče v závěru života zvýšila. (Ferguson & Cosby, 2017) Pozitivní přínos simulace ve výuce vidí i Wang. Hraní rolí podle něj může zlepšit komunikační schopnosti studentů s pacienty i s jejich rodinami. (Wang, 2019) Simulační výuková metoda je frekventovaně využívána ve výuce péče v závěru života budoucích všeobecných sester. (Ruiz-Pellón, 2020)

2.4 METODIKA A VÝSLEDKY LITERÁRNÍCH REŠERŠÍ

Pro realizaci rešeršní činnosti a následné třídění literárních zdrojů byl využit standardizovatelný postup založený na vědeckých důkazech Pomocí základních elementů P (participant), I (výzkumný fenomén), Co (kontext, souvislost) byla zformulována rešeršní otázka (RO). Jednotlivé kroky celého postupu tvorby rešeršní otázky jsou níže uvedeny v tabulce 1 a 2. Po vytvoření rešeršní otázky byla klíčová slova rozšířena o synonyma a příbuzné pojmy. Celý proces byl následně proveden také v anglickém jazyce. (Marečková, 2015)

Validní literární zdroje byly vyhledány v databázích MEDLINE (rozhraní PubMed), ProQuest, ScienceDirect a Google Scholar. Vyloučeny byly všechny texty kvalifikačních prací a články, které neobsahovali relevantní informace ke zkoumané problematice. Podle výběrových kritérií byly vyhledány relevantní abstrakty, ke kterým byly následně zajištěny plné texty. Mezi výběrová kritéria byla zahrnuta pouze recenzovaná periodika v letech 2013-2021 v českém a převážně anglickém jazyce. Relevantní periodika byla posléze použita pro tvorbu diplomové práce.

Rešeršní otázka v českém jazyce

Jaké jsou aktuálně dostupné validní informace o zkušenostech s péčí o pacienta s infaustní prognózou (I) budoucích všeobecných sester (P) v prostředí jednotek intenzivní péče (Co)? K rešerši v českém jazyce byly uplatněny tyto klíčové pojmy, které byly pro posílení senzitivity rešerše rozšířeny o synonyma či příbuzné pojmy.

Tabulka 1: Rešeršní otázka v českém jazyce

RO v českém jazyce	RO v českém jazyce se synonymy
P: Budoucí všeobecné sestry	Studenti oboru Všeobecná sestra OR Studenti ošetrovatelství
I: Zkušenosti s péčí o pacienta s infaustní prognózou	Znalosti OR Názory Péče o umírajícího pacienta OR umírání a smrt
Co: Jednotka intenzivní péče	JIP OR ARO
Typ studie: kvalitativní	Typ studie: kvalitativní

Rešeršní otázka v anglickém jazyce

What valid information is available on the topic of experience with end of life care (I) of future nurses (P) in intensive care unit (Co).

Tabulka 2: Rešeršní otázka v anglickém jazyce

RO v anglickém jazyce	RO v anglickém jazyce se synonymy
P: Future nurses	Nursing students OR students OR future nurses
I: Experience with end of life care	Knowledge OR Opinion OR Attitudes Caring for dying patients
Co: Intensive care unit (ICU)	Critical care unit (CCU) OR Intensive Treatment unit (ITU)
Type of study: qualitative	Type of study: qualitative

3 PRAKTICKÁ ČÁST

3.1 METODIKA

Hlavní cíl zkoumání

Hlavním cílem bylo zjistit, jaké zkušenosti mají budoucí všeobecné sestry s péčí o pacienty s infaustní prognózou na jednotkách intenzivní péče (dále JIP).

Dílčí cíle zkoumání realizovaného u vybraného souboru participantů byly zaměřeny na zjištění:

1. motivace k výkonu povolání všeobecné sestry před zkušeností na JIP a po ní
2. zkušeností s péčí o pacienty s infaustní prognózou na JIP
3. zkušeností s umíráním na JIP
4. pocitů studentů během poskytování péče pacientům s infaustní prognózou a při konfrontaci se smrtí
5. názorů studentů na péči poskytovanou zdravotnickým personálem pacientům s infaustními prognózami na JIP

Typ/design výzkumné studie

Studie v diplomové práci má charakter pilotní fenomenologické studie.

Zkoumaný soubor

Soubor participantů se skládal ze studentů Vyšší odborné školy zdravotnické v Hradci Králové a Lékařské fakulty v Hradci Králové (Univerzita Karlova), kteří v dané době studovali obor Všeobecná sestra / Všeobecné ošetřovatelství. V první fázi byla využita metoda záměrného výběru respondentů, která byla realizována přes instituci Lékařská fakulta v Hradci Králové, Univerzita Karlova. (Gurková, 2019) V druhé fázi byla aplikována metoda sněhové koule. Ostatní respondenti byli postupně osloveni na základě doporučení předchozího studenta, u kterého byl rozhovor již realizován.

Mezi zařazovací kritéria výběru respondentů patřily absolvování praxe na JIP a péče o pacienta s infaustní prognózou. Záměrně byli osloveni studenti, kteří studovali v 2. nebo 3. ročníku, jelikož bylo pravděpodobné, že již absolvovali praxi na jednotkách intenzivní péče.

Celkem se rozhovoru zúčastnilo 8 respondentů.

Tabulka č. 3: Soubor participantů

Respondent	Pohlaví	Věk	Ročník studia	Škola	Absolvování praxe na JIP	Péče o pacienta s infaustní prognózou
R1	žena	22 let	3.	VOŠZ	ano	ano
R2	žena	23 let	3.	LFHK	ano	ano
R3	žena	21 let	2.	VOŠZ	ano	ano
R4	žena	22 let	3.	LFHK	ano	ano
R5	žena	21 let	2.	LFHK	ano	ano
R6	žena	24 let	3.	LFHK	ano	ano
R7	žena	21 let	2.	VOŠZ	ano	ano
R8	žena	22 let	3.	LFHK	ano	ano

Etika zkoumání

Každý participant v úvodu obdržel informovaný souhlas (Příloha č. 3), kde byl informován o podstatě výzkumu a byl seznámen s cíli, metodami a postupy, které budou využity. Po dostatečném zvážení participant stvrdili souhlas podpisem.

Před zahájením výzkumu byla získána oficiální žádost o souhlas se sběrem dat od přednostky Ústavu nelékařských zdravotnických studií LFHK (Příloha č. 4).

Uplatněné výzkumné metody a nástroje

V předložené studii byla použita metoda dotazování a nástrojem ke sběru dat byl polostrukturovaný rozhovor. Úvodní část rozhovoru se týkala představení výzkumníka, sdělení a vysvětlení cílů rozhovoru, popis průběhu rozhovoru a dalšího zpracování dat, předložení informovaného souhlasu a vyjádření studentova souhlasu s realizací a nahráváním rozhovoru, zodpovězení případných dotazů participantů. Druhou část rozhovoru lze nazvat jako „rozehřívací“. Cílem této části bylo navodit příjemnou atmosféru, zjistit základní informace o respondentovi a „rozmluvit“ ho. Třetí část rozhovoru byla hlavní. Cílem hlavní části bylo získat stěžejní informace pro výzkum diplomové práce. Čtvrtá část rozhovoru sloužila k takzvanému „zchladnutí“. Byly zde obsaženy otázky, které ukončily celý rozhovor. Posléze byl prostor pro dotazy respondenta a doplnění případných nejasností, které vznikly během rozhovoru.

Tabulka č. 4: Polostrukturovaný rozhovor – rozehrávací část

1. Jak se máte?
2. Kolik je Vám let?
3. Na jaké škole studujete?
4. V jakém jste ročníku?

Tabulka č. 5: Polostrukturovaný rozhovor – hlavní část

5. Co Vás motivovalo k výběru profese všeobecné sestry?
6. Vzpomínáte si, jaká byla Vaše prvotní představa o tom, jak jednotka intenzivní péče (dále JIP) bude vypadat?
7. Odpovídala realita Vaším představám?
8. Očekával/a jste, že se na JIP setkáte s umírajícími pacienty?
9. Setkal/a jste se během Vaší praxe na JIP s nějakou pro Vás problematickou situací? Pokud ano, tuto situaci prosím popište.
10. Jak jste se tuto problematickou situaci snažil/a řešit?
11. Jaká je Vaše zkušenost s péčí o umírajícího pacienta během Vaší praxe na JIP?
12. Jak probíhala komunikace s tímto pacientem?
13. Co jste vnímal/a v rámci této péče jako nejtěžší?
14. Popsal/a byste mi, jak jste se cítil/a při poskytování péče o pacienta s infaustní prognózou?
15. Pečoval/a jste během Vaší praxe na JIP o pacienta, který zemřel?
Pokud ano:
16. Jak jste se v této konkrétní situaci cítil/a?
17. Jak jste vnímala smrt pacienta v prostředí JIP?
18. Jaká je Vaše zkušenost s péčí o zemřelé na JIP?
19. Pokud jste se nesetkal/a s péčí o zemřelé, vysvětlíte mi, jak byste v případě konfrontace se zemřelým postupoval/a?

20. Jak jste vnímal/a péči zdravotnického personálu o pacienta s infaustní prognózou? Co se Vám líbilo/nelíbilo?

Tabulka č. 6: Polostrukturovaný rozhovor – zchlazení

24. Jakým způsobem se změnila Vaše motivace k výkonu profese všeobecné sestry po praktických zkušenostech na JIP?

26. Ovlivnila Vaše zkušenost s prací na JIP Váš budoucí výběr oddělení, kde byste chtěl/a pracovat?

Organizace a lokace sběru dat

Rozhovory byly realizovány v období od září 2021 do února 2022. Výzkumné šetření se studenty LFHK proběhlo po schválení přednostky Ústavu nelékařských zdravotnických studií. Domlouvání organizačních záležitostí týkajících se rozhovoru probíhalo individuálně prostřednictvím e-mailu. Rozhovory byly vedeny mimo školní prostředí. Každý polostrukturovaný rozhovor byl veden dle předem připravené osnovy a zaznamenáván na záznamník v mobilním telefonu. Interview trvalo v průměru jednu hodinu.

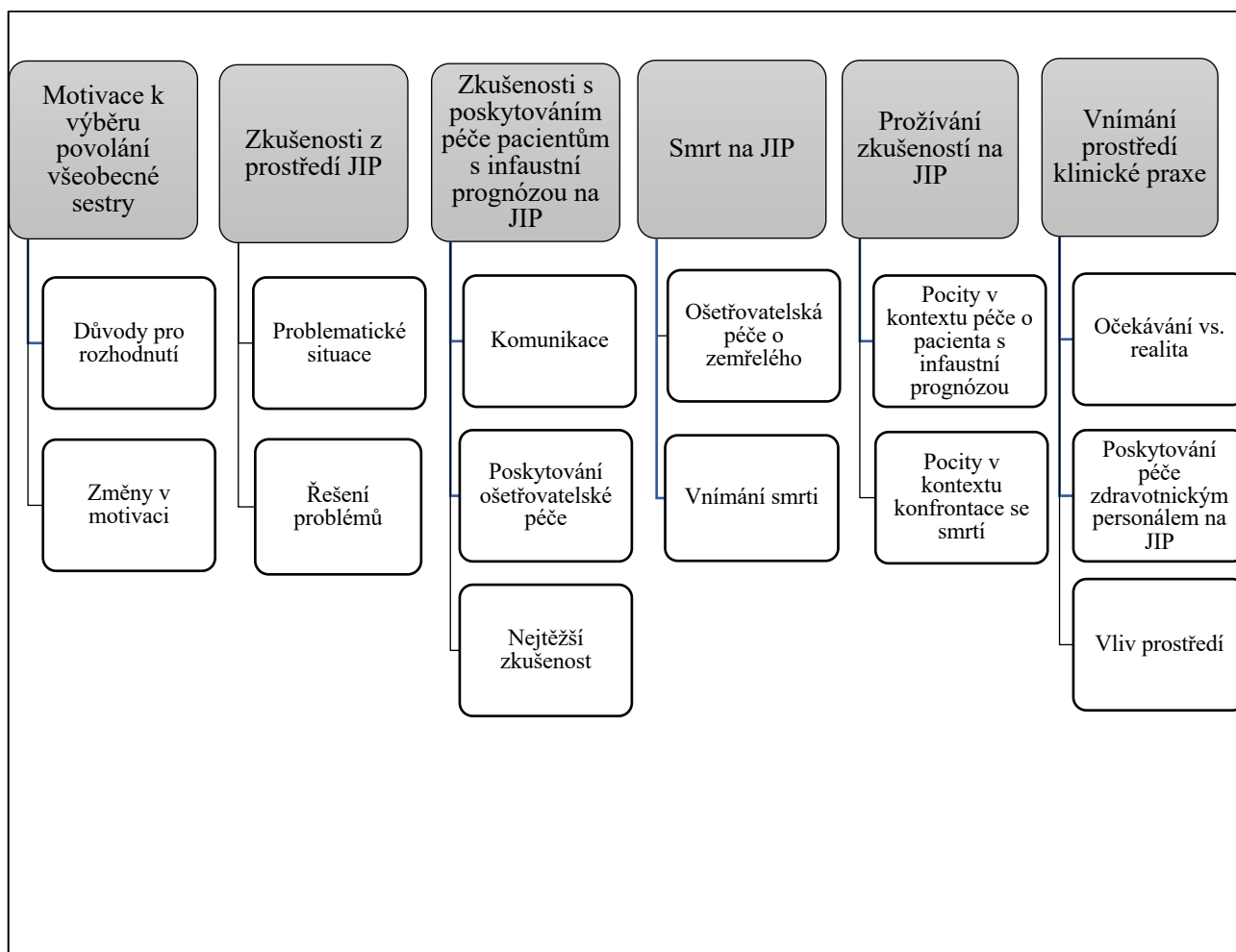
Participantům byl před zahájením rozhovoru předložen výše zmíněný informovaný souhlas s nahráváním rozhovoru a se zpracováním dat při tvorbě diplomové práce.

Metody zpracování dat

Nahrané rozhovory byly opakovaně poslouchány a informace následně doslovně přepsány. Přepisy rozhovorů byly označeny číselně v pořadí, v jakém byly realizovány. Získaná data byla zpracována metodou otevřeného kódování. Kódy byly na základě své příbuznosti rozděleny na příslušné kategorie a podkategorie. Třídění do kategorií bylo smysluplné, výsledky prezentovaly reálné poznatky týkající se předmětu zkoumání. (Gurková, 2019) Pro zachování co největší autentičnosti rozhovorů byla využita přímá citace respondentů.

3.2 VÝSLEDKY

Diagram č. 1: Schéma kategorií a podkategorií výsledků



Popis jednotlivých kategorií a podkategorií

V rámci analýzy dat a jejich následné kategorizace byly výpovědi respondentů rozčleněny do šesti kategorií a ke každé byl vytvořen soubor podkategorií (viz diagram č. 1).

Kategorie 1: Motivace k výběru povolání všeobecné sestry

Téma první kategorie sloužilo během rozhovoru především k prolomení pomyslných ledů a navození uvolněné atmosféry. I přesto byly otázky vztahující se k této kategorii zařazeny do hlavní části rozhovoru, jelikož bylo předpokládáno, že praktické zkušenosti na JIP mohou motivaci k výkonu profese ovlivnit.

V rámci této kategorie respondentky uváděly, co je motivovalo k výběru budoucí profese všeobecné sestry. V úvodu rozhovoru se otázky zaměřovaly na motivaci před tím,

než respondentky zahájily své studium, a tudíž před absolvováním praxe na JIP. Ke konci rozhovoru následovala otázka zaměřená na zjištění, zda praktické zkušenosti na JIP změnily motivaci respondentek k výkonu povolání a jakým způsobem.

