

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
PEDAGOGICKÁ FAKULTA
Katedra antropologie a zdravotní péče

Diplomová práce

Bc. Ivona Petrová

Názory a zkušenosti žákyní oboru Praktická sestra
související s umírajícím pacientem

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala samostatně výhradně s použitím uvedených zdrojů a literatury.

V Olomouci dne 20. 4. 2023

Poděkování

Děkuji touto cestou především doc. PhDr. Janě Marečkové, Ph.D. za její za laskavý a vstřícný přístup a za její cenné rady a připomínky. Dále bych chtěla poděkovat svému manželovi za všestrannou podporu a toleranci v průběhu celého studia.

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Bc. Ivona Petrová
Katedra:	Katedra antropologie a zdravotní vědy
Vedoucí práce:	doc. PhDr. Jana Marečková, Ph.D.
Rok obhajoby:	2023

Název práce:	NÁZORY A ZKUŠENOSTI ŽÁKYNÍ OBORU PRAKTICKÁ SESTRA SOUVISEJÍCÍ S UMÍRAJÍCÍM PACIENTEM
Název v angličtině:	OPINIONS AND EXPERIENCES OF STUDENTS OF THE FIELD OF PRACTICAL NURSE RELATED TO A DYING PATIENT
Anotace práce:	<p>Předmětem zkoumání byly názory a zkušenosti související s umírajícím pacientem. Participanty studie byly žákyně oboru Praktická sestra jedné střední zdravotnické školy v kraji Vysočina v ČR. Ke zkoumání byl uplatněn design kvalitativního výzkumu. Při sběru dat byla využita metoda dotazování. Nástrojem sběru dat byl polostrukturovaný rozhovor vlastní konstrukce. Data získaná od participantů během rozhovorů byla zaznamenána a poté z audiozáznamů doslovně přepsána. Data byla analyzována metodou tzv. otevřeného kódování.</p>
Klíčová slova:	žákyně, Praktická sestra, střední zdravotnická škola, dotazování, polostrukturovaný rozhovor, názory, zkušenosti, umírající pacient

<p>Anotace v angličtině:</p>	<p>The subject of the research was opinions and experiences related to the dying patient. The participants in the study were students of the field of Practical Nurse at a secondary nursing school in the Vysočina region in the Czech Republic. The design of qualitative research was used for the research. The interviewing method was used for data collection. The data collection tool was a semi-structured interview of own design. The data obtained from the participants during the interviews were recorded and then literally transcribed from the audio recordings. The data were analyzed by the so-called open coding method.</p>
<p>Klíčová slova v angličtině:</p>	<p>students, Practical nurse, secondary nursing school, interviewing, semi-structured interview, opinions, experiences, dying patient</p>
<p>Přílohy v práci:</p>	<p>Příloha 1 – Formulář protokolu polostrukturovaného rozhovoru Příloha 2 – Souhlas se sběrem dat Příloha 3 – Formulář informovaného souhlasu Příloha 4 – Přepisy rozhovorů</p>
<p>Rozsah práce:</p>	<p>77 stran</p>
<p>Jazyk práce:</p>	<p>český jazyk</p>

Obsah

1	Úvod a hlavní cíl	7
2	Přehled aktuálního stavu problematiky	9
2.1	Popis rešerší ke kapitole	9
2.2	Vymezení základních pojmů	10
2.3	Kurikulární dokumenty	13
2.4	Knižní publikace	16
2.5	Články v odborných časopisech.....	17
2.5.1	Kvalitativní studie	17
2.5.2	Kvantitativní studie	28
3	Výzkumná část	34
3.1	Metodika studie.....	34
3.2	Výsledky	40
3.2.1	Interpretace výsledků ke zkušenostem s péčí o umírajícího pacienta v rámci ošetrovatelské praxe	41
3.2.2	Interpretace výsledků k názorům na umírání a smrt	51
3.2.3	Interpretace výsledků ke zkušenostem s umírajícím mimo zdravotnické zařízení.....	55
3.2.4	Interpretace výsledků k názorům na péči o umírající ve zdravotnickém zařízení versus v domácím prostředí	57
4	Diskuse	64
4.1	Popis rešerše za účelem vyhledání odborných studií.....	64
4.2	Text diskuse	64
5	Souhrn a závěry	70
	Referenční seznam	72
	Seznam tabulek	76
	Seznam příloh.....	77

1 Úvod a hlavní cíl

Pokroky v medicíně a dalších příbuzných oborech sice na jedné straně dokázaly prodloužit průměrnou délku lidského života, na druhé straně však mimo jiné i v důsledku těchto demografických změn dochází ke stárnutí populace, s čímž je úzce spojen následný nárůst počtu lidí s chronickými nemocemi. (Pérez-de la Cruz et al. 2020)

Zatímco dříve bylo obvyklé umírat doma, dnes je to spíše výjimkou, když počet pacientů umírajících ve zdravotnických zařízeních celosvětově každým rokem stoupá a velká část studentek¹ ošetrovatelských oborů zažívá zkušenost s umírajícím pacientem a se smrtí pacienta již v průběhu studia v rámci nemocniční praxe. (Kim, 2019)

Studentky ošetrovatelství tak vstupují do profese, v níž se s umírajícími pacienty a se smrtí budou setkávat celý svůj pracovní život. Vědecké studie z řady zemí světa ukazují, že mnoho z těchto studentek se považuje na tyto situace za nedostatečně připravené, což může mít i vážné následky v podobě negativních postojů, jako je vyhýbání se pacientům, strach, pochybnosti o sobě a problémy s komunikací. (Laporte, 2020)

Česká republika patří k vyspělým zemím světa, lze tedy předpokládat, že se i české adeptky oboru ošetrovatelství budou potýkat s podobnými problémy jako jejich zahraniční kolegyně. Náročnější to však české žákyně oproti studentkám v mnoha zahraničních zemích mohou mít v tom, že velká část z nich začíná studovat zdravotnický obor již na střední škole, zatímco v řadě zemí je tomu tak spíše až v rámci profesně zaměřeného bakalářského programu na škole vysoké. V České republice žákyně oboru Praktická sestra nastupují do nemocniční praxe obvykle ve 3. ročníku středoškolského studia, některé školní vzdělávací programy však praxi zařazují již do 2. ročníku, tj. v době, kdy mnohým z nich je teprve kolem 16 let a nacházejí se tak ve složitém období dospívání.

Motivací k napsání této práce pro mne byly mé osobní zkušenosti získané studiem oboru všeobecná sestra na střední zdravotnické škole a na vysoké škole a dále práce učitelky odborných předmětů na střední a vyšší odborné zdravotnické škole, kde jsem se setkávala a setkávám se žákyněmi, které musí čelit emočně vypjatým zážitkům ze setkání s umírajícími pacienty a s jejich úmrtím. Poznatky získané psaním této práce bych v budoucnu ráda využila

¹ Ačkoliv je dnes počet osob mužského pohlaví vykonávajících povolání sestry vyšší, než tomu bylo v minulosti, přesto se jedná o profesi, která je tradičně silně feminizována. Pokud v následujícím textu používáme slova „žákyně“, „respondentka“ či „studentka“ apod. v ženském rodě, je tomu tak proto, že drtivou většinu účastníků popisovaných studií tvořily ženy. Neznamená to však, že mezi nimi nebyl ani jediný muž, jejich podíl na celkovém počtu účastníků však v žádném studiu nepřesáhl ani 10 %.

při své práci učitelky, kdy se budu snažit své žákyně na setkání s umírajícím pacientem připravovat tak, aby pro ně tento zážitek nebyl celoživotním traumatem, nýbrž pozitivní zkušeností.

Hlavním cílem výzkumné části této práce bylo popsat názory a zkušenosti žákyní oboru Praktická sestra související s umíráním.

2 Přehled aktuálního stavu problematiky

2.1 Popis rešerší ke kapitole

Za účelem získání literárních zdrojů, které byly použity v diplomové práci, byla standardizovaným postupem provedena rešeršní činnost. Publikační období bylo pro vyhledávání omezeno na roky 2007 až 2022. Relevantní zdroje byly získány prostřednictvím elektronických informačních zdrojů dostupných studentům Univerzity Palackého v Olomouci, tj. Google Scholar, PubMed, EBSCO a ProQuest. Jako omezení bylo nastaveno „beze slov“ bakalářská, diplomová, kvalifikační, rigorózní a disertační. Kritéria pro zařazení byla stanovena pro monografii, odborný článek z časopisu, recenzovaný článek, plný text a výzkumnou práci.

Formulace cílené rešeršní otázky (RO): Jaké názory a zkušenosti (O) související s umírajícím pacientem (I) mají žákyně (P) oboru Praktická sestra?

RO v anglickém jazyce (AJ): What views and experiences (O) related to the dying patient (I) do the students (P) of the field of practical nursing have?

Tabulka 1. Primární hesla s příbuznými pojmy v českém/anglickém jazyce

primární komponenty RO v CZ	primární komponenty RO v CZ se synonymy nebo příbuznými pojmy
<p>P: žákyně I: umírající pacient O: zkušenosti</p>	<p>P: žákyně OR zdravotní sestry OR studentky I: umírající pacient OR smrt O: zkušenosti OR praxe OR názory OR postoje</p>
primární komponenty RO v AJ	primární komponenty RO v AJ se synonymy nebo příbuznými pojmy
<p>P: nursing students I: dying patient O: experiences</p>	<p>P: nursing students OR nurses OR pupils I: dying patient OR death O: experiences OR practice OR opinions OR attitudes</p>

Na základě provedené rešerše bylo nalezeno celkem 185 literárních zdrojů. Po vyhodnocení relevance vůči rešeršní otázce a jejím komponentám bylo mezi relevantní zdroje zařazeno 22 zdrojů, jejichž obsah je stručně shrnut v následujících podkapitolách.

2.2 Vymezení základních pojmů

Praktická sestra

Podle zákona o nelékařských zdravotnických povoláních² je praktická sestra nelékařským zdravotnickým pracovníkem, který poskytuje ošetrovatelskou péči. Dále se praktická sestra ve spolupráci s lékařem nebo zubním lékařem podílí na preventivní, léčebné, rehabilitační, paliativní, neodkladné, diagnostické a dispenzární péči.

Kompetence praktické sestry jsou stanoveny vyhláškou o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků³. Praktická sestra stejně jako ostatní zdravotničtí pracovníci bez odborného dohledu a bez indikace v rozsahu své odborné způsobilosti: poskytuje zdravotní péči v souladu s právními předpisy a standardy; dbá na dodržování hygienicko-epidemiologického režimu v souladu s právními předpisy upravujícími ochranu veřejného zdraví; provádí zápisy do zdravotnické dokumentace a další dokumentace vyplývající z jiných právních předpisů; pracuje s informačním systémem poskytovatele zdravotních služeb, poskytuje pacientovi informace v souladu se svou odbornou způsobilostí, případně pokyny lékaře, zubního lékaře, farmaceuta, klinického psychologa nebo klinického logopeda; podílí se na praktickém vyučování ve studijních oborech k získání způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání uskutečňovaných středními školami a vyššími odbornými školami, v akreditovaných zdravotnických studijních programech k získání způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání uskutečňovaných vysokými školami v České republice a ve vzdělávacích programech akreditovaných kvalifikačních kurzů; podílí se na přípravě standardů, motivuje a edukuje jednotlivce, rodiny a skupiny osob k přijetí zdravého životního stylu a k péči o sebe; podílí se na zajištění zapracování nově nastupujících zdravotnických pracovníků a provádí opatření při řešení následků mimořádné události nebo krizové situace.

Praktická sestra bez odborného dohledu a bez indikace a v souladu s diagnózou stanovenou lékařem nebo zubním lékařem poskytuje nebo zajišťuje základní ošetrovatelskou péči, a sice zejména: může sledovat fyziologické funkce za použití zdravotnických prostředků a získané informace zaznamenávat do dokumentace; pozorovat a zaznamenávat fyzický a psychický stav pacienta a schopnost příjmu potravy; provádět komplexní hygienickou péči, včetně prevence proleženin; rozdělovat stravu pacientům podle diet a dbát na jejich dodržování; dohlížet na dodržování pitného režimu, sledovat bilanci tekutin, pečovat o vyprazdňování;

² Plným názvem se jedná o zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů.

³ Plným názvem se jedná o vyhlášku č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění pozdějších předpisů.

aplikovat zábaly, obklady, léčivé koupele, teplé a studené procedury; provádět sociální aktivizaci zejména v rámci péče o seniory, pečovat o zajištění psychické pohody, pocitu jistoty, bezpečí a sociálního kontaktu; vykonávat činnosti při zajištění herních aktivit dětí; provádět rehabilitační ošetřovatelství, zejména polohování, posazování, základní pasivní, dechová a kondiční cvičení, nácvik sebeobsluhy s cílem zvyšování soběstačnosti pacienta a metody bazální stimulace s ohledem na prevenci a nápravu poruch funkce, včetně prevence dalších poruch vyplývajících ze snížené mobility nebo imobility; sledovat poruchy celistvosti kůže a stav sliznic; pečovat o močové katetry pacientů starších 3 let (péči o močové katetry pacientů se rozumí zejména hygiena genitálu, dezinfekce katetru, výměna močového sáčku); ošetřovat periferní žilní vstupy; zajišťovat činnosti spojené s přijetím, přemístováním a propuštěním pacientů; poskytovat a zajišťovat psychickou podporu umírajícím a jejich blízkým a po stanovení smrti lékařem zajišťovat péči o tělo zemřelého a činnosti spojené s úmrtím pacienta; vykonávat činnosti při přejímání, kontrole, manipulaci a uložení léčivých přípravků; vykonávat v rozsahu své odborné způsobilosti činnosti při přejímání, kontrole, manipulaci a uložení zdravotnických prostředků a prádla, jejich dezinfekci a sterilizaci a zajištění jejich dostatečné zásoby; vykonávat činnosti při zajišťování stálé připravenosti pracoviště včetně věcného a technického vybavení a funkčnosti zdravotnických prostředků.

Na základě indikace lékaře nebo zubního lékaře pak praktická sestra může vykonávat bez odborného dohledu jednoduché výkony při poskytování zdravotní péče, a to zejména může: podávat léčivé přípravky s výjimkou radiofarmak, léčivé přípravky nemůže podávat formou nitrožilní injekce, infuzí nebo aplikací do epidurálních katetrů a dále u dětí do 3 let věku formou intramuskulární injekce; provádět odsávání sekretů z horních cest dýchacích u pacientů při vědomí starších 10 let a zajišťovat jejich průchodnost; zavádět a udržovat inhalační a kyslíkovou terapii; odebírat kapilární a žilní krev a jiný biologický materiál; provádět vyšetření biologického materiálu získaného neinvazivní cestou a kapilární krve; provádět ošetření nekomplikovaných chronických ran, ošetřovat stomie; podávat potraviny pro zvláštní lékařské účely. Pod odborným dohledem zubního lékaře může praktická sestra zpracovávat dentální materiály v ordinaci a vykonávat činnost zubní instrumentářky. Některé výše vyjmenované činnosti stanovené vyhláškou může praktická sestra vykonávat i pod odborným dohledem všeobecné sestry, dětské sestry nebo porodní asistentky.

Jako požadavky na způsobilost pro výkon tohoto povolání zákon stanoví bezúhonnost, zdravotní způsobilost a odbornou způsobilost. Odbornou způsobilost k výkonu tohoto povolání lze získat absolvováním střední zdravotnické školy v oboru praktická sestra, případně v oboru zdravotnický asistent (tento studijní obor se však dnes již neotvírá, byl nahrazen právě oborem

praktická sestra, nejpozději bylo možno zahájit studium ve školním roce 2018/2019). V případě osob majících odbornou způsobilost pro výkon povolání ošetřovatele, které již úspěšně složily maturitní zkoušku, postačuje k získání odborné způsobilosti (tj. k rozšíření kvalifikace z ošetřovatele na praktickou sestru) absolvovat akreditovaný kvalifikační kurz praktická sestra (resp. akreditovaný kvalifikační kurzu zdravotnický asistent, nejpozději jej bylo možno zahájit do konce roku 2018). Dále je možné odbornou způsobilost získat absolvováním 6 semestrů studia na vysoké škole, a to akreditovaného zdravotnického bakalářského studijního oboru pro přípravu všeobecných sester, nebo 3 ročníků na vyšší odborné škole v oboru diplomovaná všeobecná sestra. Poslední možností, jak odbornou způsobilost získat, je studium 8 semestrů na vysoké škole v magisterském studijním oboru všeobecné lékařství a složení zkoušky z předmětu ošetřovatelství, péče o nemocné nebo obdobného předmětu v rámci tohoto studijního oboru. Zároveň platí, že odbornou způsobilost k výkonu povolání praktická sestra má také zdravotnický pracovník, který má odbornou způsobilost pro výkon povolání zdravotnického záchranáře nebo porodní asistentky. Nejčastější cestou jak odbornou způsobilost pro výkon povolání praktické sestry získat, je ovšem shora uvedená první varianta, tj. absolvováním střední zdravotnické školy v oboru praktická sestra.

Umírání a smrt

Umírání a smrt jsou dva pojmy, které k sobě mají velmi blízko. Lze na ně nahlížet z různých úhlů pohledu (např. filozofického, sociologického, psychologického, demografického atd.) a pojednání o nich by jistě vydalo na samostatnou práci. Vzhledem k omezenému rozsahu této práce se zaměříme spíše na pojetí v medicínském a ošetřovatelském smyslu.

Již v úvodu této práce bylo napsáno, že díky pokroku v medicíně se sice prodloužil lidský život, ale v důsledku této demografické změny dochází k nárůstu počtu lidí, kteří namísto doma, jak bylo dříve zcela běžné, umírají v nemocničním zařízení v důsledku chronických onemocnění spojených se stářím. Kisvetrová a Kutnohorská (2010) označují 20. století za „*století institucionalizace terminální péče*“, ke které došlo v důsledku modernismu. Lidé tak byli z domácího, rodinného prostředí, v němž v předmoderní minulosti umíraly celé generace, najednou vytrženi a přemístěni do anonymního prostředí nemocnic, kde se sice pohybuje velké množství osob, ale člověk umíral často sám a opuštěný. Autorky dále zmiňují 3 současné koncepce smrti: smrt jako tabu (v důsledku násilného ukončení a přetržení všeho, s čím se člověk důvěrně sžil, lidé se tématu smrti vyhýbají, protože jim připomíná jejich vlastní smrt a z té mají úzkost), smrt jako samota (umírání v nemocničním zařízení, v cizím prostředí a mezi

cizími lidmi, zdravotníci se snaží instinktivně omezovat pobyt v pokoji umírajícího, protože pohled na umírající je zdrojem úzkosti z budoucí smrti) a smrt jako dovršení (týká se lidí, kteří umírají s náboženskou vírou a beze strachu, věří, že smrt není definitivním koncem jejich existence, ale pouze přechodem na jiný svět; tento postoj může ovlivnit nejen umírající, ale i zdravotníky, kteří toto náboženské přesvědčení zastávají).

Určit přesně, ve kterých případech se jedná o pacienta umírajícího, a ve kterých je naopak stoprocentní naděje na vyléčení, není možné. Odborníci na paliativní péči přišli s teorií trajektorií nemoci, což jsou zjednodušené modely, jakým způsobem probíhá proces umírání u závažných chronických onemocnění: 1. trajektorie plynulé progresse s relativně predikovatelnou terminální fází (typická např. pro nádorová onemocnění), 2. trajektorie postupného zhoršování funkčního stavu s intermitentními závažnými epizodami, jež mohou vyústit v relativně náhlé úmrtí pacienta (typická např. pro CHOPN nebo srdeční selhání) a 3. trajektorie dlouhotrvajícího pozvolného slábnutí a poklesu (typická pro křehké polymorbidní geriatrické pacienty či pacienty s demencí). Všechny pacienty s jakoukoliv z výše uvedených trajektorií lze v širším smyslu považovat za umírající, ačkoliv někteří z nich mohou mít před sebou i několik let života. V užším smyslu se za umírajícího pacienta považuje pacient, kterému zbývají poslední dny a hodiny života, což se obvykle projevuje typickými příznaky (velká únava a slabost, problémy s příjmem potravy, tekutin a polykáním, změny stavu vědomí, změny vzorce dýchání, změny v obličeji, atd.). (Sláma, Vafková 2020)

Pokrok v medicíně nezměnil jen způsob umírání, ale změnil i zažitě chápání pojmu smrt. Preissová Krejčí et al. (2014) upozorňuje, že zatímco dříve bylo dlouhou dobu územ, že smrt nastává při zástavě dechu a srdeční činnosti, díky kardiopulmonální resuscitaci se tento stav dá často zvrátit. Jako exitus je tak dnes definován stav tzv. mozkové smrti. „*Smrt mozku vyjadřuje nezvratné vymizení, zánik všech mozkových funkcí (včetně funkcí mozkového kmene) bez ohledu na přetrvávající činnost kardiovaskulárního aparátu či jiných orgánů a je prokázána podle přesně definovaných diagnostických kritérií.*“ (tamtéž, s. 186). Je však možné, že i toto nové medicínské pojetí smrti se však v případě dalších pokroků lékařské vědy časem opět změní.

2.3 Kurikulární dokumenty

Z tzv. šedé literatury byly do přehledu zahrnuty pouze kurikulární dokumenty, z nichž byly vzhledem k tématu této práce zařazeny pouze Rámcový vzdělávací program pro obor vzdělávání 53 – 41 – M/03 Praktická sestra (dále jen „RVP“) a Školní vzdělávací program pro obor Praktická sestra vycházející z RVP a vytvořený Střední zdravotnickou školou a Vyšší

odbornou školou zdravotnickou Žďár nad Sázavou (dále jen „ŠVP“). Střední zdravotnická škola a Vyšší odborná škola zdravotnická Žďár nad Sázavou byla do přehledu vybrána z důvodu, že právě na této škole se konalo výzkumné šetření blíže popisované v kapitole 3 této práce („Výzkumná část“) a podle tohoto ŠVP se vzdělávají respondentky zařazené do zkoumaného souboru.

Mezi odbornými kompetencemi absolventa oboru Praktická sestra RVP (s. 11) v souvislosti s umírajícím pacientem a smrtí výslovně uvádí „*poskytovat a zajišťovat psychickou podporu umírajícím a jejich blízkým a po stanovení smrti lékařem zajišťovat péči o tělo zemřelého a činnosti spojené s úmrtím pacienta*“. U ostatních odborných kompetencí RVP umírající pacienty nezmiňuje, tzn. že mezi ošetrovatelskou péčí o umírající a neumírající pacienty nerozlišuje, a lze tedy dovést, že vše uvedené obecně pro „pacienty“ se bude týkat i pacientů umírajících. Stručně lze uvést, že RVP (s. 10-11) jako hlavní odbornou kompetenci praktické sestry uvádí „*poskytovat nebo zajišťovat bez odborného dohledu a bez indikace a v souladu s diagnózou stanovenou lékařem nebo zubním lékařem základní ošetrovatelskou péči a podílet se pod odborným dohledem nebo přímým vedením všeobecné sestry, dětské sestry nebo porodní asistentky na poskytování specializované nebo vysoce specializované ošetrovatelské péče*“. Tuto obecně formulovanou odbornou kompetenci pak RVP (s. 11) dále specifikuje detailnějším výčtem jako např. „*poskytovat ošetrovatelskou péči v souladu s danými postupy, právními předpisy a standardy*“ nebo „*sledovat a zaznamenávat fyziologické funkce pacienta za použití zdravotnických prostředků, jeho fyzický a psychický stav a schopnost příjmu potravin*“ atd.

V rámci učiva se s problematikou umírajícího pacienta a smrtí žákyně oboru Praktická sestra výslovně setkají v obsahovém okruhu Ošetrovatelství a ošetrování nemocných. V rámci předmětu Ošetrování nemocných se žákyně učí poskytovat a zajišťovat psychickou podporu umírajícím a jejich blízkým, jakož i pečovat o těla zemřelých a další činnosti spojené s úmrtím nemocného (viz RVP, s. 59). V obsahovém okruhu Sociální vztahy a dovednosti je umírající pacient zmíněn ještě v rámci předmětu Zdravotnická psychologie, v němž se žákyně mají naučit vyjmenovat a vysvětlit fáze procesu umírání a charakterizovat empatický přístup zdravotnického pracovníka k umírajícímu nemocnému a pozůstalým, a dále v předmětu Komunikace, v němž se žákyně mají naučit volit vhodné formy komunikace a uplatňovat nedirektivní přístup k seniorům, nevyléčitelně nemocným a umírajícím (viz RVP, s. 61-62).

ŠVP již rámcové vzdělávací okruhy RVP rozpracovává do jednotlivých vyučovacích předmětů a stanoví i ročník/y studia, v němž je daný předmět vyučován.

S tématem smrti se žákyně oboru Praktická sestra Střední zdravotnické školy a Vyšší odborné školy zdravotnické Žďár nad Sázavou poprvé setkají již v 1. ročníku v rámci předmětu První pomoc v ošetrovatelství, kde je smrt zařazena jako jeden ze základních pojmů obecné první pomoci (viz ŠVP, s. 173).

Dále v ŠVP (s. 131) téma smrti nalezneme v předmětu Patologie (2. ročník) v rámci učiva o zániku organismu, jehož obsahem je podstata smrti, příčiny smrti, klinická smrt, posmrtné změny a stanovení smrti. Žákyně by po absolvování předmětu měly umět popsat a vysvětlit podstatu a příčinu smrti, popsat posmrtné změny a definovat kritéria pro stanovení smrti. Ačkoliv to ŠVP výslovně nezmiňuje, s umírajícími pacienty se žákyně předmětné školy osobně setkávají již ve 2. ročníku na praxích v nemocnici během výuky předmětu Ošetřování nemocných, neboť praxe probíhají zpravidla na oddělení dlouhodobě nemocných, která se vyznačují vyšší koncentrací pacientů vyššího věku, jejichž zdravotní stav je poznamenán polymorbiditami.

Ve 3. ročníku je zařazen předmět Ošetrovatelství ve vnitřním lékařství, jehož součástí je i tematický celek nazvaný Ošetřování pacienta, v němž se žákyně seznamují s péčí o staré a chronicky nemocné pacienty a s péčí o mrtvé tělo (viz ŠVP, s. 203). Po zvládnutí učiva by žákyně měly umět specifikovat zvláštnosti ošetrovatelské péče o seniory a chronicky nemocné a prokázat znalosti v péči o mrtvé tělo. Předmětem 3. ročníku je rovněž Ošetřování nemocných, kde je péče o mrtvé tělo probírána v rámci tematického celku Příjem, překlad, propuštění pacienta (viz ŠVP, s. 228). Žákyně by měly zvládnout popsat postup při úmrtí pacienta a dokázat edukovat rodinu pacienta.

Předmět Ošetřování nemocných pokračuje i ve 4. ročníku, kde se žákyně setkají s tématem smrti v rámci tematického celku Ošetrovatelská péče o umírající nemocné (viz ŠVP, s. 230). Obsahem učiva je zde uspokojování biologických a psychosociálních potřeb umírajících, ošetrovatelský proces u nemocných v terminálním stádiu nemoci a péče o mrtvé tělo. Žákyně by měly po absolvování předmětu zvládnout poskytovat a zajišťovat psychickou podporu umírajícím a jejich blízkým, měly by dokázat pečovat o pacienta v terminálním stádiu a při péči o mrtvé tělo a vést příslušnou dokumentaci. Ve 4. ročníku je zařazen i předmět Psychologie a komunikace s tematickým celkem nazvaným Zdravotnická psychologie (viz ŠVP, s. 244). Jedním z probíraných témat je i umírání a smrt a přístup zdravotníka k umírajícím a pozůstalým. Žákyně by měly umět vyjmenovat a vysvětlit fáze procesu umírání a charakterizovat empatický přístup zdravotnického pracovníka k umírajícímu nemocnému a pozůstalým.

2.4 Knižní publikace

Jedinou dostupnou relevantní monografií vzešlou z provedené rešeršní činnosti byla publikace Markové (2010), která se zabývá problematikou sestry a pacienta v paliativní péči, zařazena byla především kvůli druhé kapitole, v níž je rozebírána problematika sester (včetně žákyň) pracujících s paliativními pacienty. Marková publikaci člení celkem do pěti kapitol. V první kapitole se zabývá pojmem paliativní péče, jeho historií a současným pojetím, druhá kapitola se věnuje profesionálům v paliativní péči, třetí kapitola řeší pacienta a rodinu v paliativní péči, ve čtvrté kapitole čtenáře seznamuje s nejčastějšími obtížemi paliativních pacientů a pátá kapitola stručně nastiňuje péči o pozůstalé.

Za hlavní problémy sester pečující o umírající pacienty Marková (s. 11) považuje problémy psychosociální a duchovní, když tvrdí, že *„pokud jim sestra nebude rozumět nebo nebude chápat jejich význam pro kvalitní život nemocných, nemůže poskytovat dobrou ošetrovatelskou péči“*. Podle Markové (tamtéž, s. 29-30) jsou pro postoj budoucí sestry ke smrti rozhodující dva faktory, a sice vztah ke smrti v rodině (tj. zda se o smrti hovořilo otevřeně či zda toto téma bylo naopak tabu, o němž se nemluví) a dále první setkání se smrtí v roli zdravotníka, ke kterému dochází na praxích v nemocnici zpravidla ve 2. či 3. ročníku střední zdravotnické školy.

Průzkumné šetření, které Marková provedla mezi 30 svými studentkami magisterského studia oboru ošetrovatelství, ukázalo, že si všechny respondentky kromě jedné své první profesionální setkání se smrtí přesně a do detailů pamatovaly (např. si i po letech dokázaly vybavit diagnózu pacienta, umístění postele, téma jejich posledního rozhovoru s pacientem apod.).

První zkušenost se smrtí pacienta byla u většiny respondentek negativní – byly v šoku, nikdo ze sester ani z vyučujících s nimi o prožité situaci nehovořil, a pokud ano, tak jen velmi stroze, úsečně, neosobně a bez jakýchkoliv emocí a vcítění se do toho, co žákyně právě zažily. Proto by se tomuto tématu měla při přípravě budoucích sester věnovat adekvátní pozornost, a to nejen při teoretické přípravě, ale zejména při praxích v nemocnici. *„To nejjednodušší, co můžeme pro mladou kolegyni udělat, je nabídnout jí prostor pro lidské vstřebání události, dovolit slzy, umožnit o situaci hovořit, a to nejen bezprostředně, ale i s odstupem – například při závěrečné reflexi praxe.“* (tamtéž, s. 32)

Opakem byly pozitivní zkušenosti dvou respondentek, s nimiž si jejich vedoucí praxe o prožité zkušenosti „hezky“ promluvila. Učitelka jim nejprve vysvětlila, že zemřelou pacientku už nic nebolí ani netrápí, a poté jim nabídla, že mohou jít k pacientce na pokoj, pokud

se na to cítí. Respondentka si vzpomněla, že učitelka si dokázala pěkně promluvit i s druhou paní na pokoji, která ležela na vedlejším lůžku vedle zemřelé pacientky. Později o prožité zkušenosti hovořili ještě při vyučování ve škole. Učitelka žákyním řekla, aby se nebály se zemřelým pacientem rozloučit. Tento „laskavý a milý“ přístup dává Marková (tamtéž, s. 31) do kontrastu s bohužel častější praxí, kdy žákyně učíme, že „*profesionál není člověk, nemá právo na slzy, na oplakání člověka, se kterým měl vztah, a zároveň jim znemožňujeme se vyrovnat se skutečností smrti a umírání s podporou zkušených a starších kolegyně a vytváříme tak prostor pro profesionální tabu*“.

Každá začínající sestra by si podle Markové měla najít správnou míru angažovanosti a zároveň optimální míru odstupu. Aby sestra mohla pomáhat umírajícím a jejich blízkým překonávat smutek, musí si jej nejprve dokázat sama připustit a nepotlačovat jej. Jak se smutkem sestra naloží, je individuální, některé preferují „vypovídání se“ z žalu v rámci kolektivu, jiné jsou spíše introvertní typy a zpracovávají žal niterně v sobě. „*Prožitý smutek nám totiž pomáhá jít dál. S novou životní zkušeností a s novou silou, kterou pak můžeme předávat těm, kterým poskytujeme péči.*“ (tamtéž, s. 33) Podobné je to i s pláčem. Marková považuje za chybu, když služebně starší sestry zakazují začínajícím nad smrtí pacienta plakat s vysvětlením, že je to neprofesionální. Tvrdí, že i profesionál je lidskou bytostí a obvyklým lidským chováním je, že lidé se při odchodu člověka, kterého znali a který jim nebyl lhostejný, někdy nedokáží ubránit slzám. „*Při přípravě sester na výkon povolání by měla být věnována dostatečná pozornost prvnímu setkání zdravotní sestry se smrtí. Vedoucí praxi nebo sestry zodpovědné za studenty by měly podpořit mladé zdravotní sestry ve zvládnutí této pro ně nové a náročné situace. Plakat je dovoleno.*“ (tamtéž, s. 34) Pláč je podle Markové dovolen i v pozdější praxi, protože se může stát, že smrt některého pacienta někdy zasáhne i zkušeného zdravotníka.

2.5 Články v odborných časopisech

2.5.1 Kvalitativní studie

Italské autorky Garrino, Contratto et al. (2017) realizovaly kvalitativní výzkumné šetření, jehož cílem bylo zjistit zkušenosti studentek ošetrovatelství s péčí o umírající pacienty a jejich rodiny a jak tyto zkušenosti ovlivnilo jejich dosavadní vzdělávání v oboru ošetrovatelství.

Nástrojem sběru dat byly řízené polostrukturované rozhovory s celkem 18 studentkami 3. ročníku bakalářského studia oboru ošetrovatelství na Fakultě ošetrovatelství Turínské

univerzity (Università degli Studi di Torino). Průměrný věk respondentek byl 23 let, průměrná doba trvání rozhovorů činila 31 minut (minimální 21, maximální 42 minut). Rozhovory byly digitálně nahrávány, poté byly přepsány do textové podoby. Data byla analyzována pomocí čtyřfázové Giorgiho metody, tzn. že výzkumnice několikrát přečetly celý soubor rozhovorů, aby získaly představu o celku, poté identifikovaly jednotlivé stěžejní významové jednotky týkající se zkoumaného jevu, následně tyto jednotky byly transformovány z jazyka respondentů do obecnějších pojmů a nakonec proběhla syntéza transformovaných významových jednotek.

Na základě analýzy získaných dat byla identifikována 4 témata, která popisují zkušenosti respondentů prostřednictvím 11 základních prvků (prvky jsou uvedeny v závorce za názvem tématu): 1. Emoce a pocity (strach a utrpení spojené se smrtí, nedostatečnost a bezmoc tváří v tvář smrti pacienta, potěšení a zadostiučinění z péče o umírající), 2. Reakce a copingové strategie (navázání vztahu a naslouchání emocím, ponoření se do reflexe, implementace strategií vyhýbání se a depersonalizace), 3. Růst osobního a profesního povědomí (vnímání osobního růstu díky prožívání péče o umírající, podpora učitelky při pomoci umírajícímu pacientovi, význam teoretických znalostí v péči o umírající), 4. Profesionální model ošetrovatelství (význam pečovatelského vztahu, smysl péče o pacienty na sklonku jejich života).

K Tématu 1.: Co se týče pocitů strachu, úzkosti a utrpení, v některých případech se jednalo o strach z vlastní smrti respondenta, jindy to byl strach z kontaktu s umírajícím (obava z vlastní nekompetentnosti, obava z neschopnosti odpovědět na otázky umírajících, obava, že umírajícímu ublíží apod.). Ohledně nedostatečnosti a bezmoci tváří v tvář smrti pacienta studentky hovořily o pocitech bezmoci v souvislosti s jejich nedostatkem odborné způsobilosti (v klinické i emocionální rovině) při zvládání těchto případů. Hněv byl způsoben bezmocí změnit negativní průběh pacientovy nemoci. Často byl spojen s pocitem viny či nejistoty studentek, zda pacientům poskytly veškerou potřebnou péči. Pozitivní pocity související s péčí o umírající byly vyvolány především tím, že studentky umírajícím mohly ulevit od bolesti či jim jinak pomoci.

K Tématu 2.: Navázáním vztahu a nasloucháním emocím je míněno mj. udělat si čas na to „být s pacientem“, jeho rodinou a naslouchat jim. Podle studentek je to zároveň i klíčová strategie prevence syndromu vyhoření, která zahrnuje naslouchání vlastním emocím, jejich přijímání, projevování a sdílení. Ponoření se do reflexe po poskytnutí péče umírajícímu pacientovi je jednou z pozitivních copingových strategií. Zahrnuje přemýšlení o vlastní budoucnosti, o svém chování a plánech ve dnech následujících po události, případně i rozhovor s učitelkou. Ohledně prvku implementace strategií vyhýbání se a depersonalizace studentky

uvedly, že u některých sester takové chování pozorovaly. Zároveň se obávaly možné újmy, kterou by to mohlo způsobit pacientům, zároveň ale také měly pochopení pro potřebu sester chránit sebe a svůj soukromý život. Některé studentky měly již během své školní praxe obavy, že budou v průběhu své budoucí kariéry vystaveny častému setkání se smrtí a umíráním a vylučovaly možnost, že by zvládly působit např. na oddělení onkologie.

K Tématu 3.: V rámci prvku vnímání osobního růstu díky prožívání péče o umírající mnoho studentek uvedlo, že došlo k rozvoji jejich kompetencí v technicko-vědecké, vztahové a emocionální sféře. V otázce podpory učitelky při pomoci umírajícímu pacientovi některé studentky označily svou skutečnou zkušenost s podporou za pozitivní, jiné zmiňovaly negativní vztah se svou učitelkou. Ideální je podle studentek taková učitelka klinické praxe, která – kromě toho, že studentkám předává znalosti potřebné k pochopení toho, co se s pacientem děje (a to i na fyziopatologické úrovni) – studentky vede a podporuje, její přítomnost u studentek je nevtíravá a zároveň dokáže jednak vnímat prožité zkušenosti studentky a jednak i vyjádřit a sdílet své vlastní emoce se studentkou. Dále studentky pokládaly za důležité, aby jim byly svěřovány kompetence v takové míře, která je v souladu s aktuální úrovní jejich výcviku, a aby byl na místě přítomen někdo, kdo by v případě potřeby zasáhl. Studentky, které měly se svou učitelkou negativní vztah, se cítily špatně podporovány a vykazovaly známky depersonalizace. Měly častější obavy z vyhlídky, že budou muset v budoucnu pomáhat umírajícím. Ohledně významu teoretických znalostí v péči o umírající účastnice vyjádřily různé postoje. Některé měly pocit, že teoretická průprava byla přínosná, jiné, že byla neúplná, příliš krátká nebo byla v příliš velkých skupinách. Studentky také vyjádřily přesvědčení, že péči o umírající by měla být věnována před zahájením klinické praxe větší pozornost.

K Tématu 4.: K významu pečovatelského vztahu mezi sestrou a umírajícím pacientem studentky uváděly, že tento vztah se konkrétně projevuje blízkostí a nasloucháním pacientovi a vytváří důvěru založenou na poctivosti a respektu. Respondentky také kritizovaly neprofesionální chování některých lékařů a sester, kteří namísto budování pečovatelského vztahu od pacienta utíkají aktivací mechanismů depersonalizace a vyhýbání se. Smyslem péče o pacienty na sklonku jejich života je podle respondentek pomoci pacientům prožít čas, který jim zbývá, způsobem, který sami považují za nejlepší možný. Důležité je, aby byla respektována práva nemocných, aby pacienti byli řádně informováni, aby mohli vyjadřovat svá vlastní přání a preference a aby nebyli vystavováni nevhodné a přehnané léčbě (inappropriate overtreatment).

Švédské autorky Abelson a Willman (2020) realizovaly kvalitativní výzkumnou studii, jejímž cílem bylo zjistit zkušenosti studentek ošetrovatelství s péčí o umírající pacienty. Nástrojem sběru dat byly řízené polostrukturované rozhovory s celkem 16 studentkami 3. ročníku bakalářského studia oboru ošetrovatelství na Fakultě ošetrovatelství Univerzity Jönköping. Průměrný věk respondentek byl 26 let, doba trvání rozhovorů činila od 35 do 66 minut. Celkem se konalo 8 rozhovorů, každého rozhovoru se účastnily 2 studentky najednou. Všechny rozhovory začínaly otevřenou otázkou „Mohla byste nám říci o situaci, kdy jste ošetřovala umírajícího pacienta?“. Po této otázce následovaly otázky typu: „Můžete uvést příklad?“ a „Můžete popsat, co tím myslíte?“. Rozhovory byly digitálně nahrávány, poté byly přepsány do textové podoby. Data byla analyzována metodou otevřeného kódování s využitím tzv. fenomenologického přístupu, tzn. že výzkumnice zevrubně přečetly doslovný přepis rozhovorů, aby získaly celkovou představu, poté následovala kondenzace (tj. zkrácení jednotek tak, aby se s nimi dalo lépe pracovat, ale zároveň nedošlo k posunu významu ústředního sdělení), ve třetím kroku byl původní jazyk rozhovorů nahrazen kódy pro konkrétní části textu s důrazem na zkoumaný jev a ve čtvrtém, posledním kroku byla provedena syntéza kódů do tří kategorií shrnujících zkoumané jevy.

První kategorii výzkumnice nazvaly „Navázat vztah s umírající osobou“. Podle respondentek je navázání vztahu předpokladem k tomu, aby pacient mohl dostat právě takovou péči, jakou potřebuje. Nejprve je třeba se s pacientem seznámit, a to jak přečtením ošetrovatelské dokumentace, hlášením od službu konající sestry, tak i osobním rozhovorem s pacientem. S pacientem je třeba trávit dostatek času, aby získal přesvědčení, že tu má někoho, na koho se může spolehnout a kdo mu poskytne tu nejlepší možnou péči. V případě, že pacient již není při vědomí, má sestra situaci těžší, neboť přání pacienta přímo od něj zjistit nemůže. Pro některé studentky však byl kontakt s pacientem stresující, protože nikdy předtím s umírajícím pacientem nemluvily a nevěděly, zda na jeho otázky a potřeby dokážou správně reagovat. Stresem může být i to, když chcete pacientovi věnovat více času, ale kvůli vysoké pracovní zátěži na to nemáte čas.

Druhá kategorie nese název „Najít oporu u kolegyně (zdravotních sester) při zvládání smutku“. Respondentky se svěřily s tím, jak pro ně byla důležitá podpora, pomoc a porozumění ze strany zkušenějších sester v obzvláště stresových okamžicích. Sestry se někdy nabídly, že převezmou některé ošetrovatelské povinnosti, aby si studentka mohla udělat chvíli sama pro sebe. Pokud totiž dojde k vytvoření skutečného ošetrovatelského vztahu s umírajícím pacientem, může se stát, že studentka po jeho úmrtí prožívá velmi intenzivní smutek. Pro začínající sestry je obtížné oddělit odbornou stránku věci a vlastní emoce. Studentky také často

tápaly, když nevěděly, kolik smutku mohou jako profesionálky projevit navenek, tj. zda odejít z místnosti či zůstat a plakat společně s rodinou pacienta. Velmi jim v tom pomáhalo sdílení svých zkušeností se zvládáním smutku s ostatními studentkami a zkušenými sestrami. Na prožívání úmrtí pacienta měl zásadní vliv i pacientův věk, neboť u starších pacientů, kteří měli dlouhý život, byla smrt považována za přirozenější a očekávanější, zatímco u mladších byla smrt vnímána jako nespravedlnost.

Třetí kategorie byla nazvána „být silná a dělat správnou věc“. Pro respondentky bylo setkání s rodinou umírajícího či zemřelého pacienta zpravidla stresující. Stres pramenil z toho, že si nebyly jisty, co o smrti říci, nebo jak jednat v přítomnosti rodiny pacienta. Obávaly se, aby namísto poskytnutí útěchy situaci nezhoršily tím, že nechtíc řeknou nevhodné věci nebo se budou chovat nesprávně. Studentky považovaly za důležité rozhovor o smrti s rodinou pacienta procvičovat ve školním prostředí, aby na tento okamžik byly lépe připraveny. Jakmile se studentky s rodinou pacienta v rámci možností blíže poznaly a pokud zde fungovala i „vzájemná chemie“ mezi studentkou a rodinou, stres studentek se většinou zmírnil. Přístup a chování rodiny ovlivňoval nejen celkovou atmosféru, ale i náladu pacienta. Pokud byla atmosféra plná nervozity a úzkosti, úzkost a stres se často přenesl i na studentku, která se pak hůře dokázala bránit emocím. I přes veškerý stres však studentky zažívaly i pocity radosti, když si uvědomily, že mohly pomoci umírajícímu pacientovi a jeho rodině a když rodina pacienta vyjadřovala spokojenost s poskytovanou péčí.

Australské autorky Gillan, Jeong a van der Riet (2021) provedly kvalitativní výzkumné šetření, jehož cílem bylo zjistit osobní a profesní zkušenosti studentek ošetřovatelství se smrtí a umíráním.

Nástrojem sběru dat byly narativní rozhovory s celkem 18 studentkami 3. ročníku bakalářského studia oboru ošetřovatelství, které se zapsaly do kurzu zaměřeného na simulaci péče o umírající pacienty, na Queensland University of Technology sídlící ve městě Brisbane.

Kurz simulace péče o umírající, který rozhovorům předcházel, zahrnoval výcvik v pěti oblastech: 1) léčba bolesti; 2) zvládání zácpy; 3) zvládání nevolnosti a zvracení; 4) péče o pacienta v bezvědomí; 5) péče během fáze umírání. Samotné řízené polostrukturované rozhovory se konaly v rozmezí 6-10 měsíců po skončení kurzu. Získaná data byla analyzována pomocí přístupu nazvaného tři dimenze narativního bádání od autorů Clandinina a Connellyho (2000). Analýza zahrnovala hledání konfliktních dějových linií, které by odhalily odlišnosti a podobnosti zkušeností, a opakujících se slovních obrazů, jež zachycovaly charakter účastníků.

Hlavní výzkumný zájem autorek se při analýze soustředil na objasnění role druhých při utváření zážitků smrti a na zjištění názorů studentek, jak vnímají „dobrou“ a „špatnou“ smrt.

Studentky smrt za dobrou považovaly tehdy, když před ní pacienti zažívali respekt, projevy empatií a soucitu, vlastní důstojnost, sdílení emocí s rodinou a klid. Významná byla také podpora poskytovaná pacientům ošetřující sestrou, která svou péčí k dobrému vyznění smrti přispěla. Pro studenty byl důležitý i přístup sestry-školitelky, která si na studenty vykonávající praxi udělala čas a provedla je všemi kroky posmrtné péče o zesnulého pacienta a pomohla jim tak z traumatizujícího zážitku vytvořit dobrou profesní zkušenost.

Špatnou smrt si studentky spojovaly především se svými vlastními negativními zkušenostmi se smrtí a s nedůstojnou péčí ze strany ošetřujícího personálu. Traumatizující byla pro některé i postmortální praxe zahrnující hygienu zesnulého a zabalení těla, studentky se na tuto činnost necítily dostatečně připraveny.

Kolektiv tureckých autorů Gül, Demir Karabulut et al. (2022) provedl sekundární analýzu kvalitativních dat získaných ze studie, která se primárně zabývala vlivem odborného vzdělávání na postoje studentů medicíny a ošetřovatelství ke smrti, s cílem zjistit zkušenosti studentek oboru ošetřovatelství s umírajícími pacienty během nemocniční praxe. V této studii byla použita data získaná prostřednictvím 11 skupinových rozhovorů s celkem 105 studentkami třetího a čtvrtého ročníku oboru ošetřovatelství ze státních i soukromých vysokých škol sídlících v Ankaře. Polostrukturované řízené rozhovory se uskutečnily v září 2017 až květnu 2018, každý rozhovor trval nejméně 45 a maximálně 90 minut. Tato data byla posléze vyhodnocena za použití tematické analýzy autorů Braun a Clarke. Každý výzkumník nejprve přečetl veškerá data jako celek, poté podle obsahu jednotlivých dílčích částí texty přeskupil do jednotlivých témat a podtémat. Dalším krokem byla diskuse všech autorů, z níž vzešlo společné rozhodnutí o konečné struktuře témat a podtémat a o jejich doplnění o citace výroků respondentek, které danou pasáž nejlépe vystihovaly.

Výsledky byly rozděleny do tří hlavních témat: 1. První setkání se smrtí, 2. Zkušenosti s péčí o umírající pacienty v průběhu klinické praxe a 3. Změny po zkušenostech získaných na klinické praxi.

První setkání se smrtí studentky nejčastěji označovaly slovy jako strach, smutek a zoufalství. Některé studentky měly potíže s tím si přiznat a vyslovit, že pacient zemřel. *„...pokusili jsme se změřit pacientův periferní puls, a to se mi nepodařilo. Řekla jsem: „Paní učitelko, necítím to.“ Rodina tam byla také. Je to zvláštní. Asi to věděli taky. Nedokázala jsem říct nic jiného. (...) V té době jsem nebyla schopna říct, zda pacient zemřel nebo ne.“* (tamtéž,

str. 634) Studentky uvedly, že když se v nemocnici poprvé setkaly se smrtí, byly zmatené či dokonce ztuhlé, nebo se naopak třáslly, kromě toho se vyhýbaly i doteku mrtvého těla. Některé studentky nedokázaly zadržet pláč.

Zkušenosti s péčí o umírající pacienty ukázala dva rozdílné přístupy studentek – jedny zaujaly aktivní a pozorný přístup, druhé se kontaktu s těmito pacienty a jejich blízkými snažily co možná vyhnout. Některé studentky měly obavy z množství diagnóz umírajících pacientů a z toho, že nebudou schopny pacientovi poskytnout takovou kvalitu péče, jakou by potřeboval, nevěděly, co mají dělat, nebo se měly strach ze smrti. Blízkým pacienta se některé studentky vyhýbaly z důvodu, že rodinní příslušníci bývají často rozrušenější než samotní pacienti a komunikace s nimi je pro ně obtížná. Studentky komentovaly i chování ošetřovatelského personálu, u nějž při setkání se smrtí pacienta pozorovaly rutinní až lhostejné chování, které jim leckdy připadalo jako bagatelizace či trivializace smrti. Některým studentkám se líbilo, jak sestry dokázaly být v klidu při předávání špatných zpráv pozůstalým, naopak si ale všimly, že sestry nedokázaly zdrceným rodinám poskytnout takovou podporu, jakou by v dané chvíli potřebovaly.

Co se týče změn, které na sobě studentky v souvislosti s absolvovanou nemocniční praxí pozorovaly, nejčastěji se jednalo o změny ve vnímání smrti – studentky začaly o smrti více přemýšlet, smrt se pro ně začala stávat něčím normálním, jedna studentka uvedla, že má obavy, aby se nestaly lhostejnými vůči smrti: *„Na začátku, když jsem pacientům odebírala krev, měla jsem obavy, abych jim neublížila. Teď už o tom ale moc nepřemýšlím. Soustředím se na práci samotnou; postupem času ztrácíme své emoce a reakce, které vyjadřujeme, když se setkáme se smrtí, budou nakonec také pryč.“* (tamtéž, str. 640) Studentky rovněž více uvažují o tom, zda je lepší umírat doma či v nemocnici, některé se domnívají, že v nemocničním prostředí se proces umírání zbytečně prodlužuje, kvality odborné ošetřovatelské péče však domácí prostředí většinou dosáhnout nemůže.

Thajské autorky Matchim a Raetong (2018) realizovaly kvalitativní výzkumné šetření, jehož cílem bylo zjistit zkušenosti studentek oboru ošetřovatelství s poskytováním péče hospitalizovaným umírajícím pacientům. Sběr dat probíhal od dubna 2016 do února 2017 na vysoké škole Thammasat University v provincii Pathum Thani. Podmínkou účasti v šetření bylo studium třetího či čtvrtého ročníku bakalářského oboru ošetřovatelství, zkušenost s poskytováním péče umírajícím pacientům, schopnost slovně popsat zkušenosti a pocity spojené s touto péčí a dobrovolnost. Respondentky byly vybírány ústním kontaktováním ze strany výzkumnic a metodou sněhové koule.

Nástrojem sběru dat byly rozhovory s celkem 21 studentkami, každý rozhovor trval v rozmezí od 45 do 90 minut. Všechny rozhovory byl doslovně přepsány, osobní a identifikační údaje respondentů byly anonymizovány. K analýze dat byl použit Van Manenův přístup (Van Manen, 1990). Výzkumnice nejprve samostatně několikrát přečetly přepisy rozhovorů a poznámky k nim. Poté vybraly výroky respondentek, které nejvíce vystihovaly jejich zkušenosti s péčí o umírající pacienty. Společně pak výzkumnice tato témata seskupily do čtyř větších celků.

Prvním celkem bylo „žité tělo“ (lived body). Byly sem zahrnuty zkušenosti účastnic týkající se jejich fyzického těla, emocí a pocitů při péči o umírající pacienty. Pod tento celek spadají dvě hlavní témata: pocit vzrušení a obav při prvním kontaktu s novým pacientem a pocit zklamání z poskytování psychosociální podpory umírajícím pacientům a jejich rodinám ze strany zdravotnického týmu.

Druhým celkem byl „prožitý čas“ (lived time), který souvisí s tím, jak respondentky vnímaly dobu, kdy se staraly o umírající pacienty. Tento celek vystihuje téma: „být v době nejistoty“. Nejistotu studentky pociťovaly především v situacích, kdy se stav umírajících pacientů zhoršoval, neboť neměly jasnou představu o tom, co se může stát, a co by měly dělat, když se to stane. Další téma k tomuto celku bylo výzkumnicemi poněkud krkolomně nazváno „uvědomit si, že péče o umírající pacienty je časem získávání zásluh“. Ve stručnosti to však znamená okamžiky, kdy studentky podílející se na péči o umírající pacienty byly spokojeny se svou prací a mohly dobře spolupracovat s rodinami na podpoře klidné smrti pacienta.

Třetím celkem byl „živý prostor“ (lived space), který zahrnuje vnímání účastnic prostoru kolem nich v době, kdy pečovaly o umírající pacienty. Prvním tématem byla zkušenost studentek, že ke klidné smrti je potřeba klidné místo a soukromí. Vedle poskytnutí kvalitní ošetrovatelské péče je to jedna z mála věcí, kterými se dá umírajícímu ještě pomoci. Druhým tématem z tohoto celku bylo uvědomění si, že skutečná učebna se nachází u pacientova lůžka. Přestože měly respondentky absolvovány přednášky o paliativní péči, uvedly, že teoretické vzdělávání jim neposkytlo realistický obraz paliativní péče.

Čtvrtým celkem byl „prožitý vztah“ (lived relation), který odhaluje vztahy účastnic s ostatními lidmi, když se staraly o umírající pacienty. K tomuto celku patří téma „pocit osamělosti a potřeby pomoci a podpory“. K takovému pocitu většinou docházelo, když se stav pacienta zhoršoval a studentka nemohla najít nikoho, kdo by mu pomohl. Dalším tématem bylo „vytváření vztahů mezi sestrou, pacienty a jejich rodinami“. Nejlepší pocity studentky měly tehdy, když se jim s pacienty a jejich rodinami podařilo navázat dobré vztahy. Jak uvedla jedna účastnice: „Většinou po nějaké době péče o pacienta pacient a jeho rodina poznali, že my

studentky ošetrovatelství jim poskytujeme péči, jak nejlépe dokážeme. Poté jsme navázaly dobré vztahy s pacienty a rodinami. Někdy, na konci dne, když jsme odcházely z oddělení a loučili se, pacienti plakali.“ (tamtéž, s. 226)

Australští autoři Ranse et al. (2018) provedli kvalitativní výzkumné šetření, jehož cílem bylo zjistit zkušenosti studentek oboru ošetrovatelství s péčí o umírající pacienty a jejich rodiny.

Nástrojem sběru dat byly polostrukturované rozhovory s celkem 6 studentkami závěrečného ročníku bakalářského studia oboru ošetrovatelství na Griffith University ve městě Gold Coast. Délka rozhovorů činila průměrně 35 minut. Rozhovory byly elektronicky nahrávány a doslovně přepisovány. Analýza dat byla provedena pomocí tematické analýzy podle Ranse a Arbona (2008) s využitím přístupu hermeneutického kruhu. Z analýzy vzešla 3 hlavní témata a ke každému z nich 2-3 podtémata.

První téma autoři nazvali jako „být pečující“ (being caring). Spadá sem především vlastní péče o pacienta a jeho rodinu. Kromě fyzických úkonů účastnice výzkumu vyzdvihovaly i důležitost emocionální podpory pacientů a jejich rodin, tzn. „být přítomen“ ve smyslu být jim nablízku (držení za ruce, sezení a rozhovory s pacientem nebo rodinným příslušníkem). V neposlední řadě studentky hovořily i o potřebě řádné posmrtné péče, čímž mínily zachování důstojnosti a respektu pacienta na konci jeho života, tak i při péči o pacienta po smrti. *„Uklidit pokoj, umýt pacienta, učesat mu vlasy a až jeho rodina odejde, uložit tělo do vaku. Stále se k nim chovám, jako by byli naživu.*“ (tamtéž, s. 164)

Další téma bylo nazváno jako „neočekávatelnost očekávané smrti“ (unexpectedness in witnessing an expected death). S tím souvisejí podtémata „trajektorie smrti“ a „fyzické změny u umírajícího pacienta“. Trajektorií smrti účastnice myslely postupné zhoršování stavu jejich pacienta, po kterém následovalo náhlé zhoršení vedoucí ke smrti. Ačkoli se smrt pacienta očekávala, studentky nebyly připraveny na to, až smrt skutečně nastane, a nedokázaly ani predikovat, kdy se tak stane. Mezi fyzickými změnami u umírajícího pacienta, které signalizovaly blížící se smrt, si účastnice nejvíce všimaly změn kůže a dýchání.

Třetí téma autoři pojmenovali jako „prožívání ztráty“ (experiencing loss). Součástí péče o umírající pacienty patří i navázání vztahu jak s pacienty, tak i s jejich blízkými, kteří je chodí navštěvovat. V rámci vyrovnávání se s úmrtím pacienta studentky pochybovaly o tom, co pro pacienta během péče o něj učinily či neučinily a zda to bylo v dostatečné míře. Tyto obavy se týkaly jak fyzické péče o pacienta, tak i interakcí s rodinou pacienta. Ve vyrovnání se s úmrtím pacienta studentkám často pomohlo, když pacientova rodina dokázala ocenit úsilí personálu,

který se o jejich blízkého staral. Ačkoliv se účastnice snažily působit profesionálně, zvládnání emocí bylo pro ně obtížné, často jim však pomohlo, když si o situaci mohly promluvit s někým blízkým nebo ještě lépe se starší sestrou, protože měly společnou zkušenost.