Podkategorie: **Důvody pro rozhodnutí**

Nejčastěji zmiňovaným důvodem k výběru profese byl vliv rodiny a blízkých. Pět z osmi respondentek uvedlo tento důvod, který hrál při výběru profese významnou roli. Vlivy rodiny mohou mít různé podoby. Nejčastěji se v odpovědích respondentek objevovala role matky, která byla zdravotní sestrou. Respondentka č. 3 uvedla: „... **motivovala mě moje mamka, která je sestra na anesteziologii, na sálech. Když jsem byla malá, tak jsme za ní s tatškou chodili do práce a mně se hrozně líbilo, jak mamka kmitala a byla taková šťastná, usmívala se. A já jsem se v ní vlastně našla.**“ Z výpovědi této respondentky bylo zjevné, že role matky pro ni byla velmi silným motivem při výběru budoucí profese. U respondentky č. 1 se jednalo o případ, kdy bylo zdravotnictví poměrně rozšířenou profesí v její rodině: „... **hodně dlouho jsem přemýšlela, co bych chtěla dělat, a tak nějak mě k tomu motivovalo, vlastně že sestřenka dělá v domácí péči, ale dřív taky pracovala na JIP a ségra dělá v lékárně.**“ Zajímavým příkladem byla výpověď respondentky č. 6, kde se mísil vliv rodiny s touhou pomáhat lidem. Tato respondentka měla nemocnou babičku, o kterou se se svojí matkou staraly, a studiem oboru všeobecná sestra si tak chtěla zlepšit své dovednosti: „**úplně první věc byla, že když jsem byla menší, tak jsme se s mamkou staraly o babičku v domácí péči. A já jsem chtěla jít na zdravotnickou školu, abych věděla, až se ji začne všechno zhoršovat, co dělat, abych mohla pomoci mamce.**“

Potřeba pomáhat druhým lidem se objevovala ve výpovědích více respondentek. Šlo o druhý nejčastěji zmiňovaný důvod k výběru povolání. Respondentka č. 3: „**Chtěla jsem dělat dobře těm lidem kolem sebe.**“ Pro respondentku č. 5 byla pomoc lidem primárním motivem k výběru profese: „**Motivovalo mě hlavně to, že jsem chtěla pomáhat lidem. Vždycky když jsem chodila z praxí, tak jsem měla takový rozkvetlý srdíčko, že někdo byl vděčnej za to, že jsem mu tam pomohla.**“ Dále respondentka vyjádřila zalíbení v komunikaci s lidmi, která fungovala jako nástroj pomoci druhým lidem: „**Mohla jsem si s nima povídat a většinou ti staří lidé jsou dost izolovaní a jsou vděční za to, že tam s nima někdo je a můžou se nám svěřit s čímkoliv. Takže to se mi líbilo a motivovalo mě to.**“ Respondentka č. 7 primárně nastoupila na medicínu, pro neúspěch ale studium ukončila. Její touha pracovat s lidmi a pomáhat jim ji motivovaly k tomu, aby pokračovala ve zdravotnickém zaměření a přihlásila se na obor všeobecná sestra: „**No já se hlásila na medicínu. Po prvéku jsem musela**

ale skončit, protože jsem nezvládla zkoušky. Ale chtěla jsem stále pracovat s lidmi, vědět o zdravotnictví víc.“

Četnost dalších motivů již nebyla tak vysoká. Odpovědi se vyskytovaly u jedné nebo dvou respondentek. Respondentka č. 1 vedle vlivu rodiny zmínila, že důvodem byl vyšší potenciál uplatnění na trhu práce: *„Celkově mi tahle oblast přišla hodně důležitá a říkala jsem si, že z hlediska výběru práce to zaměstnání a uplatnění najdu vždycky.“* Respondentky č. 1 a č. 7 motivoval také zájem o přírodní vědy: *„... mě zajímala biologie člověka a tahle oblast.“*, *„... vždycky mě bavila biologie, chemie. Celkově mě tyhle faktické věci zajímají.“* Z vyjádření respondentky č. 7 bylo také patrné, že jeden z dalších důvodů byla smysluplnost práce všeobecné sestry: *„Mám ráda, když mi dává něco smysl, a tahle profese smysl dává.“*

Tyto motivy, jejichž četnost v odpovědích respondentek nebyla vysoká, lze považovat spíše za motivy druhotné. Většina respondentek byla primárně motivována vlivem rodiny a touhou pomáhat lidem.

Podkategorie: **Změny v motivaci**

Z výpovědí respondentek bylo patrné, že praktické zkušenosti na JIP posílily motivaci k výkonu profese. Respondentka č. 1 uvedla: *„Spíš mě to pozitivně nastartovalo, ta jipka mi sedla, vzbudilo to ve mně zájem se o některé věci více zajímat.“* Respondentka č. 3: *„Já prostě vždycky chtěla být sestra. Tohle jsem brala spíš jako zkušenost, než že by mě to odradilo.“* Respondentka č. 8: *„Mě to jenom utvrdilo v tom, že to chci dělat, že chci pomáhat lidem, že to má smysl.“* Respondentka č. 5 uvedla, že praxe na JIP nejen posílila její motivaci k výkonu profese, ale také díky tomu změnila svůj názor na práci na lůžkovém oddělení: *„... Hlavně jsem si předtím nebyla jistá, jestli až vystuduju, že půjdu někam na oddělení pracovat. Ale když sem na tý jipce zažila, co sem zažila, tak mě to utvrdilo v tom, že mě to baví.“*

I přesto, že zkušenosti nabyté během praxe na JIP ve většině případech pozitivně ovlivnily motivaci respondentek k výkonu profese, v několika výpovědích se objevoval faktor, který dokázal motivaci ovlivnit výrazně negativně. Tímto faktorem byla pandemie covid-19, která ovlivnila průběh klinických praxí. Respondentka č. 6 uvedla: *„Rozhodně mě ta práce víc a víc naplňuje. Jde o to, zda by se nevrátil covid. To bych nezvládla. Ke covidu už mám averzi.“* Respondentka č. 8: *„... už si nedokážu představit, že se každý den budu starat o někoho a nebudu vědět, jestli, když to řeknu hodně blbě, ho nebudu za pár hodin nebo dní balit. To bych znovu prostě už zažít nedokázala.“*

U respondentky č. 2 vedla zkušenost na JIP také k pozitivnímu vlivu na její motivaci k výkonu profese: „... **Já jsem ráda, že jsem se našla.**“ Respondentka si ale uvědomovala, že povolání všeobecné sestry je nevyhnutelně doprovázeno zátěžovými situacemi a prožíváním negativních emocí. Kvůli tomu by chtěla pokračovat ve vzdělávání, aby si rozšířila své kompetence a v případě osobní potřeby by mohla ze zdravotnictví odejít: „... **Ale tím vším stresem jsem zjistila, že budu potřebovat nějaký zadní vrátka, že jednou prostě může přijít to vyhoření. I když se mi ta práce hodně líbí, tak je to práce nesmírně náročná. Takže vím, že si chci ještě něco dostudovat, abych prostě v té chvíli, kdy pocítím, že už na to nemám, že ta radost z práce vyprchala, tak budu moct odejít a věnovat se něčemu jinému.**“

Výpověď respondentky č. 4 se lišila od ostatních výpovědí. Posílení motivace zde nebylo jednoznačné. Zkušenosti nejen na JIP, ale i na jiných lůžkových odděleních v respondentce vyvolaly spíše pocit nejistoty. Respondentka si nebyla jistá, zda chce práci všeobecné sestry vykonávat: „**Mě ta práce u lůžka jako baví, ale nejsem si teď úplně jistá, jestli jsem neměla spíš jít na záchranáře. Po zkušenostech na oddělení celkově a těch jipkách by mi spíš vyhovoval ten terén a ten systém. Uvidím.**“

Kategorie 2: Zkušenosti z prostředí JIP

V rámci druhé kategorie respondentky popisovaly své osobní zkušenosti z prostředí JIP. Své zkušenosti prezentovaly na příkladu problematické situace, kterou během svých praxí na JIP zažily. Zároveň vysvětlovaly, jak tuto situaci řešily. Dvě respondentky popsaly situaci, která nastala při poskytování péče pacientům s infaustní prognózou.

Podkategorie: Problematické situace

Jednotky intenzivní péče obecně představují dynamické prostředí s nutností komplexního přístupu lékařů i sester. Vysoké nároky na intenzivní péči mají za následek značnou zátěž nejen pro všeobecné sestry, ale také pro studenty ošetrovatelství, kteří jsou ve fázi přípravy na budoucí povolání. Ve výpovědích respondentek byl tento problém zjevný. Respondentka č. 5 popsala, jak těžké pro ni bylo adaptovat se na systém intenzivní péče: „**Všeobecně pro mě byl problém se nastavit na to, že jsem na jipce, že ti pacienti potřebují mnohem více péče než ti standardní. Ted' plno těch nových situací. Naučit se s tím vším pracovat, co si hlídat, na co si dávat pozor... Bylo to pro mě složitější si tu práci nějak naplánovat, udělat si v tom systém. Nastavit si způsob práce i tak, abych vše stíhala.**“ Podobný problém popisovala respondentka č. 1, která jako problematickou situaci uvedla příjem pacienta na JIP. Nejkomplikovanější pro ni bylo rychle se orientovat, jednat a

pracovat systematicky. Poznamenala ale, že kdyby na konkrétním pracovišti působila déle, byla by pro ni vzniklá situace přehlednější: „*Když probíhal příjem pacienta. Začalo se tam dělat spoustu různých věcí, zavádění artérky atd. a pro někoho, kdo se tam nepohybuje, nebo neví, tak když na mě třeba vykřikl ‚přines tohle, podej tamto‘, tak já ještě ani nevěděla, kde to je jo. **Takže ta problematická situace rychle se orientovat a rychle reagovat.** To bylo takový jako, že jsem si říkala pane jo, to je fakt mazec.*“ Z výpovědi respondentky č. 6 vyplývá, že právě rychlost a systematická práce v dané situaci pro ni byly také problematické: „*To bylo při hygieně jednoho pacienta. On byl strašně tlakově nestabilní. Ta manipulace byla hodně obtížná. **Všechno se muselo rychle, rychle a krátce, protože by mu hned klesal tlak.** Do toho měl noradrenalin na maximum. Každý pohyb ho prostě rozbil. To mě dost nervovalo. Na to jsem ani nebyla připravená a zvyklá ze standardních oddělení, kde ty lidi naopak potřebují více času, s některými se musí pomalu, šetrně a tady, ne že by to nebyla šetrná práce, ale **muselo to být všechno hned připravený a rychle hotový.** **Sešlo se nás tam strašně moc, bylo to takový náročný.***“

Respondentky dále popisovaly situace, kdy si nevěděly rady s manipulací s různými přístroji na JIP nebo s péčí o různé typy invazivních vstupů a s nimi spojenou aplikací léků. Respondentka č. 3: „... **Ty pumpy, dávkovače. Ovládat je. To je hrozný.**“ Respondentka č. 7: „**Pro mě byly problematický ty vstupy různý do těla. Měla jsem pořád problém s tím, zda dávám léky do správný kanyly nebo cesty třeba u vícecestný kanyly. Někdy mi třeba řekli jako ‚no do tohodle bys neměla, mělo by to jít samostatně‘, nebo ‚no tohle nedáváš jako bolus, tohle zase jako bolus, ale třeba na půl hodiny‘. Pak sem ani nevěděla, co to je ta arterka. Na co se používá. Tak to pro mě ze začátku byl hroznej problém.**“

Respondentka č. 3 dále popsala náročnost péče o pacienta s tracheostomickou kanylou: „*Nejhorší situace, co pro mě byla, když jsem byla na první směně, tak jsem měla pacienta, který měl TSK, a sestra mi říká, že půjdeme koupat a otáčet, tak je potřeba, až přijde sanitář, abych **držela tu TSK, aby nevypadla.** Tak jsem to tam teda šla nějak držet a říkám ‚držím to správně?‘ a strašně jsem se bála, abych tu TSK nevytáhla a aby ten člověk neumřel.*“

Ve výpovědích dvou respondentek se v kontextu s problematickou situací objevilo téma umírání na JIP. Zvláště výpověď respondentky č. 2 byla velmi emocionální. V jejím hlasu se objevil pokles intenzity hlasitosti a vážnost. Velmi konkrétně popsala situaci, kdy na JIP umírala těžce nemocná pacientka, o kterou se společně se svojí mentorkou staraly. Způsob, jakým pacientka na oddělení zemřela, byl pro respondentku velmi psychicky náročný: „... *Byla tam jedna paní, která byla v kritickém stavu. V ten den u ní byl pan doktor*

s medikem, zavolal si tam další medičku, byla jsem na tom pokoji shodou okolností i já, další sestra, další studentka, celkem nás tam bylo šest. Poslouchala jsem, co ten pan doktor říkal medikům, abych se taky něco třeba přiučila. Doktor se koukal na monitor té paní a říkal, že je to s paní špatný. Řekl medikovi, ať vlastně vypne tu umělou plicní ventilaci a dá jí masku, což znamenalo, že už jí nebudou podporovat to dýchání a bude dýchat jen s maskou. To samozřejmě pro tu paní znamenalo, že zemře. On ten doktor říkal, že by ta paní ten den zemřela stejně a že to nebude prodlužovat. Ten medik to nechtěl udělat, protože mu to bylo proti srsti, takže to vypnul ten pan doktor. Všichni pak odstoupili a koukali jsme na ten monitor, kdy ta paní zemře. Jakej budou moci zapsat čas smrti. Já jsem byla tak v šoku, nebyla jsem na to vůbec připravená, že se něco takovýho může odehrát.“

V péči o umírající pacienty hraje neméně důležitou roli také komunikace s pacientem a s jeho rodinou. Respondentka č. 8 komunikaci s umírající pacientkou zvolila k popisu problematické situace, kterou osobně zažila na JIP. Rodina pacientky se na ní obrátila s dotazem, ale ona nevěděla, jak má v danou chvíli reagovat: „... Když nám přivezli paní s krvácením do mozku a no... už to nebylo slučitelný se životem. Právě předpokládali, že ta paní zemře, jen nevěděli kdy. A přišla se s ní rozloučit rodina. My jsme jí před tím zavedli ještě sondu a začali jsme ji vyživovat. Tak ta rodina byla nemile překvapená, proč se té paní ještě zavádí sonda a dává se jí výživa, když je na tom takhle. Jestli to jako není zbytečný. A tu otázku položili mně. A já byla dost zaražená, nevěděla jsem, co na to říct. Trvalo mi, než jsem se vzpamatovala.“

Podkategorie: **Řešení problémů**

Na otázku týkající se problematické situací, kterou prožily respondentky na jednotkách IP, plynule navazovala otázka zaměřující se na způsoby, jakými respondentky tyto situace řešily. Téměř ve všech případech byl postup řešení situace velmi efektivní. Pokud se vyskytla problematická situace, studentky následovaly instrukce své/ho mentora/mentorky. Respondentka č. 6, která asistovala u hygieny nestabilního kriticky nemocného pacienta, uvedla: „*Co nejpřesněji jsem se snažila poslouchat ty instrukce personálu, protože do té doby jsem s tím neměla zkušenosti. Dělal jsem tedy to, co jsem měla, to, co mi řekli. Díky tomu si myslím, že jsem to zvládla úplně bez problému.*“ Podobným způsobem vyřešila problém také respondentka č. 3, pro kterou bylo náročné pečovat o invazivní vstupy pacienta a aplikovat do nich léky: „*Já jsem pak šla i za jednou fajn sestřičkou a ta mi to všechno šla vysvětlit. Víc dopodrobna, udělala si na mě čas. Takže to bylo super, dost mi to pomohlo.*“

Respondentka č. 5, pro kterou bylo problematické adaptovat se na režim JIP a systematicky si zorganizovat svoji práci, zvolila metodu pozorování a následného napodobování práce všeobecných sester, které ji během klinické praxe mentorovaly: **„Hodně jsem sledovala okolí, jak si sestry organizují tu svoji práci během dne, co je podle nich prioritní. A pak už jsem si postupem času v tom našla svůj systém.“**

Naopak respondentka č. 7 řešila problematickou situaci bez pomoci mentora/mentorky. Když měla asistovat při hygieně nestabilního pacienta, dostala za úkol fixovat tracheostomickou kanylu během manipulace s pacientem. Bohužel nebyla předem edukována, jak by měla tuto činnost dělat. Ze situace si neodnesla cenné poznatky, nýbrž negativní prožitek, který si přenášela i do dalších činností: „... *Sestra mi říká: ‚Půjdeme ho koupat a otáčet, tak je potřeba, až přijde sanitář, abys držela tu TSK, aby nevypadla. Když vypadne, tak umře.‘ A já jsem na ní koukala a říkám si aha, tak jo. **Tak jsem to tam teda šla nějak držet a říkám ‚držím to správně‘ a strašně jsem se bála, abych tu TSK nevytáhla a aby ten člověk neumřel. Ve výsledku jsem na sebe ale byla pyšná, že jsem to zvládla! A že ten člověk dál žije (směje se). Ale po každý, když sem šla pak tu TSK držet, tak jsem měla hrozný strach.**“* V tomto případě lze řešení situace nazvat jako neefektivní.