Turecké autorky Köktürk Dalcı a Taş (2021) realizovaly kvalitativní výzkumné šetření, jehož cílem bylo zjistit názory studentek oboru ošetrovatelství na smrt a péči o umírající pacienty.

Nástrojem sběru dat byly polostrukturované rozhovory s celkem 12 studentkami bakalářského studia oboru ošetrovatelství na Fakultě zdravotnických věd Univerzity Bandirma Onyedü Eylöl nacházející se ve městě Bandirma. Věk respondentek byl 20-21 let. Z důvodu epidemie nemoci Covid-19 se rozhovory uskutečnily prostřednictvím platformy Zoom. Data byla analyzována pomocí kódování. Výzkumnice vytvořily celkem 14 kategorií vztahujících se ke dvěma oblastem: 1. smrti a 2. úsilí, které by mělo vynaloženo v průběhu péče o umírajícího. Jednou z možných limitací této studie však je skutečnost, že bezprostřední zkušenost s umírajícím pacientem měly pouze 4 z 12 respondentek.

Ke smrti se vztahovaly kategorie: konec, nejistota, strach, začátek, součást života a bezmoc. Úsilí, které by mělo být vynaloženo v průběhu péče o umírajícího, výzkumnice charakterizovaly těmito kategoriemi: uklidnění pacienta, zmírnění bolesti, pokračovat v komunikaci, poskytovat psychologickou a duchovní podporu, jednat v souladu s etikou, podporovat rodinu umírajícího, co nejlépe využít zbývající čas, pomoci splnit pacientova poslední přání.

Americké autorky Heise a Gilpin (2016) realizovaly smíšenou (mix kvantitativního i kvalitativního přístupu) výzkumnou studii, jejímž cílem bylo zjistit, jak studentky ošetrovatelství vnímají svou první zkušenost se smrtí pacienta. Sběr dat se uskutečnil na Brigham Young University College of Nursing v Utahu, nástrojem sběru dat byl online dotazník určený studentkám 2. až 6. semestru oboru ošetrovatelství. Osloveno bylo 306 studentek, zapojilo se jich však pouze 33, což je jednou z limitací této studie.

Většina respondentek uvedla zkušenost se smrtí ještě před nástupem do studia, nejčastěji šlo o zemřelého člena rodiny nebo přítele. Během své klinické praxe se studentky se smrtí nejčastěji setkaly na odděleních geriatric a na jednotkách intenzivní péče.

Z kvalitativních dat vyplynula dvě hlavní témata: emocionální distres a pocit nepřipravenosti. Emocionální distres studentky popisovaly jako rozrušení, smutek, nepříjemný pocit či bezmocnost, některé použily i výraz „šok“. Jedna z respondentek poznamenala:

„Dlouho jsem plakala jen proto, že jsem si uvědomila, že je to něco, s čím se budu muset ve své kariéře po zbytek života potýkat.“ (tamtéž, str. 105) Některé studentky postrádaly možnost hlubšího rozhovoru se svou učitelkou, která by jim pomohla emocionální rozrušení lépe vnitřně zpracovat. Pocitem nepřipravenosti respondentky mínily především nejistotu, jak komunikovat s pozůstalými či jak truchlící rodině v danou chvíli pomoci.

Americká autorka Colley (2016) provedla kombinované (mix kvantitativního a kvalitativního přístupu) výzkumné šetření, jehož cílem bylo zjistit názory studentek ošetřovatelství na péči o umírající pacienty.

Nástrojem sběru dat byl online dotazník autorčiny vlastní konstrukce, šetření se zúčastnilo 71 studentek závěrečného semestru bakalářského studijního programu. Kromě otázek narativního typu dotazník obsahoval i obsahově podobné otázky s odpověďmi pomocí Likertovy škály (stupnice od 1 do 10, přičemž 1 znamenala nejméně a 10 nejvíce pozitivní hodnocení daného výroku), což autorce umožnilo křížovou kontrolu konzistentnosti odpovědí účastnic. Otázky zjišťovaly, do jaké míry se studentky cítí být připraveny na poskytování péče umírajícím pacientům, měly rovněž pomoci identifikovat obavy studentek ohledně poskytování péče umírajícímu pacientovi a oblasti, v nichž se cítí nejisté a nedostatečně připravené. Narativní odpovědi byly po opakované kontrole kódovány, aby mohla být identifikována stěžejní témata vzešlá ze sdělení účastníků.

Z kvantitativních zjištění vyplynulo, že většina studentek se cítila dobře připravena na poskytování fyzické péče umírajícím pacientům a jejich rodinám (více než 80 % respondentek hodnotilo svou připravenost v této oblasti stupněm 6 nebo vyšším). Zároveň více než 70 % účastnic ohodnotilo své osobní znalosti týkající se péče o umírající pacienty stupněm 6 nebo vyšším a téměř stejné výsledky byly u otázky na úroveň znalostí a dovedností pro poskytování péče umírajícím pacientům získaných studiem na vysoké škole.

Odpovědi účastnic na narativní otázky odhalily, že drtivá většina se cítila nepříjemně a špatně připravena zvládnout emoční situace, které péče o umírající pacienty může přinést. Z toho plyne, že studentky sice mohou mít znalosti o tom, jak fyzicky a emocionálně pečovat o umírající pacienty a jejich rodiny, ale necítí se komfortně a sebejistě, kdyby tyto znalosti měly aplikovat ve skutečném prostředí.

S tím souvisela i témata, která se objevila při analýze odpovědí na narativní otázky. Na jedné straně to byl pocit jistoty při poskytování fyzické péče umírajícím pacientům („*Mohu pomoci zmírnit pacientovo utrpení a pomoci zvýšit pohodlí.*“), na druhé straně to byla nejistota v poskytování emoční péče umírajícím pacientům a jejich rodinám („*Obávám se, že nebudu*

vědět, co pacientovi na konci života říct, nebo že řeknu něco špatného.“ „Co říct pacientovi, který tvrdí, že není připraven odejít?“). (tamtéž, str. 281) Dalším tématem byl stres, který studentky zažily během školní praxe v nemocnici. Tento stres překvapivě více než s umírajícími pacienty souvisel s následnou péčí o pozůstalé. Studentky poznamenaly, že by se mělo zvýšit vzdělání v tématech, „jak mluvit s rodinou umírajícího/zemřelého“ a „jak pomoci rodině rozloučit se s pacientem“. Další stresové situace plynuly z konfrontace s rodinou pacienta, která nesouhlasila s úrovní poskytované péče a doslova se „pletla sestře do cesty“, takovýchto nepříjemných konfliktů se studentky ve své budoucí praxi velmi obávaly. Dalším tématem byla společná obava respondentek, aby se s umírajícími pacienty a jejich rodinami příliš emocionálně „nezapletly“ na úkor svého vlastního zvládnání emocí a psychického zdraví. („Nikdy nevím, co říct, a brečím, když vidím ostatní plakat!“ „Jsem také emocionální člověk, takže pro mě může být těžké v této situaci nebrečet, i když jsem toho člověka nebo jeho rodinu reálně neznala.“) (tamtéž, str. 281) Z odpovědí rovněž vyplynulo, že větší komfort a jistotu při poskytování ošetrovatelské péče umírajícím pacientům měly studentky, které v minulosti s umírajícími pacienty měly vlastní zkušenost, např. zažili smrt ve vlastní rodině nebo v předchozí pracovní praxi na pozici nižšího nebo pomocného zdravotnického pracovníka. Tyto zkušenosti hodnotily jako přínosnější než znalosti získané studiem vysoké školy.

2.5.2 Kvantitativní studie

Čínští autoři Xu, Huang et al. (2019) realizovali v letech 2017-2018 kvantitativní studii, která zkoumala postoje ke smrti u žákyní oboru ošetrovatelství. Data byla získávána pomocí dotazníku, jehož účelem bylo zjistit znalosti, postoje a zkušenosti respondentek se smrtí. Podmínkou pro zařazení žákyní do studie byla dosavadní minimální délka absolvované nemocniční praxe 5 měsíců. Dotazník zodpovědělo celkem 366 respondentek, z nichž jen 47 bylo starších než 23 let. Sběr dat probíhal v osmi fakultních nemocnicích ve východočínské provincii Ťiang-su, jež spolupracují s fakultou Kangda, která je součástí Nankingské lékařské univerzity (Kangda College of Nanjing Medical University). Dotazník obsahoval dvě sady otázek. První sada byla zaměřena na získání obecnějších informací, jako je např. pohlaví, věk, náboženské vyznání, zda je respondent jediným dítětem v rodině, zda žije se svobodným rodičem, oblast bydlení, úroveň vzdělání, vnímání mysli a těla ve filozofickém smyslu, zkušenost s péčí o umírající pacienty, zkušenost se zemřelým příbuzným v rodině, diskuse o smrti během výchovy a atmosféra v rodině v souvislosti se smrtí. Druhá sada byla čínskou verzí dotazníku The Death Attitude Profile-Revised (DAP-R), který obsahuje 32 položek, jež zahrnují 5 oblastí: strach ze smrti, vyhýbání se smrti, přirozené přijetí, přístup přijetí (vychází

z toho, že se dotyčná osoba těší na požehnaný posmrtný život) a únikové přijetí (dotyčný akceptuje smrt jako lepší alternativu k současnému životu plného utrpení). Šetření prostřednictvím dotazníku DAP-R se již uskutečnilo v mnoha zemích celého světa. Čínské výsledky potvrdily, že náboženské vyznání je faktorem, který zmírňuje strach ze smrti. „*Víra může sloužit jako útěcha, když čelíme smrti, a pomoci některým zdravotním sestřím považovat smrt za normální proces života. Proto jsou tyto sestry, když čelí smrti, spíše klidné než vystrašené.*“ (tamtéž, s. 6) Šetření ukázalo, že dalším faktorem, který pozitivně ovlivňuje vztah ke smrti, je rodinné prostředí, v němž se otevřeně a svobodně o smrti diskutuje. Diskuse o smrti s rodinnými příslušníky může zmírnit strach a napomoci rozvoji přirozeného a pozitivního postoje ke smrti. Studie rovněž ukázala, že respondentky, které zažily smrt příbuzného v rodině, mají oproti těm, které tento smutný zážitek za sebou doposud nemají, předpoklady zvládnout setkání s další smrtí vyrovnaněji. Podobně je tomu u žákyní, které v rámci školních předmětů absolvovaly i předměty s tematikou smrti, neboť teoretické znalosti z této oblasti mají pozitivní vliv na vytváření zdravého postoje ke smrti, což se projevuje zvládnutím setkání se smrtí ve větším klidu, s menším strachem a úzkostí. Autoři studie závěrem uvádějí, že „*pozitivní přístup ke smrti a edukace o smrti před klinickou praxí jsou pro žákyně užitečné, když v nemocnici pečují o umírající pacienty*“. (tamtéž, s. 6)

Výzkumné šetření s podobným designem jako Xu, Huang et al. (2019) provedli i **turečtí autoři Tüzer, Kirca a Özveren (2020)**. Rovněž využili dotazník The Death Attitude Profile-Revised (DAP-R) popsany výše. Dotazník vyplnilo 300 studentek ošetrovatelství, které studovaly ve 2., 3. a 4. ročníku bakalářského studia na Fakultě zdravotnických věd Univerzity Ankara Yıldırım Beyazıt. Z šetření vyplynulo, že zhruba dvě třetiny respondentek již mělo zkušenost se smrtí, z toho více než polovina během klinické praxe. Téměř polovina by raději nechtěla pečovat o umírající pacienty. Když respondentky poskytovaly péči umírajícím, cítily při tom nejčastěji lítost a smutek (34.7 %), beznaděj (29.6 %), modlily se (30.1 %), domnívaly se, že smrt je přirozenou součástí života, zkoušely se zrelaxovat či plakaly, aby se se zážitkem smrti vyrovnaly. Většina respondentek se domnívala, že je třeba umírajícím poskytovat i spirituální podporu, ale v této oblasti se respondentky necítily být kompetentní.

Řeckou verzi shora uvedeného nástroje DAP-R jako nástroj ke sběru dat ve své kvantitativní studii použily i **řecké autorky Bellali, Giannopoulou et al. (2018)**. Zkoumaný soubor čítal celkem 934 osob, z nichž 620 tvořily kvalifikované registrované sestry pracující v řeckých nemocnicích s nejméně roční praxí a 305 studentek posledního ročníku bakalářského

oboru ošetrovatelství ze dvou řeckých vysokých škol. Výsledky výzkumu potvrdily, že postoj ke smrti je u zdravotníků ovlivňován jednak rodinným zázemím a náboženskou vírou či životní filozofií, ale i věkem a délkou klinické praxe.

Španělské autorky García-Navarro, Araujo-Hernández at al. (2021) provedly v roce 2020 kvantitativní srovnávací výzkumné šetření, na jehož základě se snažily identifikovat a porovnat postoje studentek oboru ošetrovatelství související s koncem života. Data byla získávána prostřednictvím dotazníku, sběr dat probíhal na univerzitě⁴ Hekima-Santé v senegalském Dakaru a na univerzitě ve španělské Huelvě (La Universidad de Huelva).

Podmínkou pro zařazení studentek do studie bylo studium posledního ročníku bakalářského stupně studia, dobrovolně podepsaný informovaný souhlas s účastí ve výzkumu a pravidelná docházka žákyní do výuky. Dotazník zodpovědělo celkem 78 respondentek v Huelvě a 65 respondentek v Dakaru, jejich průměrný věk byl 24, resp. 21 let. Dotazník obsahoval jednak sociodemografické otázky (včetně otázek zjišťujících interkulturní kontakty, původ, jazyk, vyznávané náboženství a jeho praktikování, aby mohly být objektivně posouzeny etnické rozdíly mezi dvěma zkoumanými skupinami), jednak otázky zjišťující osobní a vzdělávací zkušenosti se smrtí spolu s postojem ke smrti. Součástí dotazníku byla i španělská verze „Bugenovy škály vyrovnání se se smrtí“ (Bugen's Coping with Death Scale), která je užitečná pro šetření přínosů vzdělávání zaměřeného na otázky smrti.

Z výsledků studie vyplynulo, že více než 80 % studentek obou univerzit za sebou mělo osobní zkušenost se smrtí blízkých příbuzných (zejména prarodičů), avšak pouze 33,3 % studentek získalo během nemocniční praxe osobní zkušenost s umírajícím pacientem. Respondentky, které odpověděly na doplňující otázku, aby popsaly svoji zkušenost se smrtí jedním slovem, nejčastěji (a rovněž bez rozdílu mezi univerzitami) uvedly slova jako bolestivá/komplikovaná, bezmocnost, úzkost/stres a smutek/osamělost. Na otázku, zda se cítí připraveny na péči o rodiče nebo příbuzné, pokud by nastaly jejich poslední dny, 84,6 % respondentek z Hekima-Santé souhlasilo s tím, že se cítí připraveny, v porovnání s 60 % z Huelvy. Paradoxem těchto výsledků je, že studentky z Huelvy měly absolvovaný kurz zaměřený na doprovázení terminálně nemocných pacientů. Názory obou skupin respondentek se lišily v otázce biologicko-duchovního pojetí smrti: zatímco 46,2 % studentů z Hekima-Santé si myslí, že smrt je čistě biologický proces a 16,7 % jí přikládá i duchovní rozměr, 84,6 % studentů z Huelvy považuje smrt za čistě biologický fenomén bez duchovní stránky. Další rozdíly byly zaznamenány v otázce pojmu důstojné smrti: 41 % respondentů z Hekima-Santé

⁴ Výstižnější označení než univerzita je v tomto případě spíše pojem „vzdělávací institut“.

definovalo důstojnou smrt jako absenci duchovního utrpení a čisté svědomí (smíření) před smrtí, odpovědi respondentek z Huelvy byly rozmanitější, od absence fyzické bolesti, přes poskytování paliativní péče, respektování rozhodnutí a přání pacienta až po trávení posledních dní v příjemném prostředí. Co se týče výsledků Bugenovy škály, šetření v tomto případě neprokázalo, že by specializované vzdělávání v procesech konce života, jež zahrnují osnovy v Huelvě, znamenalo lepší vyrovnání se s otázkami smrti ve srovnání s respondentkami, jejichž osnovy takové školení nezahrnují, ale zároveň se jedná o osoby, které ve větší míře praktikují náboženskou víru tak, jako tomu bylo u studentek z Hekima-Santé.

Švédské autorky Fristedt, Grynne et al. (2021) realizovaly kvantitativní výzkumné šetření, jehož cílem bylo identifikovat a popsat faktory ovlivňující postoje registrovaných sester k péči o umírající pacienty a zjistit, jak se tyto faktory liší v porovnání se studentkami oboru ošetrovatelství. Šetření se zúčastnilo 287 registrovaných sester (průměrný věk 35 let), přičemž podmínkou pro jejich zařazení do výzkumu bylo zahájené studium jakékoliv ošetrovatelské specializace (přijetí do specializačního studia ve Švédsku je možné pouze s ukončeným bakalářským studiem ošetrovatelství a absolvovanou minimálně roční ošetrovatelskou praxí), a 124 studentek (průměrný věk 23 let) 3. ročníku bakalářského studijního programu ošetrovatelství ze 6 různých švédských univerzit.

Nástrojem sběru dat byl dotazník, který obsahoval švédskou verzi nástroje FATCOD a navíc otázky zjišťující sociodemografické a pracovní charakteristiky a proměnné související s osobní zkušeností, jako je např. předchozí péče o umírající, pracovní zkušenosti získané na pozici sestry či žákyně, předchozí vzdělání v paliativní péči apod. FATCOD (Frommelt Attitude Toward the Care Of the Dying Scale), verze B, je nástroj o 30 položkách využívající 5bodovou Likertovu škálu, kterým se zkoumají postoje respondentů k péči umírající pacienty (tj. osoby, u nichž se předpokládá, že nebudou žít déle než šest měsíců). Položky jsou hodnoceny od jedné (zcela nesouhlasím) do pěti (zcela souhlasím). Možné celkové skóre se pohybuje od 30 do 150; vyšší skóre FATCOD ukazuje na pozitivnější přístup k péči o umírající pacienty.

Z výsledků výzkumu vyplynulo, že sestry, které jsou starší, dříve absolvovaly vzdělávací program zaměřený na paliativní péči a mají dlouholetou praxi, mají pozitivnější postoj k péči o umírající pacienty. Zatímco chronologický věk se ovlivnit nedá, vzdělání a zkušenosti z praxe jsou pro vytváření pozitivního postoje k péči o umírající pacienty klíčové. Výsledky studie přesto ukázaly, že sestry nejsou vždy ochotné mluvit s umírající osobou o smrti a že jak většina sester, tak i žákyní by se snažila změnit téma rozhovoru na veselejší, kdyby se jich pacient zeptal, zda umírá. Kladný postoj k péči o umírající pacienty však nesouvisí s praxí na

jakémkoliv oddělení, ale je spojen spíše s přímými zkušenostmi z těch oddělení, kde je péče o umírající pacienty častá.

Výše specifikovaný nástroj FATCOD ve svém výzkumném šetření použil i **kolektiv španělských autorů Edo-Gual, Tomás-Sábado et al. (2017)**. Jednalo se o španělskou verzi dotazníku FATCOD, kterou autoři použili na zkoumaný soubor 669 studentek bakalářského oboru ošetrovatelství studujících na čtyřech španělských univerzitách. Z výsledků vyplynulo, že respondentky, které měly v minulosti zkušenost se smrtí, a ty, které absolvovaly předměty zaměřené na paliativní péči, měly významně lepší výsledky než respondentky bez těchto zkušeností a praxe. A dále, že respondentky, které mají lépe osvojeny schopnosti porozumět pocitům vyvolaným s kontaktem se smrtí a utrpením a schopnosti zvládat své emoce, mají pozitivnější postoj k péči o umírající oproti respondentkám, u nichž jsou uvedené schopnosti rozvinuty méně. Výzkum zároveň ukázal, že respondentkám, které vykazovaly pozitivnější postoj k péči o umírající pacienty, byla zároveň naměřena nižší míra strachu ze smrti.

Jako jeden z nástrojů ve své studii použily dotazník FATCOD i **americké autorky Lippe, Jones et al. (2017)**. Zkoumaným souborem bylo několik kohort studentek bakalářského oboru ošetrovatelství, celkem se výzkumu zúčastnilo 176 respondentek s průměrným věkem 21 let. Cílem výzkumu bylo posoudit přípravu studentek ošetrovatelství v rámci kurikula na péči o umírající pacienty. Většina respondentek (81 %) měla zkušenost se smrtí mimo oblast své zdravotnické praxe a menšina z nich zažila úmrtí pacienta (37 %). Přestože jsou do kurikula zařazeny předměty věnující se problematice péče o umírající pacienty, testy znalostí studentek z této oblasti, které výzkumnice rovněž prováděly, ukázaly mezery. Autorky navrhují provést takové změny ve výuce, které by zlepšily znalosti absolventek především v oblasti komunikace s umírajícím, mezioborové spolupráce, managementu bolesti, zvládnání emocí a posledních hodin života pacienta.

Dotazník FATCOD jako nástroj sběru dat ve své studii použily i **švédské autorky Henocho, Melin-Johansson et al. (2017)**. Cílem výzkumu bylo popsat vývoj postojů studentek bakalářského oboru ošetrovatelství k péči o umírající pacienty v průběhu jejich studia a popsat, jak vnímaly svou připravenost pečovat o umírající pacienty. Zkoumaný soubor tvořilo 117 respondentek ze 6 švédských univerzit, průměrný věk činil 22 let. Jednalo se o dlouhodobou studii, respondentky vyplňovaly dotazník opakovaně na začátku 1. a 2. ročníku a poté ještě na konci závěrečného 3. ročníku. Výsledky ukázaly, že u respondentek došlo v průběhu studia ke změně postojů ke smrti a k péči o umírající, a to od víceméně negativních

na počátku studia po pozitivnější postoj na jeho konci. V závěru studia se cítilo být připraveno na péči o umírající 74 % respondentek. Připraveněji se cítily ty respondentky, které si během studia zvolily dobrovolně delší program zaměřený na paliativní péči. Navzdory tomu na otázku, zda se cítí být připraveny pečovat o tělo zemřelého, odpověděla kladně méně než polovina respondentek. Podobně nepřipraveny se respondentky cítily v oblasti komunikace a setkání s blízkými zesnulého pacienta. Autorky navrhuji změnit vzdělávací program tak, aby komunikaci byla věnována větší pozornost.

Turecká autorka Birgül Cerit (2019) ve své studii zkoumající postoje ke smrti a k péči o umírající pacienty jako nástroj sběru dat využila jak shora popsany dotazník FATCOD, tak i výše uvedený dotazník DAP-R, obojí v upravené turecké verzi. Zkoumaný soubor tvořilo 81 studentek 1. ročníku bakalářského oboru ošetrovatelství na Univerzitě Abant İzzet Baysal ve městě Bolu. Respondentky v době konání výzkumu ještě neměly absolvovány předměty pojednávající o konceptech smrti a měly zatím jen velmi málo zkušeností z klinické praxe. Výsledky studie potvrdily, že čím vyšší znalosti o smrti studentky mají, tím vykazují pozitivnější přístup ke smrti a umírajícím pacientům. Studentky na počátku studia ošetrovatelství, které uvedené znalosti dosud nemají, zastávají ke smrti a umírajícím pacientům spíše negativní postoj způsobený strachem z neznámého. To se projevuje snahou distancovat se od umírajících pacientů, snahou trávit na jejich pokojích co nejméně času, vyhýbáním se komunikaci s nimi a prožíváním pocitů úzkosti. S vyšší mírou teoretických znalostí a praxe se daří tyto negativní jevy omezovat.

3 Výzkumná část

Hlavní cíl zkoumání:

Hlavním cílem kvalitativní studie bylo popsat názory a zkušenosti žákyní oboru Praktická sestra související s umíráním.

Dílčí cíle byly zaměřeny na:

1. zkušenosti s péčí o umírajícího pacienta v rámci ošetrovatelské praxe;
2. názory na umírání a smrt;
3. zkušenosti s umírajícím mimo zdravotnické zařízení;
4. názory na péči o umírající ve zdravotnickém zařízení versus v domácím prostředí.

3.1 Metodika studie

Design výzkumné studie

Uplatněn byl kvalitativní přístup ke zkoumání, konkrétně fenomenologický výzkumný design. Marečková, Klugarová a kol. (2015, s. 41) vysvětlují, že „*fenomenologický výzkum je strategie šetření, při kterém výzkumník identifikuje podstatu lidských zkušeností o určitém fenoménu, tak jak ho popisují probandi*“. Limitace v provedení této studie jsou uvedeny jako součást kapitoly Diskuse.

Zkoumaný soubor

Pro výběr respondentek bylo stanoveno pět **zařazujících kritérií**: Respondentkami budou (1.) žákyně oboru Praktická sestra na střední zdravotnické škole, které (2.) studují nejméně ve 2. ročníku, (3.) mají absolvovanou minimálně půlroční praxi v nemocnici, (4.) již se na praxi setkaly s alespoň jedním umírajícím pacientem a (5.) dobrovolně podepsaly informovaný souhlas s účastí ve studii (v případě nezletilých respondentek byl vyžadován ještě podpis zákonného zástupce). **Vylučujícími kritérii** naopak bylo studium teprve 1. ročníku, neabsolvování alespoň půlroční praxe či absence zkušenosti s umírajícím pacientem.

Podle Gurkové (2019, s. 49-50) je u studií s fenomenologickým přístupem „*standardní metodou výběru výzkumného souboru záměrný (účelový) výběr, kterého cílem je na základě zařazujících a vyřazujících kritérií selektivně vybrat ty účastníky, kteří reprezentují danou zkušenost*“. V souladu s tím byly respondentky pro tuto studii vybírány metodou prostého záměrného (účelového) výběru v kombinaci s metodou lavinového výběru (metoda sněhové koule). Nejprve byly respondentky vybírány prostě záměrně, avšak pokud v průběhu

výzkumného šetření daly doporučení na osobu splňující zařazující kritéria, byla taková osoba následně oslovena s nabídkou účasti ve studii. Předpoklad velikosti výzkumného vzorku byl 12 respondentek. Cílem při výběru respondentek bylo, aby byly zastoupeny žákyně ze všech ročníků střední zdravotnické školy s výjimkou ročníku prvního, z čehož vyplývala i různě dlouhá délka odborné praxe respondentek.

Osloveno bylo celkem 14 respondentek, žádná z nich účast ve studii neodmítla. S prvními dvěma respondentkami byly realizovány tzv. pilotní rozhovory (viz Gurková 2019, s. 80), které sloužily pouze pro provedení předvýzkumu a pro praktické ověření nástroje ke sběru dat – viz dále oddíl Ověření využitelnosti nástroje pro zkoumaný soubor. Tyto 2 pilotní rozhovory nebyly zahrnuty do studie, tudíž celkový počet respondentek činil 12, což odpovídalo počátečnímu předpokladu. Z tohoto celkového počtu respondentek zahrnutých do studie bylo 10 osob ženského pohlaví a 2 osoby mužského pohlaví. Věk respondentek se pohyboval v rozmezí 16-19 let.

Tabulka 2. Údaje o respondentkách

Respondentka	Ročník studia	Délka praxe ve zdravotnickém zařízení (roky)	Zkušenost s péčí o umírajícího v rámci praxe	Zkušenost s péčí o umírajícím mimo zdravotnické zařízení
1	2.	0,5	má	má
2	2.	0,5	má	má
3	3.	1,5	má	má
4	2.	0,5	má	nemá
5	2.	0,5	má	nemá
6	3.	1,5	má	má
7	2.	0,5	má	nemá
8	4.	2,5	má	nemá
9	2.	0,5	má	nemá
10	2.	0,5	má	má
11	2.	0,5	má	má
12	3.	1,5	má	nemá

Charakteristiky jednotlivých respondentek

S ohledem na zachování anonymity respondentek nebude publikována bližší charakteristika jednotlivých účastnic studie nad rámec shora uvedené tabulky. Z téhož důvodu bylo rovněž rozhodnuto o nepublikování přepisů první, tzv. rozehrívací části rozhovorů (viz Příloha 4), neboť odpovědi na některé osobněji zaměřené otázky by mohly vést ke ztotožnění účastnic jejich spolužačkami, vyučujícími a dalšími osobami. Výzkumného šetření se zúčastnili i žáci mužského pohlaví. Z důvodu zachování jejich anonymity nebudeme v práci u jednotlivých respondentů pohlaví uvádět a ze stejného důvodu o všech účastnících píšeme jako o „respondentkách“ v ženském rodě. Je tomu tak proto, že by mohlo být příliš snadné

odhalit identitu žáků-mužů, kterých bývá v jednom ročníku střední zdravotnické školy obvykle pouze jeden až dva.

Uplatněná výzkumná metoda a nástroj ke sběru dat

Uplatněnou výzkumnou metodou bylo kvalitativní dotazování. Nástrojem ke sběru dat byl protokol polostrukturovaného rozhovoru.

Popis a tvorba nástroje ke sběru dat

Protokol polostrukturovaného rozhovoru byl vlastní konstrukce. Teoretické znalosti v oblasti výzkumu byly čerpány především z publikací Gurkové (2019) a Marečkové, Klugarové a kol. (2015). Dále bylo využito znalostí a zkušeností autorky této práce z vlastní ošetrovatelské praxe v nemocničním zařízení a z vlastní pedagogické praxe při výuce ošetrovatelských předmětů (teoretických i praktických) na střední zdravotnické škole. Volnou inspiraci k otázkám použitým v rozhovoru byly studie zahrnuté do Přehledu aktuálního stavu problematiky – viz kapitola 2.

Protokol obsahoval úvodní část, v níž byla respondentka seznámena s cílem studie, byla ujištěna, že neexistují správné ani špatné odpovědi, byla požádána o povolení k nahrávání rozhovoru, poté následovalo poučení, že bude zajištěna její anonymita a že může kdykoliv odstoupit bez udání důvodů. Úvodní část byla ukončena podpisem informovaného souhlasu (v případě respondentek mladších 18 let bylo nezbytné, aby formulář informovaného souhlasu obdržely předem a přinesly jej na místo konání rozhovoru již opatřený podpisem zákonného zástupce).

Následovala tzv. rozehrivací část, jejímž účelem bylo jednak získání základních sociodemografických údajů o respondentce a zejména navázání vztahu neboli slovy Gurkové (2019, s. 81) „*navození raportu*“.

Hlavní část rozhovoru byla rozčleněna do **4 oblastí**, které odpovídaly stanoveným dílčím cílům této práce. **Oblast č. 1** byla zaměřena na zjišťování **zkušeností s péčí o umírajícího pacienta v rámci ošetrovatelské praxe**. Úvodní otázka z této oblasti se týkala zkušeností, které si respondentka odnesla z prvního setkání s umírajícím pacientem na praxi v nemocnici. Podněcující podotázky měly doplnit obraz zkušenosti o popis atmosféry na oddělení, přístup lékařů a přístup ošetrovatelského personálu k pacientovi a o popis chování a projevů umírajícího. Další otázka z první oblasti byla obdobou první otázky, ovšem s tím rozdílem, že zjišťovala zkušenosti s dalšími, tj. pozdějšími setkáními s umírajícími pacienty. Podněcující podotázky se zaměřovaly na srovnání dalšího (resp. dalších) setkání se setkáním

prvním a na zjištění dalších zkušeností, které následná setkání s umírajícími respondentce přinesla. Třetí otázka z této oblasti zjišťovala, zda respondentka při setkáních s umírajícími pacienty nějakým způsobem využila poznatky a zkušenosti získané z výuky. Podněcující podotázky byly zaměřeny na specifikaci poznatků a jejich zařazení podle obsahu buď do oblasti ošetřování nebo do oblasti komunikace s umírajícím pacientem. Poslední otázka z této oblasti zjišťovala, zda respondentka uvedené zkušenosti sdílela se spolužáky. Podněcující podotázky se zaměřovaly na průběh sdílení a případnou potřebu respondentky se o předmětných zkušenostech poradit s nějakým odborníkem, případně s jinými osobami.

Oblast č. 2 byla zaměřena na zjišťování **náborů na umírání a smrt**. Obsahovala pouze dvě otevřené otázky – co si respondentka myslí o umírání a co si myslí o smrti.

Oblast č. 3 byla zaměřena na zjišťování **zkušeností s umírajícími mimo zdravotnické zařízení**. Obsahovala jednu otázku, zda má respondentka osobní zkušenost s umírající osobou mimo zdravotnické zařízení a pokud na ni odpověděla kladně, následovaly podněcující podotázky, které zjišťovaly, zda rodina umírajícího využívala domácí zdravotnické služby, jak se vyvíjela komunikace respondentky s umírajícím, jak fungovala rodina umírajícího, případně zda by respondentka k tématu této oblasti ještě něco chtěla doplnit.

Oblast č. 4 byla zaměřena na zjišťování **náborů na péči o umírající ve zdravotnickém zařízení versus v domácím prostředí**. Obsahovala pouze dvě otevřené otázky – jaký má respondentka názor na péči o umírající ve zdravotnickém zařízení a jaký názor má na umírání doma.

Následovala část zchlazení, v níž měla respondentka možnost ještě cokoliv k tématu umírajícího pacienta dodat, a ještě byla dotázána, zda existuje něco, čeho se (v rámci své budoucí profesní dráhy sestry) v souvislosti s umírajícím pacientem obává.

A konečně uzavírací část, která již měla spíše formální a administrativní charakter, neboť během ní proběhlo poděkování za rozhovor, kontrola, zda došlo k nahrání rozhovoru, kontrola poznámek výzkumníka a rozloučení. Formulář protokolu polostrukturovaného rozhovoru je součástí této práce jako Příloha 1.

Ověření využitelnosti nástroje pro zkoumaný soubor

Než bylo přistoupeno k vlastnímu sběru dat, proběhl v měsíci únoru 2023 tzv. předvýzkum. V rámci předvýzkumu se uskutečnily pilotní rozhovory se dvěma respondentkami, jejichž cílem bylo ověřit v praxi využitelnost nástroje ke sběru dat pro zkoumaný soubor. Dalším cílem bylo vyzkoušení nahrávání rozhovorů s pomocí aplikace Záznam zvuku v chytrém mobilním telefonu. Rozhovory se konaly na základě souhlasu se

sběrem dat uděleném ředitelkou školy v prostorách Střední zdravotnické školy a Vyšší odborné školy zdravotnické Žďár nad Sázavou – naskenovaný podepsaný souhlas se sběrem dat viz Příloha 2.

Předvýzkumu se zúčastnila jedna žákyně 3. ročníku (věk 18 let, 1,5 roku praxe ve zdravotnickém zařízení, měla zkušenosti jak s péčí o umírajícího v rámci praxe, tak i mimo zdravotnické zařízení) a jedna žákyně 2. ročníku (věk 17 let, 0,5 roku praxe ve zdravotnickém zařízení, měla zkušenosti pouze s péčí o umírajícího v rámci praxe, mimo zdravotnické zařízení nikoliv).

Na základě analýzy provedeného předvýzkumu bylo rozhodnuto, že otázky rozhovoru není třeba upravovat, takže formulář protokolu polostrukturovaného rozhovoru zůstal v původně navržené podobě – viz Příloha 1. Pilotní rozhovory však ukázaly, že ačkoliv byl cíl výzkumu všem respondentkám detailně představen předem (viz dále oddíl Etické parametry studie), nebyl účastnicím pilotních rozhovorů zcela zřejmý rozdíl mezi procesem umírání a smrtí – zkušební respondentky si tuto významovou diferencii neuvědomovaly a oba pojmy ve svých odpovědích směřovaly (tj. namísto zkušeností s péčí o umírajícího pacienta popisovaly své zkušenosti s pacientem zesnulým). Při „ostrém“ sběru dat byl proto na základě této zkušenosti rozdíl mezi výše uvedenými pojmy respondentkám v úvodní části rozhovoru pro jistotu vysvětlen.

Organizace a lokace sběru dat

K oslovování potenciálních respondentek došlo již v lednu 2023. I díky osobní znalosti prostředí a samotných žákyní Střední zdravotnické školy a Vyšší odborné školy zdravotnické Žďár nad Sázavou ze strany autorky této práce se podařilo oslovit takový soubor účastnic výzkumného šetření, v němž všechny respondentky splňovaly kritéria pro zařazení do výzkumu a zároveň s účastí ve výzkumu všechny vyjádřily dobrovolný souhlas podpisem formuláře tzv. Informovaného souhlasu – vzor formuláře viz Příloha 3. Ačkoliv měly respondentky možnost kdykoliv z účasti na výzkumném šetření odstoupit, žádná z nich této možnosti nevyužila a zkoumaný soubor o celkovém počtu 12 respondentek tak nebylo třeba v průběhu výzkumného šetření doplňovat o další účastnice.

Sběr dat se uskutečnil v měsících únoru a březnu 2023 v prostorách výše zmíněné školy. Rozhovory se konaly na základě souhlasu se sběrem dat uděleném ředitelkou školy v prostorách Střední zdravotnické školy a Vyšší odborné školy zdravotnické Žďár nad Sázavou – naskenovaný podepsaný souhlas se sběrem dat viz Příloha 2.

Rozhovory byly realizovány buď ve volné učebně nebo sborově, čas konání rozhovoru byl s každou respondentkou dohodnut individuálně v době před nebo po skončení vyučování. Délka jednoho rozhovoru činila v průměru 19 minut.

Postupy zpracování dat

Všechny rozhovory byly nahrány s pomocí aplikace Záznam zvuku v chytrém mobilním telefonu. Následoval jejich doslovný přepis. Ačkoliv byly zvažovány i možnosti automatizované transkripce prostřednictvím počítačových technologií (např. služba Google Cloud Speech-to-Text), z důvodu nedostatečné pokročilosti vývoje těchto nástrojů pro prostředí českého jazyka a s tím související vysoké míry chybovosti byly nahrávky nakonec přepsány klasicky ručně. Po provedení kontroly správnosti a úplnosti přepisu byly nahrávky z mobilního telefonu odstraněny.

Úvodní a závěrečné části rozhovorů, které nesouvisely s cíli této práce, byly vymazány. Vymazány byly i přepisy rozehrávací části rozhovorů, neboť tyto pasáže by mohly vést k deanonymizaci účastníků z důvodu obsahu jejich osobních údajů. Odpovědi respondentů- mužů byly převedeny do ženského rodu, aby nemohlo dojít k jejich ztotožnění. Označení přepsaných rozhovorů bylo provedeno losem. První vylosovaný rozhovor byl označen jako respondentka č. 1 (dále též jen „R1“), druhý jako respondentka č. 2 (dále též jen „R2“) atd. Z důvodu zachování anonymity nesouhlasí označení respondentek v Příloze 4 s číselným označením respondentek v tabulce s údaji o respondentkách uvedené výše v rámci oddílu Zkoumaný soubor. Z téhož důvodu byly v přepisech rozhovorů s respondenty mužského pohlaví jejich odpovědi převedeny do ženského rodu.

Získaná data byla analyzována metodou tzv. otevřeného kódování. Texty s přepisy rozhovorů byly autorkou této práce opakovaně čteny ve snaze identifikovat ty pasáže textů, jež by odpovídaly jednotlivým dílčím cílům této studie. Kódování bylo provedeno odlišnými barvami podle významu konkrétního sdělení jednotlivých respondentek. Poté byly části textu se stejným kódem (barvou) propojovány do podobně vyznívajících nových celků a tyto celky byly interpretovány jako tzv. kategorie (témata), které „*popisují a interpretují respondentčinu zkušenost*“ (Gurková 2019, 81) či vystihují respondentčin názor.

Etické parametry studie

Všechny respondentky byly předem seznámeny s cílem studie. Byly ujištěny, že neexistují správné ani špatné odpovědi. Byly poučeny, že bude zajištěna jejich anonymita a že mohou z účasti na výzkumu kdykoliv odstoupit bez udání důvodů. Vše stvrdily podpisem

formuláře informovaného souhlasu (viz Příloha 3), v případě dotazovaných mladších 18 let byl vyžadován ještě podpis jejich zákonného zástupce. Před zahájením rozhovoru byla každá respondentka požádána o svolení k nahrávání rozhovoru. Z důvodu zachování anonymity respondentek byly z této práce odstraněny všechny informace, které by mohly vést k identifikaci účastníků studie. Odpovědi respondentů-mužů byly převedeny do ženského rodu, aby nemohlo dojít k jejich ztotožnění. Jména respondentek byla nahrazena vylosovanými čísly.

S cílem studie a jejími etickými parametry byla seznámena i ředitelka Střední zdravotnické školy a Vyšší odborné školy zdravotnické Žďár nad Sázavou předtím, než byla požádána o souhlas se sběrem dat (naskenovaný udělený souhlas viz Příloha 2).

3.2 Výsledky

Analýzou textů s přepisy vyjádření respondentek bylo ve čtyřech oblastech (oblasti 1., 2. a 4. byly dále rozděleny ještě do podoblastí) identifikováno celkem 23 kategorií. Výsledky jsou popsány níže, a to jak slovně, tak i pomocí tabulek pro větší přehlednost. Pasáže textu psané kurzívou jsou přímými citacemi vyjádření respondentek.

Tabulka 3. Přehled všech vytvořených kategorií

Oblast	Vytvořené kategorie
zkušenosti s péčí o umírajícího pacienta v rámci ošetrovatelské praxe	nejistota, zda pacient umírá
	nervozita, šok, panika
	nepředvídatelnost rychlé změny stavu pacienta
	nejistota, co umírající vnímají
	úleva po vyhodnocení fyziologických funkcí
	jistota při sledování reakcí na bolestivé podněty
	snaha o komunikaci s pacientem
	bezprostřední sdílení rozjitřených emocí a zkušeností se spolužačkami
	svěření se rodině pomohlo zpracovat traumatizující zážitek
	potřeba vstřebat prožitek sama v sobě
názory na umírání a smrt	umírání jako možnost smíření se s vlastní smrtelností
	vůle maximálně zpříjemnit umírání
	obávaná součást života
	nevyhnutelnost, s níž se musíme vyrovnat

	osvobození
	smrtí život nekončí
zkušenosti s umírajícím mimo zdravotnické zařízení	nepříjemné pocity a smutek
	zapojení celé rodiny do náročné péče o umírajícího blízkého
názory na péči o umírající ve zdravotnickém zařízení versus v domácím prostředí	pečovat o umírajícího stejně jako o ostatní pacienty
	umírající potřebují pravidelný osobní kontakt s rodinou
	odosobněný přístup ze strany některých zdravotníků
	domácí péče je pro umírajícího lepší varianta
	domácí péče je obtížnější pro rodinu umírajícího

3.2.1 Interpretace výsledků ke zkušenostem s péčí o umírajícího pacienta v rámci ošetrovatelské praxe

První oblast nazvaná Zkušenosti s péčí o umírajícího pacienta v rámci ošetrovatelské praxe byla rozdělena do tří podoblastí zaměřených zvláště na 1. zkušenosti s umírajícími pacienty, 2. na využití poznatků z výuky a 3. zvláště na sdílení zkušeností a konzultace s odborníky. V podoblasti zjišťující zkušenosti s umírajícími pacienty byly analýzou vyjádření respondentek identifikovány 4 kategorie: 1. nejistota, zda pacient umírá, 2. nervozita, šok, panika, 3. nepředvídatelnost rychlé změny stavu pacienta a 4. nejistota, co umírající vnímají. V podoblasti zjišťující využití poznatků z výuky byly identifikovány 3 kategorie, a sice 1. úleva po vyhodnocení fyziologických funkcí, 2. jistota při sledování reakcí na bolestivé podněty a 3. snaha o komunikaci s pacientem. V podoblasti zjišťující zkušenosti s umírajícími pacienty byly analýzou vyjádření respondentek identifikovány 4 kategorie: 1. nejistota, zda pacient umírá, 2. nervozita, šok, panika, 3. nepředvídatelnost rychlé změny stavu pacienta a 4. nejistota, co umírající vnímají. V podoblasti zjišťující sdílení zkušeností a konzultace s odborníky byly identifikovány 3 kategorie, a to 1. bezprostřední sdílení rozjitřených emocí a zkušeností se spolužačkami, 2. svěření se rodině pomohlo zpracovat traumatizující zážitek a 3. potřeba vstřebat prožitek sama v sobě.

Tabulka 4. Přehled vytvořených kategorií pro oblast: zkušenosti s péčí o umírajícího pacienta v rámci ošetrovatelské praxe

	Oblast	Podoblast	Kategorie
1.	zkušenosti s péčí o umírajícího pacienta v rámci ošetrovatelské praxe	zkušenosti s umírajícími pacienty	nejistota, zda pacient umírá
			nervozita, šok, panika
			nepředvídatelnost rychlé změny stavu pacienta
			nejistota, co umírající vnímají
		využití poznatků z výuky	úleva po vyhodnocení fyziologických funkcí
			jistota při sledování reakcí na bolestivé podněty
			snaha o komunikaci s pacientem
		sdílení zkušeností a konzultace s odborníky	bezprostřední sdílení rozjitřených emocí a zkušeností se spolužačkami
			svěření se rodině pomohlo zpracovat traumatizující zážitek
			potřeba vstřebat prožitek sama v sobě

Kategorie: NEJISTOTA, ZDA PACIENT UMÍRÁ

Respondentky ve svých výpovědích uváděly, že si často nebyly jisty, zda se jedná o umírajícího pacienta. Popisovaly případy, kdy při ošetřování pacienta nevěděly, zda se jedná o umírajícího, nebo naopak, kdy tuto skutečnost věděly, ale pacient se podle jejich zdání choval, jako by umírající nebyl, anebo kdy pacient nereagoval na podněty a nebylo jisté, zda právě v tu chvíli neumírá, resp. nezemřel. Se zážitkem, kdy pacient nereagoval, se v rozhovoru svěčila respondentka (R1): „*Já úplně nevím, jestli umíral, protože na to jsem se neptala. Ale když jsem šla měřit fyziologické funkce, tak na mě pacient nereagoval, měl otevřené oči a koukal do*

stropu, a i když jsem mu zamávala před očima nebo jsem na něj trochu zvýšila hlas, aby mě slyšel, protože jsem nevěděla, jestli je hluchý nebo ne, tak na mě nijak nereagoval [...] nevěděla jsem, co se děje.“ Podobnou zkušenost sdělila i respondentka (R2): „Takže poprvé to bylo [...], když jsem [...] s mojí kamarádkou [spolužačkou], tak my jsme měřili funkce a byl tam vlastně pacient, který vlastně my jsme nevěděli, jestli hnedkon ze začátku dýchá, protože jako nehejbal se jako a takže jsme k němu nejdřív přišli a nereagoval moc, [...] nevíte, jestli jako se s ním něco stalo, jestli to máte říct nebo tak, ale nakonec jsme zjistili, že teda dýchá, takže jsme byli jako víc v klidu teda.“ Respondentka (R2) měla ještě jeden podobný zážitek s pacientkou, která zničehonic rychle usnula a nebylo na první pohled zřejmé, zda nezemřela: „[...] asi nebyla [umírající], ale jako jsem si právě myslela, že [...] právě zrovna v ten moment [...], jestli se to neděje.“ Respondentka (R11) v rámci praxe ošetřovala umírajícího pacienta, o němž věděla od sester, že umírá, ale jeho chování neodpovídalo její představě o chování a projevech umírajícího: „[...] když to bylo poprvé, tak jsem si to ani pořádně jako moc neuvědomovala [...], že [...] umírá, i když jako jsem to věděla, že nám to říkaly ty sestry, ale [...] ten pacient [...] s náma komunikoval a byl prostě takovej v pohodě jako... Sice [...] třeba moc nemluvil, ale když jsme mu řekly třeba, ať se chytí [...] nahoře nad tou postelí, tak se tam prostě chytil a normálně se přitáhl a [...] byl takovej jako normální... nevypadal jako by, že umírá. [...] No, choval se, jak kdyby neumíral.“ Respondentka (R11) se na témže pokoji současně starala ještě o jednoho pacienta, o němž ovšem, že je umírající, nevěděla a ani tento pacient podle ní na umírajícího nevypadal: „A eště [...] pacient, kterej byl vedle něho [...] na pokoji, tak [...] byl taky umírající, ale to jsem se dozvěděla až [...] později, protože on [...] byl normálně veselej, povídal si s náma, dělal různý takový vtipy, ale příště, jak jsme tam přišly na tu praxi, tak už tam nebyl a že prej umřel, ale ten co jako my jsme věděli o něm, že umírá, tak tam ještě pořád byl. Takže to bylo takový jako divný, no.“ Podobnou zkušenost měla i respondentka (R10), která vykonávala praxi na oddělení dlouhodobě nemocných. Sice věděla, že pacient je umírající, ale z projevů jeho chování jí nepřišlo, že by měl zemřít během několika málo minut: „[...] já jsem [...] dělala na ODNce [...] a tam jsem právě zažila zkušenost s umírajícím pacientem, kdy vlastně já jsem prvně si nemyslela, že ten pán [...] zemře [...] já jsem [...] přišla do práce, [...] normálně jsme udělaly hygienu a já jsem potom za tím pánem šla ho nakrmit a ten pán předtím vůbec nemluvil, jenom byl zahleněnej, ležel a koukal a nic a vlastně, když [...] jsem tam přišla [...] von [...] mně chtěl něco říct... [...] natahoval ruku po topení, [...] normálně mě snědl všechno jídlo, snědl léky, vypil všechno nachystaný, já jsem odešla... [...] ošetřovat další pacienty, pak přijdu a paní staniční sestra se sestřičkou tam stojí, říkali, ať tam nechodím, [...] protože věděly, že ještě budu jest a vlastně potom [...] paní staniční jsem se šla zeptat, jestli ten pán zemřel, a ten pán

vopravdu zemřel. [...] To bylo takový... taková nepříjemná [...] zkušenost, ale hodně [...] mně to pomohlo, že vlastně já jsem si toho pána ošetřila [...], ošetřila jsem to tělo, [...] a vypravila jsem ho [...] na tu poslední cestu.“

Kategorie: NERVOZITA, ŠOK, PANIKA

Respondentky v rozhovorech vypovídaly, jaké stresové reakce v nich vyvolala setkání s umírajícími pacienty, respondentky používaly slova jako nervozita, šok či panika. Respondentka (R5) popsala, jakou nervozitu zažila, když ošetřovala ležícího umírajícího pacienta: *„[...] pán hlavně ležel [...] na stejném místě, moc se nehejbal, což mě trošičku jako znervózňovalo, měl i podobný výraz, že jako měl ho pořád stejnej, a tak se na nás koukal, co děláme.“* Obširněji o svých pocitech a panice z ošetřování pacienta, o němž se domnívala, že umírá, a který nereagoval na její podněty, hovořila respondentka (R1): *Takže jsem vlastně trochu zpanikařila [...]. Prostě jsem člověk, kterej hodně zmatkuje, takže jsem byla v té chvíli hrozně rozhozená [...]. No, zrychlil se mi tep a dýchání a prostě jsem se snažila uklidnit, abych to nezkazila nebo nezpanikařila až moc [...].“* Respondentka (R5) mluvila o panice, kterou zažila, když jí na praxi zkolabovala pacientka: *„[...] jsem zažila [...], že paní nám trošičku jako zkolabovala, takže to byl takovej... to jsem tam byla se spolužákem [...] jako ani jeden jsme nevěděli [...], co paní je, tak jako jsme trošku zpanikařili...“* Respondentka (R2) kromě paniky popisuje své pocity ze setkání se dvěma umírajícími pacienty mimo jiné jako šok: *„[...] nereagoval moc, takže bylo to takový trošičku šok [...] ze začátku [...]. Jako mně přišel trošku i bledý ten pán, že [...] když otevřel oči, tak [...] podle mě už asi moc nevnímal, ale hlavně ten první šok, to bylo strašný pro mě. [...] to jsme myly paní na lehátku [...] paní nám úplně vypla, jako že úplně [...] zavřela oči a nevnímala nás [...] a my jsme jako chtěly začít umývat a vona prostě paní normálně vypla a já jsem normálně chvíli úplně zpanikařil [...] To první [...] oproti tady tomu [...] u té paní, tak ta paní pro mě byla trošičku větší šok, protože vona jako předtím mluvila s náma a pak najednou úplně vypla. Takže to jsem byla trošku jako ve větším šoku.“*

Kategorie: NEPŘEDVÍDATELNOST RYCHLÉ ZMĚNY STAVU PACIENTA

Respondentky uváděly, že ze setkání s umírajícími pacienty si odnesly poučení o tom, že k rychlé změně stavu pacienta může dojít kdykoliv a je velmi obtížné ji předem jakkoliv predikovat. Podle respondentky (R8) *„člověk může umřít v jakékoliv situaci a může umřít v jakýmkoliv zdravotním stavu“*. Vycházela přitom ze zkušenosti s pacientem, který *„ještě do poslední chvíle [...] fungoval, [...] byl v pořádku, ale měl [...] špatnou diagnózu. [...] on se i najedl, prostě byl soběstačnej [...], než vlastně odešel.“* Respondentka (R4) se setkala

s umírající pacientkou, u níž nepředpokládala brzký konec: „[...] s jednou paní, ale ta ze začátku těch praxí, ta tak nepůsobila, ale pak jsme se vlastně dozvěděli, že jako by umřela[...].“ Respondentka (R12) popsala, jak se měnil stav umírající pacientky v průběhu jednoho týdne: „No, ona byla taková, že [...] když jsme tam přišly v to pondělí, takže spíš jako spala většímu dne [...], v úterý [...] najednou [...] mluvila a [...] začla jíst a [...] bylo to zlepšení vlastně takhle ty celý čtyři dny prostě do toho pátku, že fakt [...] mluvila, řekla, co chtěla, svým způsobem, byla taková, že třeba [...] byla naštvaná někdy, že prostě jako ju chcem zabít nebo [...] že prostě proč tady furt je... A potom vlastně už přišel ten den D, [...] kdy vlastně jako vona snídala a najednou potom [...] sestřička ju tam našla.“ Podobné zkušenosti, kdy se jí nedařilo predikovat vývoj zdravotního stavu pacienta, měla i respondentka (R10): „[...] bylo to pro mě takový zvláštní, protože jsem si nemyslela, že by ten pacient prostě najednou, kdy něco říkal před dvouma, třema dnama, než zemřel vlastně, [...] teďka řeknu, třeba zemřel ve čtvrtek a v úterý jsem si vůbec nemyslela, [...] že von mně někde něco bude chtít říct [...], on prostě seděl, něco snědl, koukal, nic neříkal, ani když jsem se na něco zeptala, prostě nic, jo, a vlastně v ten den, kdy zemřel, než zemřel, tak vlastně on mně chtěl něco říct, [...] takhle prostě dělal [respondentka předvádí, jak pacient naprázdno hýbal ústy], nerozuměla jsem mu nic, ale chtěl mně něco říct, a prostě sáhl rukou na topení a chtěl jako by jít pryč, aspoň se to tak zdálo, že chtěl jít pryč, [...] a pak najednou odejdu a za 20 minut nebo za čtvrt hodiny se vrátím a pacient zemřel.“ Kromě zmíněného pacienta respondentka (R10) ošetřovala i dvě umírající pacientky, přičemž u jedné z nich náhlé úmrtí rovněž neočekávala: „...paní, u který se to čekalo, že zemře, [...] tak vedle ní ležela eště paní, která vlastně potom taky zemřela, která měla leukémií, ale nevěděla jsem, že to bude takhle rychlý, nemyslela jsem si to. No a já jsem tu druhou paní [...] umývala, pak jsem ju nakrmila, všechno, a najednou přišly paní sanitářky, stály u tý druhý paní a ukazovaly, jako že paní zemřela, a já jsem to vůbec nevěděla.“ I respondentka (R3) se na praxi setkala s pacientem, jehož zdravotní stav se rychle měnil: „Určitě takový velký zlepšení, že si i sedal a rehabilitoval a prostě [...] všechno v pohodě, vzpomínal si, a pak z hodiny na hodinu strašný zhoršení a pak už teda byla ta smrt.“ Respondentka (R3) si z toho odnesla zkušenost, „že se s tím nedá počítat, že u těch pacientů kolikrát jde vidět, že začínají se třeba objevovat skvrny, takže už se čeká, jestli to bude za hodinu, za dvě nebo večer a oni se úplně zlepší a vydrží ještě naopak, když to tak blbě řeknu, dlouho. [...] Je to nepředvídatelný.“

Kategorie: NEJISTOTA, CO UMÍRAJÍCÍ VNÍMAJÍ

Respondentky uváděly, že při ošetřování umírajících pacientů často zažívaly pocity nejistoty z chybějící zpětné vazby způsobené žádnými nebo omezenými reakcemi pacienta na

podněty ze strany zdravotnického personálu. Respondentka (R5) se svěřila se svým pocitem, jaký měla, když se na praxi setkala se svým prvním umírajícím pacientem: „[...] byl takovej [...] zvláštní, [...] protože [...] pán nemluvil, takže jsem úplně nevěděla, jestli to dělám [...] dobře, jestli to třeba [...] nebolí, a tak to bylo takový... já radši mám, když pacienti komunikují, jako že vím, na čem jsem, takže to bylo takový nejistý. [...] ani ostatní moc [...] nevěděly, co s tím pánem, a sestřičky už byly v tom takový [...] lepší, jako ani ostatní spolužáci, kteří tam byli, byli, myslím že, na tom podobně jako já.“ Podobnou zkušenost s nekomunikující pacientkou měla i respondentka (R8): „Moc nekomunikovala, jako „hm“ nebo prostě takový jakoby zvláštní zvuky. [...] prostě člověk na tu pani mluvil a ona nebyla schopná vlastně nám... třeba jsem jí říkala: ‚já vám dám infuzi‘ a ona nic neodpovídala.“ Respondentka (R4) hovořila o divném pocitu, který měla z pacientů, u nichž nebylo ani zřejmé, zda vnímají bolest: „Že to byl takovej divnej pocit vidět ty lidi [...] na tom lůžku, že [...] jenom leží a nic skoro nevnímají a bylo takový těžký s nima [...] pracovat, když prostě neodpoví nebo nezareagují, nevíme jako, jestli je to bolí nebo ani...“ Respondentce (R6) se zdálo, jako kdyby byl její pacient zcela nepřítomný: „[...] nekomunikoval se mnou, to a v další řadě, že prostě byl [...] prostě v bezvědomí, jako že prostě ani se na mě nedíval [...] mně přišel ten pacient [...] na první chvíli, že prostě [...] byl jinde, jako v jiným světě, [...] že nebyl mezi náma [...] a moje pocity byly takový, že [...] jsem tam sama, jak kdybyv tom pokoji, že prostě tam nikdo se mnou není, že si povídám jako sama pro sebe, mně přišlo.“ Respondentka (R6) k tomu ještě dodala: „Bylo to obtížný, protože když ten pacient prostě je takovej, že s ním člověk nemůže komunikovat, tak je to takový blbý, jako že mu třeba vzít ruku jako: ‚dej mi ji‘ [...] prostě nereagoval [...] ta ruka byla jakože mrtvá, jako že prostě neměl žádnou snahu se snažit nějak, [...] ani se nebránil, takže prostě mrtvý tělo, no. [...] No prostě byl v takovým spánku tvrdým, no, úplně, že prostě nevnímал.“