V některých výpovědích bylo zjevné, že respondentky zaujaly spíše pasivní postoj k řešení situace. Situaci pozorovaly, ale aktivně se ji nezúčastnily. Respondentka č. 8 pasivně pozorovala komunikaci všeobecné sestry s rodinou umírající pacientky. Přestože se nastalé situace aktivně neúčastnila, dodala, že získala cenné poznatky: **„No, ony to spíš řešily ty sestřičky kolem mě. Já jsem jen pozorovala tu situaci. Ten přístup sester k té rodině si myslím, že byl profesionální. Myslím, že jsem si z toho vzala příklad a taky bych to takto řešila. Jednala bych asertivně, nezaujatě, s klidem, a hlavně bych je taky odkázala na doktora a vysvětlení stavu.“**

Ve výpovědích některých studentek lze pozorovat převahu sentimentu při řešení problému. Například respondentka č. 2, která byla svědkem umírání pacientky na JIP, nad řešením v danou chvíli příliš nepřemýšlela: „*Já jsem byla tak v šoku, nebyla jsem na to vůbec připravená, že se něco takového může odehrát. **Tak jsem vběhla mezi doktora a medika, abych mohla jít k té paní a chytla jsem ji za ruku. Začala jsem hrozně brečet. Pořádně jsem nevěděla, jestli ta paní vnímá nebo ne, ale přišlo mi to v tu chvíli lidský. Přeci jen to byla něčí babička nebo matka, která tam leží, a rozhodně bych nechtěla, aby někdo z mých blízkých takhle umíral. Takhle nelidsky, necitelně.**“* Respondentka dále odpovídala na doplňující dotaz, zda si o takto silném zážitku s někým promluvila: „*No vlastně s tou medičkou, která u toho taky byla. S tou jsem se ten den tak jako bavila, byla hrozně fajn. Pak*

když jsem vyšla ven, tak se mě ta medička ptala, jestli si o tom chci promluvit. Tak já jsem jí řekla, že jsem tohle vůbec nečekala. Ona mi na to řekla, že to chápe, ale že prostě v tý medicíně nemůžete přivodit smrt pacientovi, ale nesmíte prohlubovat to jeho trápení. Takže ten doktor to vlastně bral z tohodletoho hlediska. V teorii ošetrovatelství pořád dokola probíráme, že ta práce sestry je psychicky i fyzicky náročná, ale nikdo nám neřekne, jak se s tím máme vyrovnat, jak se na takovýhle situace máme připravit.“

Kategorie 3: Zkušenosti s poskytováním péče pacientům s infaustní prognózou

Jedním ze zařazovacích kritérií výběru respondentů bylo poskytování péče pacientovi s infaustní prognózou během klinické praxe, tudíž všechny respondentky účastnící se rozhovoru měly s touto péčí zkušenost.

V této části studentky popisují své zážitky a zkušenosti s poskytováním péče pacientům s infaustní prognózou na JIP. Ve výpovědích popisovaly, jak s těmito pacienty komunikovaly, jak o ně pečovaly, v čem byla poskytovaná ošetrovatelská péče specifická a zda se v něčem lišila od péče poskytované ostatním pacientům. V závěru tohoto tématu byly respondentky dotázány, co pro ně v kontextu poskytování péče umírajícímu pacientovi bylo nejnáročnější.

Podkategorie: Komunikace

Komunikaci s umírajícími pacienty lze považovat za jednu z nejnáročnějších součástí ošetrovatelské péče. I přesto, že všeobecné sestry samotné sdělení infaustní prognózy nemají v popisu práce, může být komunikace s těmito pacienty velmi stresující. Sestry tráví s pacienty mnoho času a téměř neustále s nimi komunikují. Podobně je tomu tak u studentů během jejich klinické praxe. Z tohoto důvodu byla komunikaci věnována samostatná podkategorie.

Na jednotkách IP se respondentky často setkávaly s pacienty, kteří měli zajištěné dýchací cesty orotracheální intubační či tracheostomickou kanylou, zároveň jejich kritický zdravotní stav vyžadoval uvedení do umělého spánku pomocí léků. Respondentky č. 2, 4, 5 a 8 využily během komunikace s těmito pacienty formy verbální i neverbální komunikace. Respondentka č. 4: *„Záleží, jestli byli zrovna zaintubovaní nebo ne, ale když ti lidi byli zaintubovaní, tak já jsem taková, že jsem se ty lidi snažila třeba alespoň pohladit. Myslím si, že to určitým způsobem musí ten pacient vnímat.“* Respondentka č. 5: *„I tak jsem s tím pacientem komunikovala. Při hygieně jsem třeba popisovala každý můj krok, aby byl pacient vtažen do děje i tak. Aby cítil ten kontakt.“* Respondentka č. 8 uvedla: *„Tak já ještě*

pořád se snažím s těmahle lidma komunikovat. Říkat jim, co s nima budu dělat, co jako budeme provádět. Taky mi přišlo dobrý tu paní pohladit, vzít ji za ruku, aby věděla, že tam není sama.“

Respondentka č. 2 ve výpovědi popsala, jak pro ni ze začátku bylo nepřírozené s těmito pacienty komunikovat, ale postupem času si zvykla: „*Ale musím říct, že třeba na tom ARU jsem zažila, to bylo takové zvláštní, když jsou ti pacienti zaintubovaný a uspaný, že mi sestřička říká: ‚musíte na ně mluvit‘ a já jsem se podívala na toho pacienta spícího a bylo mi to ze začátku takový nepřírozený, mluvit na člověka, který spí a nevnímá. Nevěděla jsem, jestli mě vlastně vůbec vnímá. Časem ale jsem si na to už tak zvykla, že mi to přišlo normální a dělala jsem to i sama, ale ze začátku by mě to ani nenapadlo, kdyby mi to ta sestra neřekla. Je to prostě fakt, že ten člověk může vnímat. Je tím pádem dobrý jim všechno říkat, mluvit na ně. Třeba pohladit ruku a až pak začít něco dělat, a ne hned s ním začít manipulovat beze slova, bez upozornění.“*

Někdy z různých důvodů dochází k tomu, že personál s těmito pacienty komunikuje nedostatečně anebo nevhodně. Respondentky si během svých klinických praxí na JIP těchto nedostatků v komunikaci všimaly. Respondentka č. 8 ve své výpovědi dodala: „... *ale i jsem se setkala od sestřiček, že s těma lidma vůbec nekomunikují. Já se ale fakt ještě furt snažím s těmi pacienty komunikovat.“* Respondentka č. 4 popsala nevhodný způsob komunikace personálu s umírajícím pacientem, kterému byla svědkem: „*Někteří z personálu si myslí, že když jakoby říkají ‚pane Novák, vy ste se zase podělal‘, že to ten pacient nevnímá, tak to mě vytáčí, protože si myslím, že ty lidi fakt vnímají, i když třeba právě umírají.“*

Zajímavým příkladem byla výpověď respondentky č. 3, která pečovala o pacienta v terminálním stadiu na JIP. Kvalita vědomí pacienta byla již značně snížena. Byl dezorientovaný a agresivní, i přesto se respondentka snažila s pacientem v rámci možností komunikovat: „*No, moc to nešlo s ním komunikovat. Ten pacient byl agresivnější, nepříjemnej. On už o sobě asi spíš ani nevěděl. Pak už byl hodně nadopovanej léky. Snažila jsem se i tak na něj být milá, chápavá. Uvědomovala jsem si, že za to nemůže. Třeba jsem se ho dotkla, než jsem šla něco dělat u něj, třeba jsem se ho i pohlazením snažila uklidnit. Nebo jsem ho chytla za ruku.“*

Dvě z osmi respondentek v rámci své výpovědi zmínily, že by se nedokázaly s pacientem bavit o umírání a o smrti. To lze vysvětlit nedostatkem zkušeností. Respondentka č. 1: „... *ale upřímně jsem se s ním o smrti a umírání vůbec nebavila. Říkám, domluvili jsem se na základních věcech.“* Respondentka č. 7: „*Snažila jsem se s ním mluvit*

normálně. Samozřejmě nepopírala jsem nějak tu situaci. Neříkala jsem ‚to bude dobrý, brzy se dostanete domů‘ a tak. Podporovala jsem ho třeba v různých věcech jako v rehabilitaci, příjmu tekutin, jídle. Snažila jsem se tím, aby ten pacient měl tu hlavu zaneprázdněnou a nemyslel na to, že umírá. **Já jsem to dělala asi i pro to, že já bych se s ním nezvládla bavit o smrti. To by pro mě bylo těžký.**“

Studentka č. 6 ve své výpovědi popisovala, jak náročná pro ni byla komunikace s pacientem s infaustní prognózou na JIP: **„Pro mě ta komunikace na jipce byla taková strašně zvláštní. Já jsem byla do té doby z LDN a ze standardů zvyklá na to, že tam jsou starší lidi a musím na ně mluvit tak jako nahlas, pomalu, výrazně a jednoduše. Tady jsem nevěděla, jak konkrétně s touhle mladou umírající paní komunikovat. Takže jsem se vždycky snažila říkat ‚tak teď‘ vám omeju ruku atd.‘, takhle jsem to popisovala, to jo, ale právě nevěděla jsem, jak nahlas, jak rychle, intonace.“**

Podkategorie: **Poskytování ošetrovatelské péče**

Z výpovědí respondentek vyplynulo, že jim péče poskytovaná pacientům s infaustní prognózou hospitalizovaných na jednotkách IP přišla přiměřená a neshledaly v ní žádné nedostatky. Většina z respondentek uvedla, že péče o umírající pacienty odpovídala standardním postupům a nelišila se od péče poskytované ostatním pacientům. Respondentka č. 1 udává: **„Poskytovala jsem jim standardní péče jako všem ostatním. Nehledělo se na to, že pacient umírá nebo ne. Myslím si, že jim byla poskytována stejně kvalitní péče jako všem ostatním.“** Respondentka č. 8 odpovídala podobně: **„No klasickej příjem, pak se napojila na monitory, zavedla se jí sonda, vyšetřila si ji lékařka, dali jsme jí kapačku. Prostě standardní postup. Nevšimla jsem si tam ničeho zvláštního, jinýho.“** Respondentka č. 5 také potvrdila, že péče byla poskytována bez rozdílu, ale všimla si alespoň některých drobných změn v péči poskytované pacientovi s infaustní prognózou: **„No přišlo mi, že ta péče byla stejná jako u ostatních pacientů. Nijak jsme tyto pacienty nevyčleňovali. Naopak mi přišlo, že ten pacient dostal péči takovou, jakou si zasloužil, a personál se snažil. Mám taky pocit, že jsme ty pacienty míň polohovali, pak už nedostával tolik léků, snižovali se alarmy na monitorech.“** Snížení intenzity polohování ležícího pacienta uvedla ve výpovědi také respondentka č. 2. Šlo o omezení v důsledku celkové kritické nestability pacienta: **„Občas se tihle kriticky nemocní nepolohovali, protože byli hodně nestabilní, takže se myli tak jako povrchově. Potom taková ta celková péče – převazy ran, ošetrování vstupů, podávání léků, odsávání, to jsem zkusila poprvé.“**

Respondentka č. 4 ve své výpovědi popsala spíše opak než respondentky výše. Uvedla, že pacient s infaustní prognózou, kterému poskytovala ošetrovatelskou péči, se podle ní naopak více polohoval a dostával více léků. Dále pokračovala, že podle ní se péče o umírajícího pacienta na JIP nelišila od péče poskytované ostatním pacientům s příznivější prognózou: „**Ten pacient měl určitě víc medikací naordinovaných, víc se musel polohovat. Přišlo mi, že se ten pacient tak jako víc obskakoval, ale bylo to podle mě dost podobný s ostatníma. Na tý jipce v tom podle mě není takový rozdíl. Tam všichni ti pacienti mají tolik medikací a je okolo nich tolik práce, že se mi těžko vybavují nějaké zásadní rozdíly. Ty sestřičky okolo těch pacientů běhají fakt celý den.**“ Respondentka výpověď doplnila o svůj vlastní názor na poskytovanou péči: „**Musím říct, že mi ale přišlo, že některé léky už byly zbytečné a navíc. Třeba když jsem byla na praxi na kardiojipce, tak tam byli různí stařečci, kterým bylo už třeba přes 90 let. Byli po embolce nebo po infarktu a spíš by si zasloužili už tu paliativní péči, aby jakoby dožili doma a ten život se jim tam tou udržovací medikací hrozně prodlužoval na těch jipkách. To se mi teda nelíbilo.**“

Pouze respondentka č. 3 ve své výpovědi uvedla, že ošetrovatelská péče o pacienta s infaustní prognózou byla přizpůsobena jeho nepříznivému stavu: „**No snažili jsme se jim dopřát hlavně takovej ten klid a neotravovat je. Už jsme ho netrápili třeba nějakým přebytečným polohováním, nadměrnou rehabilitací a tak. Dopřáli jsme mu víc klidu než u těch ostatních pacientů.**“

Z informací, které byly shrnuty v podkapitole *Poskytování ošetrovatelské péče* bylo zjevné, že některým pacientům s infaustní prognózou, o které se studentky během svých praxí staraly, nebyla péče přizpůsobena jejich nepříznivému stavu. Pacient byl nadále intenzivně léčen. Z výpovědí respondentek vyplynulo, že většina z nich s tímto přístupem souhlasila, přišlo jim přirozeně správné léčit všechny pacienty stejně. Takovéto zkušenosti mohou ovlivnit celkové postoje studentek k umírání a ke smrti a tím i přístup k paliativní péči.

Podkategorie: **Nejtěžší zkušenost**

V této části se respondentky vyjadřovaly k tomu, co shledaly v poskytování péče pacientům s infaustní prognózou na JIP za nejnáročnější.

Respondentka č. 1 a č. 8 se shodly v tom, že pro ně byla nejtěžší komunikace s pacientem. Respondentka č. 1 uvedla: „**Když jsem si představila, že tam ten člověk leží a není schopen už ani komunikovat, Když je tlumenej, zda ještě něco vnímá, zda má nějaký myšlenky. Tohle zpracovat pro mě bylo asi nejtěžší.**“ Respondentka č. 8 zmínila: „**Určitě ta**

komunikace. Abych ji prostě ještě slovem nějak neublížila a prostě chtěla jsem, aby z toho světa odešla ještě nějak hezky, s někým po boku. Ne sama.“ První respondentka zároveň dodala, že pro ni bylo také náročné vypořádat se s tím, že v období, kdy chodila na praxe, byly striktně zakázané návštěvy kvůli pandemii covid-19. Pacienti umírali sami bez svých blízkých po boku: „... ***Pak ale taky to omezení návštěv. Nemůžou se ani pořádně rozloučit.***“

Respondentka č. 4 déle přemýšlela nad odpovědí na tuto otázku. Poté popsala, že nejtěžší pro ni byla přítomnost rodiny u umírajícího pacienta: „***Rodina, která tam za nimi chodila a prostě nedělalo mi dobře, že tam pláčou a že vidí, jak ten člověk odchází.***“

Respondentka č. 2 byla svědkem umírání mnoha pacientů na JIP, kde byli hospitalizováni pacienti s onemocněním covid-19. Během této praxe se několikrát setkala s umírajícími pacienty a se smrtí. Jako nejtěžší zkušenost tedy uvedla umírání na JIP obecně: „***No je to to umírání. Ze začátku jsem to hodně prožívala. Po té praxi na ARU během covidu jsem to začala míň vnímat, ale pořád je to pro mě hodně těžký. Nedokážu si tu smrt připustit. Například na tom ARU jsme měli manželský pár a ten den, co zemřela paní, tak manžel se začal zlepšovat. To bylo hrozný. Já si vždycky představuju, že se to děje mně, mojí rodině. A pak to silně prožívám.***“

Pro respondentku č. 3 bylo nejtěžší udržovat si od pacientů odstup. Pokud si k pacientovi vytvořila silnější vztah, bylo pro ni velmi těžké se s jeho nepříznivým stavem vyrovnat: „***Záleží na tom, jak silný vztah si s pacientem vytvoříme. Když jsem pak měla pacienta třeba každou směnu a viděla jsem, jak se ten stav horší, tak mě to dost vzalo. Takže pro mě bylo nejtěžší neupínat se na ty pacienty, zachovávat si určitý odstup.***“

Z výpovědi respondentky č. 5 bylo zjevné, že nejtěžší pro ni bylo vyrovnat se se silnými emocemi, které prožívala v důsledku poskytování péče umírajícím pacientům. Uvědomovala si, že pacientům již nemůže pomoci. Veškeré terapeutické možnosti byly vyčerpány: „***Bylo mi těch pacientů strašně líto. Prostě pro mě bylo těžký tam každou chvíli na ten box chodit, když jsem věděla, že už mu nemůžu pomoci. Že maximálně můžu tlumit bolest.***“

Dvě respondentky ve svých výpovědích popsaly konkrétní situace, které pro ně během klinických praxí byly nejnáročnější. Respondentka č. 6 popsala situaci, kdy byl kriticky nemocný pacient otáčen z pronáční polohy zpět do supinační: „***Ta pronace. Celej ten proces. Pohodlí, zajištění, koordinace. To bylo hodně náročný. A ten první pohled na něj, když jsme ho otočili zpět, to bylo pro mě asi nejhorší.***“ Respondentka č. 7 popsala situaci, kdy asistovala u rehabilitace pacienta s infaustní prognózou. Z výpovědi lze usuzovat, že

tuto situaci považovala za náročnou z toho důvodu, že rehabilitace se účastnila jen studentka s fyzioterapeutkou, nikoliv sestra mentorka: „*Když jsem chodila pomáhat s rehabilitací toho pacienta. Byla pro mě hodně náročná ta manipulace s ním. Bála jsem se, že tu TSK vytrhneme, nebo nějakou kanylu. Občas tam totiž se mnou šla jen fyzioterapeutka a sestra už ne, z čehož jsem byla dost nervózní.*“

Kategorie 4: **Smrt na JIP**

Umírání a smrt jsou nedílnou součástí práce všeobecných sester v intenzivní péči. Na jednotkách IP je však smrt odlišná než na standardních odděleních, v léčebnách dlouhodobě nemocných nebo v hospicových zařízeních. Pro studenty může tato zkušenost nabírat úplně jiné rozměry než na jiných odděleních. Proto je tato část věnována zmapování zkušeností studentů s péčí o zemřelého a zjištění, co v nich konfrontace se smrtí na jednotkách IP zanechala.

Celkem sedm z osmi respondentek pečovalo během svých klinických praxí na JIP o pacienta, který následně zemřel. Pro některé z nich šlo o první zkušenost se smrtí vůbec, pro některé šlo o první zkušenost s úmrtím na JIP. Jiné studentky byly svědkem smrti na JIP opakovaně, a to především v období pandemie covid-19.

V rámci této části respondenti ve svých výpovědích popisovali, jak vnímali smrt na jednotkách IP a jaké měli zkušenosti s péčí o zemřelého.

Podkategorie: **Péče o zemřelého**

V rámci této podkategorie respondentky popisovaly své zkušenosti s péčí o zemřelého. Pět z osmi studentek měly s touto péčí zkušenost. Ač některé z nich zmínily, že postup znaly z výuky ve škole, nebyly si jisté, jak v takové situaci postupovat na JIP.

Respondentka č. 6 sice byla svědkem úmrtí pacienta, ale o tělo zemřelého nepečovala: „*Ne, nesetkala jsem se s tím. Když ten pacient zemřel, šla jsem pomáhat jiným sestřičkám.*“

Respondentka č. 7, která nebyla svědkem úmrtí pacienta během klinické praxe na JIP, v odpovědi dodala, že kdyby se s úmrtím na JIP setkala, nevěděla by, jak správně a systematicky postupovat: „*Mám v podstatě teoretické znalosti jen z té školy. Myslím, že přístroje by se nechaly ještě běžet, nevypínají se hned. Pak si myslím, že standardní postup, vyndáme vstupy z těla, vypnout přístroje, popsat tělo, zabalit. Přímou na JIP si ale nejsem úplně jistá.*“ Teoretický postup v péči o zemřelého měla v povědomí také respondentka č. 2, která ale dodala, že jí to nestačilo k tomu, aby věděla, co má dělat v praxi: „*Teoreticky jsem to trochu znala ze školy, ale já to potřebuju vidět, aby mi to utkvělo.*“

Respondentka č. 5 ve své výpovědi uvedla, že pro ni byla péče o zemřelého náročná, protože nevěděla, jak to probíhá na JIP. S touto péčí měla zkušenosti pouze z hospicového zařízení: „**Bylo to složitější. Každé oddělení má jinou tu péči o mrtvé tělo. Já jsem se s tou smrtí setkala například v hospici a tam ten přístup byl úplně jiný. Takže v první chvíli jsem nevěděla moc, jak to chodí na té jipce.**“ Ve své výpovědi dále popsala některé kroky, které se od péče o zemřelého na jiných odděleních lišily: „**Na té jipce to bylo náročnější v tom, že měl na sobě hodně těch svodů, dráty od monitoru, hadičky, drény. Všechno se muselo vytáhnout, sundat, pak teprve pacienta umýt a potom ho zabalit a převést. A já si nebyla jistá, co se dělá dřív a co potom. Spíš jsem tak jako koukala a pomáhala jsem až u závěrečné hygieny a přesunu těla.**“

Respondentka č. 3 také popsala svou zkušenost v konkrétních krocích. Z její výpovědi bylo patrné, že postup zčásti sledovala a zčásti se aktivně zapojila: „**Pomáhala jsem s omytím těla, zabalením, Viděla jsem, že vytahují vstupy, ale nejdřív se třeba zeptali doktora, zda vstupy ponechat nebo ne, podle toho, jestli půjde pacient na pitvu. Což jsem třeba nevěděla. Myslela jsem, že se to vytahuje automaticky.**“

Respondentky č. 2, 4 a 8 byly svědky úmrtí vícekrát během své klinické praxe na JIP. Ze všech třech výpovědí bylo zjevné, že šlo o období, kdy situace s pandemií covid-19 byla v nemocnicích kritická. Respondentka č. 2 uvedla, že první zkušenost s úmrtím na JIP ji šokovala, poté ale nastoupila na ARO, kde byli hospitalizováni pacienti s vážným průběhem onemocnění covid-19. Dodala, že v tuto dobu umíralo na oddělení mnoho pacientů. Postupem času se respondentka naučila, jak systematicky postupovat v péči o zemřelé: „**Při mojí první zkušenosti na JIP mě ta situace dost šokovala, tak jsem nebyla moc schopná něco dělat, hlavně jsem pozorovala. Na tom ARO, během covidu, tam už jsem věděla, co mám dělat. Tim, jak se to stávalo téměř každý den, tak vlastně jsem se to už naučila.**“

Respondentka č. 4 také pečovala o tělo zemřelého vícekrát. Vždy za přítomnosti personálu: „**Během covidu jsem to dělala asi dvakrát nebo třikrát. Vždycky se sanitářem a sestrou. Samotnou mě k tomu nepustili. Ten pacient se popsal černou fixou, myslím, že jméno, příjmení a rok narození. Předtím se ještě umyl a upravil, vytáhly se mu všechny vstupy a vlastně zabalil se do bílé plachty a potom se vypisuje úmrtní list, soupis cenností a podepisuje se tam lékař, který konstatuje smrt.**“ Během rozhovoru se respondentka č. 4 svěřila s tím, že je věřící, a proto zemřelým na konec na čelo prstem naznačila pomyslný symbol: „**... a já těm pacientům na konci ještě dělám křížek na čelo.**“ Respondentka č. 8 popsala konkrétní kroky podobně jako předchozí respondentka. Zároveň dodala, že kvůli přísným vnitřním epidemiologickým opatřením se péče o zemřelého během pandemie covid-

19 v určitých krocích lišila od běžného provozu: „*V tom covidu to probíhalo ještě trochu jinak. Tělo se dezinfikovalo a balilo se do dvou pytlů. Bylo to dost takový až nedůstojný, mi přišlo.*“

Podkategorie: **Vnímání smrti**

Způsob, jakým studenti oboru všeobecná sestra vnímají smrt, je důležitým faktorem, který následně ovlivňuje, jaké postoje zaujmou k umírání v praxi. Jak již bylo řečeno, umírání v prostředí JIP je velmi individuální. Většina respondentek (5) nezmínila významný rozdíl ve zkušenosti s úmrtím na JIP od jiných oddělení. Pouze respondentka č. 6, která měla zkušenosti s úmrtím z hospicového zařízení, uvedla: „*Bylo to pro mě hodně psychicky těžký na tý jipce. Diametrální rozdíl od hospicu. Na druhou stranu jsem si říkala, že si tím prostě musím projít, že i náhlý úmrtí bude bohužel součástí mojí práce.*“ Pro respondentku č. 2 šlo o velmi silný zážitek: „*Byl to šok, nebyla jsem schopná něco dělat. Všichni všude běhali, pacient byl úplně šedý. Dost hrozný.*“

Respondentka č. 1 uvedla, že díky této zkušenosti vnímala blízkost smrti. Zároveň dodala, že si díky tomu uvědomila nejen pomíjivost života, ale i smrtelnost svých nejbližších: „*Co ve mně zanechala... no takovej zvláštní pocit, jak vlastně ta smrt byla najednou hrozně blízko. A taky jsem si v tu chvíli uvědomila, jak ten život může najednou vyhasnout. A můžou to být třeba i někdo z mojí rodiny a tak. Jako nic hezkýho.*“

Pomíjivost života si díky konfrontaci se smrtí uvědomila také respondentka č. 3. Dále dodala, že si z dané situace především odnesla zkušenosti: „*Bylo to takové zvláštní. Byla jsem tam s tím člověkem celý den a najednou nebyl. Cítila jsem se divně. Nevím, jestli to ve mně něco zanechalo, to fakt nedokážu říct. Asi ale jo, jelikož si na to pořád pamatuju. Jako byla to pro mě zkušenost, díky tomu vlastně vím, co dělat třeba příště, viděla jsem péči o mrtvé tělo na jipce reálně. Takže hlavně mi to dalo tu zkušenost.*“

Některé respondentky (2) se ve svých výpovědích shodly v názoru, že smrt je přirozenou součástí života. Respondentka č. 8 uvedla: „*Ze začátku jsem byla taková zaskočená. Pak jsem to ale přijala jako součást života.*“ Dále dodala, že úmrtí pacienta na JIP vnímala jako jeho vysvobození: „*Pán byl taky v dost pokročilém věku. Takže jsem to brala spíš tak, že se mu ulevilo.*“ Respondentka č. 4 byla věřící. Z výpovědi bylo zjevné, že právě víra byla faktorem, který významně ovlivnil postoj respondentky k umírání a smrti: „*Jak říkám, já jsem věřící, takže mě to doma učili trochu jinak. Vždycky jsem doma byla vedená k tomu, že smrt je prostě součástí života, přirozená. Mluvili jsme o tom, a když u nás z rodiny třeba někdo umřel, dost jsme to prožívali, ale ne prostě tak, že jsme se topili*

v slzách. V tý nemocnici to prostě беру tak, že odchází člověk, musíme se k němu stále chovat důstojně, je to pořád lidské tělo. Já těm pacientům dělám křížek na čelo. Prostě se k tomu člověku chovám tak, jak kdyby to byla živá bytost.“

Stejnou myšlenku jako respondentka č. 8 sdílela respondentka č. 5, která uvedla, že úmrtí pacienta také vnímala jako jeho vysvobození: *„Bylo mi líto, že zemřel, že tu nemoc nezvládl, ale říkala jsem si, že to pro něj bylo vysvobození, když už třeba i několik měsíců leží v nemocnici. Ted' tam kvůli covidu nemohli ani návštěvy nic, takže tam byl sám, jen s personálem. Takže jsem to pro něj brala jako vysvobození.“*

Kategorie 5: Prožívání zkušeností na JIP

Otázky týkající se oblasti prožívání zkušeností s umíráním a smrtí na jednotkách IP nebyly pro respondentky náročné natolik, jak bylo předpokládáno. Své pocity dokázaly vyjádřit poměrně jasně. Avšak pro některé bylo náročné zpětně si vybavit, jak se v daných situacích cítily. Respondentky ve výpovědích vyjadřovaly pocity strachu, smutku, lítosti nebo naopak pocit zadostiučinění či smíření.

Podkategorie: Pocity v kontextu péče o pacienta s infaustní prognózou

Respondentka č. 2 popsala své prožívání na konkrétní situaci, kdy pečovala o pacienta s infaustní prognózou. Její pocity se měnily na základě psychického rozpoložení pacienta: *„U pána se to tak jako střídalo. Když měl špatnou náladu a byl depresivní, tak jsem z toho občas byla taky dost smutná. Na druhou stranu zase když poděkoval nebo mě pochválil, tak jsem cítila takové zadostiučinění. Prostě střídavě oblačno (směje se).“* Svou výpověď dále doplnila o to, jak se efektivně vyrovnávala s negativními pocity spojené s těmito zkušenostmi: *„Já jsem takovej člověk, ktorej se z toho potřebuje vymluvit. Já vždycky všechno říkám mamce, tím, že je zdravotnice, tak mi řekne ten její názor na věc. Přeci jen dělá v tom zdravotnictví už dlouho a zažila si svoje. Ona vždycky ví, co mi má říct. Zná mě a ví, jak na mě zapůsobit, aby se mi ulevilo. Prostě podle mě si člověk musí zvyknout. Musí se naučit s tím nějak vypořádat. Hlavně to v sobě nedusit.“*

Respondentky č. 3 a 4 ve svých výpovědích vyjádřily, že tyto zkušenosti v nich nevyvolaly zvláště negativní pocity. V obou výpovědích byl zmíněn pocit smíření. Respondentka č. 3 uvedla: *„Problém jsem s tím úplně neměla si myslím. Nemohla bych třeba dělat někde na dětském, to by bylo asi dost hrozný. Ale když jsou ty lidi starší, anebo jsem třeba viděla, že je to pro ně už vysvobození, tak jsem se s tím dokázala smířit docela*

v pohodě.“ Respondentka č. 4 velmi vlídně vysvětlila vlastní prožívání těchto zkušeností: *„Já jsem věřící, takže to umírání беру trochu jinak. Tím pádem to ve mně nevyvolávalo nějaké úplně negativní pocity. Samozřejmě bylo to zvláštní, pozorovat to umírání na jipce, je to jiné. Ale jinak prostě každý směřujeme ke smrti. Někdo dřív, někdo dýl. Někdo zemře ve spánku, někdo na jipce v těžkém stavu. Každopádně vždycky jsem se držela toho svého přesvědčení a snažila jsem se jednat podle nejlepšího vědomí a svědomí.“*

Několik respondentek (2) prožívalo velmi silné negativní emoce. Respondentka č. 5 ve výpovědi vyjádřila šok, smutek i strach, který se projevoval nejen psychicky ale i fyzicky (závrať, svírání žaludku): *„První zkušenost na jipce byla fakt šok. Nebylo mi z toho celý den dobře. Přemýšlela jsem nad tím dost i doma. Fakt mi bylo smutno a uvědomila jsem si tu pomíjivost toho života prostě. Že to může kdykoliv potkat kohokoliv z nás. Z toho se mi až svíral žaludek. Jako jsem si toho vědoma i teď. Ale prostě časem si pak už člověk zvykne, nějak se adaptuje a ví, že to prostě k té práci patří. Myslím, že teď už to zvládám líp. Tolik to neprožívám už.“* Respondentka č. 6 popsala emoce jako smutek a lítost. Negativní pocity této respondentky byly navíc umocněny náročností péče o pacienty s infaustní prognózou spojenou s onemocněním covid-19. Z výpovědi bylo zjevné, že pro respondentku toto období bylo velmi náročné a těžce se s těmito zkušenostmi vyrovnávala: *„No, bylo mi z toho smutno. Ale celkově na mě asi hodně působila i ta situace covidové pandemie. Bylo mi té paní hrozně líto, přišlo mi to nefér. Takhle mladá, normálně zdravá. Já jsem se s tím časem, co sem strávila v nemocnici během pandemie, celkově dost dlouho vyrovnávala. Ty kriticky nemocní mladí lidé mě psychicky hodně vyčerpávali.“*

Neobvyklou myšlenku ve své výpovědi zmínila respondentka č. 8. Umírání pacientky v ní nevyvolalo silné emoce z toho důvodu, že, jak dodává, pacientku téměř neznala. Pacientka byla na oddělení JIP přivezena s diagnózou neslučitelnou se životem: *„No. Myslím si, že by mě to zasáhlo víc, kdybych tu paní předtím třeba trochu znala jo. Ale takhle ji přivezli vlastně už s nevratnou diagnózou. Takže mě to nijak extra nezasáhlo. Necítla jsem nic silného, když to tak řeknu no. Trochu lítost možná, ale jinak ne.“*

Podkategorie: **Pocity v kontextu konfrontace se smrtí**

V této části se respondentky vyjadřovaly především k tomu, co prožívaly ve chvílích, kdy byly svědkem pacientovy smrti, a dále co prožívaly během péče o zemřelého.

Všechny respondentky, které se setkaly se smrtí na JIP (7), a ty, které pečovaly o zemřelého (5), prožívaly tyto zkušenosti negativně.

Respondentka č. 2 byla v rozpacích z nastalé situace: „**Já jsem z toho byla úplně v šoku, já jsem sice nebrečela, ale ani jsem nevěděla, co si z toho mám odnýst. Byla jsem z toho v šoku. Nevěděla jsem, jak na to úmrtí mám reagovat.**“

Respondentka č. 3 pociťovala lítost, která se projevila pláčem: „**Cítila jsem dost lítost. Bylo mi těch lidí líto, pak jsem si vzpomněla i na tu rodinu. Nejhorší bylo třeba uklízet rodinné fotky toho člověka, který měl vylepený na boxu. To jsem měla husí kůži a občas mi i vytryskly slzy. Ale co jsem mohla? musela jsem pokračovat dál v práci.**“

Pro respondentku č. 5 bylo těžké pocity, které během péče o zemřelého prožívala, popsat: „**Ten pocit asi nebudu schopná úplně popsat. Ale prostě ten pocit, že je to mrtvola, to prostě bylo divný. Je to zvláštní, sahat na neživou bytost.**“

Respondentka č. 8 se také vyjádřila k prožívání zkušenosti s péčí o zemřelého. Byla to její první zkušenost s péčí o zemřelého, prožívala okamžik překvapení: „**Jako nebrečela jsem. Byla jsem spíš zaskočená. Byla to moje první zkušenost s pohledem na mrtvého člověka. Takže jsem byla taková překvapená.**“

Respondentka č. 7 nepečovala o zemřelého, ale byla svědkem úmrtí pacienta. Ač v ní situace vyvolala silné emoce, uvědomovala si, že právě tyto situace budou jednou součástí její práce: „**Bylo to pro mě hodně psychicky těžký. Na druhou stranu jsem si říkala, že si tím prostě musím projít, že to bude součást mojí práce.**“ Tuto myšlenku sdílela i respondentka č. 4: „**No nebylo mi to příjemné, bylo mi smutno, ale patří to k životu a také k profesi.**“

Kategorie 6: Vnímání prostředí klinické praxe

V této kategorii jsou shrnuty zásadní informace z výpovědí respondentek, které se týkaly vnímání prostředí klinické praxe. Jedna z podkategorií je zaměřena na očekávání, která měly studentky před zahájením klinické praxe na jednotkách IP. V další části jsou shrnuty názory studentek na přístup zdravotnického personálu k pacientům s infaustní prognózou. Poslední podkategorie obsahuje výpovědi respondentek týkající se vlivu prostředí jednotek IP na výběr budoucího pracovního prostředí.