Kategorie: ÚLEVA PO VYHODNOCENÍ FYZIOLOGICKÝCH FUNKCÍ

Jednou z kategorií v podoblasti nazvané Využití poznatků z výuky byla kategorie s názvem Úleva po vyhodnocení fyziologických funkcí. Z vyjádření respondentek bylo patrné, že po zjištění přítomnosti fyziologických funkcí se jim ulevilo, neboť bylo zřejmé, že pacient je stále naživu. Respondentky kontrolu fyziologických funkcí zmiňovaly buď přímo nebo opisem tak, že prostě popisovaly činnosti, které u umírajícího pacienta prováděly. Například respondentka (R1) k tomu stručně uvedla: „A taky ta hrud', že jsem viděla, že se zvedá.“ Sdělení respondentky (R5) bylo podobně stručné, byť o málo obsáhlejší: „Ty fyziologický funkce jsem zkontrolovala a hrudník, jestli dýchá.“ Respondentka (R2) nejprve vzpomínala na úkony, které

prováděla u pacientky, u níž měla pochybnost, zda právě neumírá („*dala jsem jí ucho k ústům, jestli dýchá, dívala jsem se jí jako na hrudník, takže dýchala naštěstí*“) a vyjmenovala poznatky, které využila při ošetřování umírajícího pacienta: „*Jakože jak se hlavně zachovat [...] v té chvíli, jako [...] jak zjistit, jestli ten pán [...] dýchá, jestli je [...] v pořádku. Že třeba jako dát [...] hlavně to ucho [...] na ty ústa, abysme cítily ten dech a [...] u pána to bylo [...] v pořádku. A hlavně jestli se zvedá ten hrudník, [...] tep jsme teda nezkoušely, ale pán se pak [...] už [...] trošičku pohyboval i tak.*“

Kategorie: JISTOTA PŘI SLEDOVÁNÍ REAKCÍ NA BOLESTIVÉ PODNĚTY

Další z kategorií v podoblasti nazvané Využití poznatků z výuky byla kategorie nazvaná Jistota při sledování reakcí na bolestivé podněty. Podobně jako v minulé kategorii ji respondentky zmínily buď přímo, nebo to vyplynulo z popisu jejich činností u pacienta. Respondentka (R5) zmínila, že u pacientky, která zkolabovala, zkoušela „*[...] nějak jí třeba [...] podržet nebo nějak jí trošku štouchnout, jestli se neprobere*“. Respondentka (R1) se svěřila, které poznatky z výuky využila při setkání s umírajícím pacientem, který nereagoval na běžnou komunikaci: „*Vzpomněla jsem si, jak jsme si říkali jakoby o hledání bolestivých podnětů, tak jsem zkoušela ty a na to pacient reagoval.*“ Poněkud lidově o zkoušení bolestivých podnětů u pacientky hovořila respondentka (R2): „*[...] vona [...] se přestala hýbat, úplně [...], mluvily jsme na ňu, přestala komunikovat, a [...] ani když jsme ji trošičku propleskly, jako chápete, jako ne úplně silně, tak [...] taky se nehýbala [...].*“ Respondentka (R6) vzpomínala, že vyzkoušet reakci na bolestivé podněty jí u pacienta, který se jevil být v bezvědomí, napadlo, ale nakonec k tomu neměla odvahu a nechala to na službu konajících sestřích: „*No, tak [...] nejdřív mě napadlo to štípnutí, protože to jsme si třeba [...] říkali, ale říkala jsem si, že to nebudu dělat, a pak sestřičky to udělaly, takže... Aji mě napadlo propleskat toho pacienta, ale to asi ne, jako jen tak něžně [...], že jako ne moc, ale že to taky [...] občas funguje, ale nechtěla jsem být [...] nějak tvrdá.*“

Kategorie: SNAHA O KOMUNIKACI S PACIENTEM

Poslední z kategorií v podoblasti nazvané Využití poznatků z výuky byla kategorie nazvaná Snaha o komunikaci s pacientem. Některá vyjádření respondentek k tomuto tématu byla stručná, např. respondentka (R5): „*Snažila jsem se na paní mluvit [...].*“ Nebo takto respondentka (R9) odpověděla na otázku, které poznatky z výuky při setkáních s umírajícími pacienty využila: „*Asi ta komunikace a nějak ta empatie jako že se nějak jako vcítit.*“ Respondentka (R2) přímo popsala, jak komunikovala s pacientem, který příliš nereagoval: „*Tak*

jako snažily jsme se s pánem mluvit... [...] No tak [...] jsme za tím [...] pánem [...] přišly, a pak jsme mu [...] řekly, že budeme [...] dělat ty funkce a tak a von [...] nám to odkejval... [...] Nemluvil. Ale jako snažily jsme se s ním teda mluvit [...]. “ Některé respondentky již měly ve škole výuku komunikace zčásti absolvovanou, což se projevilo i na jejich hodnocení užitečnosti získaných poznatků, což zmínila respondentka (R4) „[...] a i ta komunikace, že jsme se naučily, jak s těma pacientama komunikovat, to si myslím, že to je dobrý, že to jsme si z té výuky odnesly.“ Jiná respondentka (R3) si naopak stěžovala, že k tomuto tématu ve školní výuce ještě nedostali, a musela se tak při rozhovoru s umírající pacientkou řídit spíše intuicí: „*My jsme se k tomu v psychologii ještě nedostali, ale tak nějak jako z takovýho selskýho rozumu, tak jsme jí to vždycky prostě odkývali. Třeba takový to: „jojoho, brácha přijde“ nebo „jo, půjdete za tatínkem“.* Snažily jsme se, abysme jí zbytečně nenaštvaly.“ Respondentka (R11) přiznala, že jí poznatky z této oblasti na praxi chyběly a při komunikaci s umírajícími nevěděla, jak reagovat: „[...] ale jinak asi mi to jako chybí... protože já nevím jako, co bych jim měla říct na to.“ Předtím se respondentka (R11) v rozhovoru svěřila s konkrétní zkušeností s pacientkou, která umírala na rakovinu: „[...] paní nám řekla, že má [...] celý břicho [...] prorostlý rakovinou, [...] mluvila o sobě, že už umírá, že už je [...] tady k ničemu, takhle se nám [...] svěřovala právě a byly jsme u toho tři a [...] moc nikdo z nás nevěděl, jak na to reagovat, co jí máme [...] říct, [...] protože když řekneme třeba „to je nám líto“, tak jako to je blbý jako říct nebo cokoliv jako špatnýho jako říct...“

Kategorie: BEZPROSTŘEDNÍ SDÍLENÍ ROZJITŘENÝCH EMOCÍ A ZKUŠENOSTÍ SE SPOLUŽAČKAMI

Respondentky se svěřily, že zkušenosti s umírajícími pacienty sdílely především se svými spolužačkami, s nimiž o konkrétního pacienta pečovaly. Nejčastěji tak činily bezprostředně po praxi nebo ve škole. Respondentka (R3) si vzpomněla, jak se spolužačkou hovořily o pacientce, o níž se v rámci praxí staraly a o níž se posléze dověděly, že zemřela: „*No s tou spolužačkou my jsme u té paní, zrovna když umírala, nebyly, ale tak jsme se o tom bavily, že bysme určitě, kdybysme byly sestry a mohly u toho bejt, nebo kdyby to byla rodina, tak určitě u něj stát a třeba mu povídat ještě něco, protože poslední odchází sluch, tak prostě mu to jako zpříjemnit.*“ Respondentce (R3) podle jejích slov rozhovor se spolužačkami o prožitcích z praxe pomohl: „...*jako jo, pobavily jsme se o tom s holkama, ale třeba zrovna u tohohle dědy, tak mi to moc pomohlo, když jsem to mohla jako někomu říct. [...] Tak určitě jsem třeba řekla, že měl to prožitý hezky to stáří, že tam furt někdo u něj byl, děti, vnoučata, že měla zahrádku třeba nebo nějaký koníčky no. Že jako prožil ten život jako hezky no. Snažila jsem se na tom hledat ty pozitiva, než*

abych říkala, že třeba trpěl nebo se dusil.“ Sdílení podobných pocitů z téže zkušenosti pomohlo i respondentce (R2): *„Myslím, [...] že jsme měly takovej jako, [...] se spolužačkou [...]. Říkaly jsme o tom, ne [...] ve srandě, ale jako že se to [...] může stát prostě, jako že jsme se i docela lekly, když jsme s ním nemohly jako, chápete... [...] Jako že nám tam neumřel. [...] Přineslo mi to asi to, že spolužačka se cítila úplně [...] podobně jak já, že vlastně v tom jsem nebyla sama v ten moment vlastně.*“ Respondentka (R1) měla obavu, aby sdílením informací o pacientovi neporušila povinnost mlčenlivosti zdravotníka, proto o zážitku s umírajícím pacientem hovořila jen se spolužačkou, s níž u pacienta spolupracovala: *„Jenom s tou spolužačkou, co tam byla se mnou, ale jinak jsem to ostatním neříkala, jelikož nevím, co přesně [...] se bere jako to lékařský tajemství, a tak jsem to probrala jenom s tím, kdo tam se mnou byl. [...] myslím že na cestě z tý [praxe] jsme o tom povídaly, ale nikdo okolo tam zrovna nebyl, kdo by nás mohl slyšet, ale my jsme ani jméno nebo nějaký informace o tom pacientovi neříkaly.*“ Respondentka (R11) sdílela své pocity rovněž se spolužačkou ve školní budově: *„Jo, se spolužačkou. [...] Šly jsme [...] na záchod a tam jsem jí to [...] nějak tak řekla podobně jako vám a říkala jsem jí taky, že se [...] cítím tak divně po tom a ona taky říkala, že by [...] nevěděla, co ty paní má říct...“* Podobně respondentka (R5) o prožitých zkušenostech hovořila v úzké skupince spolužaček, které se společně s ní na ošetřování umírajícího pacienta podílely: *„Jen s těma, se kterýma jsem na tom spolupracovala a jinak ne. [...] No, říkali jsme si svoje zkušenosti, jak bysme to třeba udělali líp, kdyby se to opakovalo [...] takže jako zážitky, pocity.*“ Respondentka (R7) uvedla, že o zážitcích s umírajícími pacienty hovořila se spolužačkami, jejichž počet dále nespécifikovala: *„[...] snažily jsme se [...] tak jako všichni uvolnit, [...] bavily jsme se vo tom s holkama [...] jako se spolužačkama a [...] říkaly jsme, že to je prostě strašný, ale prostě jsme věděly, že to takhle bude chodit při naší práci a že to prostě nikdy nebude lepší. Prostě to vždycky takhle bude. A tak jsem se snažila hodně myslet pozitivně, no.*“ I respondentka (R7) měla při rozhovoru o prožitcích z praxe na paměti, že vše musí proběhnout v souladu s povinností zachovat mlčenlivost: *„[...] povídaly jsme si cestou ze špitálu, diskrétně, a povídaly jsme si tak, jak to má bejt, jak to prostě bylo, jak jsme se cejtily a jako, co jsme všechno udělaly [...].“* Respondentka (R4) sdílela své zážitky z praxe s umírajícími pacienty v trochu širším okruhu (cca deseti) spolužaček ze stejné pracovní skupiny: *„Jo, se spolužačkama, co jsme právě v tý skupince spolu, tak jsme o tom pak mluvily, že třeba něco, některý zážitky byly fakt silný, tak jsme si vo tom pak povídaly, že to bylo něco. [...] Potom, jak jsme přišly do třídy po praxích na tu učebnu, tak tam. Nebo v šatně.*“ Zážitky a pocity sdílela se spolužačkami i respondentka (R9): *„No akorát společně s těmi, co byly se mnou [...] na praxích, jinak ne. [...] že jsme si [...] řekli třeba, jak jsme se cítili nebo jak to jako bylo.*“

Kategorie: SVĚŘENÍ SE RODINĚ POMOHLA ZPRACOVAT TRAUMATIZUJÍCÍ ZÁŽITEK

Kromě sdílení se zkušeností s ošetřováním umírajících pacientů se spolužačkami některé respondentky uváděly i svěření se ve svých rodinách. Respondentka (R3) o tom řekla: „V rodině jsme to probírali. A i vlastně v té nemocnici, tak určitě jsme spolu nejvíc, že jo.“ Respondentka (R4) se svěřila, že rozhovorem s maminkou potřebovala „upustit emoce“, neboť úmrtí své pacientky ji velmi citově zasáhlo: „...ale spíš jsem se pak mamce doma vybrečela, jak jsme se dozvěděly vo té paní, protože to byla vlastně první naše pacientka, co jsme přišly na první praxe, tak jsme se vo ní staraly, a pak nám holky právě řekly, že už právě umřela, což jsme nečekaly, tak to jsem se spíš doma takhle vybrečela mamce, že jsem to nečekala.“ Některé respondentky využily toho, že mezi jejich příbuznými jsou i odborníci, kteří jim kromě prostého vyslechnutí jejich zážitků mohou poskytnout i cenné rady z vlastní praxe. Respondentka (R9) se proto šla poradit za maminkou, která je zároveň všeobecnou sestrou: „Jo, akorát vlastně s mamkou, jak je zdravotní sestra, aby mi nějak tak jako, jak to prožívala vona, že to pak odejde nějak ten smutek [...] No, pomohlo mi to určitě, asi mě to naučilo nějak se s tím vyrovnat, že je to smutná věc...“ Podobně respondentka (R12) využila rad své tety, která je rovněž všeobecnou sestrou: „Ještě s tetou jsem to řešila, protože ona je taky sestřička [...] ale to bylo jako celý [...] já jsem taková, že spíš nad tím uvažuju logicky než [...] emocionálně, takže spíš [...] mám radši tadyty fakta a [...] ona mi to [...] asi pomohla [...] tak jako vstřebat, protože mi řekla [...] ty fáze tady tohodle nebo to, co se potom [...] děje [...]“

Kategorie: POTŘEBA VSTŘEBAT PROŽITEK SAMA V SOBĚ

Některé respondentky nesdílely své zkušenosti stran umírajících pacientů s nikým, a to z důvodu, že tuto potřebu necítily, ale spíše tyto prožitky potřebovaly vstřebat samy v sobě. Respondentka (R6) k tomu stručně uvedla: „No, já nevím, já vo tomhle nerada mluvím, takže ne.“ Respondentka (R10) sice své zážitky nesdílela ani se spolužačkami, ani v rámci rodiny, nicméně přiznala, že jí ke vnitřnímu zpracování těchto zkušeností pomohly rady od zkušených sester pracujících v nemocnici: „Že bych se potřebovala nějak vypovídat o tom, to vůbec, já jsem z toho byla taková [...] nesvá, [...] ale [...] potom [...] mi třeba sestřičky vysvětlily, že prostě to tak je, že to je [...] život a že to k tomu životu prostě bohužel patří, [...] a já vlastně postupem času, když těch umírajících pacientů nabývalo, tak [...] to moje chování bylo už jiný, že vlastně už jsem měla těch pacientů zemřelých tolik, že už jsem si jako by... na to se nedá zvyknout, ale že už prostě to беру jinak, než jsem to brala při prvních zemřelých pacientech.“

Respondentka (R8) se nesvěřovala ani spolužačkám, ani necítila potřebu konzultovat své zážitky s umírajícími s nějakým odborníkem: „Nesdělovala jsem to spolužákům, akorát jsem dycky přišla domů a jenom jsem si to potřebovala sama v sobě trošku zpracovat, a pak už jsem to prostě brala tak, jak to je. [...] mně to stačilo, když jsem si to prostě ujasnila v tomhle a to bylo asi tak jediný [...]“ Dvě respondentky své zkušenosti sice sdílely se spolužačkami, ale rády by si o nich promluvily ještě s nějakým odborníkem, k čemuž však ale dosud nedošlo. Respondentka (R11) k tomu řekla: „No, možná bych se jako chtěla zeptat, co v té situaci dělat [...]“. A podobně se vyjádřila i respondentka (R1): „Jako ráda bych se s někým o tom poradila, ale zatím se mi k tomu neposkytla příležitost.“

3.2.2 Interpretace výsledků k názorům na umírání a smrt

Druhá oblast nazvaná Názory na umírání a smrt byla rozdělena do dvou podoblastí zaměřených zvlášť na názory na umírání a zvlášť na názory na smrt. V podoblasti zjišťující názory na umírání byly analýzou vyjádření respondentek identifikovány 2 kategorie: 1. umírání jako možnost smíření se s vlastní smrtelností a 2. vůle maximálně zpříjemnit umírání. V podoblasti zjišťující názory na smrt byly identifikovány 4 kategorie, a sice 1. obávaná součást života, 2. nevyhnutelnost, s níž se musíme vyrovnat, 3. osvobození a 4. smrtí život nekončí.

Tabulka 5. Přehled vytvořených kategorií pro oblast: názory na umírání a smrt

	Oblast	Podoblast	Kategorie
2.	názory na umírání a smrt	názory na umírání	umírání jako možnost smíření se s vlastní smrtelností
			vůle maximálně zpříjemnit umírání
		názory na smrt	obávaná součást života
			nevyhnutelnost, s níž se musíme vyrovnat
			osvobození
			smrtí život nekončí

Kategorie: UMÍRÁNÍ JAKO MOŽNOST SMÍŘENÍ SE S VLASTNÍ SMRTELNOSTÍ

Některé respondentky vnímaly proces umírání jako příležitost, kdy se člověk může smířit s vlastní smrtelností a kdy může zpytovat svůj život a díky tomu hodnotit, jak jej prožil. Byly si vědomy, že ne vždy na to dostane člověk dostatečný časový prostor, např. při náhlých úmrtích nebo při ztrátě vědomí. Respondentka (R3) uvedla: „*Že to je hodně důležitý [...] aby [...] ten člověk jako... ne vždy to jde, ale tak nějak [...] odešel prostě s tím smířenej [...].*“ Podobně to vyjádřila respondentka (R2): „*[...] když už [...] ten člověk umírá v ten moment a [...] je při vědomí, ví to, tak ten člověk se dokáže možná ještě [...] s tím smířit s tou smrtí, i [...] ta jeho rodina [...].*“ Podle respondentky (R7) je umírání poslední fází života, „*kdy si ten člověk vlastně přehrává v hlavě, co všechno prožil, s kolika lidma se poznal, kolik lidí se mu věnovalo, kolik lidí mu zůstalo, co udělal, jestli měl rodinu, co udělal v životě špatně, nebo co se mu jako naopak povedlo, a podle mě už to je pro něj taková agónie, že jenom přemýšlí nad tím životem a přemýšlí, jestli něco neměl udělat líp nebo jinak. Ale přece jenom na ten závěr si uvědomí, že ten život byl krásnej, a pak už jenom vlastně tam dožívá v tý nemocnici*“.

Kategorie: VŮLE MAXIMÁLNĚ ZPŘÍJEMNIT UMÍRÁNÍ

Podle respondentek by se umírání mělo umírajícím pacientům co možná nejvíce zpříjemnit. Postupy, jakými by se zpříjemnění procesu umírání dalo uskutečnit, popisovaly ze dvou hledisek. V užším smyslu hovořily o případech, kdy je třeba v rámci ošetrovatelské praxe mírnit pacientovu bolest a odreagovat ho od bolesti. Respondentka (R1) uvedla, že „*pro někoho to [umírání] může být více bolestivé, a tak bysme mu měli jako poskytnout nějaký buď odreagování nebo léky na zmírnění bolesti a tak*“. Podobně to viděla i respondentka (R11): „*Podle mě je to součást života a když [...] jsme ty sestry, tak bysme měly [...] měly ty pacienty co nejvíc utišovat [...] a hlavně [...], když jsou v bolestech nebo tak...*“

Další respondentky vnímaly zpříjemnění umírání šířeji, tj. neomezovaly jej jen na poskytnutí utišujících prostředků, ale umožnit jim, aby život, který jim zbývá prožili pokud možno co nejlépe. Respondentka (R8) se svěřila se zážitkem, kdy se při setkání s umírajícím pacientem necítila komfortně, neboť nevěděla, jak by mu mohla umírání zpříjemnit: „*[...] poprvý, když jsem toho člověka viděla, tak jsem byla taková... no nebylo mi to příjemný, že [...] jsem nevěděla [...], jak tomu pacientovi ze začátku pomoci, jak mu vlastně ten proces toho umírání [...] zpříjemnit, protože [...] i já jsem [...] poznala, že prostě ten člověk už [...] tady dlouho nevydrží.*“ Respondentka (R3) by pacienta v terminálním stádiu netrápila s přísným dodržováním ošetrovatelských postupů, ale domnívá se, „*že by se to mělo tomu člověku co nejvíc*

zpříjemnit [...] když [...] třeba se mu špatně polyká [...], tak mu třeba nalejt [...] šťávu, co má prostě rád, a ne zbytečně dodržovat i třeba ty léky, pokud nechce polykat, tak ať si to nepolkne prostě. Prostě [...] jako zpříjemnit mu to. Když se chce dívat na televizi, tak i když jí třeba nerozumí, tak mu ji pustit.“ Stručně byť poněkud nekonkrétně se ke zpříjemnění umírání vyjádřila i respondentka (R5): *„...když ti pacienti jsou jako blízko té smrti, tak aby jako ten život měli ještě jako dobřej.“* Respondentka (R11), která již byla zmíněna výše, své vyjádření doplnila ještě o širší pojetí zpříjemnění umírání: *„[...] když o těch pacientech víme, že [...] umírají, tak že bysme jim [...] měli splnit to [...], co si [...] přejí nebo tak, že prostě pro ně máme tady být jako hodně.“* A konečně respondentka (R6), která do zpříjemnění umírání zahrnuje i užívání si života do posledních okamžiků a splnění si posledních přání: *„...ten člověk by si měl užívat [...] do poslední chvíle, [...] že tady je, že prostě aji když prostě [...] cejtí třeba to, že umírá pomalu, [...] tak si myslím, že by měl prostě si užívat ten život, jako splnit si třeba svoje přání ještě [...]“.*

Kategorie: OBÁVANÁ SOUČÁST ŽIVOTA

Respondentky se vyslovovaly v tom smyslu, že smrt sice k životu patří, ale zároveň je to něco, čeho se lidé obávají jako něčeho definitivního, odkud již není cesty zpět. Podle respondentky (R12) *„se to strašně v těch lidech jako pere, že třeba strašně moc lidí se bojí jako toho pojmu „smrt“ nebo něčeho takovýho...“.* Respondentka (R2) se k tématu smrti vyjádřila tak, že *„...k životu to bohužel patří, že nikdo nežije věčně, ale samozřejmě nikdo nechce umřít, takže jako je to s prominutím takovej ten strašák, který nás bude strašit navždy asi“.*

Kategorie: NEVYHNUTELNOST, S NÍŽ SE MUSÍME VYROVNAT

Podobně jako v předchozí kategorii některé studentky smrt definovaly jako součást života, něco, co každého člověka nevyhnutelně potká, avšak oproti předchozí kategorii se na smrt nedívaly jako na něco, čeho by se měl člověk bát, nýbrž jako na výzvu, s níž se člověk a jeho blízcí musejí vyrovnat nebo alespoň smířit. Respondentka (R9) k tomu uvedla: *„[...] prostě se tomu [...] nevyhnem, no [...] jak se narodíme, tak prostě musíme i umřít, je to koloběh života, tak se s tím nějak srovnat [...] i když to je nutný, každěj to snáší jinak... z rodiny každýho to zasáhne, ale prostě to musí bejt, ať je to dřív nebo pozděj, tak je to.“* Obtížnost zvládnutí situace pro nejbližší příbuzné zemřelého zdůraznila i respondentka (R5): *„Třeba pro ty blízky to může být takový těžký, ale [...] nějak se s tím musí [...] vyrovnat a nějak to prostě [...] patří k tomu životu.“* Podobně se vyslovila i respondentka (R1), která si myslí, že smrt *„[...] je normální věc, co patří k životu a každýho to jednou potká, takže se s tím musíme vyrovnat. Když*

je to u příbuzných, tak je to trochu těžký. [...] je to nějak normální, že [...] s tím nic neuděláme, že patří to k životu, každé jednou umře.“ Ve stejném duchu projevila názor na smrt i respondentka (R10), podle níž je *„je to nedílná součást [...] života prostě, která bohužel každého bude čekat, někoho potká dříve, někoho potká pozdě, ale bohužel to k životu patří. A člověk se s tím musí smířit, že jo“*.

Kategorie: OSVOBOZENÍ

Některé respondentky smrt chápaly jako vysvobození, zvláště v některých případech, kdy umírající trpí zdlouhavou, nevy léčitelnou a bolestivou nemocí. Respondentka (R12) doslova uvedla: *„třeba pro někoho je to vysvobození“*. Podobně o smrti mluvila i respondentka (R8): *„Pro určitý lidi je to asi vysvobození, pro někoho je to nečekaný, náhlý... někdo to bere jako, že už prostě dál nemůže... Asi že prostě je to jediný východisko, který oni vidí.*“ Jako osvobození pro starého člověka, který se trápí v bolestech, spatřovaly smrt shodně respondentky R10 a R3. Respondentka (R10) tvrdila, že *„když je to prostě starší člověk, kterej se trápí, [...] tak [...] je to pro něho vysvobození...“*. Respondentka (R3) zdůrazňovala rozdíl mezi smrtí mladého a starého člověka: *„[...] pokud jde zrovna o toho starýho, [...] pokud je nemocnej, tak prostě je to takový už jako osvobození. Že se trápí nejen ta rodina, nejen on, nejen ten personál, že je pacient špatnej...“*

Kategorie: SMRTÍ ŽIVOT NEKONČÍ

Dvě respondentky se odlišovaly od ostatních svým pojetím smrti nikoliv jako definitivního konce, po němž už nic nenásleduje, ale v souladu se svým náboženským či filosofickým názorem smrt považují pouze za určitý předěl, skrze něhož se člověk dostane do jiného světa či mu bude umožněno se vrátit v podobě reinkarnace a žít nový život jako pokračování toho stávajícího. Respondentka R11 byla přesvědčena, že *„ten člověk zase jako přijde v jiným životě [...], že je to prostě konec nějaký etapy.*“ Ačkoliv respondentka (R6) podle svých slov není věřící, domnívala se, že *„...není to takový, že prostě zmizím a už tady nikdy nebudu“* a *„že po smrti [...] pak jsme v jiným světě“*.

3.2.3 Interpretace výsledků ke zkušenostem s umírajícím mimo zdravotnické zařízení

Bezprostřední zkušenost s umírajícím mimo zdravotnické zařízení nebyla kritériem pro zařazení respondentky do této studie, z respondentek účastnicích se výzkumného šetření tuto zkušenost měla jen polovina. Analýzou vyjádření respondentek byly v této oblasti identifikovány 2 kategorie: 1. nepříjemné pocity a smutek a 2. zapojení celé rodiny do náročné péče o umírajícího blízkého.