Podkategorie: Očekávání vs. realita

V rámci této podkategorie respondentky popisovaly představy o jednotkách IP před absolvováním klinické praxe a zda tyto představy odpovídaly realitě.

Představy některých z respondentek (4) byly do jisté míry zkreslené vlivem zobrazení zdravotnického prostředí ve filmech a seriálech. Zároveň dvě z nich uvedly, že díky těmto

zkresleným představám pociťovaly před zahájením praxe nadměrný strach. Respondentka č. 1 uvedla: „*Dvěma slovy – noční můra. Když jsem zjistila, že mě napsali na jipku, tak jsem se strašně bála, protože mě hrozně děsilo množství těch hadiček. Představila jsem si ty situace ze seriálů a filmů, jak tam jsou ty dávkovače a ty hadičky a ty přístroje. Fakt jsem byla hrozně nervózní, když jsem tam šla ten první den.*“ Respondentka č. 2 popsala: „*No tak předtím, než jsem to viděla a zažila, tak jsem měla takovou tu představu, kterou jsem měla nakoukanou z televize. Všude samý monitory, všude samý léky, pumpy a představovala jsem si tu sestru, jak tam kmitá mezi těma přístrojema a nedělá skoro nic jinýho.*“ Také respondentka č. 3 sdílela tuto myšlenku: „*No já jsem vůbec nevěděla. Hodně jsem se bála, co tam bude. Dost mi utkvěla ta představa z té televize. Lidi napojený na přístrojích, všude různý vstupy. Že to bude hrozný. Asi takhle nějak jsem si to představovala no.*“ Respondentka č. 8 uvedla: „*No myslela jsem si, že tam bude víc akce, když to tak řeknu, víc adrenalinu. Protože jak je to ukázaný v těch seriálech a filmech, kde se téměř pořád vlastně někdo resuscituje a bojuje o život, tak ta představa je vlastně hrozně zkreslená. A když jsem tam pak byla, tak mě to uchvátilo mnohem víc, než co jsem si myslela.*“

Respondentky č. 4 a 6 si představovaly, že na jednotkách IP bude velké množství alarmujících přístrojů a ony nebudou vědět, jak tyto přístroje ovládat. Uvedly, že představa takové situace v nich vyvolávala pocit strachu. Respondentka č. 4: „*Měla jsem z toho strašnej strach, ale já jsem takovej poseroutka. (směje se) Prostě bála jsem se těch lidí (personálu) a toho, že tam všechno tak houká a že se tam podává strašně moc léků, pořádně nebudu umět s těma pumpama a že všechno bude hrozně složitý.*“ Respondentka č. 6 se vyjádřila podobně: „*Já měla největší strach z těch přístrojů, jak to tam bude pípat. Ten rachot jednotek IP mě stresoval asi nejvíc. Tam píská třeba pumpa s léky, ale já nebudu vědět, že je to pumpa, protože ten zvuk neznám. To mě hodně děsilo.*“

Pět z osmi respondentek ve svých výpovědích uvedlo, že si představovaly jednotky IP jako prostředí, kde je velké množství přístrojů a kde je pacientům aplikováno velké množství různých léků. Příkladem byla výpověď respondentky č. 5: „*No tak úplně první představa byla, klasicky, všude monitory, všichni pacienti kolem sebe miliardy hadiček a prostě takový živý prostředí, kde se pořád něco děje. Ne, že si sestra dá kafičko jako na standardu...*“ Respondentka také očekávala, že díky intenzivnímu prostředí bude mít možnost získat více zkušeností: „*... Potom, že tam budou mnohem zajímavější případy, co člověk jen tak na standardu nepotká. Že tam získám víc zkušeností a naučím se i víc nových věcí.*“

Většina z respondentek (5) uvedla, že realita v porovnání s prvotními představami byla mnohem lepší. Respondentka č. 1 uvedla: „**Moje představy byly spíš negativní, takže se otočily spíš k tomu pozitivnímu, ale pak jsem zjistila, že to až zas tak těžký není a zároveň mě to začalo strašně bavit.**“ Respondentka č. 2 také potvrdila, že realita nebyla tak hrozná: „**Představovala jsem si nejhorší scénáře a potom jsem z toho vyšla vlastně št'astná.**“ Respondentka č. 3 dodala: „**Tak samozřejmě tam šlo hodně o ty přístroje, léky a jejich dávkování. Ale bylo to takový, že se tam hodně starali o ty pacienty, aby měli tělesnej komfort, aby byli v teple, aby byli umytý, a potom, když se ti pacienti začali probouzet, tak s nima ty sestry komunikovaly. No přišlo mi to mnohem lepší než to, co jsem si prvotně představovala samozřejmě.**“ Respondentka č. 8 tento názor sdílela: „**Ta realita nebyla tak katastrofická. Fakt jsme tam každého druhého pacienta neresuscitovali. Bylo to klidnější. Víc se člověk stará o pacienty, je tam víc péče. Ta představa byla mnohem horší než realita.**“

Respondentka č. 5 uvedla, že její představy odpovídaly realitě jen zčásti: „**Zčásti ano, ale zčásti úplně něco jiného. Jako splnilo se to, že tam je hodně práce, víc než na standardu, je tam víc rozmanitá péče. Dál taky ty monitory, přístroje, to se vyplnilo. Na druhou stranu to byl úplně nový svět pro mě.**“

Pouze jedna z respondentek uvedla, že realita pro ni byla horší než její prvotní představy, a to především kvůli přístupu personálu k respondentce jako studentce: „**No moje první zkušenost byla na jipce, kde je zrovna hroznej personál, mně přijde. Ty sestřičky jsou fakt hrozně protivný. Povyšujou se nad studenty a moc dobře věděly, že je to naše první jipka, že s tím nemáme žádný zkušenosti, tak to pro nás bylo dost těžký a bylo nám to nepříjemný. Byly na nás doslova zlé, že třeba něco neznáme, že se nám musí věnovat, že nás musí zaučovat. Ale zase když to třeba srovnám s jinou jipkou, tak ten přístup byl úplně jinej. Je to o těch lidech. Ale jo, byl to pro mě jakoby hroznej zmatek.**“

Většina respondentek (6) před zahájením klinických praxí na JIP předpokládala, že zde budou pečovat o pacienty s infaustními prognózami. Respondentka č. 1 uvedla: „**No, věděla jsem, že tam bývají kriticky nemocný pacienti, takže z toho teď tak usuzuju, že vlastně jo, počítala jsem s tím.**“ Respondentka č. 2 s tím počítala na základě typu oddělení a období pandemie: „**Na tom ARO, tam jsem s tím počítala. Byli v covidovým režimu. Nevěděla jsem sice, co od toho ARO čekat, ale počítala jsem s tím, že tam jsou hospitalizovaný i lidi po bouračkách, v těžkým stavu, zaintubovaný na UPV. Takže tam jsem to očekávala spíš. A taky tím, jak jsem tam byla v tom covidovým režimu, tak vlastně se**

nám snad každý den stávalo, že někdo zemřel.“ Respondentka č. 6: „**Určitě ano. Na to jsem byla připravená, protože jsem věděla, že na té jipce, kde budu mít praxi, jsou polytraumata.**“ Respondentka č. 7 odpověděla: „**To já očekávám téměř na každém oddělení. Prostě vím, že to k tomu patří. Ale na té jipce sem spíš nečekala, že to umírání bude takové, jak bych to řekla, hodně zvláštní až hrůzostrašný. Pacient téměř bílej, v kómatu, oteklej, všude hadičky, všechno houká. To jsem spíš jako nečekala.**“

Podkategorie: **Poskytování péče zdravotnickým personálem na JIP**

Vnímání přístupu zdravotnického personálu v poskytování adekvátní péče pacientům může do značné míry ovlivnit chování a jednání studentů absolvujících klinickou praxi. Pokud je student svědkem poskytování kvalitní ošetrovatelské péče se všemi žádoucími aspekty, lze předpokládat, že takové jednání bude mít tendenci opakovat. Zároveň toto žádoucí jednání může posílit motivaci studentů k výkonu profese.

V rámci této podkategorie se respondentky vyjadřovaly k tomu, jak vnímaly péči kvalifikovaného personálu o pacienty s infaustní prognózou na JIP. Popsaly své pozitivní a negativní zkušenosti.

Dvě z osmi respondentek popsaly negativní zkušenost s přístupem personálu na jednotkách IP, ostatní respondentky (5) měly především dobré zkušenosti.

Respondentka č. 1 vyzdvihla pečlivost personálu a kvalitu péče o pacienty s infaustní prognózou na JIP: „**Určitě mně přijde, že v porovnání se standardem je fajn, že jedna sestra má na starosti jednoho až dva pacienty, takže se mu mnohem víc věnuje. Ač je to umírající pacient, prostě jsme ráno na ten box přišli, udělali jsme hygienu, převázali jsme rány, prostě všechno. To bylo hodně kladný. Na tom standardu taková péče o umírajícího často není, protože na to prostě není s tolika pacientama čas. Tady je ta péče o umírajícího daleko i kvalitnější mi přijde.**“

Respondentka č. 3 také velmi kladně hodnotila přístup a práci personálu, nejen sester ale i lékařů. Vnímala především morální hodnoty personálu v péči o umírajícího pacienta: „**Zdalo se mi, že všichni byli milí na pacienty, neviděla jsem žádný hnusný přístup od personálu. To se mi líbilo. Pamatuju si, že u jedné hodně staré paní, která měla těžce nemocný plíce, tak tam si rodina přála neukončovat tu léčbu. To všem přišlo docela nevhodný. Paní už byla v agonii – měla bolesti, byla agresivní. Takže jsme jí dali morfin, aby byla v komfortu. Ta rodina ale stejně nechtěla tu práci ukončit. Tak jsme to řešili na té noční službě. Tak jsem se svojí sestřičky zeptala, co teda budeme dělat, kdyby se paní náhodou zastavila? A ona říká, že půjdeme pomalu k telefonu, v klidu zavoláme lékaři, že ji**

třeba pár vteřin budeme resuscitovat, ale že prostě kdybychom ji zase oživil, že by to pro paní bylo akorát trápení. A tohle se mi prostě líbilo. Že ti zdravotníci znali tu morální hranici a sami přes ní nechtěli jít. Respektovali nějakou důstojnost života.“

Respondentka č. 4 hodnotila kladně především práci záchranářů na jednotkách IP. Podle ní mají záchranáři vyšší míru psychické resilience, tudíž je péče o pacienty s infaustní prognózou psychicky tolik nevyčerpávala jako všeobecné sestry. Respondentka popsala, v čem viděla výhody tohoto přístupu: *„Mně přijde, že třeba záchranáři se s tím tolik nepárou s tou péčí o umírajícího na jipkách. Těma věcmi se tolik netrápí a nejsou tolik empatičtí a pečliví jako všeobecné sestry.“* Dále dodala, že ale doposud nebyla svědkem nevhodného přístupu všeobecných sester nebo lékařů a že díky svým zkušenostem na JIP získala nové dovednosti: *„Nezažila jsem lékaře ani sestru, která by se k umírajícímu člověku choval/a špatně. Naučila jsem se pečlivosti při péči o umírající, neodfláknout tu práci jen proto, že ten člověk umírá. Prostě ho i tak umyju, dám mu čisté lůžkoviny, pečuju mu o dutinu ústní, odsaju ho a tak. A líbilo se mi, jak některé sestřičky byly laskavé a motivovalo mě, jak se k těm pacientům chovají.“*

Respondentka č. 6 velmi pozitivně vnímala především práci lékařů na JIP. Zároveň stejně jako respondentka č. 4 kladně hodnotila práci záchranářů na oddělení: *„Mně se tam obecně strašně líbila práce lékařů. Ti měli můj obrovské obdiv, že se fakt snažili vymýšlet, zachraňovat, pracovali pořádkem, dělali, co se dalo. Byly tam i skvělé sestřičky/záchranáři, kteří hezky komunikovali s pacienty, ta práce je bavila a mně to pak hned bavilo víc a motivovalo mě to. A mnohem líp se mi s nimi pracovalo.“*

Respondentka č. 7 vyjádřila své překvapení, když si uvědomila, že všeobecné sestry často plnily i povinnosti lékařů: *„Myslím si, že ta péče byla dostatečná. Překvapilo mě, že ty sestry fungovaly jako poloviční doktoři. Na normální oddělení se kvůli každé blbosti volá doktorovi, ale na JIP, třeba kvůli inzulinu, si sestra řekne ‚jo má takovouhle glymču‘ a koriguje si ten inzulin sama. Opravdu si umí poradit a nevolají kvůli všemu doktorovi. Což mi přijde na druhou stranu ale jako strašná zodpovědnost. V tomhle jsem je obdivovala.“*

Pouze dvě z respondentek zmínily negativní zkušenost s péčí personálu o pacienty s infaustní prognózou. Z výpovědi respondentky č. 6 bylo patrné, že s přístupem některých všeobecných sester se neztotožňovala: *„... Sestry? No, některý už podle mě měly ty práce fakt už nad hlavu. Ne že by tam byl nějaký nezáměr o toho pacienta, ale braly to čistě jako práci, povinnost. Některý se mi zdály, že už fakt jedou nějak mechanicky.“*

Podobně vypověděla také respondentka č. 5: *„Ty lékaře jsem moc nepozorovala. Ale vím, že u jedné paní, co měla DNR, jsem zažila, že kolikrát se ten personál bavil mezi*

sebou, jako kdyby tam ta pacientka ani nebyla. Ted vy nevíte, jestli ti pacienti vnímají nebo ne, když jsou v umělém spánku. Prostě ale i tak by měli interagovat s tím pacientem. Měli by mluvit na toho pacienta, ne mezi sebou. Ale s tím jsem se setkala jen jednou, jinak všichni ostatní, co jsem takhle viděla, s těma pacientama komunikovali hezky, tak jak to má být. “

Podkategorie: **Vliv prostředí**

Z výpovědí většiny respondentek bylo zjevné, že prostředí jednotek IP, které během klinických praxí navštěvovaly, mělo vliv na výběr oddělení, na kterém po absolvování studia chtěly pracovat. Umírání a smrt v prostředí JIP však nebyly výraznými ovlivňujícími faktory.

Téměř všechny respondentky (7) uvedly, že zkušenosti s prací na JIP posílily jejich motivaci k výkonu profese a zároveň ovlivnily výběr budoucího pracovního prostředí. Respondentka č. 1 uvedla: *„Spíš mě to pozitivně nastartovalo. To oddělení je super a říkám si, že jestli bych se chtěla takhle někam dostat, měla bych se asi víc učit a snažit (směje se). Na některých odděleních je to spíš takový, že mě to demotivuje, že úplně mi nesesedne ta práce, ale ta jipka mi sedla, vzbudilo to ve mně zájem se o některé věci více zajímat.“* Respondentka č. 8 si byla jistá, že na jipce chce pracovat. Dokonce v době rozhovoru již měla domluvené pracovní místo na chirurgické klinice: *„Mně se tam hrozně líbí na té jipce. Člověk tam pečuje o jednoho dva pacienty. Tak jako si je tam vyiplá. Takže chci dělat určitě na jipce. Už mám domluvené i místo na chirurgické jipce.“*

Pouze jedna ze studentek, respondentka č. 4, si po svých zkušenostech na JIP již nebyla nadále jistá touto profesí: *„Mě ta práce u lůžka jako baví, ale nejsem si teď úplně jistá, jestli jsem neměla spíš jít na záchranáře. Po zkušenostech na oddělení celkově a těch jipkách by mi spíš vyhovoval ten terén a ten systém. Uvidím. Mně vadí, že na těch jipkách seš zavřená 12 hodin jak ve sklepě, nevíš, jak je venku. To mě ubíjelo.“*

Respondentky č. 5 a 7 před absolvováním praxe nepomyslely na to, že by někdy pracovaly na JIP. Po zkušenostech obě změnily názor. Respondentka č. 5 si nebyla jistá, zda chce pracovat na lůžkovém oddělení: *„Hlavně jsem si předtím nebyla jistá, jestli až vystuduju, že půjdu někam na oddělení pracovat. Ale když sem na tý jipce zažila, co sem zažila, tak mě to utvrdilo v tom, že mě to baví. Po mé zkušenosti mě to láká víc na ty jipky. Ta práce je zajímavější a člověk tam uvidí věci, který kolikrát se mu nepovede jinde v nemocnici. Chtěla bych dělat na jipce. Chytlo mě to a bavilo by mě to víc než na standardu.“* Respondentka č. 7 uvedla: *„Asi bych řekla, že jo. Ze začátku té praxe jsem byla rozhodnutá, že tahle práce pro mě rozhodně není. Protože je tam potřeba rychlá*

reakce, když se s tím člověkem něco děje. Postupem času jsem si ale k té práci na JIP našla cestu. A říkám si, že tohle by jednou možná mohla být moje práce.“

Respondentky č. 2, 3 a 6 si dokázaly představit, že by po ukončení studia pracovaly na jednotkách IP, uvedly ale, že pokud by se vrátila pandemie covid-19, nebyly by si tím nadále jisté. Respondentka č. 2 uvedla: „**Já jsem ráda, že jsem se našla. Než jsem šla na praxi na JIP, tak jsem vůbec neměla tušení, kam bych šla pracovat. Ale na té jipce byla odborná práce, která se mi fakt líbila, lidi byly skvělý, dejme tomu budoucí kolegové. Když říkali, že bych tam pak třeba mohla pracovat, tak si ale musím zjistit, jak to tam chodí v tom necovidovém režimu, protože opravdu bych nechtěla dělat někde, kde každý den se budu starat o někoho a nebudu vědět, jestli, když to řeknu hodně blbě, ho nebudu za pár hodin nebo dní balit.**“ Respondentka č. 3 uvedla: „**Ano, chtěla bych na jipce pracovat. Baví mě to, je to tam super. Ty standardy mě štvaly, nebaví mě tam ta práce. Na praxe na JIP jsem se i těšila, ráno jsem ráda vstávala (směje se). Akorát teda nevím, kdyby se vrátil covid, během toho covidu to bylo příšerný.**“ Respondentka č. 6 popsala: „**Mně už se třeba ve druháku strašně líbila praxe na kardiochirurgické JIP. Asi by mě to nějakou dobu určitě naplňovalo. Jde o to, zda by se nevrátil covid. To bych nezvládla. Ke covidu už mám averzi.**“

4 DISKUZE

Ačkoliv jsou jednotky intenzivní péče (dále JIP) považovány za vhodné vzdělávací prostředí pro studenty, mohou být zároveň prostředím velmi stresujícím, a to především v situacích, kdy studenti pečují o kriticky nemocné pacienty se špatnou prognózou. (Vatansever, 2016; Yüksel, 2020)

Mnozí autoři ve svých studiích v průběhu let naznačili, že prostředí klinických praxí může být pro studenty stresující. (Bloomberg, 2014; Zhao, 2015; Hamaideh, 2017; Vatansever, 2016; Saglam, 2021) Z výsledných dat naší studie vyplynulo, že komplexnost práce, která je pro prostředí JIP typická, dělala studentům největší problém. Organizace práce, časový management, vysoce odborné ošetrovatelské činnosti a technologická stránka práce byly nejčastěji zmiňované zkušenosti, které zároveň charakterizovaly výzvy, kterým studenti během klinických praxí čelili. Saglamová a kolektiv (2020) ve své studii zaměřené na problematiku zkušeností studentů s péčí na JIP zjistili, že vysoká komplexnost péče, neschopnost organizace množství práce a nedostatek adekvátních znalostí vedly studenty k prožívání pocitu strachu. Saglamová dodává, že studenti měli strach konkrétně z toho, že by v důsledku nedostatku zkušeností a znalostí mohli poškodit pacienta. (Saglam, 2021) Podobné informace zmínili respondenti naší studie. Zmiňovali například péči o tracheostomickou kanylu, nejistotu při aplikaci i.v. medikace, hygienickou péči o kardiopulmonálně nestabilního pacienta, kdy měli strach, že by v důsledku nedostatku zkušeností mohli pacientovi nevědomě ublížit. Několik studentů v rámci naší studie opakovaně zmínilo negativní zkušenosti s manipulací s přístroji přítomnými na JIP. Z analýzy dat studie Yükselové (2020), která zkoumala zkušenosti studentů z prostředí neurochirurgické JIP, vyplynulo totéž. Studenti absolvující praktika na neurochirurgické JIP popsali technologickou stránku práce na JIP jako stresující. Také Tastan a spol. (2015) ve své publikaci uvedli výpovědi studentů, kteří popsali JIP jako prostředí depresivní s množstvím různých alarmujících zvuků. (Saglam, 2020; Yüksel, 2020; Tastan, 2015) V naší studii někteří studenti také uvedli negativní zkušenost s přístupem personálu ke studentům. Z důvodu nepřátelského prostředí se studenti necítili být součástí týmu. Tento problém zmiňuje ve své studii také Vatansever (2016). Nepřátelské prostředí JIP ruku v ruce s rušným provozem a s neznalostí prostředí vyvolává u studentů pocit zranitelnosti. Tyto negativní zkušenosti mohou velmi významně ovlivnit celý vzdělávací proces studentů během klinických praxí. S Vatanseverovou se tak shodujeme na tom, že pochopit přínos

začlenění studentů do provozu JIP je extrémně důležité při formování studentova přístupu nejen během klinických praktik, ale i v budoucím povolání. (Vatansever, 2016)

Stěžejním cílem diplomové práce bylo identifikovat zkušenosti studentů s poskytováním péče umírajícím pacientům v prostředí intenzivní péče. Umírání a smrt nevyhnutelně patří k profesi všeobecné sestry, je vysoce pravděpodobné, že se s takto těžkou situací setkají studenti již během svých klinických praktik. Je ovšem nezbytné uvědomit si, že umírání a smrt na JIP jsou v mnoha ohledech odlišné, individuální a mohou být pro studenty značně stresující.

Efektivní komunikace je silným determinantem kvality péče o pacienty v závěrečné fázi života. (Doucette, 2014) V ošetrovatelské praxi existuje obecná potřeba komunikačních dovedností, které však nabývají specifického významu ve zvláště obtížných situacích, jako je právě kontakt s pacienty s infaustními prognózami na JIP. V prostředí JIP existuje vysoká pravděpodobnost, že kriticky nemocný pacient bude v bezvědomí nebo bude mít v důsledku zajištěných cest dýchacích výrazně omezené možnosti komunikace. (Blake, 2019) Tastanová (2015) i Yükselová (2020) ve svých studiích uvedli, že studenti měli problémy v komunikaci s pacienty, kteří byli v bezvědomí nebo nebyli schopni mluvit. Nevěděli, jak s těmito pacienty komunikovat. Téměř totožný problém se objevil v našich datech, kdy respondentka uvedla, že kdyby ji při první zkušenosti s pacientem v bezvědomí sestra neupozornila na nutnost kontaktu s pacientem, sama by si to neuvědomila. Pro některé respondenty byla komunikace s pacienty s infaustní prognózou tou nejtěžší zkušeností, kterou na JIP zažili. Někteří respondenti zmínili, že nebyli schopni s pacientem otevřeně mluvit o umírání a smrti. Toto téma jim nebylo příjemné, a tudíž se takovým rozhovorům vyhýbali. Část respondentů naopak projevila schopnosti komunikace s kriticky nemocnými pacienty v bezvědomí nebo s pacienty, kteří nebyli schopni komunikovat. Někteří respondenti dokázali v praxi efektivně a vhodně použít formy verbální i neverbální komunikace. Efektivní využívání komunikačních metod zmiňuje ve své studii Vatanseverová (2016).

Je ovšem nutné brát v potaz, že všichni naši respondenti byly ženy, které oproti mužům vykazují vyšší míru empatie a lepší schopnost vyjadřovat své emoce. Lze předpokládat, že muži by shledali komunikaci s pacienty v terminálním stadiu za náročnou a neprokázali by dostatečné komunikační dovednosti. Věříme, že při detailnější analýze komunikačních dovedností studentů v rámci péče o umírajícího pacienta na JIP by byly odhaleny další bariéry, se kterými se studenti během klinických praktik na JIP setkali.

Co se týče konkrétních ošetrovatelských činností prováděných u pacientů s infaustními prognózami, respondenti uvedli, že péče o umírající pacienty odpovídala standardním postupům a nelišila se od péče poskytované ostatním pacientům. Pouze někteří z respondentů uvedli omezení v péči jako například eliminace polohování, zajištění klidu a komfortu. Některé výpovědi lze charakterizovat jako kroky změny plné léčby na léčbu paliativní (redukce medikace, snižování alarmů). Jedna z respondentek uvedla, že podle ní byl pacient léčen příliš intenzivně bez ohledu na infaustní prognózu. Nikdo z respondentů vědomě nezmínil využití paliativní péče v prostředí intenzivní medicíny i přesto, že se paliativní léčba již stala nedílnou součástí intenzivní medicíny. (Metznerová & Zítková, 2018) V takových případech jsou zkušenosti s péčí o umírající pacienty pro studenty nenahraditelné, protože konfrontace studenta s umírajícím pacientem umožní studentovi uvědomit si limitace lékařské vědy. (Wang, 2019)

Mezi náročné situace, kterým studenti čelili během poskytování péče pacientům s infaustní prognózou na JIP, patřily komunikace s pacientem v bezvědomí, komunikace s rodinou pacienta, přítomnost rodiny u umírajícího pacienta, odborné ošetrovatelské intervence a zhoršování stavu pacienta bez možnosti dalších léčebných intervencí. Tastanová (2015) ve výsledcích studie zmiňuje, že nejnáročnější situací, které turečtí studenti čelili během klinických praktik na JIP, byl zmíněný zhoršující se stav pacienta, kterému již nelze pomoci další léčebnou intervencí. Neschopnost studentů pacientovi pomoci doprovázely negativní emoce jako strach a úzkost. Dále Tastanová (2015) popisuje problém s narušením intimity pacienta v bezvědomí během hygienické péče. Studenti měli pocit, že nebyla respektována důstojnost a intimita pacienta. Podobný výrok se objevil i u respondentů naší studie. Nedostatečný respekt intimity a důstojnosti pacienta během hygienické péče vyjádřila jedna z respondentek. Ve své výpovědi dále uvedla nespokojenost s nevhodným přístupem personálu, kdy se během hygienické péče pacienta bavili sanitáři mezi sebou, nekomunikovali s pacientem. Fakt, že studenti si jsou vědomi soukromí pacienta, poukazuje na to, že jsou vnímaví k právům pacienta a k tomu, že pacient je hlavním předmětem zájmu ošetrovatelské péče. (Tastan, 2015)

Za důležité považujeme oddělit zkušenosti s péčí o umírající pacienty od zkušeností týkajících se konfrontace studentů se smrtí. V rámci výzkumného šetření jsme věnovali pozornost nejen vnímání procesu umírání studenty, ale také zkušenostem s péčí post mortem. Z výsledků naší studie vyplynulo, že ti studenti, kteří byli svědky smrti na JIP, prožívali silné emoce. Někteří prožívali rozporuplné emoce, jiní šok, lítost nebo úzkost. Ve studii Yükselové (2020) prožívali studenti při konfrontaci se smrtí zármutek a pocit zoufalosti

z toho, že nemohou nastalou situaci zvrátit. Tastanová (2015) zmiňuje jednu z výpovědí respondentů, kdy dotyčný vypověděl, že poté, co zemřel pacient, o kterého se staral, chtěl zemřít také. Studentovi bylo následně poskytnuto poradenství. Ve studii Säglamové (2021) se ve spojitosti s konfrontací se smrtí objevil fenomén zvykání si na smrt pacientů, kdy ve studentech úmrtí pacienta již nevyvolalo žádné pocity. Säglamová předpokládá, že jde o formu obranného mechanismu, který studentům brání prožívat silné a často negativní emoce. V rámci naší studie byl tento fenomén identifikován u jednoho z našich respondentů, který se snažil držet si od kriticky nemocných pacientů odstup a nenavazovat s nimi pevnější vztah.

Z analýzy dat naší studie je dále zjevné, že si studenti postupem času osvojili správné postupy v péči o zemřelého. Tato zkušenost významně přispívá v rámci ošetrovatelské praxe k osvojování nových dovedností studenty ošetrovatelství. (Yüksel, 2020)

Dalším předmětem zkoumání v rámci naší studie bylo prožívání studentů. Mezi nejčastěji zmiňované pocity, které studenti prožívali při poskytování péče pacientům s infaustní prognózou na JIP, patřily strach, smutek, lítost a šok. Některé studie poukazují na fakt, že studenti pregraduálního studia ošetrovatelství nemají dostatečné znalosti o péči poskytované umírajícím pacientům. (Doucette a spol., 2014; Gillan, 2016; Elsaman, 2017; Wang, 2019) Nedostatek vědomostí může být jedním z důvodů negativních pocitů, které studenti prožívají při poskytování péče pacientům v terminálním stadiu. Studenti ošetrovatelství potřebují adekvátní znalosti a dovednosti k tomu, aby poskytli umírajícím pacientům kvalitní péči a v rámci toho dokázali kontrolovat své pocity. (Okcin, 2021) Wangová (2019) v rámci výsledků metasyntézy zjistila, že prožívání negativních emocí studenty nemusí být spojeno pouze s nedostatkem zkušeností v péči o umírající pacienty, ale s faktem, že studenti se cítí frustrovaní a nejistí, protože ve své pozici nedokážou zajistit dostatečný komfort svým pacientům. Wangová dále poukázala na to, že neexistuje téměř žádná evidence o přípravě studentů ke zvládnání negativních pocitů spojených s péčí o umírající pacienty. (Wang, 2019) Gonzales-Garcíová (2020) zmiňuje pozitivní vliv správného mentorování na prožívání studentů v prostředí JIP. Respondenti se díky podpoře sester mentorek cítili jistější. Tyto výsledky vyplynuly také z naší studie, kdy respondenti pozitivně hodnotili pomoc a podporu všeobecných sester během náročných situací.

S vedením studentů všeobecnými sestrami mentorkami souvisí další oblast, která byla v rámci naší studie zkoumána. Studenti vyjadřovali názory na péči personálu JIP o pacienty s infaustními prognózami. Ve výpovědích respondentů převažovali zkušenosti pozitivní. Studentům imponoval vstřícný a individuální přístup nejen sester, ale také lékařů

k pacientům, empatie, zohlednění morálních hodnot v péči o umírající pacienty. Několik respondentů pozitivně hodnotilo přístup personálu ke studentům. Säglamová (2021) u studentů, kteří měli kvalitní mentoring během klinických praktik na JIP, identifikovala zvýšení jejich sebevědomí. Stejně výsledky publikovala i Tastanová (2015). Práce sester, které studenti přirozeně vnímají jako vzor, snižuje prožívání strachu a úzkosti, které studenti v prostředí JIP nevyhnutelně prožívají. Pocit jistoty a sebevědomí vede studenty k efektivnímu osvojování nových dovedností, pochopení komplexnosti péče v prostředí JIP a zároveň jim dodává pocit, že jsou součástí týmu zdravotníků. (Säglam, 2021; Tastan, 2015; Williams & Palmer, 2014) Mnozí autoři doporučují věnovat se problematice mentoringu v prostředí JIP více dopodrobna (Tastan, 2015; Williams & Palmer, 2014; Okcin, 2021) Poměrně malý počet respondentů popsal negativní názory na práci zdravotníků v prostředí JIP. Někteří respondenti popsal nevhodnou či nedostatečnou komunikaci s pacienty, nedostatečné respektování intimity pacienta a jeho důstojnosti. Podobné výsledky vyplynuly z dat Yükselové (2020), kde studenti uvedli, že personál neurochirurgické JIP neuměl s těmito pacienty komunikovat, a tudíž jim nebyla poskytnuta adekvátní péče.

Zkušenosti s péčí a přístupem personálu JIP měly vliv na motivaci studentů nejen k výkonu profese, ale také k výběru budoucího pracovního prostředí. Změny v motivaci k výkonu profese a k výběru budoucího pracovního prostředí byly jedním z předmětů zkoumání diplomové práce. V rámci rozhovoru jsme se zaměřili na to, jak se po zkušenostech s péčí o pacienta s infaustní prognózou na JIP změnila motivace studentů k výkonu povolání a jaký vliv měly tyto zkušenosti na výběr budoucího pracovního prostředí po absolvování studia. Z výpovědí většiny respondentů bylo zjevné, že prostředí JIP, které během klinických praxí navštěvovaly, mělo pozitivní vliv na výběr oddělení, na kterém po absolvování studia chtěly pracovat. Mnozí z respondentů uvedli, že by chtěli pracovat v prostředí intenzivní péče. Umírání a smrt v prostředí JIP tedy významně neovlivnily motivaci dotazovaných studentů. Takové výsledky poukazují na to, že prostředí JIP může pozitivně ovlivnit postoj k profesi všeobecné sestry. Posílení motivace studentů ošetřovatelství po absolvování klinických praxí na JIP je doloženo také ve studii Yükselové (2020). Výsledky této studie ukázaly, že většina studentů považovala prostředí JIP za přínosné a chtěli by tak po absolvování studia na těchto odděleních pracovat. Také Danielisová (2021) ve výsledných datech dodatečně zmiňuje, že klinické praxe v prostředí JIP mohou vést k tomu, že studenti též prostředí zvolí pro svou budoucí práci. Danielisová dodává, že motivace studentů k výběru pracovního prostředí může být významně ovlivněna

kvalitou zkušeností, které se týkají vzdělávání v rámci praxe. Tedy jak kvalitní a přínosný byl mentoring v rámci klinických praktik na JIP.