Tabulka 6. Přehled vytvořených kategorií pro oblast: zkušenosti s umírajícím mimo zdravotnické zařízení

	Oblast	Kategorie
3.	zkušenosti s umírajícím mimo zdravotnické zařízení	nepříjemné pocity a smutek
		zapojení celé rodiny do náročné péče o umírajícího blízkého

Kategorie: NEPŘÍJEMNÉ POCITY A SMUTEK

Oproti zkušenostem respondentek s umírajícím pacientem v rámci ošetrovatelské praxe byly zkušenosti respondentek v této oblasti více poznamenány intenzivněji prožívanými emocemi, neboť se jednalo o zkušenost s umírající osobou v rámci rodinných vazeb. U některých respondentek bylo téma zkušenosti s umírajícím blízkým člověkem i v době konání rozhovoru stále živé, což se projevovalo mimo jiné i změnou hlasu a zřetelným pohnutím. Respondentka (R4) se takto například svěřila se zážitkem, který předcházal úmrtí jejího dědečka: „*Já jsem za dědou chodila, když jako... [respondentka má podlomený hlas, v očích je patrné dojetí] se zeptat, jak mu je a takhle si s ním popovídat ještě a prostě jsme seděli... já jsem seděla u něj na posteli a prostě jsme si povídali a takhle a já brečela a tak. A právě já jsem tam byla ten poslední den, co jako by, že už to bylo takový jistější ta smrt, tak jsem se byl tam jako by, s ním jako by rozloučit, tak to jsem byla ráda, že jsem to jako ještě stihla. A prostě jsme si povídali, no.*“ O zármutku v souvislosti s úmrtím v kruhu rodiny hovořila i respondentka (R2): „*[...] my jsme měli třeba i úmrtí v rodině, tak [...] to jsme byli [...] všichni smutní, takže tady to bylo vlastně takový černý všude, mně přišlo jako, že babička byla taky úplně jako na dně, takže jsme jí museli pomáhat se vším a jako hlavně utišovat třeba.*“

U respondentky (R1) byla míra žalu nižší vzhledem k tomu, že se jednalo o vzdálenějšího příbuzného, který se navíc dožil vysokého věku: „*Vím, že bratr dědy jednou umřel, a já jsem ho vlastně brala jako takovýho druhýho dědu. Měla jsem ho ráda, takže když jsem zjistila, že umřel, tak jsem z toho byla smutná, ale že bych to nějak prožívala, to už bych nemohla říct. Já jsem vlastně brala, že prostě už byl starý a už to jednou nastat muselo.*“ Když ale zmíněná respondentka (R1) popisovala zármutek nejbližších osob zesnulého, byla zde patrná jeho mnohem vyšší intenzita: „*No tak jeho syn, vlastně strejda, tak ten byl z toho velmi jakože smutný, ale protože řídí [...] takovou farmu tam, tak se nemohl [...] tím moc unést. Co jsem hovořila s těmi [...] nejmenšími, [...] se sestřínaty, tak ti u toho brečeli a byli z toho ještě pár dní potom trochu mimo. I na pohřbu byli takoví... bála bych se říct nějaký citlivý slovo u nich, aby se jim něco nestalo.*“ Některé respondentky namísto výslovného smutku uváděly ve svých výpovědích v souvislosti s umírajícími blízkými spíše nepříjemné, zvláštní pocity. Respondentka (R9) si vzpomněla na pocit blízké smrti svého dědečka, když jej naposledy osobně navštívila asi měsíc před smrtí: „*On ještě [...] nebyl tak starej, jemu bylo 66, ale že prostě měl nemocný srdce a [...] bylo vidět, že není něco v pohodě, ale jakože nečekali jsme to, ale já jsem to tak jako asi tušila, že prostě to není dobrý, i když už to bylo tady pět let zpátky, tak jsem to tak nějak asi jako by cejtla, že se to asi stane brzo.*“ Respondentka (R6) vedle prožitého smutku popisovala i zvláštní pocity, které u ní při návštěvě místa, kde „dědeček“ zemřel, přetrvávají dodnes: „*No, já jsem tam byla vlastně den předtím, než [dědeček matčina přítel] umřel, tak jsem tam byla, a potom vlastně jsem měla takový pocit, že prostě ta duše tam někde je prostě. A nevím, mně se tam nelíbí, prostě, když tam třeba teď jdu, nevím, je to takovej nepříjemnej pocit strašně. [...] No, tak jako, už jenom to, že prostě ten člověk zas byl takový, že von vůbec ani jako nereagoval vůbec, prostě se ani nedíval, že třeba jsou lidi, co se aspoň podívají nebo stisknou ruku, ale prostě tohle byl takový... fakt jako úplně vyhaslý tělo prostě, že mi přišlo, jako kdyby tady už ani nebyl jako v tu dobu, co jsme u něho tam byli... nevím no, bylo to takový divný no ten den už před tím.*“

Kategorie: ZAPOJENÍ CELÉ RODINY DO NÁROČNÉ PÉČE O UMÍRAJÍCÍHO BLÍZKÉHO

Respondentky, které zažily domácí péči o umírající blízkou osobu, charakterizovaly toto období jako na jedné straně náročné, ale zároveň na druhé straně jako utužující rodinné vazby. Respondentka (R4) vzpomínala, jak se do péče zapojila celá rodina: „*Babička, jakoby prababička, se o něj hodně starala, a i babička a takhle jako vnoučata, hodně, všichni se zapojovali.*“ Podobnou zkušenost měla i respondentka (R3): „*Všichni, celá rodina se tak nějak*

jako semkla a všichni jako měli tu péči, jestli není potřeba něco, jestli nakoupit, nebo...“

V případě rodiny respondentky (R8) se jednalo o nonstop péči: *„No, určitě to šlo, naši se většinou střídali v noci, kdy my jsme spali, takže přes den chodili jsme tam většinou společně, někdy mamka třeba na hodinu vodběhla, pak se zas vrátila. Fungovali jsme dobře.“*

Respondentka (R12) zmínila svoji zkušenost s péčí o umírajícího dědečka, kterému se postupně zhoršoval stav vlivem chronických onemocnění: *„[...] ke konci už to potom bylo tak, že vlastně von začal [...] strašně shazovat na váze, i když [...] jedl, a potom už to bylo tak, že [...] se nezvládl třeba ani [...] přesunout [...] sám třeba z postele [...] do kuchyně, tak to jsme mu pomáhali, a potom už vlastně [...] ležel, takže prostě hygiena a všechno tady to... A pro něj to bylo takový jako psychicky na nic, že vlastně jako vnoučata a dcery ho tam prostě umývají [...].“*

Zkušenost s náročností péče o vzdálenějšího příbuzného, i když byla péče ze strany rodiny doplňována o domácí zdravotní péči poskytovanou charitou, popsala respondentka (R8): *„Ten člověk [matčín bratranec] měl rakovinu slinivky břišní, takže jsem viděla jak mamka s taťkou tam vlastně lítali, dvě hodiny tam byl jeden, dvě hodiny tam byl druhý, jak ho krmili, jak tam trávili devadesát procent času, po různých vyšetřeních, on neměl už absolutně ani chuť k jídlu, takže jsme mu kupovali nutridrinky... ehm hygiena probíhala, vlastně to dělala mamka s náma, i na lůžku, přesouvání vlastně na gramofon [...].“*

Podobný příběh zažila i respondentka (R12) v případě svého dědečka a prožívá jej podobně i dnes v případě babičky: *„Takže prostě jako mamka si brala nebo tety si braly volno v práci a snažily se to takhle nějak vymyslet, no. [...] Se určily dny vlastně, kdy se tam bude jezdit, a vlastně oni jsou jako čtyři mají dcery a takhle se tam prostě jezdilo. Že prostě v pondělí tam jela jedna teta, v úterý jsme tam jeli třeba my, dopoledne tam byla třeba ta charita, my jsme tam jezdili třeba vod dvou do šesti do večera a uložili jsme a jeli jsme domů. A takhle to jako furt jako pokračuje skrz tu babičku, protože vona taky jako tu péči potřebuje, no. Takže teďka je to v podstatě znovu, akorát jiný.“*

3.2.4 Interpretace výsledků k názorům na péči o umírající ve zdravotnickém zařízení versus v domácím prostředí

Čtvrtá oblast nazvaná Názory na péči o umírající ve zdravotnickém zařízení versus v domácím prostředí byla rozdělena do dvou podoblastí zaměřených zvláště na názory na péči o umírající ve zdravotnickém zařízení a zvláště na názory na péči o umírající v domácím prostředí. V podoblasti zjišťující názory na péči o umírající ve zdravotnickém zařízení byly analýzou vyjádření respondentek identifikovány 3 kategorie: 1. pečovat o umírajícího stejně jako o ostatní pacienty, 2. umírající potřebují pravidelný osobní kontakt s rodinou

a 3. odosobněný přístup ze strany některých zdravotníků. V podoblasti zjišťující názory na péči o umírající v domácím prostředí byly identifikovány 2 kategorie, a sice 1. domácí péče je pro umírajícího lepší varianta a 2. domácí péče je obtížnější pro rodinu umírajícího.

Tabulka 7. Přehled vytvořených kategorií pro oblast: názory na péči o umírající ve zdravotnickém zařízení versus v domácím prostředí

	Oblast	Podoblast	Kategorie
4.	názory na péči o umírající ve zdravotnickém zařízení versus v domácím prostředí	názory na péči o umírající ve zdravotnickém zařízení	pečovat o umírajícího stejně jako o ostatní pacienty
			umírající potřebují pravidelný osobní kontakt s rodinou
			odosobněný přístup ze strany některých zdravotníků
		názory na péči o umírající v domácím prostředí	domácí péče je pro umírajícího lepší varianta
			domácí péče je obtížnější pro rodinu umírajícího

Kategorie: PEČOVAT O UMÍRAJÍCÍHO STEJNĚ JAKO O OSTATNÍ PACIENTY

Respondentky často vyslovovaly názor, že v péči o umírající a neumírající pacienty by se neměly dělat rozdíly v tom smyslu, že by se umírajícím pacientům neměla poskytovat péče horší nebo v menší míře z důvodu, že prognóza dalšího vývoje jejich zdravotního stavu již není dobrá. Respondentka (R1) se domnívala, „že by [...] k nim sestry neměly být lhostejný. Že i když ví, že umíraj, tak by se k němu pořád měly přesto chovat jako ke každému pacientovi a snažit se mu [...] zpříjemnit ten konec toho života“. Podobně se vyjádřila i respondentka (R8): „[...] řekla bych, že zdravotnickéj personál tu péči poskytuje tak, jak může, i co se týká stravy, co se týká hygieny, prostě, co se týká všeho možnýho. I lékaři se o ty pacienty snaží postarat vlastně do poslední chvíle a snaží se co nejvíc zpříjemnit vlastní umírání, ať už jde o třeba léky na bolest, léky na uklidnění.“ Některé respondentky do svých názorů promítaly vlastní zkušenosti ze školních praxí v nemocnici nebo z mimoškolních brigád. Podle respondentky (R4) je úroveň

péče, kterou dosud osobně zažila, na dobré úrovni: „*Já si myslím, že s tím, co já jsem se setkala, tak já jsem tam byla s [...] milejma sanitářkama, co se o pacienta staraly, a myslím si, že ta péče byla dobrá.*“ Podobně se vyslovila i respondentka (R5), která rovněž zhodnotila i úroveň péče o umírající v Nemocnici Nové Město na Moravě: „*Měla by být stejná jako při ostatním, aby jako ten pacient dobře jako dožil... Jako myslím, že asi v Novém Městě je jako dobrá, že se tam o ně dobře starají.*“ Zkušeností s prací na oddělení dlouhodobě nemocných svůj názor podpořila i respondentka (R3): „*Já bych řekla, že na tý ODNce, na který pracuju, jsou na to dost připravený, ale většina těch ošetřovatelů i sester bych řekla, že to fungovalo prostě jako normálně, že to jako tomu pacientovi nějak jako nepřipouštěli [...].*“ Respondentka (R10) popsala i konkrétní úkony, které u umírajících pacientů provádí a jimiž se jim snaží jejich poslední chvíle zpříjemnit: „*Je stejná jako u ostatních pacientů prostě... pacient se umývá, dává se mu veškerá ošetřovatelská péče, [...] pokud víme, že je umírající, ale je schopen třeba něco pojest, tak mu normálně dáme najíst, napít, [...] pomůžeme mu ve veškerých potřebách, který ten pacient potřebuje, [...] nebo má rád třeba, já nevím, má tam voňavku, tak ho prostě navoníme, [...] má tam svůj oblíbenej sprchovej gel, tak ho s ním umyjeme, [...] taková prostě péče jak u běžného pacienta.*“

Kategorie: UMÍRAJÍCÍ POTŘEBUJÍ PRAVIDELNÝ OSOBNÍ KONTAKT S RODINOU

Respondentky zmiňovaly význam návštěv příbuzných u nemocného, jehož zdravotní stav vyžaduje péči v lůžkovém zdravotnickém zařízení. V tomto smyslu se vyjádřila i respondentka (R2): „*Tak třeba když už ta rodina nemůže jako nějak [...] pomoci a už musí ho dát [...] do toho zařízení, tak by bylo [...] lepší [...] víc navštěvovat toho člověka [...] před tím jeho koncem. [...] když už ten pacient vlastně, tomu jenom pomáháme k tomu, aby to dožil jako klidným životem, tak je [...] lepší tam mít [...] rodinu kolem něj.*“ Více tuto myšlenku rozvedla respondentka (R7), podle níž umírající „*[...] potřebujou určitě tu našu podporu zase, potřebujou určitě vidat ty své příbuzné, aby vlastně viděli, že tam s něma furt jsou a nevykašlou se na ně, že vlastně už nejsou taková ta jejich přítěž. A prostě potřebujou tu lásku. Prostě potřebujou vidět, že vlastně už nejsou zbytečný, že tam ještě ta existence jejich je a prostě tam nějakou dobu bude a že aby věděli, že prostě se na ně nekašle, ale že jsou stejně důležitý jako zdravej žijící člověk*“. Podle respondentky (R8) jsou návštěvy příbuzných u umírajícího jedním z faktorů zpříjemňujících umírání: „*Myslím si, že dokonce zvou i rodiny, aby se s pacientem rozloučily... Zpříjemňujou jim to umírání.*“ Pokud jde o umírající pacienty, kteří žili osaměle a žádnou rodinu nemají, respondentka (R6) se domnívala, že zdravotníci svou činností v jistém smyslu umírajícím

chybějící příbuzné kompenzují: „[...] já osobně si myslím, že to je [...] dobrý nápad, že ty lidi [...] se snaží, třeba aji když ty umírající nemají [...] příbuzný, že aspoň někdo se [...] vo ně stará a že mají takovej pocit, že aspoň někdo se vo ně zajímá, i když prostě tady napůl nejsou.“

Kategorie: ODOSOBNĚNÝ PŘÍSTUP ZE STRANY NĚKTERÝCH ZDRAVOTNÍKŮ

I přes shora popsané veskrze kladné hodnocení péče o umírající ve zdravotnickém zařízení se některé respondentky vyjádřily kriticky ohledně nedostatečné péče, kterou někteří zdravotníci umírajícím pacientům věnují. Mezi hlavní nedostatky vyplývající z vyjádření respondentek patří malá míra empatie a neosobní přístup. Respondentka (R11) stručně uvedla, „že některé ty sestry se těm pacientům jako nevěnujou dostatečně a že by se o ně mělo starat [...] víc.“ Respondentka (R3) po kladném zhodnocení práce nelékařského zdravotnického personálu vzpomněla jeden negativní zážitek s lékařem na oddělení dlouhodobě nemocných: „akorát ten [...] lékař, že u toho vlastně ani nebyl, že voni ho zavolali, že [...] paní zemřela a lékař přišel tak po hodině, po hodině a půl se na ní podívat...“ Podobně respondentka (R4) se s nedostatečnou péčí ze strany sester a sanitářek osobně nesetkala, ale podle svých slov ví, „že některý [...] takové pacienty [...] přehlížejí, nebo [...] že si nemyslí, že to je to nejdůležitější na tom oddělení.“ Respondentka (R12) zdůraznila, že nedostatečně poskytovanou péčí nelze paušalizovat: „...ono je to podle mě strašně individuální, jestli je ta sestra třeba [...] empatická a nebo [...] není, protože třeba spousta těch sester je... [...] už to berou jako kusy ty lidi, ne jako že máme tam tebe, o tebe se prostě budeme starat, ale berou to fakt jako kusy... ale to není takový hezký, no, že by to mělo být takové spíš jako víc lidské a víc takový jako i po té emocionální stránce a ne jenom prostě po té objektivní, no... Že to není dobré, no, ale to si asi každý musí srovnat sám, jak to vidí.“

Kategorie: DOMÁCÍ PÉČE JE PRO UMÍRAJÍCÍHO LEPŠÍ VARIANTA

Respondentky hodnotily domácí péči o umírajícího veskrze kladně, především s ohledem na skutečnost, že umírající se nachází ve svém dobře známém prostředí a je obklopen svými blízkými. Podle respondentky (R2) má přítomnost rodiny příznivý vliv na psychiku umírajícího: „Doma teda mně přijde, že je to takový lepší s tou rodinou, že [...] tam ta rodina může [...] u něj bejt [...] pořád a může se o něj [...] starat a může [...] myslet i ten člověk umírající vlastně na tu rodinu a vlastně mi to přijde i lepší, že ta rodina se vlastně může o toho člověka postarat možná i někdy líp, jako tou psychickou podporou.“ Podobně respondentka (R4) považovala umírání doma z hlediska umírajícího za příjemnější a pohodlnější volbu:

„Myslím si, že pro toho umírajícího je to třeba pohodlnější, že vlastně odejde ve svém prostředí než [...] v nemocnici, v cizím, i jako že s cizíma lidma v tý nemocnici. Doma má lidi, který zná, který má rád. A myslím si, že je to pro ty pacienty, pro ty lidi jako příjemnější volba, když si to můžou vybrat.“ I respondentka (R3) považovala umírání doma za příjemnější alternativu z důvodu rodinného prostředí: „Že si myslím, že to je pro ty lidi mnohem [...] příjemnější, být s tou rodinou. [...] já si myslím, že to je [...] prostě důležitý, aby ten člověk byl doma, protože se [...] cejtí líp, je tam s tou rodinou, i se tam jako se všema prostě [...] rozloučí a přijde mi to prostě lepší než v hospici někde [...] na hadičkách, kdy tam přijde sestra jako, že to není prostě rodinný, no.“ Významem prostředí svůj názor podepřela i respondentka (R6): „Já si myslím, že to je určitě lepší jak [...] v nemocničním prostředí, protože člověk umře [...] tam, kde [...] prožíval ty svoje chvíle [...] právě že třeba v tý nemocnici [...] je nerad nebo že umírat doma je prostě takový lepší i z pohledu toho, [...] že [...] umřel ve svém prostředí [...], tam kde prostě třeba vyrůstal nebo bydlel.“ Důležitost domácího prostředí vyzdvihla i respondentka (R5): „Myslím, že asi to je dobrý, že ten člověk je blízko jako svých blízkých a jako je v tom domácím prostředí, kde se cítí dobře. Možná to je [...] lepší než v tý nemocnici, že [...] na to prostředí je zvyklej.“ Intimitu domácího prostředí a možnost být ve svém zázemí považovala za hlavní výhody domácí péče respondentka (R9): „...no je to určitě jako lepší pro toho člověka bejt jakože ve svém zázemí a bejt doma [...] z pohledu toho [...] člověka nemocnýho je to určitě lepší. [...] má [...] svoje zázemí vlastně tam [...], kde bydlel, kde je zvyklej, je to určitě víc [...] intimnější než bejt v nemocnici, kde jsou sestry, kde jsou doktoři a ostatní pacienti, je to teda v tom takový lepší, no.“ Respondentka (R10) zdůraznila právo pacienta rozhodovat o aranžmá svých posledních dní, k čemuž je domácí péče vhodnější: „Mám názor kladnej, protože každěj pacient má právo se rozloučit se svými nejbližšími a má právo zemřít tam, kde to má rád, [...] takže podle mě je to určitě velice dobrá věc, protože ten pacient, když má tu možnost a ta rodina to zajistí, že prostě si toho pacienta vezmou domů, [...] aby zemřel doma v klidu a tam, kde to má rád, a u těch nejbližších lidí. Aby byl obklopen prostě energií pozitivní vod tý rodiny.“ Několik respondentek považovalo domácí péči za lepší – kromě výše uvedených důvodů – i s ohledem na to, že v nemocničních zařízeních bývají někdy omezené návštěvy, například z důvodu zhoršené epidemiologické situace (rozhovory se konaly v době, kdy např. v Nemocnici Nové Město na Moravě byly na několika odděleních návštěvy zakázány). Respondentka (R11) k tomu podotkla: „Podle mě je to lepší než umírat v nemocnici, protože tam jste v tom prostředí, kde to [...] znáte, a můžete tam mít vlastně, co chcete... že si třeba řeknete někomu, koho znáte, aby vám třeba něco dovezl [...], a do tý nemocnice někdy nesmí ani navštívit [...]. Takže je podle mě lepší umírat jako doma... pokud to jde.“ A podobně se

vyjádřila i respondentka (R12): „[...] skrz to umírání je to podle mě lepší, protože tam ta rodina má [...] daleko větší přístup, protože teďka jsme v době, kdy jsou ty návštěvy fakt [...] strašně osekány, a ty lidi [...] to zvládají podle mě líp, když jsou doma... samozřejmě když mají nějaký bolesti nebo něco, tak hospic [...], ale podle mě doma je to lepší [...]. Je tam víc tam emoční stránka, [...] a tu podle mě ten člověk tam u toho konce [...] potřebuje a ne [...] nějakou „pane“, spíš [...] asi bude hezčí, když mu někdo [...] řekne „tati“ nebo „dědo“ nebo něco takovýho.“

Podle respondentky (R1) umírání doma může být lepší, ale všimá si i negativní stránky, kterou může být nedostatečná ošetrovatelská péče: „Že pro někoho to může být lepší, že vlastně umírá ve svém prostředí, kde byl už několik let, a že má okolo svoji rodinu, takže mu vlastně může být líp, ale zase je tam ta druhá věc, že u sebe nemusí mít tu zdravotnickou péči. Ale po psychické stránce je to určitě lepší.“

Kategorie: DOMÁCÍ PÉČE JE OBTÍŽNĚJŠÍ PRO RODINU UMÍRAJÍCÍHO

Respondentky na domácí péči nahlížely nejen z hlediska přínosů pro samotného umírajícího pacienta, ale zamýšlely se i nad tím, jaké obtíže může domácí péče přinášet rodině umírajícího. Respondentka (R12) se sice jednoznačně vyslovila, že pro umírajícího je domácí péče lepší, ale ohledně starostí blízkých lakonicky dodala: „Ono je to... skrz potom ten proces je to asi jako blbý [...].“ Respondentka (R8) zdůraznila fyzickou i psychickou náročnost péče pro rodinu, ale zároveň připomněla, že existují organizace, které se na pomoc pečujícím rodinám zaměřují a jejichž pomoc lze v takových případech využívat: „Pro ty rodinný příslušníky je to fyzicky i psychicky náročné, ale fungují určitý organizace, charity a ty [...] dokážou i [...] těm příbuznejm [...] poradit a psychicky je jako by podpořit, když už ví, že se prostě blíží ten konec, tak je podpoří a psychicky jim i pomůžou.“ Pomoc a podporu domácí hospicové péče zvláště pro ty, kdo nemají praxi ve zdravotnictví, zmínila respondentka (R3): „I si myslím, že ten [domácí] hospic [...], že to není [...] žádná ostuda, že pokud se fakt lidi nedokážou postarat, nikdy v tom zdravotnictví nedělali, tak si myslím, že to [...] není žádná ostuda si prostě pozvat někoho, kdo toho pacienta [...] umyje nebo tak... Určitě asi to zbytečně nějak nerozebírat, prostě třeba jenom říct, že mu bude líp už [...] I tu rodinu třeba, pokud na to není připravená, tak to zbytečně prostě jako, že to určitě jako jeden den přijde, ale zbytečně to nevytahovat.“ Několik respondentek se zamýšlelo, že někomu může být nepříjemný každodenní pohled na umírajícího blízkého. Respondentka (R4) uvedla, „že to je asi horší než v tý nemocnici, to vidět, když toho člověka známe. [...] Jo, eště když toho člověka známe, [...] tak je to prostě horší než [...] u cizího člověka a je to těžší prostě, si myslím.“ Podle respondentky (R3) je možnost umírat doma pro pacienty příjemnější než v nemocnici, ale

dodala k tomu, že „někdy je ta rodina nechce vidět“. Ještě o něco dále tyto myšlenky rozvedla respondentka (R9): „[...] ale když to vezmu ze své strany, tak ačkoliv to asi bude znít [...] sobecky, podle mě je to lepší v nemocnici, protože přece jenom pak si představím, že bych bydlela třeba v tom baráku, kde umřel [...] právě někdo, tak by mi to bylo asi dost nepříjemné.“

4 Diskuse

4.1 Popis rešerše za účelem vyhledání odborných studií

Vzhledem ke skutečnosti, že s články popisujícími odborné studie, které byly využity pro psaní textu diskuse, bylo pracováno již v kapitole 2, je popis rešerše za účelem vyhledání odborných studií uveden v podkapitole 2.1 Popis rešerši ke kapitole včetně formulace cílené rešeršní otázky. Nalezené relevantní studie jsou uvedeny v referenčním seznamu a v textu diskuse je na ně standardně odkazováno.

4.2 Text diskuse

Diplomová práce se zabývala tématem „názory a zkušenosti žákyní oboru Praktická sestra související s umírajícím pacientem“. S tímto tématem úzce souvisel i hlavní cíl kvalitativního výzkumného šetření, kterým bylo popsat názory a zkušenosti žákyní oboru Praktická sestra související s umíráním. Vedle hlavního cíle byly stanoveny i 4 dílčí cíle, které se zaměřovaly na 1. zkušenosti s péčí o umírajícího pacienta v rámci ošetrovatelské praxe; 2. názory na umírání a smrt; 3. zkušenosti s umírajícím mimo zdravotnické zařízení a 4. názory na péči o umírající ve zdravotnickém zařízení versus v domácím prostředí.

V oblasti zkoumající dílčí cíl č. 1, tj. zkušenosti s péčí o umírajícího pacienta v rámci ošetrovatelské praxe, bylo vytvořeno celkem 10 kategorií: 1. nejistota, zda pacient umírá, 2. nervozita, šok, panika, 3. nepředvídatelnost rychlé změny stavu pacienta, 4. nejistota, co umírající vnímají, 5. úleva po vyhodnocení fyziologických funkcí, 6. jistota při sledování reakcí na bolestivé podněty, 7. snaha o komunikaci s pacientem, 8. bezprostřední sdílení rozjitřených emocí a zkušeností se spolužačkami, 9. svěřením se rodině pomohlo zpracovat traumatizující zážitek a 10. potřeba vstřebat prožitek sama v sobě.

Kategorie „nejistota, zda pacient umírá“ a „nervozita, šok, panika“ se vzájemně podobají v tom, že respondentky, které vyjadřovaly nejistotu, zda pacient umírá, byly zároveň z nastalé situace v šoku a panikařily. První setkání se smrtí studentky nejčastěji označovaly slovy jako strach, smutek a zoufalství. K podobným zjištěním dospěl i kolektiv tureckých autorů Gül, Demir Karabulut et al. (2022), když respondentky z jejich studie své první setkání se smrtí nejčastěji označovaly slovy jako strach, smutek a zoufalství. Některé jejich respondentky měly potíže s tím si přiznat a vyslovit, že pacient zemřel. Je možné, že i respondentky z naší studie si prostě jen nechtěly přiznat nebo se bály si přiznat, že jejich pacient právě v ten okamžik umírá. Nejistotu a paniku při zhoršení zdravotního stavu pacienta popisovaly i respondentky ze studie thajských autorek Matchim a Raetong (2018), neboť neměly jasnou představu o tom, co se může stát, a co by měly dělat, když se to stane. Emocionální distres v důsledku zážitku ze

setkání s umírajícím pacientem popisovaný slovy jako rozrušení, smutek, nepříjemný pocit, bezmocnost či šok zaznamenaly u svých respondentek i americké autorky Heise a Gilpin (2016).

Nepředvídatelnost rychlé změny stavu pacienta, resp. predikci okamžiku, kdy dojde k úmrtí pacienta v terminálním stádiu vedle respondentek naší studie zmiňovaly i respondentky australských autorů Ransie et al. (2018), které sice zaznamenávaly fyzické změny pacienta (např. změny kůže a dýchání) signalizující blížící se smrt, ale nedokázaly predikovat, kdy se tak stane. Zároveň tyto respondentky nebyly připraveny na to, až k úmrtí pacienta skutečně dojde. Částečně s tím souvisí i zjištění thajských autorek Matchim a Raetong (2018), které na základě odpovědí respondentek tvrdí, že skutečná učebna se nachází u pacientova lůžka. Přestože měly jejich respondentky absolvovány přednášky o paliativní péči, uvedly, že teoretické vzdělávání jim neposkytlo realistický obraz paliativní péče v praxi.

U kategorie „snaha o komunikaci s pacientem“ bylo zřejmé, že respondentky měly vůli s pacientem komunikovat, i když to bylo z objektivních důvodů velmi složité. Svou roli hrál na jedné straně někdy vážný zdravotní stav pacienta, který již buď nebyl aktivní komunikace schopen vůbec či jen velmi obtížně a omezeně, na druhé straně, pokud pacient komunikoval bez problémů, ale hovořil o náročném tématu svého vlastního umírání, respondentky zmiňovaly, že nevěděly, jak na pacientova slova reagovat, aby jejich sdělení pacienta utišilo a zároveň, aby nevyznělo banálně či hloupě. K tomu je třeba dodat, že uvedené respondentky ještě neměly absolvován předmět Psychologie a komunikace, který má až ve 4. ročníku zařazen tematický celek nazvaný Zdravotnická psychologie (viz ŠVP, s. 244) a kde jedním z probíraných témat je i umírání a smrt a přístup zdravotníka k umírajícím a pozůstalým. Vzhledem k tomu, že žákyně uvedené školy se na praxích mohou setkávat s umírajícími a zemřelými pacienty již od 2. ročníku, bylo by možná vhodnější pozměnit ŠVP tak, aby tento předmět měly nejpozději ve 2. ročníku již absolvovaný a poznatky z něj mohly využívat v praxi.