Ačkoliv jde převážně o pilotní verzi výzkumu, mohou získaná data poskytnout užitečné informace pro budoucí plánování klinických praktik v prostředí JIP. Je důležité, aby praxe byla kombinována s kvalitní teoretickou přípravou nejen v oblasti intenzivní péče, ale také v oblasti péče o pacienty v závěrečné fázi života a paliativní péče. Tyto oblasti spolu totiž v reálné praxi velmi úzce souvisí. Pokud společně nefungují, dochází k rozvoji závažných problémů, které mohou vyústit v tzv. marnou léčbu a dystanazii. (Williams & Palmer, 2014; Tastan, 2015; Vatansever, 2016; Yüksel, 2020)

Limitace předloženého zkoumání

Za limitaci považujeme především úzkou skupinu respondentů pouze ze dvou různých škol a také fakt, že všichni respondenti byly ženy. V případě oslovení dalších respondentů by se mohla objevit nová zjištění, která v této práci nebyla zachycena. Považujeme za důležité zdůraznit, že tyto výsledky nelze zobecňovat a uplatnit na všechny studenty tohoto oboru v České republice. Další limitací práce byl způsob výběru respondentů. Studenti byli o probíhajícím rozhovoru informováni s předstihem, a tak si mohli některé informace nastudovat dopředu. Zároveň mohli získat informace o otázkách rozhovoru od svých spolužáků, kteří rozhovor také absolvovali. Další limitací je bezpochyby absence výzkumné studie na dané téma v českém prostředí.

5 ZÁVĚR

Výsledky zkoumání diplomové práce identifikují některé z výzev, kterým čelili dotazovaní studenti při poskytování péče pacientům s infaustní prognózou v prostředí JIP.

První dílčí cíl práce se zabýval motivací studentů oboru Všeobecná sestra k výkonu povolání před zkušeností na JIP a po ní. Studenti v této oblasti popisovali, jak zkušenosti získané v prostředí JIP ovlivnili jejich motivaci k výkonu povolání. Motivace k výkonu profese pro většinu studentů byla natolik silná, že zkušenosti, které prožili na JIP v souvislosti s péčí o pacienty s infaustními prognózami, významně neovlivnily motivaci k výkonu profese všeobecné sestry. Z výsledků dále vyplynulo, že zkušenosti na JIP posílily motivaci studentek k výběru JIP jako budoucího pracovního prostředí.

Druhý dílčí cíl se zaměřoval na zkušenosti s péčí o pacienty s infaustní prognózou v prostředí JIP. Výsledky ukázaly, že studenti dokázali v praxi využít efektivní verbální i neverbální komunikační techniky. Někteří popsali, že komunikace pro ně v rámci péče o pacienty s infaustní prognózou byla nejnáročnější. Dále popisovali specifické ošetrovatelské činnosti a také nejtěžší zkušenost, kterou v rámci péče o umírající pacienty zažili. Ve výpovědích se objevoval problém s již zmíněnou komunikací, konkrétně šlo především o bariéry v komunikaci (pacient v bezvědomí, pacient se zajištěnými dýchacími cestami), se kterými si studenti ne vždy věděli rady, dále někteří studenti prožívali pocity beznaděje v důsledku neschopnosti pomoci pacientovi, jehož stav se zhoršoval.

Třetí dílčí cíl velmi úzce souvisel s předešlým cílem. Oblast se týkala zmapování zkušeností studentů se smrtí v prostředí JIP. Studenti zmiňovali, co v nich konfrontace se smrtí vyvolala, jak tuto situaci prožívali, a také popisovali své znalosti a dovednosti týkající se péče o zemřelého. Většina studentů tuto zkušenost prožívala velmi negativně. U některých se dokonce objevily neefektivní obranné mechanismy proti silným negativním emocím.

Čtvrtým dílčím cílem práce bylo identifikovat pocity studentů během poskytování péče pacientům s infaustní prognózou a při konfrontaci se smrtí. V obou případech se nejčastěji objevovaly pocity strachu, úzkosti, nejistoty a šoku. Studentům pomáhalo v těchto situacích sdílet své prožitky se svou rodinou, s personálem JIP nebo se spolužáky. Studentům dále pomáhalo oprostít se od náročné situace, snažili se držet si odstup.

Poslední dílčí cíl se týkal zjišťování názorů studentů na péči poskytovanou zdravotnickým personálem JIP pacientům s infaustními prognózami. Převážná část studentů hodnotila péči zdravotníků velmi kladně. Objevily se však i názory, které péči profesionálů

kritizovaly. V souvislosti s touto oblastí byl zároveň zmíněn přínos efektivního a profesionálního mentoringu v klinických praxích.

REFERENČNÍ SEZNAM

ANDERSON, N. E. a spol. Experiencing patient death in clinical practice: Nurses' recollections of their earliest memorable patient death. *International Journal of Nursing Studies* [online]. 2015, **52**(3), 695-704 [cit. 2022-03-09]. Doi: 10.1016/j.ijnurstu.2014.12.005

AZAMI-AGHDASH, S. a spol. Attitudes and Knowledge of Iranian Nurses about Hospice Care. *Indian Journal of Palliative Care* [online]. 2015, **2**(21), 209-213 [cit. 2022-01-27]. Doi:10.4103/0973-1075.156505

BLAKE, T. Improving therapeutic communication in nursing through simulation exercise. *Teaching and Learning in Nursing* [online]. 2019, **14**(4), 260-264 [cit. 2022-05-24]. Doi: 10.1016/j.teln.2019.06.003

BLOOMBERG, K. a spol. Swedish nursing students' experience of stress during clinical practice in relation to clinical setting characteristics and the organisation of the clinical education. *J Clin Nurs*. [online]. 2014, **23**(15-16), 2264-2271 [cit. 2022-05-23]. Dostupné z: doi:10.1111/jocn.12506

Cesta domů, Abeceda domácí paliativní péče aneb pan Ptáček se ptá. Cesta domů [online], Praha, 2014 [cit. 2022-03-14]. Dostupné z: https://www.cestadomu.cz/file/600/download?token=g_9upcIk

Centrum paliativní péče, Co je to paliativní péče? *Paliativní centrum* [online]. Praha: Centrum paliativní péče, 2018 [cit. 2022-03-17]. Dostupné z: <https://paliativnicentrum.cz/paliativni-pece>

DANIELIS, M. a spol. Are intensive care units good places for nursing students' learning compared to other settings?: Findings from an Italian national study. *Intensive & Critical Care Nursing* [online]. 2021, (66), 2-7 [cit. 2022-02-26]. Doi: 10.1016/j.iccn.2021.103074

DIMOULA, M. a spol. Undergraduate nursing students' knowledge about palliative care and attitudes towards end-of-life care: A three-cohort, cross-sectional survey. *Nurse Education Today*[online]. 2019, **74**, 7-14 [cit. 2022-01-27]. Doi: 10.1016/j.nedt.2018.11.025

DOUCETTE, E. a spol. Silent witnesses: Student nurses' perspectives of advocacy and end-of-life care in the intensive care unit. *Canadian Association of Critical Care Nurses* [online]. 2014, **25**(4), 17-21 [cit. 2022-05-24]. Dostupné z: <https://caccn.ca/wp-content/uploads/2020/05/2014AwardsRec.pdf>

ELSAMAN, S. E. A. Undergraduate Critical Care Nursing Students' Knowledge And Attitudes Toward Caring Of Dying Patients. *Journal of Nursing and Health Science* [online]. 2017, **6**(1), 31-40 [cit. 2022-05-24]. Doi: 10.9790/1959-0601013140

Evropský parlament a Evropská rada. Směrnice Evropského parlamentu a Rady 2013/55/EU ze dne 20. listopadu 2013, kterou se mění směrnice 2005/36/ES o uznání odborných kvalifikací.

FERGUSON, R. a COSBY, P. Nursing students' attitudes and experiences toward end-of-life care: A mixed methods study using simulation. *Clinical Simulation in Nursing* [online]. 2017, **13**(8), 343-346 [cit. 2022-03-09]. Doi: 10.1016/j.ecns.2017.03.006

GILLAN, P. C. a spol. Australian nursing students' stories of end-of-life care simulation. *Nursing & Health Sciences* [online]. 2016, **18**(1), 64-69 [cit. 2022-05-24]. Doi:10.1111/nhs.12233

GLOVER, T. L. a spol. Improving End-of-Life Care Knowledge Among Senior Baccalaureate Nursing Students. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine* [online]. 2017, **34**(10), 938-945 [cit. 2022-01-27]. Doi: 10.1177/1049909117693214

GONZÁLEZ-GARCÍA, M. a spol. Nursing Students' Experiences of Clinical Practices in Emergency and Intensive Care Units. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [online]. 2020, **17**(16), 2-14 [cit. 2022-02-27]. Doi:10.3390/ijerph17165686

GORCHS-FONT, N. Nursing students' first experience of death: Identifying mechanisms for practice learning. A realist review. *Nurse Education Today* [online]. 2021, **96**(104637), 2-9 [cit. 2022-03-09]. Doi: 10.1016/j.nedt.2020.104637

GURKOVÁ, E. *Praktický úvod do metodologie výzkumu v ošetrovatelství* [online]. Olomouc: UPOL FZV, 2019 [cit. 2022-05-04]. ISBN 978-80-244-5627-0. Dostupné z: https://www.fzv.upol.cz/fileadmin/userdata/FZV/Dokumenty/OSE/2019-0440_Gurkova.pdf

HAMAIDEH, S. H. Nursing students' perceived stress and coping behaviors in clinical training in Saudi Arabia. *Journal of Mental Health* [online]. 2017, **26**(3), 197-203 [cit. 2022-05-24]. Doi:10.3109/09638237.2016.1139067

HARAZIM, H. a spol. Zapojení interaktivní výuky do pregraduálního studia akutní medicíny: virtuální pacient, pokročilé simulace a přenosy z operačních sálů. *Anesteziologie a intenzivní medicína* [online]. Brno, 2015, **26**(4), 202-212 [cit. 2022-01-23]. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/283093249_Use_of_interactive_education_in_undergraduate_teaching_of_acute_medicine_The_virtual_and_standardised_patient_operating_theatre_broadcasting

HAVLÍČKOVÁ, J. Postoje zdravotních sester k neformálnímu profesnímu vzdělávání. *Studia paedagogica* [online]. 2012, **17**(1) [cit. 2021-6-28]. ISSN 1803-7437. Doi: 10.5817/SP2012-1-11.

HENOCH, I. a spol. Undergraduate nursing students' attitudes and preparedness toward caring for dying persons: A longitudinal study. *Nurse Education in Practice* [online]. **26**, 12-20 [cit. 2022-01-27]. Doi: 10.1016/j.nepr.2017.06.007

CHEN, J. a spol. Standardised simulation-based emergency and intensive care nursing curriculum to improve nursing students' performance during simulated resuscitation: A quasi-experimental study. *Intensive and Critical Care Nursing* [online]. 2018, **46**, 51-56 [cit. 2022-01-23]. Doi: 10.1016/j.iccn.2018.02.003

Institut of Health Science: Bursa Uludağ University [online]. Bursa, Turkey: Bursa Uludağ University, 2019 [cit. 2022-02-14]. Dostupné z: <http://www.uludag.edu.tr/iofhealth>

JIANG, Q. a spol. Attitudes and knowledge of undergraduate nursing students about palliative care: An analysis of influencing factors. *Nurse Education Today* [online]. 2019, **80**, 15-21 [cit. 2022-01-27]. Doi: 10.1016/j.nedt.2019.05.040

KABELKA, L. Building Specialized Palliative Care for the Czech Republic: A Fifteen-Year Leadership Journey in a Developing Country. *Journal of Palliative Medicine* [online]. 2020, **23**(5), 607-610 [cit. 2022-03-17]. Doi:10.1089/jpm.2019.0662.

KABELKA, L. a spol. Paliativní péče v České republice: Situační analýza [online]. In: Praha: *Česká společnost paliativní medicíny*, 2016, s. 1-22 [cit. 2022-01-23]. Dostupné z: <https://www.paliativnimedicina.cz/wp-content/uploads/2016/12/situacni-analyza-paliativni-pece.pdf>

KAPOUNOVÁ, G. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2020, 388 stran, ISBN 978-80-271-0130-6.

KELNAROVÁ, J. *Tanatologie*. Brno: Littera, 2007. ISBN 978-80-85763-36-2.

KOPECKÝ, O. a ROSINOVÁ, K. Úloha paliativní medicíny u akutních stavů. *Vnitřní lékařství* [online]. 2019, **65**(6), 449-455 [cit. 2022-03-13]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/vnitri-lekarstvi/2019-6-2/uloha-paliativni-mediciny-u-akutnich-stavu-113427>

KUŘE, J. a spol. *Kapitoly z lékařské etiky* [online]. Brno: Masarykova univerzita – Lékařská fakulta, 2012 [cit. 2022-05-15]. ISBN 978-80-2105-951-1. Dostupné z: <https://is.muni.cz/el/1411/podzim2014/AETIc/um/kapitoly-z-lekarske-etiky.pdf>

LAKANMAA, R. L. a spol. Basic competence in intensive and critical care nursing: Development and psychometric testing of a competence scale. *Journal of Clinical Nursing* [online]. 2013, **5-6**(23), 13-22 [cit. 2022-03-16]. Doi:10.1111/jocn.12057

LERÁ, M. a spol. Nurses' Attitudes Toward Lifelong Learning via New Technologies. *Asian and Pacific Island Nursing Journal* [online]. 2020, **2**(5), 89-102 [cit. 2022-05-05]. Doi:10.31372/20200502.1088

MACINDO, J. R. B. a spol. A conjoint analysis of the acute and critical care experiential learning preferences of Baccalaureate student nurses. *Nurse Education in Practice* [online]. 2019, **36**, 125-131 [cit. 2022-01-23]. Doi: 10.1016/j.nepr.2019.02.016

MAREČKOVÁ, J. *EBHC – Zdravotnictví založené na vědeckých důkazech* [online]. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2015 [cit. 2022-05-24]. ISBN 978-80-244-4781-0. Dostupné z: <https://cebhckt-jbi.med.muni.cz/res/file/publications/monographs/mareckova-2015-zdravonictvi-zalozene-na-dukazech.pdf>

METZNEROVÁ, M. a ZÍTKOVÁ, M. Uplatnění paliativní péče v oblasti intenzivní medicíny. *Anesteziologie & Intenzivní medicína* [online]. 2018, **29**(5), 269-274 [cit. 2022-03-13]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/en/journals/anaesthesiology-and-intensive-care-medicine/2018-5-11/uplatneni-paliativni-pece-v-oblasti-intenzivni-mediciny-107281>

MLAMBO, M. a spol. Lifelong learning and nurses' continuing professional development, a metasynthesis of the literature. *BMC Nursing* [online]. 2021, **20**(1) [cit. 2021-6-28]. ISSN 1472-6955. Doi:10.1186/s12912-021-00579-2.

OKCIN, F. A. Examination of Life And Death Perceptions of Internship Nursing Students with Experience of Caring for Unconscious Patients: A Qualitative Study. *International Journal of Caring Sciences* [online]. 2021, **14**(1), 745-752 [cit. 2022-05-24]. Dostupné z: <https://www.proquest.com/docview/2537157989/abstract/FCDFCDAB87CD42DDPQ/1?accountid=16730>

PAVLÍK, M. *Intenzivní medicína*. Lékařská fakulta Masarykovy univerzity. Brno, 2008. Učební texty, 7 s.

QANBARI QALEHSARI, M. a spol. Lifelong learning strategies in nursing: A systematic review. *Electronic Physician* [online]. 2017, **9**(10), 5541-5550 [cit. 2021-6-28]. Doi:10.19082/5541.

RUIZ-PELLÓN, N. Experiences of nursing students participating in end-of-life education programs: A systematic review and qualitative metasynthesis. *Nurse Education*

Today [online]. 2020, **90** (104442), 2-13 [cit. 2022-03-09]. Doi: 10.1016/j.nedt.2020.104442

SAGLAM, B. O. a spol. Intensive care experiences of intern nurse students: A qualitative study. *Nurse Education Today* [online]. 2021, **17**(105098), 1-7 [cit. 2022-05-24]. Doi: 10.1016/j.nedt.2021.105098

SERAFIN L. a spol. Novice nurses' readiness to practice in an ICU: A qualitative study. *Nursing Critical Care* [online]. 2021, **27**(1), 10-18 [cit. 2022-01-23]. Doi: 10.1111/nicc.12603.

ŠEVČÍK, Pavel. *Intenzivní medicína*. Galén, 2014, 1 online zdroj (1195 stran). ISBN 978-80-7492-151-3.