K podobným závěrům ohledně pocitů nepřipravenosti respondentek komunikovat s umírajícím pacientem a ohledně obav respondentek z neschopnosti odpovědět na otázky umírajících dospěly ve své studii i italské autorky Garrino, Contratto et al. (2017), i tyto respondentky se však i přes všechny obtíže snažily s pacientem komunikovat. Snahu o osobní rozhovor s pacientem, pokud je to vzhledem k jeho zdravotnímu stavu možné, jako prostředek k navázání vztahu s ním zdůrazňovaly i respondentky studie švédských autorek Abelson a Willman (2020), které navázáním vztahu s pacientem podmiňují poskytování kvalitní ošetrovatelské péče. I jejich respondentky však zmínily velký stres způsobený komunikací s umírajícím, neboť nevěděly, zda na jeho otázky dokážou vhodně reagovat, případně se

obávaly, aby namísto poskytnutí útěchy situaci nezhoršily tím, že nechtíc řeknou něco nevhodného. Respondentky považovaly za důležité tento druh rozhovorů procvičovat ve školním prostředí. I americké autorky Heise a Gilpin (2016) v odpovědích svých respondentek zaznamenaly kategorii, kterou nazvaly „pocitem nepřipravenosti“, jímž byla míněna především nejistota, jak komunikovat s pozůstalými či jak truchlící rodině v danou chvíli pomoci. Rovněž respondentky ze studie americké autorky Colley (2016) uvedly, že by bylo potřeba zvýšit vzdělávání v tématech, „jak mluvit s rodinou umírajícího/zemřelého“ a „jak pomoci rodině rozloučit se s pacientem“, dále zmínily nejistotu při poskytování emoční péče umírajícím pacientům a jejich rodinám, kdy se obávají, že nebudou vědět, co pacientovi říct, nebo že řeknou něco špatného. Potřebu provedení takových změn ve výuce, aby byl větší důraz kladen na komunikaci s umírajícím a s pozůstalou rodinou, ve svých studiích navrhovaly i švédské autorky Hensch, Melin-Johansson et al. (2017).

Na druhou stranu výsledky studie švédských autorek Fristedt, Grynne et al. (2021) ukázaly, že ani absolvování specializačního vzdělání v oboru paliativní péče nemusí komunikační problémy s umírajícími pacienty vyřešit, neboť jejich respondentky připustily, že nejsou vždy ochotné mluvit s umírající osobou o smrti a že by se snažily změnit téma rozhovoru na veselejší, kdyby se jich pacient zeptal, zda umírá.

Kategorie „bezprostřední sdílení rozjitřených emocí a zkušeností se spolužačkami“ a „svěření se rodině pomohlo zpracovat traumatizující zážitek“ spolu úzce souvisí, neboť v obou případech se respondentky snažily vyrovnat se stresujícím zážitkem z nemocniční praxe a sdílením těchto zkušeností jednak se spolužačkami a jednak v rámci vlastní rodiny tento stres zmírnit a zážitek zpracovat. Toto téma se objevuje i ve studii švédských autorek Abelsson a Willman (2020), které je formulovaly jako „najít oporu u kolegyň (zdravotních sester) při zvládání smutku“. I pro jejich respondentky bylo důležité se se svým smutkem a dalšími pocity svěřit zkušenějším sestrám a získat od nich podporu, pomoc a porozumění. I ve vyjádřeních respondentek naší studie nalezneme svěření se zkušeným sestrám, avšak jen v rámci vlastní rodiny. Je tomu tak zřejmě z důvodu, že na školních praxích v nemocnici není na svěřování se sestrám zpravidla příliš prostoru (s výjimkou souvislé čtyřtýdenní praxe na konci 3. ročníku, ale tento druh praxe naše respondentky s výjimkou jedné studentky ze 4. ročníku ještě absolvovány neměly).

V oblasti zkoumající dílčí cíl č. 2, tj. názory na umírání a smrt, bylo vytvořeno celkem 6 kategorií: 1. umírání jako možnost smíření se s vlastní smrtelností, 2. vůle maximálně zpříjemnit umírání, 3. obávaná součást života, 4. nevyhnutelnost, s níž se musíme vyrovnat, 5. osvobození a 6. smrtí život nekončí.

Vůli zpříjemnit umírání nacházíme i ve studii italských autorek Garrino, Contratto et al. (2017), které z výpovědí respondentek učinily závěr, že je důležité, aby umírající pacienti mohli vyjadřovat svá vlastní přání a preference a aby nebyli vystavováni nevhodné a přehnané léčbě. To se nápadně podobá vyjádření respondentek z této studie, které se jednak vyslovily proti nucení k polykání léků proti vůli pacienta v terminálním stádiu, kterému se už polyká špatně a léky užívat odmítá, a jednak v několika podobných vyjádřeních uvedly, že by se umírajícím pacientům měla plnit jejich (poslední) přání. Italské respondentky zároveň zmínily, že zažívaly pozitivní pocity, když umírajícím mohly ulevit od bolesti či jim jinak pomoci a zároveň když si mohly udělat čas na to „být s pacientem“ a naslouchat mu. To se velmi blíží vyjádření respondentek naší studie, které vyslovily názor, že je umírajícímu pacientovi především třeba mírnit bolest a být zde pro něj. O nutnosti „být umírajícím nablízku“ hovořily i respondentky studie australských autorů Ranse et al. (2018), podle nichž dobrému umírání napomáhá, když sestry kromě vlastní péče o pacienta nezanedbávají ani jejich emocionální podporu, která může mít rozličnou podobu, např. držení za ruce, sezení u pacienta a rozhovory s ním. Vůle zpříjemnit umírání byla patrná i z vyjádření respondentek studie americké autorky Colley (2016), když zmiňovaly, že při poskytování fyzické péče umírajícím pacientům zažívají pocit jistoty, neboť vědí, že mohou pomoci zmírnit pacientovo utrpení a pomoci zvýšit jeho pohodlí. Respondentky naší studie se ve svých odpovědích zařazených do kategorie „maximálně zpříjemnit umírání“ rovněž shodly s respondentkami studie španělských autorek García-Navarro, Araujo-Hernández et al. (2021), neboť jejich respondentky podobnými slovy charakterizovaly pojem důstojné smrti (absence fyzické bolesti, respektování rozhodnutí a přání pacienta, trávení posledních dní v příjemném prostředí apod.). Tři kategorie nazvané jako „zmírnění bolesti“, „co nejlépe využít zbývající čas“ a „pomoci splnit pacientova poslední přání“, které se svým obsahem překrývají s námi vytvořenou kategorií „maximálně zpříjemnit umírání“ nalezneme i ve výsledcích studie tureckých autorek Köktürk Dalcalı a Taş (2021).

Kategorie „obávaná součást života“ a „nevyhnutelnost, s níž se musíme vyrovnat“ spolu souvisejí, odlišují se pouze důrazem na jiné aspekty. V prvním případě je smrt něčím, čeho se obáváme, ve druhém případě je smrt považována za přirozený jev, s nímž se musíme smířit. Za přirozenou součást života smrt považovaly i respondentky studie tureckých autorů Tüzer, Kirca a Özveren (2020). Slovy „strach“, „součást života“ a „bezmoc“ charakterizovaly smrt i respondentky studie dalších tureckých autorek Köktürk Dalcalı a Taş (2021).

U kategorie „osvobození“ některé respondentky zdůrazňovaly rozdíl mezi smrtí mladého a starého člověka s tím, že o osvobození se jedná v případě úmrtí člověka starého, pro něhož se další život v důsledku nemoci stal už jen utrpením. Vliv pacientova věku na prožívání smrti

pacienta zaznamenaly u svých respondentek i švédské autorky Abelsson a Willman (2020), neboť u starších pacientů, kteří měli dlouhý život, byla smrt považována za přirozenější a očekávanější, zatímco u mladších byla smrt vnímána jako nespravedlnost.

U kategorie „smrtí život nekončí“ se pravděpodobně projevila obecně nízká míra religiozity obyvatel České republiky, neboť názor v tomto smyslu byl mezi respondentkami výrazně menšinový. Pokud bychom jejich vyjádření prozkoumali blíže, zjistíme, že jejich představa posmrtného života minimálně v jednom případě neodpovídá v České republice tradičnímu (křesťanskému) pojetí posmrtného života, v němž člověk přežívá netělesně v podobě nesmrtelné duše, ale spíše se podobá náboženskému pojmu „reinkarnace“ typickému např. pro buddhismus či hinduismus (viz vyjádření respondentky „*ten člověk zase jako přijde v jiném životě [...], že je to prostě konec nějaký etapy*“). Podobnou kategorií signalizující víru v posmrtný život nazvanou jako „začátek“ k tématu smrti vytvořily na základě vyjádření respondentek i turecké autorky Köktürk Dalcalı a Taş (2021). Připomeňme v této souvislosti, že výsledky studie čínských autorů Xu, Huang et al. (2019) potvrdily, že náboženské vyznání je faktorem, který zmírňuje strach ze smrti. Proto věřící sestry bývají při setkání se smrtí pacienta zpravidla klidnější a vyrovnanější.

V oblasti zkoumající dílčí cíl č. 3, tj. zkušenosti s umírajícím mimo zdravotnické zařízení, byly vytvořeny celkem 2 kategorie: 1. nepříjemné pocity a smutek a 2. zapojení celé rodiny do náročné péče o umírajícího blízkého.

Respondentky v souvislosti se zkušeností s umírajícím ve své rodině hovořily o nepříjemných pocitech a smutku, které při ztrátě blízké osoby prožívaly. Respondentky, které si tímto procesem prošly již před nástupem na nemocniční praxi, ale díky těmto získaným zkušenostem lépe zvládají zkušenost s péčí o umírajícího pacienta. Potvrdily to i výsledky studie americké autorky Colley (2016), kde z odpovědí respondentek vyplynulo, že větší komfort a jistotu při poskytování ošetrovatelské péče umírajícím pacientům měly studentky, které v minulosti s umírajícími pacienty měly vlastní zkušenost, např. zažili smrt ve vlastní rodině nebo v předchozí pracovní praxi na pozici nižšího nebo pomocného zdravotnického pracovníka. Tyto zkušenosti dokonce hodnotily jako přínosnější než znalosti získané studiem vysoké školy. Podobně to ukázala i studie čínských autorů Xu, Huang et al. (2019), podle nichž respondentky, které zažily smrt příbuzného v rodině, mají oproti těm, které tento smutný zážitek za sebou doposud nemají, předpoklady zvládnout setkání s další smrtí vyrovnaněji.

V oblasti zkoumající dílčí cíl č. 4, tj. názory na péči o umírající ve zdravotnickém zařízení versus v domácím prostředí, bylo vytvořeno celkem 5 kategorií: 1. pečovat o umírajícího stejně jako o ostatní pacienty, 2. umírající potřebují pravidelný osobní kontakt s rodinou,

3. odosobněný přístup ze strany některých zdravotníků, 4. domácí péče je pro umírajícího lepší varianta a 5. domácí péče je obtížnější pro rodinu umírajícího.

Neprofesionální chování některých lékařů a sester, kteří se na pracovišti před umírajícím pacientem spíše skrývají, než že by vyhledávali jeho přítomnost, kritizovaly i respondentky ve studii italských autorek Garrino, Contratto et al. (2017), naopak jako příklady dobré praxe uváděly udělat si čas na to „být s pacientem“, jeho rodinou a naslouchat jim. I ve studii kolektivu tureckých autorů Gül, Demir Karabulut et al. (2022) se respondentkám nelíbilo chování těch členů ošetrovatelského personálu, kteří se při setkání se smrtí pacienta chovali rutinně až lhostejně chování, což mohlo na přihlízející působit jako bagatelizace či trivializace smrti. Respondentky z turecké studie se s našimi respondentkami shodly v tom, že je lepší umírat doma než v nemocničním prostředí, kde se podle nich proces umírání zbytečně prodlužuje. Stejně jako respondentky z naší studie však vyjádřily obavy, že umírající doma nemusí mít stejně kvalitní a odbornou ošetrovatelskou péči, jaké by se mu dostalo v nemocnici.

Limitace předložené studie

Jednou z limitací této diplomové práce v rámci sociodemografických charakteristik souboru je, že ve zkoumaném souboru byli zastoupeni pouze 2 muži. To je způsobeno výběrem školy a oboru, kde probíhal sběr dat, neboť jak je všeobecně známo, profese zdravotních sester je profesí silně feminizovanou.

Další limitací této studie může být, že autorka práce před respondentkami vystupovala ve dvojí roli, jednak výzkumníka a jednak (třídní) učitelky. Ačkoliv byly respondentky poučeny, že autorku práce nemají v danou chvíli brát jako učitelku a že při rozhovoru neexistují dobré a špatné odpovědi, na některých respondentkách byla přesto patrná nezvyklá nervozita, která mohla být způsobena buď náročností diskutovaného tématu nebo zčásti i obavou respondentek, aby před svojí učitelkou neřekly něco chybně.

Poslední limitací by mohlo být, že některé respondentky měly s umírajícími jen málo zkušeností, což je však dáno i jejich věkem a prozatím malou praxí ve zdravotnictví. Odlišný věk respondentek mohl ovlivnit i srovnání našich výsledků s výsledky ze studií použitých v rámci kapitoly Diskuse, kde byl věk respondentek zpravidla vyšší (jednalo se většinou o vysokoškolačky ve věku cca 20-25 let) než u našich respondentek, což je však dáno objektivně rozdílnými systémy vzdělávání sester v ČR a ve světě.

5 Souhrn a závěry

Tato diplomová práce se zabývala názory a zkušenostmi žákyní oboru Praktická sestra související s umíráním. Uplatněn byl kvalitativní přístup ke zkoumání, konkrétně fenomenologický výzkumný design. Zkoumaný soubor tvořilo 12 respondentek – studentek 2. až 4. ročníku oboru Praktická sestra na Střední zdravotnické škole a Vyšší odborné škole zdravotnické Žďár nad Sázavou. Nástrojem ke sběru dat byl protokol polostrukturovaného rozhovoru vlastní konstrukce.

Hlavním cílem kvalitativní studie bylo popsat názory a zkušenosti žákyní oboru Praktická sestra související s umíráním. Dílčí cíle byly zaměřeny na: 1. zkušenosti s péčí o umírajícího pacienta v rámci ošetrovatelské praxe; 2. názory na umírání a smrt; 3. zkušenosti s umírajícím mimo zdravotnické zařízení a 4. názory na péči o umírající ve zdravotnickém zařízení versus v domácím prostředí. Celkem bylo na základě analýzy vyjádření respondentek vytvořeno 23 kategorií.

V oblasti zkoumající dílčí cíl č. 1, tj. zkušenosti s péčí o umírajícího pacienta v rámci ošetrovatelské praxe, bylo vytvořeno celkem 10 kategorií: 1. nejistota, zda pacient umírá, 2. nervozita, šok, panika, 3. nepředvídatelnost rychlé změny stavu pacienta, 4. nejistota, co umírající vnímají, 5. úleva po vyhodnocení fyziologických funkcí, 6. jistota při sledování reakcí na bolestivé podněty, 7. snaha o komunikaci s pacientem, 8. bezprostřední sdílení rozjitřených emocí a zkušeností se spolužačkami, 9. svěřením se rodině pomohlo zpracovat traumatizující zážitek a 10. potřeba vstřebat prožitek sama v sobě.

V oblasti zkoumající dílčí cíl č. 2, tj. názory na umírání a smrt, bylo vytvořeno celkem 6 kategorií: 1. umírání jako možnost smíření se s vlastní smrtelností, 2. vůle maximálně zpříjemnit umírání, 3. obávaná součást života, 4. nevyhnutelnost, s níž se musíme vyrovnat, 5. osvobození a 6. smrtí život nekončí.

V oblasti zkoumající dílčí cíl č. 3, tj. zkušenosti s umírajícím mimo zdravotnické zařízení, byly vytvořeny celkem 2 kategorie: 1. nepříjemné pocity a smutek a 2. zapojení celé rodiny do náročné péče o umírajícího blízkého.

V oblasti zkoumající dílčí cíl č. 4, tj. názory na péči o umírající ve zdravotnickém zařízení versus v domácím prostředí, bylo vytvořeno celkem 5 kategorií: 1. pečovat o umírajícího stejně jako o ostatní pacienty, 2. umírající potřebují pravidelný osobní kontakt s rodinou, 3. odosobněný přístup ze strany některých zdravotníků, 4. domácí péče je pro umírajícího lepší varianta a 5. domácí péče je obtížnější pro rodinu umírajícího.

Vytvořené kategorie byly v rámci diskuse zkonfrontovány s výsledky několika zahraničních studií na obdobné téma. Lze konstatovat, že stanovené cíle práce byly splněny. Výsledky této práce mohou být inspirací pro učitelky odborných předmětů zdravotnických škol, které připravují žákyně na praxi v nemocničních zařízeních a které je na těchto praxích jako mentorky doprovázejí. Na základě zjištění v této práci by bylo dobré tematický celek Zdravotnická psychologie zařadit v rámci školního vzdělávacího programu tak, aby jej žákyně stihly absolvovat ještě před nástupem na praxi do nemocnice.

Referenční seznam

1. ABELSSON, Anna, WILLMAN, Anna (2020). Caring for patients in the end-of-life from the perspective of undergraduate nursing students. *Nurs Forum*. 2020;55:433–438. Dostupné též [online] z: <https://doi.org/10.1111/nuf.12448>
2. BELLALI, Thalia, GIANNOPOULOU, Ioanna et al. (2018). Psychometric Properties of the Revised Death Attitude Profile in a Greek Sample of Nurses. *Journal of Nursing Measurement*. 26(2). ISSN 1061-3749. Dostupné též [online] z: <http://dx.doi.org/10.1891/1061-3749.26.2.264>
3. CERIT, Birgül. (2019). Influence of Training on First-Year Nursing Department Students' Attitudes on Death and Caring for Dying Patients: A Single-Group Pretest–Posttest Experimental Study. *Omega (Westport) – Journal of Death and Dying*. 2019 Mar;78(4):335-347. ISSN 0030-2228. Dostupné též [online] z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29249172/>
4. COLLEY, Sharon L. (2016). Senior Nursing Students' Perceptions of Caring for Patients at the End of Life. *Journal of Nursing Education*, Vol. 55, No. 5, 2016, s. 279-283, ISSN 0148-4834. Dostupné též [online] z: <https://journals.healio.com/doi/10.3928/01484834-20160414-07>.
5. EDO-GUAL, Montserrat, TOMAS-SABADO, Joaquín et al. (2017). Spanish Adaptation of the Frommelt Attitude Toward Care of the Dying Scale (FATCOD-S) in Nursing Undergraduates. *OMEGA – Journal of Death and Dying*. 2018 Dec;78(2):120–142. ISSN 0030-2228. Dostupné též [online] z: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0030222816688294>
6. FRISTEDT, Sofi, GRYNNE, Annika et al. (2021). Registered nurses and undergraduate nursing students' attitudes to performing end-of-life care. *Nurse Education Today*, Volume 98, 2021, 104772, ISSN 0260-6917. Dostupné též [online] z: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2021.104772>
7. GARCÍA-NAVARRO, Esperanza Begoña, ARAUJO-HERNÁNDEZ, Miriam. et al. (2021). Attitudes of nursing degree students towards end of life processes. A cultural approach (Spain-Senegal). *PLoS ONE* 16(8): e0254870. Dostupné též [online] z: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0254870>

8. GARRINO, Lorenza, CONTRATTO, Claudia et al. (2017). Caring for Dying Patient and Their Families: The Lived Experiences of Nursing Students in Italy. *Journal of Palliative Care* 2017, Vol. 32(3-4) 127-133. Dostupné též [online] z: https://www.researchgate.net/profile/Lorenza-Garrino/publication/321397119_Caring_for_Dying_Patient_and_Their_Families_The_Lived_Experiences_of_Nursing_Students_in_Italy/links/5b1bdb040f7e9b68b42ae49c/Caring-for-Dying-Patient-and-Their-Families-The-Lived-Experiences-of-Nursing-Students-in-Italy.pdf
9. GILLAN, Pauline, JEONG, Sarah, VAN DER RIET, Pamela (2021). Embodied good deaths and disembodied bad deaths: Undergraduate nursing students narratives of experience. *Nurse Education Today*, 97, Article number: 104674. Dostupné též [online] z: <https://eprints.qut.edu.au/206871/>
10. GÜL, Şenay, DEMİR KARABULUT, Seyhan et al. (2022). Nursing Students' Experiences With Death and Terminal Patients During Clinical Education. *OMEGA – Journal of Death and Dying*, 85(3), 628–649. Dostupné též [online] z: <https://doi.org/10.1177/0030222820950510>
11. GURKOVÁ, Elena (2019). *Praktický úvod do metodologie výzkumu v ošetrovatelství*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 96 s. ISBN 978-80-244-5627-0.
12. HEISE, Barbara A., GILPIN Laura C. (2016). Nursing Students' Clinical Experience With Death: A Pilot Study. *Nurs Educ Perspect*. 2016 Mar-Apr;37(2):104-6. PMID: 27209870. Dostupné též [online] z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27209870/>
13. HENOCH, Ingela, MELIN-JOHANSSON, Christina et al. (2017). Undergraduate nursing students' attitudes and preparedness toward caring for dying persons – A longitudinal study. *Nurse Education in Practice*. 26 (2017) 12-20. ISSN 1471-5953. Dostupné též [online] z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1471595317303840>
14. KIM, Jihyun (2019). Nursing students' relationships among resilience, life satisfaction, psychological well-being, and attitude to death. *Korean J Med Educ*. 2019 Sep;31(3):251-260. ISSN 2005-7288. Dostupné též [online] z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31455054/>
15. KÖKTÜRK DALCALI, Berna, TAŞ, Ayşe Sinem (2021). What Intern Nursing Students in Turkey Think About Death and End-of-Life Care? A Qualitative Exploration. *Journal of Religion and Health* 60, 4417–4434 (2021). ISSN 0022-4197. Dostupné též [online] z: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10943-021-01330-6>

16. KISVETROVÁ, Helena, KUTNOHORSKÁ, Jana (2010). Umírání a smrt v historickém vývoji. *Kontakt*, 2010, 2, s. 212-219. ISSN 1212-4117.
17. LAPORTE, Pauline et al. (2020). Factors affecting attitudes towards caring for terminally ill patients among nursing students in Switzerland: a cross-sectional study. *BMJ Open*. 2020 Sep 17;10(9):e037553. ISSN 2044-6055. Dostupné též [online] z: <https://bmjopen.bmj.com/content/10/9/e037553>
18. LIPPE, Megan, JONES, Terry et al. (2017). Student Preparation to Care for Dying Patients: Assessing Outcomes Across a Curriculum. *J Nurs Educ*. 2017 Oct 1;56(10):633-637. ISSN 0148-4834. Dostupné též [online] z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28972635/>
19. MAREČKOVÁ, Jana, KLUGAROVÁ, Jitka a kol. (2015). *Evidence-Based Healthcare. Zdravotnictví založené na vědeckých důkazech*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 94 s. ISBN 978-80-244-4780-3.
20. MARKOVÁ, Monika (2010). *Sestra a pacient v paliativní péči*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3171-1.
21. MATCHIM, Yaowarat, RAETONG Parinya (2018). Thai nursing students' experiences of caring for patients at the end of life: a phenomenological study. *International Journal of Palliative Nursing* 2018, Vol 24, No 5, s. 220-229, ISSN 1357-6321. Dostupné též [online] z: <https://www.researchgate.net/publication/328677146>
22. PÉREZ-DE LA CRUZ, S. et al. (2020) Factors and Beliefs that Condition the Attitude of Health Science Students towards End of Life in Spain and Bolivia: A Multicenter Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Sep 1;17(17):6373. ISSN 1660-4601. Dostupné též [online] z: <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/17/6373>
23. PREISSOVÁ KREJČÍ, Andrea et al. (2014). Antropologie umírání a smrti. In: *Integrální antropologie*. Praha/Kroměříž: TRITON, s. 185-210. ISBN: 978-80-7387-816-0.
24. *Rámcový vzdělávací program pro obor vzdělávání 53–41–M/03 Praktická sestra*. Praha: Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, 2018. Dostupné též [online] z: http://zpd.nuov.cz/RVP_7_vlna/RVP_5341M03_Prakticka_sestra.pdf
25. RANSE, Kristen et al. (2018). Third-year nursing students' lived experience of caring for the dying: a hermeneutic phenomenological approach. *Contemporary Nurse*, Volume 54, Issue 2, s. 160-170. ISSN 1037-6178. Dostupné též [online] z: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/10376178.2018.1461572>

26. SLÁMA, Ondřej, VAFKOVÁ, Tereza (2020). *Paliativní péče. Multimediální elektronický výukový materiál*. Brno: Masarykova univerzita. [cit. 19. 4. 2023] ISSN 1802-128X. Dostupné [online] z: https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/lf/ps19/paliativni_pece/web/pages/07_02_trajektorie_nemoci.html
27. *Školní vzdělávací program pro obor vzdělávání 53-41-M/03 Praktická sestra*. Žďár nad Sázavou: Střední zdravotnická škola a Vyšší odborná škola zdravotnická Žďár nad Sázavou, 2018.
28. XU, Fengqin, Huang, Kun et al. (2019). A Questionnaire Study on the Attitude towards Death of the Nursing Interns in Eight Teaching Hospitals in Jiangsu, China. *BioMed Research International*, Volume 2019, Article ID 3107692, 8 s. ISSN: 2314-6141. Dostupné též [online] z: <https://downloads.hindawi.com/journals/bmri/2019/3107692.pdf>.
29. TÜZER, H., KIRCA, K., ÖZVEREN, H. (2020). Investigation of Nursing Students' Attitudes Towards Death and Their Perceptions of Spirituality and Spiritual Care. *J Relig Health* **59**, 2177–2190 (2020). Dostupné též [online] z: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10943-020-01004-9>
30. Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění pozdějších předpisů. In: *ASPI* [právní informační systém]. Wolters Kluwer ČR [cit. 2. 3. 2023].
31. Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů. In: *ASPI* [právní informační systém]. Wolters Kluwer ČR [cit. 2. 3. 2023].

Seznam tabulek

Tabulka 1. Primární hesla s příbuznými pojmy v českém/anglickém jazyce	9
Tabulka 2. Údaje o respondentkách.....	35
Tabulka 3. Přehled všech vytvořených kategorií.....	40
Tabulka 4. Přehled vytvořených kategorií pro oblast: zkušenosti s péčí o umírajícího pacienta v rámci ošetrovatelské praxe	42
Tabulka 5. Přehled vytvořených kategorií pro oblast: názory na umírání a smrt.....	51
Tabulka 6. Přehled vytvořených kategorií pro oblast: zkušenosti s umírajícím mimo zdravotnické zařízení	55
Tabulka 7. Přehled vytvořených kategorií pro oblast: názory na péči o umírající ve zdravotnickém zařízení versus v domácím prostředí	58

Seznam příloh

Příloha 1 – Formulář protokolu polostrukturovaného rozhovoru

Příloha 2 – Souhlas se sběrem dat

Příloha 3 – Formulář informovaného souhlasu

Příloha 4 – Přepisy rozhovorů

Příloha 1 – Formulář protokolu polostrukturovaného rozhovoru

ÚVOD

Dotazovaný/-á byl/-a:

- seznámen/-a s cílem studie
- ujištěn/-a, že neexistují správné ani špatné odpovědi
- požádán/-a o povolení k nahrávání rozhovoru
- poučen/-a, že bude zajištěna jeho/její anonymita
- poučen/-a, že může kdykoliv odstoupit bez udání důvodů
- vše stvrdil/-a podpisem informovaného souhlasu, v případě dotazovaných mladších 18 let byl vyžadován ještě podpis zákonného zástupce

poznámky výzkumníka:

ROZEHRÍVACÍ ČÁST

témata

- Kolik je ti roků?
- Z jaké rodiny pocházíš?
- Kde a jak bydlíš?
- Co rád/a děláš ve volném čase?
- Jaký obor a který ročník studuješ?
- Co tě přimělo ke studiu na střední zdravotnické škole?
- Můžeš nastínit svoji dosavadní praxi ve zdravotnictví?
- Jaké máš studijní plány?
- Jaké máš profesní plány?

poznámky výzkumníka:

HLAVNÍ ČÁST ROZHOVORU

1. OBLAST: Zkušenosti s péčí o umírajícího pacienta v rámci ošetrovatelské praxe

Otázky:

1. Jaké zkušenosti sis odnesl/-a z prvního setkání s umírajícím pacientem na praxi?

Podněcující podotázky:

- Na co dalšího si ještě vzpomeneš?
 - atmosféra na oddělení
 - přístup lékařů k pacientovi
 - přístup ošetrovatelského personálu k pacientovi
 - chování a projevy umírajícího

2. Vzpomeneš si na další podobné setkání?

Podněcující podotázky:

- Jak bys je srovnal/-a s tím prvním?
- A co jiného ti to přineslo?

3. Využil/-a jsi v takových situacích zkušenosti získané z výuky?

- v oblasti ošetrování
- v oblasti komunikace s umírajícím pacientem

4. Sdíleli jste uvedené zkušenosti se spolužáky?

- Jak to probíhalo?
- Měl/-a jsi potřebu poradit se o zkušenostech a prožitcích s nějakým odborníkem?
Jaké to bylo? Co ti to přineslo?
- Případně s někým jiným?

poznámky výzkumníka:

2. OBLAST: Názory na umírání a smrt

Otázky:

1. Co si myslíš o umírání?

2. Co si myslíš o smrti?

poznámky výzkumníka:

3. OBLAST: Zkušenosti s umírajícím mimo zdravotnické zařízení.

Otázky:

1. Máš osobní zkušenost s umírající osobou mimo zdravotnické zařízení?

pokud ano:

- Využívala rodina umírajícího domácí zdravotnické služby? Jakou máš s nimi zkušenost?
- Jak se vyvíjela Tvoje komunikace s umírajícím?
- Jak fungovala rodina umírajícího?
- Co bys ještě dodal/-a ke svým zkušenostem v této oblasti?

poznámky výzkumníka:

4. OBLAST: Názory na péči o umírající ve zdravotnickém zařízení versus v domácím prostředí

Otázky:

1. Můžeš mi ještě popovídat o svých názorech na péči o umírající ve zdravotnickém zařízení?
2. Jaký máš názor na umírání doma?

poznámky výzkumníka:

ZCHLADNUTÍ

- Je ještě něco, co bys chtěl/-a k tématu umírajícího pacienta dodat?
- Je něco, čeho se (v rámci své budoucí profesní dráhy sestry) v souvislosti s umírajícím pacientem obáváš?

poznámky výzkumníka:

UZAVŘENÍ

- poděkování za rozhovor
- kontrola, zda došlo k nahrání rozhovoru
- kontrola poznámek výzkumníka
- rozloučení

poznámky výzkumníka:

Příloha 2 – Souhlas se sběrem dat

SOUHLAS SE SBĚREM DAT

Vážená paní
RNDr. Marie Vystrčilová
ředitelka školy
Střední zdravotnická škola a Vyšší odborná škola zdravotnická Žďár nad Sázavou
Dvořákova 4
591 01 Žďár nad Sázavou

Věc: Žádost o udělení souhlasu ke sběru dat

Vážená paní ředitelko,

obracím se na Vás se žádostí o udělení souhlasu k realizaci výzkumného šetření, které je plánováno jako součást mé diplomové práce pod odborným vedením doc. PhDr. Jany Marečkové, Ph.D.