SLÁMA, O. a spol. *Koncepce paliativní péče v ČR: pracovní materiál k odborné a veřejné diskusi* [online]. Praha: Cesta domů, 2004 [cit. 2022-03-17]. ISBN 9788023943306. Dostupné z: <https://www.cestadomu.cz/file/4736/download?token=XJR2HNue>

Studijní plány pro akademický rok 2021-2022: Ošetřovatelství. *Lékařská fakulta v Hradci Králové* [online]. Hradec Králové: LFHK, 2021 [cit. 2021-10-16]. Dostupné z: https://www.lfhk.cuni.cz/Studenti/Magisterske-a-bakalarske-studium/Studijni-informace/Plany-a-sylaby/Studijni-plany-prerekvizity_Osetrovatelky_21_22.aspx/

Studijní informační systém Univerzity Karlovy. *Studijní informační systém Univerzity Karlovy* [online]. Praha: Univerzita Karlova, 2021 [cit. 2021-10-16]. Dostupné z: <https://is.cuni.cz/studium/>

TASTAN, S. a spol. Experiences of Turkish undergraduate nursing students in the intensive care unit. *Collegian Journal of the Royal College of Nursing Australia* [online]. 2015, **22**(1), 117-123 [cit. 2022-02-27]. Doi: 10.1016/j.colegn.2013.12.003

Učební plán: Diplomovaná všeobecná sestra. <https://www.zshk.cz> [online]. Hradec Králové: ZSHK, 2021 [cit. 2021-10-16]. Dostupné z: https://www.zshk.cz/wp-content/uploads/2019/10/učebn%C3%AD-pl%C3%A1n_DVS.pdf

VATANSEVER, N. a spol. Intensive Care Unit Experience of Nursing Students during their Clinical Placements: A Qualitative Study. *International Journal of Caring Science* [online]. 2016, **9**(3), 1040-1048 [cit. 2022-02-27]. Dostupné z: http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/33_vatansever_original_9_3.pdf

Věstník č. 9/2021: *Kvalifikační standard přípravy na výkon zdravotnického povolání všeobecná sestra*. In: Praha: MZ ČR, 2021, ročník 2021, částka 9. Dostupné také z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2021/07/Vestnik-MZ_9-2021.pdf

VIDAL, A. V. a spol. Acquisition of Palliative Care Knowledge Through a Transversal Approach in Nursing Studies. *Enfermería Global* [online]. 2020, **19**(3), 322-344 [cit. 2022-01-27]. Doi: 10.6018/eglobal.402691

Vyhláška č. 470/2017 Sb., kterou se mění vyhláška č. 39/2005 Sb., kterou se stanoví minimální požadavky na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání. In: Sběrka zákonů.

WANG, Y. Nursing students' experiences of caring for dying patients and their families: a systematic review and meta-synthesis. *Front Nurs* [online]. 2019, **6**(4), 261-272 [cit. 2022-03-09]. Doi: 10.2478/FON-2019-0042

WILLIAMS, E. a PALMER, C.. Student nurses in critical care: benefits and challenges of critical care as a learning environment for student nurses. *Nursing in Critical Care* [online]. 2013, **19**(6), 310-315 [cit. 2022-02-26]. Doi:10.1111/nicc.12053

YÜKSEL, S. a UGRAS, G. A. Being a Student Nurse in Neurosurgical Intensive Care Unit: A Qualitative Study. *Jaren* [online]. 2020, **6**(2), 331-340 [cit. 2022-05-24]. Doi:10.5222/jaren.2020.94824

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). In: Sběrka zákonů.

Zákon č. 201/2017 Sb., mění 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). In: Sběrka zákonů.

ZHAO, F. F. a spol. The study of perceived stress, coping strategy and self-efficacy of Chinese undergraduate nursing students in clinical practice. *International Journal of Nursing Practice*[online]. 2015, **21**(4), 401-409 [cit. 2022-05-24]. Doi:10.1111/ijn.12273

SEZNAM ZKRATEK

EU – Evropská unie

JIP – jednotka intenzivní péče

PRIM – pracoviště intenzivní medicíny

DNR – Do Not Resuscitate

IP – intenzivní péče

ČLK – Česká lékařská komora

LFHK – Lékařská fakulta v Hradci Králové

VOŠZ HK – Vyšší odborná škola zdravotnická v Hradci Králové

KPR – kardiopulmonální resuscitace

ARO – anesteziologicko-resuscitační oddělení

CNS – centrální nervová soustava

OP – ošetrovatelská péče

TSK – tracheostomická kanyla

ARO – anesteziologicko-resuscitační oddělení

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Rešeršní otázka v českém jazyce	str. 27
Tabulka 2 Rešeršní otázka v anglickém jazyce	str. 28
Tabulka 3 Soubor participantů	str. 30
Tabulka 4 Polostrukturovaný rozvor – rozeřivací část	str. 31
Tabulka 5 Polostrukturovaný rozvor – hlavní část	str. 31
Tabulka 6 Polostrukturovaný rozvor – zchlazení	str. 32

SEZNAM DIAGRAMŮ

Diagram 1 Schéma kategorií a podkategorií výsledků

str. 30

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 Sylaby předmětů Ošetrovatelská péče u akutních a kritických stavů a Ošetrovatelská péče o nevléčitelně nemocné na LFHK

Příloha 2 Sylaby předmětů Ošetrovatelství v intenzivní péči a Paliativní péče VOŠZ HK

Příloha 3 Informovaný souhlas

Příloha 4 Žádost o udělení souhlasu ke sběru dat

PŘÍLOHY

Příloha 1: Sylaby předmětů Ošetřovatelská péče u akutních a kritických stavů a Ošetřovatelská péče o nevléčitelně nemocné na LFHK

Tabulka č.7: Učební plán předmětu Ošetřovatelská péče u akutních a kritických stavů na LFHK

Povinné předměty	Kredity		Zimní semestr		Letní semestr	
	ZS	LS	P	C/S	P	C/S
Ošetřovatelská péče u akutních a kritických stavů	3	-	12	12 Z + Zk	-	-

4

Předmět je na LFHK vyučován pod názvem *Ošetřovatelská péče u akutních a kritických stavů*. Výuka předmětu probíhá ve 3. ročníku v zimním semestru formou přednášek a cvičení. Hodinová dotace přednášek je 12 hodin za semestr, semináře/cvičení činí celkem 12 hodin za semestr. Předmět je ukončen zápočtem a zkouškou. (Studijní plány, LFHK, 2021)

Součástí sylabu předmětu je anotace předmětu, požadavky k ukončení předmětu, učební osnova, dále kreditní hodnota předmětu, hodinová dotace, forma výuky a doporučená literatura.

Tematický plán je rozdělen na dílčí témata probíraná během přednášek: první pomoc, organizace, integrovaný záchranný systém, stanovení priorit v první pomoci, základy kardiopulmonální resuscitace (dále KPR); urgentní stavy v přednemocniční péči: poruchy vědomí, dýchání, srdeční činnosti, úrazy, agresivní chování, zmatenost, suicidální pokus; oddělení urgentního příjmu a JIP/ARO, stanovení priorit v péči o pacienta v kritickém stavu, základní indikace k přijetí, diagnostické a terapeutické výkony, monitorace; intenzivní péče o pacienta v kritickém stavu při onemocnění CNS, kraniocerebrálním poranění a úrazu míchy; intenzivní péče o pacienta v kritickém stavu při onemocnění interní povahy; intenzivní péče o pacienta se syndromem multiorgánové dysfunkce a selhání; základy anesteziologie; dárcovský a transplantační program,

⁴ ZS – zimní semestr; LS – letní semestr; P – přednáška (počet hodin za semestr); C/S – cvičení/seminář (počet hodin za semestr); Z – zápočet; Zk – zkouška

hemodialýza. Druhá část tematického plánu se týká praktických cvičení: nácvik poskytování první pomoci, nácvik KPR; Ošetrovatelská péče (dále OP) o pacienta s popálením, úrazem elektrickým proudem, akutní intoxikací, při akutní dialýze, v bezvědomí, v šokovém stavu; OP o pacienta s traumatem hlavy a míchy, po celkové a regionální anestezii, s epidurální analgezií; OP o pacienta s imobilizačním syndromem, umělou plicní ventilací, s tracheostomií a tracheální intubací, infuzní léčba, parenterální a enterální výživa, transfuze; OP o pacienta s polytraumatem, traumatem hrudníku, břicha, končetin, masivním krvácením do horní části gastrointestinálního traktu. (Studijní informační systém UK, 2021)

Tabulka č. 8: Učební plán předmětu Ošetrovatelská péče o nevléčitelně nemocné na LFHK

Povinné předměty	Kredity		Zimní semestr		Letní semestr	
	ZS	LS	P	C/S	P	C/S
Ošetrovatelská péče o nevléčitelně nemocné	-	2	-	-	12	9 Z

5

Předmět je na LFHK vyučován pod názvem *Ošetrovatelská péče o nevléčitelně nemocné*. Výuka předmětu probíhá ve 3. ročníku v letním semestru, a to ve formě přednášek a cvičení. Hodinová dotace přednášek je 12 hodin za semestr, semináře/cvičení činí celkem 9 hodin za semestr. Předmět je ukončen zápočtem. (Studijní plány, LFHK, 2021)

Součástí sylabu předmětu je anotace předmětu, požadavky k ukončení předmětu, učební osnova, dále kreditní hodnota předmětu, hodinová dotace, forma výuky a doporučená literatura.

Obsah učiva se skládá z těchto dílčích témat: zvládání mimořádně náročných situací u pacientů, rodinných příslušníků a zdravotníků; zvládání komunikace s nevléčitelně nemocnými a jejich rodinnými příslušníky; etické a právní aspekty péče o nevléčitelně nemocné, morální dilemata; paliativní péče, tlumení bolesti; kvalita života u nevléčitelně nemocných pacientů; ošetrovatelská péče o rodinné příslušníky pacienta a spolupráce; vyrovnání se zdravotníkům u úmrtím pacienta, prevence efektu vyhoření; ošetrovatelská péče o nemocné s nádorovým onemocněním; ošetrovatelská péče o pacienty s nádory plic, prsu, pohlavního a močového ústrojí, nádory GIT a ORL, s gynekologickými nádory, s poruchou

⁵ ZS – zimní semestr; LS – letní semestr; P – přednáška (počet hodin za semestr); C/S – cvičení/seminář (počet hodin za semestr); Z – zápočet

výživy, chronickou bolestí, zvracením a anorexií; ošetrovatelská péče o pacienty v terminální fázi života; hospicová péče a domácí péče. (Studijní informační systém UK, 2021)

Příloha 2: Sylabus předmětů Ošetřovatelství v intenzivní péči a Paliativní péče VOŠZ HK

Tabulka č. 9: Učební plán předmětu Ošetřovatelství v intenzivní péči na VOŠZ HK)

Povinné předměty	Kredity		Zimní semestr	Letní semestr
	ZS	LS	P/C	P/C
Ošetřovatelství v intenzivní péči	-	3	-	12/18 KZ

6

Modul je na VOŠZ vyučován pod názvem *Ošetřovatelství v intenzivní péči*. Výuka je realizována ve 3. ročníku v letním semestru formou přednášek a cvičení. Hodinová dotace činí 30 hodin za semestr. Modul je zakončen klasifikovaným zápočtem.

Modul je koncipován jako teoreticko-praktický s kontaktními a nekontaktními hodinami.

Součástí sylabu modulu jsou cíle, metodika výuky, anotace modulu, obsah modulu, formy a váhy hodnocení a studijní literatura povinná a doporučená.

Obsah modulu je rozdělen na **kontaktní témata**: monitoring nemocných v intenzivní péči; problematika anestezie; algeziologie a analgosedace; centrální žilní vstupy a porty, Broviac katétr, PICC, intraoseální vstupy; zajištění a udržení průchodnosti dýchacích cest; umělá plicní ventilace neinvazivní a invazivní, kapnometrie; toaleta dolních dýchacích cest otevřeným a uzavřeným způsobem; výživa kriticky nemocných. A **nekontaktní témata**: historie intenzivní péče; technické a personální vybavení pracovišť intenzivní péče; monitoring nemocných v intenzivní péči; skórovací systémy v intenzivní péči; centrální žilní vstupy a porty, Broviac katétr, PICC; Swan-Ganzův katétr; základní poruchy srdečního rytmu, defibrilace, kardioverze, kardiostimulace; respirační insuficience, umělá plicní ventilace invazivní a neinvazivní, kapnometrie; eliminační metody v intenzivní péči; bezvědomí, imobilizační syndrom v intenzivní péči. (Učební plán, ZSHK, 2021)

⁶ P/C – přednáška/cvičení, KZ – klasifikovaný zápočet

Tabulka č. 10: Učební plán předmětu Paliativní péče na VOŠZ HK

Povinné předměty	Kredity		Zimní semestr	Letní semestr
	ZS	LS	P/C	P/C
Paliativní péče	-	2	-	- /12 Z

Předmět je na VOŠZ HK vyučován pod totožným názvem, který je uveden v kvalifikačním standardu – *Paliativní péče*. Výuka předmětu probíhá ve 3. ročníku studia v letním semestru pouze formou praktického cvičení. Hodinová dotace předmětu činí 12 hodin za semestr. Předmět je ukončen zápočtem.

Modul je koncipován jako praktický, je součástí komplexu předmětů z klinického ošetrovatelství a navozuje na modul Ošetrovatelství v onkologii.

Součástí sylabu modulu jsou cíle, metodika a formy výuky, anotace modulu, obsah modulu, forma a váha hodnocení a studijní literatura povinná a doporučená.

Obsah modulu obsahuje tyto tematické celky: úvod do problematiky paliativní medicíny; principy diagnostiky a terapie jednotlivých symptomů; paliativní radioterapie a chemoterapie; rehabilitace v paliativní medicíně; psychologická a psychiatrická intervence; etické a duchovní aspekty, sociální péče; umírání a smrt; hospicová hnutí, hospicová zařízení. (Učební plán, ZSHK, 2021)

Příloha 3: Informovaný souhlas

Vážená slečno/paní/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 budoucích všeobecných sester s péčí o pacienta s infaustní prognózou na jednotkách intenzivní péče.***

Účast ve výzkumu je zcela **dobrovolná**. 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.

V průběhu realizace výzkumu můžete kdykoliv svobodně odmítnout či odstoupit.

V rámci diplomové práce byla zvolena metoda kvalitativního dotazování – polostrukturovaný rozhovor, jehož cílem je zjistit, jaké zkušenosti mají budoucí všeobecné sestry zkušenosti s péčí o pacienta s infaustní prognózou na jednotkách intenzivní péče. Sesbíraná data budou následně analyzována a interpretována v závěru diplomové práce.

PROHLÁŠENÍ:

Prohlašuji, že **SOUHLASÍM S ÚČASTÍ NA VÝŠE UVEDENÉM VÝZKUMU**. Studentka mě informovala o podstatě výzkumu a seznámila mě s cíli, metodami a postupy, které budou používány. Souhlasím s tím, že všechny získané údaje budou použity jen pro účely výzkumu a výsledky mohou být anonymně publikovány.

Měl/a jsem možnost vše si řádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážit, měl/a jsem možnost se zeptat na vše, co jsem považoval/a za podstatné a potřebné vědět. Na dotazy jsem dostal/a jasnou a srozumitelnou odpověď. Jsem informován/a o tom, že mám možnost kdykoliv od spolupráce na zkoumání odstoupit, a to i bez udání důvodu.

Tento informovaný souhlas je vyhotoven ve dvou stejnopisech, každý s úplatností originálu, z nichž jeden obdrží moje osoba a druhý řešitel projektu.

Jméno, příjmení a podpis studenta/ky:

v: _____ dne: _____

V případě dalších dotazů k tomuto výzkumu mne můžete kontaktovat:

tel.:

e-mail:

studijní obor: NMgr. Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy

Příloha č. 4: Žádost o udělení souhlasu ke sběru dat

Vážená paní

Mgr. Eva Vachková, Ph.D.

Přednostka Ústavu nelékařských studií

Univerzita Karlova, Lékařská fakulta v Hradci Králové

Šimkova 870, Hradec Králové 500 03

Žádost o udělení souhlasu ke sběru dat

Vážená paní přednostko,

obracím se na Vás s žádostí o udělení souhlasu s realizací výzkumného šetření, které je plánováno jako součást mé diplomové práce pod odborným vedením PhDr. Hanou Heiderovou, Ph.D.

Výzkum bude zaměřen na zkušenosti budoucích všeobecných sester (tj. studentů) s péčí o pacienty s infaustní prognózou na jednotkách intenzivní péče. Využita bude metoda dotazování za využití nástroje polostrukturovaný dotazník. Do zkoumaného souboru by byli zařazeni studenti 2. a 3. ročníku oboru Všeobecná sestra / Všeobecné ošetřovatelství, avšak pouze ti, kteří by vyjádřili souhlas.

V případě Vašeho souhlasu bych anonymní sběr dat realizovala od ledna 2022 do května 2022.

Děkuji Vám za případnou vstřícnost a Vaše vyjádření.

Bc. Sarah Freibauerová
studentka 2. ročníku
obor UOPZŠ
PdF UP v Olomouci

VYJÁDŘENÍ K REALIZACI VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ:

souhlasím

nesouhlasím

v Hradci Králové, dne _____

podpis: _____