Výzkum by byl zaměřen na zjišťování názorů a zkušeností žákyní oboru Praktická sestra související s umírajícím pacientem a využita by byla metoda polostrukturovaného rozhovoru. Do zkoumaného souboru by byly zařazeny žákyně 2. ročníku Vaší školy (a případně ročníků vyšších), avšak pouze ty, které by vyjádřily souhlas (u nezletilých žákyní by o udělení souhlasu samozřejmě byli požádáni jejich zákonní zástupci).

V případě Vašeho souhlasu bych anonymní sběr dat realizovala od 6. 2. 2023 nejdéle do 10. 3. 2023.

Děkuji Vám za vstřícnost a Vaše vyjádření

Bc. Ivona Petrová
studentka 2. ročníku
obor: Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy
PdF UP v Olomouci

VYJÁDRĚNÍ K REALIZACÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ:

souhlasím nesouhlasím

Ve Žďáru nad Sázavou, dne 2. 2. 2023


.....
RNDr. Marie Vystrčilová
* podpis, razítko

**Střední zdravotnická škola
a Vyšší odborná škola zdravotnická**
① **Žďár nad Sázavou**
591 01 Žďár nad Sázavou, Dvořákova 4

Příloha 3 – Formulář informovaného souhlasu

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Vážená paní, vážený pane,

v souladu se zásadami etiky výzkumu⁵ se na Vás obracím s prosbou o zapojení Vašeho nezletilého dítěte do studie, jejíž výsledky budou součástí mé diplomové práce s názvem: *Názory a zkušenosti žákyní oboru Praktická sestra související s umírajícím pacientem*.

Účast ve výzkumu je zcela dobrovolná. Získané údaje nebudou uváděny ve spojitosti s osobou Vašeho dítěte, budou vyhodnoceny a prezentovány anonymně a tento Informovaný souhlas bude uchován odděleně od dat a výsledků⁶. V průběhu realizace můžete Vy nebo Vaše dítě kdykoliv svobodně odmítnout či odstoupit.

Cílem mé diplomové práce je zjistit názory a zkušenosti žákyní oboru Praktická sestra související s umírajícím pacientem. Výzkum bude probíhat formou rozhovoru. Před provedením rozhovoru seznámím respondenty se základními okruhy dotazníku. Vlastní rozhovor bude probíhat na základě domluvy Vašeho dítěte se mnou, v prostorách školy či na jiném vhodném místě, bez přítomnosti další osoby a bude nahráván. Předpokládaná délka rozhovoru je maximálně 45 minut.

PROHLÁŠENÍ

Studentka mne informovala o podstatě výzkumu a seznámila mne s cíli a 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.

**Prohlašuji, že SOUHLASÍM S ÚČASTÍ MÉHO DÍTĚTE
VE VÝŠE UVEDENÉ STUDII.**

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

ve Žďáru nad Sázavou dne: _____

Bc. Ivona Petrová.....

jméno, příjmení a podpis

studentky

.....

jméno, příjmení a podpis zákonného

zástupce účastníka výzkumu

V případě jakýchkoliv dalších dotazů ke studii mne můžete kontaktovat:

Bc. Ivona Petrová, studentka Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci, studijní obor Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy
tel: 731 077 221, e-mail: ivona.petrova01@upol.cz

⁵ Sdělení č. 96/2001 Sb. m. s. (Úmluva o lidských právech a biomedicině), Sdělení č. 97/2001 Sb. m. s. (Dodatkový protokol k Úmluvě o lidských právech a biomedicině) a Směrnice děkana PdF UP č. 3/2015 – Statut Etické komise PdF UP v Olomouci pro oblast výzkumné činnosti.

⁶ Údaje budou zpracovány dle zákona č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů.

Příloha 4 – Přepisy rozhovorů

RESPONDENTKA 1

Jaké zkušenosti sis odnesla z prvního setkání s umírajícím pacientem na praxi?

Já úplně nevím, jestli umíral, protože na to jsem se neptala. Ale když jsem šla měřit fyziologické funkce, tak na mě pacient nereagoval, měl otevřené oči a koukal do stropu, a i když jsem mu zamávala před očima nebo jsem na něj trochu zvýšila hlas, aby mě slyšel, protože jsem nevěděla, jestli je hluchý nebo ne, tak na mě nijak nereagoval. Takže jsem vlastně trochu zpanikařila a nevěděla jsem, co se děje. Ale pak jsem se podívala na hrud' a viděla jsem, že se zvedá, takže jsem věděla, že teda dýchá, a zkoušela jsem jako by s ním lehce zatřást, jestli aspoň nějak tak s ním... Jestli to s ním něco udělá. Tlak jsme teda změřili, ale pán se mnou nespolupracoval, ale vypadal, že už nebude aktivní.

Takže myslíš, že to byl umírající?

Myslím, no. Ale neptala jsem se. My jsme totiž předtím měli jednoho nepříjemného pacienta a z toho jsem byla hrozně rozhozená.

Na co dalšího si ještě vzpomeneš? Například co se týče atmosféry na oddělení, když jsi byla u toho pacienta.

Vím, že tam byli jenom dva pánové, tomu druhýmu měřila funkce spolužačka a bylo tam teda ticho, na rozdíl od chodby, kde holky chodily a snažily se umývat pacienty. A ... přemýšlím ... bylo tam hodně ticho, že prostě ani ten druhý pacient nemluvil...

Viděla jsi nějaký přístup lékařů k pacientovi?

Vůbec. My jsme hnedka potom šly už na další pokoj měřit další funkce.

A byl tam někdo z ošetrovatelského personálu?

Myslím, jenom, že sestry ho napolohovaly.

Jaký byl přístup ošetrovatelského personálu k pacientovi?

Klasický? Jako že s ním komunikovaly a jako polohovaly. Nevím jakoby jak to říct prostě.

Jak se k němu chovaly?

Že s ním mluvily, ale musely ho jakoby zvednout nebo tak že prostě on s nima nekomunikoval, ale oni s ním jo.

A co bys řekla k chování a projevům umírajícího?

No, vlastně, ani na mě očima se nepodíval, a když jsem mu chtěla vzít jakoby ruku, abych mu dala manžetu, tak si ju stáhnul zase k sobě. Že vlastně asi nevěděl, co se s ním děje, že byl zmatený a nevím, jak to říct.

Nějaké pocity, co to v tobě vyvolalo, takové setkání?

Rozhodně strach. Prostě jsem člověk, kterej hodně zmatkuje, takže jsem byla v té chvíli hrozně rozhozená, že jsem nevěděla, co se děje.

A jak to vypadalo, když jsi byla rozhozená?

No, zrychlil se mi tep a dýchání a prostě jsem se snažila uklidnit, abych to nezkazila nebo nezpanikařila až moc, ale naštěstí jsem tam měla spolužačku, která mi v té chvíli pomohla, jako že mu vlastně zvedla tu ruku a já jsem mu mohla dát manžetu, mohla jsem ho změřit, snažily jsme se obě dvě s ním komunikovat, když nám neodpovídal, a vlastně to mě uklidnilo, že jsem na to nebyla sama.

Vzpomeneš si na další podobné setkání?

Tak to už asi ne.

Takže srovnání nějaké nemáš?

Nemám.

Využila jsi v takových situacích zkušenosti získané z výuky?

Vzpomněla jsem si, jak jsme si říkali jakoby o hledání bolestivých podnětů, tak jsem zkoušela ty a na to pacient reagoval. A taky ta hrud', že jsem viděla, že se zvedá.

A v oblasti ošetřování?

Nevím. Taky už jsme v ošetřování probraly tolik věcí, že zařadit to je trochu těžší.

Je něco, co jsi tam mohla uplatnit v té chvíli?

Nevím teďka.

Nebo v oblasti komunikace s umírajícím pacientem?

Asi nevím. Ono to bylo hodně narychlo, takže jsem nad tím moc nepřemýšlela.

Sdíleli jste uvedené zkušenosti se spolužáky?

Jenom s tou spolužačkou, co tam byla se mnou, ale jinak jsem to ostatním neříkala, jelikož nevím, co přesně jako by se bere jako to lékařské tajemství, a tak jsem to probrala jenom s tím, kdo tam se mnou byl.

Jak to probíhalo?

Normálně jsme byly jako by... myslím že na cestě z tý [nesrozumitelné] jsme o tom povídaly, ale nikdo okolo tam zrovna nebyl, kdo by nás mohl slyšet, ale my jsme ani jméno nebo nějaký informace o tom pacientovi neříkaly.

Takže to bylo na cestě domů?

Ne, do té budovy školy, co je u nemocnice, z praxí jsme zrovna šly.

Měla jsi potřebu poradit se o zkušenostech a prožitcích s nějakým odborníkem?

Asi ne. Jako ráda bych se s někým o tom poradila, ale zatím se mi k tomu neposkytla příležitost.

Případně s někým jiným?

Já jsem o tom s nikým jiným nemluvila.

Co si myslíš o umírání?

Že to je normální věc, co patří k životu a každého to jednou potká, takže se s tím musíme vyrovnat. Když je to u příbuzných, tak je to trochu těžký.

Tedy myslím umírání jako ten proces, co předchází smrti.

Že to může být různé, že pro někoho to může být jiné než pro druhého, pro někoho to může být více bolestivé, a tak bysme mu měli jako poskytnout nějaký buď odoreagování nebo léky na zmírnění bolesti a tak.

Co si myslíš o smrti?

Že je to nějak normální, že se s tím nic neuděláme, že patří to k životu, každé jednou umře.

Máš osobní zkušenost s umírající osobou mimo zdravotnické zařízení?

Vím, že bratr dědy jednou umřel, a já jsem ho vlastně brala jako takovýho druhého dědu. Měla jsem ho ráda, takže když jsem zjistila, že umřel, tak jsem z toho byla smutná, ale že bych to nějak prožívala, to už bych nemohla říct. Já jsem vlastně brala, že prostě už byl starý a už to jednou nastat muselo.

A zažila jsi ten proces toho jeho umírání?

Ne, to ne. On žil jinde než my.

Věděla bys jak fungovala rodina toho „skoro dědy“, i když to bylo takhle na dálku?

No tak jeho syn, vlastně strejda, tak ten byl z toho velmi jakože smutný, ale protože řídí jakoby takovou farmu tam, tak se nemohl jakoby tím moc unést. Co jsem hovořila s těmi jako nejmenšími, nebo jak bych to řekla, se sestříhaty, tak ti u toho brečeli a byli z toho ještě pár dní potom trochu mimo. I na pohřbu byli takoví... bála bych se říct nějaký citlivý slovo u nich, aby se jim něco nestalo.

Co bys ještě dodala ke svým zkušenostem v této oblasti?

Asi jinou nemám. Vím jenom, že spolužačky mi občas říkaly, že tam měly někoho umírajícího nebo že jim sestra řekla, dejte si na tohoto pacienta pozor, asi za pár dní umře, ale u toho jsem nebyla, takže...

Můžeš mi ještě popovídat o svých názorech na péči o umírající ve zdravotnickém zařízení?

Že by jako k nim sestry neměly být lhostejný. Že i když ví, že umírají, tak by se k němu pořád měly přesto chovat jako ke každému pacientovi a snažit se mu jakoby zpříjemnit ten konec toho života.

Jaký máš názor na umírání doma?

Že pro někoho to může být lepší, že vlastně umírá ve svém prostředí, kde byl už několik let, a že má okolo svoji rodinu, takže mu vlastně může být líp, ale zase je tam ta druhá věc, že u sebe nemusí mít tu zdravotnickou péči. Ale po psychické stránce je to určitě lepší.

Je ještě něco, co bys chtěla k tématu umírajícího pacienta dodat?

Asi ne.

Je něco, čeho se (v rámci své budoucí profesní dráhy sestry) v souvislosti s umírajícím pacientem obáváš?

Obávám se toho, že by to mohla schytat jako moje osoba, že když mě někdo umře na oddělení a já už budu pracovat, že to odnesu já, že jsem se o něj nějak nepostarala. Tak toho se jako by bojím, že za to budu zodpovědná.

A kdybychom vzali jenom proces umírání, tak jestli se tady něčeho obáváš?

Asi že bych tomu pacientovi mohla víc ublížit. Ale jinak asi moc ničeho. Snažila bych se k němu být milá, vstřícná a kdyby něco potřeboval, tak vždycky být jakoby po ruce.

RESPONDENTKA 2

Jaké zkušenosti sis odnesla z prvního setkání s umírajícím pacientem na praxi?

Takže poprvý to bylo vlastně, když jsem vlastně s mojí kamarádkou [spolužačkou], tak my jsme měřili funkce a byl tam vlastně pacient, který vlastně my jsme nevěděli, jestli hnedkon ze začátku dýchá, protože jako nehejbal se jako a takže jsme k němu nejdřív přišli a nereagoval moc, takže bylo to takový trošičku šok jako ze začátku, protože nevíte, jestli jako se s ním něco stalo, jestli to máte říct nebo tak, ale nakonec jsme zjistili, že teda dýchá, takže jsme byli jako víc v klidu teda.

Jak jste to zjistili?

Takže spolužačka se vlastně podívala a jako zjistila, že dýchá. Takže to bylo takový to první ano. A pak jako pán jako otevřel oči jako a jako pak jsme mu změřili funkce samozřejmě, takže jsme byli rádi jako že pán není dál už mrtvý.

A jak se ještě choval, jak se to projevovalo na tom umírajícím pánovi?

Jako mně přišel trošku i bledý ten pán, že jako když otevřel oči, tak jako podle mě už asi moc nevnímal, ale hlavně ten první šok, to bylo strašný pro mě.

Vyvolalo to v Tobě ještě nějaké další pocity?

Možná trošku i smutek, že jako když nad tím přemýšlíte, že tam prostě se máte o někoho starat a on vám před očima umře, tak je to docela jako takovej náraz asi. Pak tam byl ještě pocit štěstí trošičku, jako že je v pořádku.

A vzpomeneš si ještě jaká byla atmosféra na oddělení?

No tak třeba pokoj, jako když jsme tam vešli, tak tam byl jako jeden pán vpravo myslím a pak tam byl pán uprostřed, takže jako s pánem jako vpravo jako u dveří tam bylo jako jsme si jenom jako popovídali chvilku a pak jsme šli na druhýho pána, a právě jako takhle to skončilo.

Zažila jsi přístup lékaře k tomu umírajícímu pacientovi?

Nezažila, bohužel ne.

A přístup ošetřovatelského personálu k tomuto pacientovi?

Ne, jak jsem říkala, tak my jsme jenom měřily funkce teda, tak jsme šly ještě k pánovi ho jako zkontrolovat na konci a byl v pořádku už.

Vzpomeneš si na další podobné setkání?

Další bylo, to jsme byly u paní učitelky [anonymizováno], a to jsme myly paní na lehátku a my jsme ji jako odvezly všechno a my jsme paní zapoměly vyndat naslouchátko a trošku se to namočilo, bylo to v pořádku nakonec, ale paní nám úplně vypla, jako že úplně jako že zavřela oči a nevnímala nás a takže jako to jsme tam byli zrovna se spolužačkou a my jsme jako chtěly začít umývat a vona prostě paní normálně vypla a já jsem normálně chvíli úplně zpanikařil a já jsem rychle jako zkusil, jestli dýchá a všechno, naštěstí dýchala, takže jsme to jenom šli paní učitelce říct a vyndaly jsme naslouchátko a pak jsme normálně pokračovali. Takže už paní byla pak v pořádku.

A tak ona ztratila vědomí nebo teď tomu nerozumím?

Ne, vona prostě, já nevím, vona jako kdyby prostě najednou rychle usla, a pak prostě najednou se, jako já jsem jako se podívala, jestli dýchá a všechno, a jako naštěstí dýchala, takže to bylo úplně v pořádku a pak jsem šla za paní učitelkou, řekla jsem jí to a ona nám pomohla paní domýt. To byl podle mě ještě větší šok než u toho pána, protože paní jako vůbec ze začátku nevnímala, takže jsem byla ráda, že dýchá a všechno.

A ona byla umírající?

To asi nebyla, ale jako jsem si právě myslela, že jako právě zrovna v ten moment jako, jestli se to neděje.

A jak bys srovnala tady to druhé setkání s tím prvním?

To první jako oproti tady tomu jako u té paní, tak ta paní pro mě byla trošičku větší šok, protože vona jako předtím mluvila s náma a pak najednou úplně vypla. Takže to jsem byla trošku jako ve větším šoku.

Ještě mně víc popiš, jak se to teda projevovalo, když ona „vypla“.

Že vona jako se přestala hýbat, úplně jako, mluvily jsme na ňu, přestala komunikovat, a jako ani když jsme ji trošičku propleskly, jako chápete, jako ne úplně silně, tak jako taky se nehýbala, tak jsme zkusily jako, dala jsem jí ucho k ústům, jestli dýchá, dívala jsem se jí jako na hrudník, takže dýchala naštěstí a takže to bylo takový asi těžší, protože jako předtím s náma komunikovala právě a najednou jako zástava taková.

A co jiného ti to přineslo?

Asi mi to přineslo to, že nemůžeme brát jako na lehkou váhu tady ty věci hlavně, že jako když už se o toho pacienta staráš, tak nechceš, aby umřel, a chceš, aby se třeba vrátil domů za rodinou, a nechceš, aby ti jako umřel pod rukama.

Využila jsi v takových situacích zkušenosti získané z výuky?

Asi ano. Jakože jak se hlavně zachovat, jako v té chvíli, jako jestli jak zjistit, jestli ten pán jako dýchá, jestli je jako v pořádku. Že třeba jako dát třeba hlavně to ucho jako třeba na ty ústa, abysme cítily ten dech a takže u pána to bylo, takže v pořádku. A hlavně jestli se zvedá ten hrudník, ale jako teď jsme teda nezkoušely, ale pán se pak jako už normálně jako trošičku polyboval i tak.

A v oblasti komunikace s umírajícím pacientem?

Tak jako snažily jsme se s pánem mluvit...

Jak to probíhalo?

No tak jako jsme za tím teda pánem jako přišly, a pak jsme mu jako řekly, že budeme jako dělat ty funkce a tak a

von jako nám to odkejval...

A mluvil taky ten pán?

Nemluvil. Ale jako snažily jsme se s ním teda mluvit, vzaly jsme teda ty funkce a já jsem teda pak šla ještě na konci zkontrolovat toho pána, byl v pořádku teda.

A to už nějak komunikoval?

Pořád ne, ale spal v pořádku a měl to tam klidný.

Sdíleli jste uvedené zkušenosti se spolužáky?

Myslím, že jsem někomu řekla, jako že jsme měly takovej jako, i se spolužačkou myslím. Říkaly jsme o tom, ne jako ve srandě, ale jako že se to jako může stát prostě, jako že jsme se i docela lekly, když jsme s ním nemohly jako, chápete...

A co, že se může stát, jste si říkali?

Jako že nám tam neumřel.

Jaké to bylo a co ti to přineslo to povídání?

Přineslo mi to asi to, že spolužačka se cítila úplně jako podobně jak já, že vlastně v tom jsem nebyla sama v ten moment vlastně.

Chceš k tomu ještě něco dodat?

Asi ne, jsem ráda, že se to vyřešilo a všechno je v pořádku.

Měla jsi potřebu poradit se o zkušenostech a prožitcích s nějakým odborníkem?

Asi jako o smrti takhle jsem se ještě moc ne bavila s nikým, jako já to beru, že to prostě jako k životu patří, ale jako že je to zase jako taková ta věc, kterou nikdo nechce. A jako my jsme měli třeba i úmrtí v rodině, tak jako to jsme byli jako všichni smutní, takže tady to bylo vlastně takový černý všude, mně přišlo jako, že babička byla taky úplně jako na dně, takže jsme jí museli pomáhat se vším a jako hlavně utišovat třeba.

A k samotnému procesu umírání – zanechalo na tobě nějaké stopy, když jsi viděla toho pána, že už je opravdu na sklonku svého života?

No tak v ten moment se asi dá cítit vlastně jenom smutek a že vlastně třeba jestli má nějakou rodinu, tak asi ta bude asi taky smutná za něj hodně. A že vlastně doufat jenom, že měl dobrej život a že si ho dostatečně užil, aby vlastně mohl skončit.

Co si myslíš o umírání?

Tak jako když už jako ten člověk umírá v ten moment a jako je při vědomí, ví to, tak ten člověk se dokáže možná ještě jako s tím smířit s tou smrtí, i jako ta jeho rodina, ale když je to třeba náhlá jako, třeba když třeba jako má autonehodu člověk a teď se musí jako, jestli chce, tak rodina se jako sejít a promluvit si naposledy s tím člověkem, tak je to takový, že prostě nečekáte, že se to stane jako z jedny hodiny na hodinu a že prostě myslíte na to, co se mohlo stát líp a takhle.

Co si myslíš o smrti?

Asi že jako k životu to bohužel patří, že nikdo nežije věčně, ale samozřejmě nikdo nechce umřít, takže jako je to s prominutím takovej ten strašák, který nás bude strašit navždy asi.

Máš osobní zkušenost s umírající osobou mimo zdravotnické zařízení?

S umírající osobou ne, teda, ale s mrtvou asi ano, teda na pohřbu.

Můžeš mi ještě popovídat o svých názorech na péči o umírající ve zdravotnickém zařízení?

Tak třeba když už ta rodina nemůže jako nějak třeba pomoci a už musí ho dát jako do toho zařízení, tak by bylo

třeba jako lepší jako třeba víc navštěvovat toho člověka třeba před tím jeho koncem. Ale třeba když už jako třeba nikoho nemá a už jako žije v tom jako zařízení jako třeba zdravotnickým sám, tak už je to takový prostě smutný a už ten člověk bohužel čeká už jenom na ty jeho poslední chvíle, no.

Jaký máš názor na umírání doma?

Doma teda mně přijde, že je to takový lepší s tou rodinou, že jako tam ta rodina může jako u něj bejt i jako pořád a může se o něj jako starat a může jako myslet i ten člověk umírající vlastně na tu rodinu a vlastně mi to přijde i lepší, že ta rodina se vlastně může o toho člověka postarat možná i někdy líp, jako tou psychickou podporou.

Je ještě něco, co bys chtěla k tématu umírajícího pacienta dodat?

Jo tak asi že se s tím jako nechcu asi moc setkat, prozatím teda. Že jako já vím, že se s tím budu určitě jako setkávat, jak teďkon budeme i na těch ostatních odděleních, takže to tam možná bude trošku častější, ale chtěla bych to teda trošičku ještě oddálit.

A proč?

No, každej má vždýcky strach z takový ty neznámý věci.

A čeho se na tom bojíš?

No tak asi hlavně kvůli tomu, že to třeba zaviním já, že jako když už třeba jako omylem podám špatný léky, tak jako že si musím celou dobu jako buď se s tím smířit nebo vyčítat, jako že jsem toho člověka třeba zabila. Nebo jsem pomohla k tomu zabítí jeho, takže jako to je asi takovej ten největší strašák tam, no.

Je něco, čeho se (v rámci své budoucí profesní dráhy sestry) v souvislosti s umírajícím pacientem obáváš?

Takže třeba, v tenhle moment vlastně, když už ta sestra může ještě pomoci tomu pacientovi a jako snaží se mu pomoci a možná se ta pomoc i vyvede a tomu pacientovi bude líp, tak je to určitě dobrej pocit, ale když už ten pacient vlastně, tomu jenom pomáháme k tomu, aby to dožil jako klidným životem, tak je jako lepší tam mít třeba rodinu kolem něj.

Já to myslím v tom smyslu, čeho ty se obáváš v rámci své budoucí profesní dráhy sestry v procesu umírání člověka?

Že ten člověk třeba jako bude jako brečet, nebude už mít nic, žádnou rodinu, nikoho, na koho by se mohl obrátit, takže bude jako spoléhat jako už jenom na nás vlastně, takže my budeme jako ta poslední psychologická podpora a já nebudu vědět, jak se v ty chvíli vlastně zachovat. Že jako takovou věc se prostě musíte jako ne naučit přímo, ale jako vědět, co v tu chvíli dělat hlavně.

RESPONDENTKA 3

Jaké zkušenosti sis odnesla z prvního setkání s umírajícím pacientem na praxi?

Tak na praxi určitě, že se s tím nedá počítat, že u těch pacientů kolikrát jde vidět, že začínají se třeba objevovat skvrny, takže už se čeká, jestli to bude za hodinu, za dvě nebo večer a oni se úplně zlepší a vydrží ještě naopak, když to tak blbě řeknu, dlouho.

Takže jaká je ta zkušenost? Kdybys to ještě víc specifikovala...

Je to nepředvídatelný.

Na co dalšího si ještě vzpomeneš? Jde mi o tvou první zkušenost s umírajícím.

Tak bylo to na ODNkách, takže tam ty sestry s tím tak jako počítají, není to pro ně jako nic neobvyklýho, ale naopak s tím dědou tak to bylo ze dne na den, takže to bylo fakt nečekaný.

Atmosféra na oddělení byla jaká?

Já bych řekla, že s tím jako počítaly, nebo ne že počítaly, ale nebylo to pro ně nějaký jako překvapení.

A jaký byl přístup lékařů k tomu pacientovi?

Já bych řekla že jako tak jakej by jako měl bejt, ale teď se nám stalo, že zrovna jak jste tam byla v to pondělí, tak nám včera zemřela paní a tam to teda bylo takový, bych řekla že jako takový dost neprofesionální, protože se pán vlastně podíval do papírů, viděl tam exitus a říkal že jako paní zemřela a říká, tak já se pak na ní půjdu podívat, jestli opravdu je mrtvá, tak mně to přišlo takový...

To říkal lékař?

Jojojo, já vím, že to jako mezi sebou ten personál má tak jako že to je jako jiný, ale my jsme tam u toho jako se spolužačkou byly, tak jsme to prostě slyšely a myslím si, že... Jako jo, byla do 96letá bábinka, takže ta to měla zasloužený, ale nebylo to moc profesionální.

A vzpomeneš si ještě, jaký byl přístup lékařů u toho prvního setkání?

To už asi ne.

A co přístup ošetřovatelského personálu k pacientovi?

Jo tak ti sanitáři, co tam byli, tak ti určitě hnedka byli jako připravený. Dvě hodiny se tam teda paní nechala, a pak šli a hned umývali.

A přístup a chování jejich k pacientovi?

Tak jak by to mělo bejt.

A jak se k umírajícímu pacientovi chovali?

Úplně jako k normálnímu pacientovi, měřily se fyziologický funkce, řešilo se, jestli paní má něco v plínce nebo nemá, léky se podávaly...

A jak se choval a projevoval ten Tvůj první umírající pacient?

Určitě takový velký zlepšení, že si i sedal a rehabilitoval a prostě jako všechno v pohodě, vzpomínal si, a pak z hodiny na hodinu strašný zhoršení a pak už teda byla ta smrt.

A šly vidět nějaké projevy, že by už to mělo přicházet?

Jo, určitě strašný zeslábnutí, fleky tam byly modrý, fialový a zblednutí. I mi přišlo, že mu tak jako zesklovatěly oči.

Jak bys je to první setkání srovnala s tím dalším?

Ta paní byla hodně agresivní a i to bylo možná i tím, že pán s tím byl jako více smířenej než ta paní, protože ta byla zmatená, tak si to asi nechtěla připouštět. Sestřičky nám i říkaly, že ji rodina jako nepřijmula domů, ona chtěla hodně domů a voni jí řekli na návštěvě, že určitě ne, že tady zůstane, tak myslím, že byla taková nesmířená a i pak celkově to tělo tak i vypadalo. My jsme u toho byly a prostě ten obličej byl takovej prostě tak jako...

A co jiného ti to ještě přineslo?

Tak přineslo... Nevím, co mi to úplně jako přineslo. Že to je hodně důležitý jako aby si to ten člověk jako...ne vždy to jde, ale tak nějak jako prostě odešel prostě s tím smířenej a prostě... Jako by teď že u tý paní ta rodina byla smířená, protože i jsme paní jako že si tam přišla pro papíry a tak nějak se jako poptat, ale u toho pána to bylo takový trochu to no...

Takže rozumím tomu dobře, že tobě konkrétně to přineslo to, že si myslíš, že je potřeba, aby umírající byli smíření s tou smrtí?

Jistě.

Využila jsi v takových situacích zkušenosti získané z výuky?

Určitě, pak teda spíš asi po té smrti, kdy jsme toho pacienta nachystaly, napsalo se jméno, datum smrti a hodina, oddělení, podvázala se brada...

A v oblasti komunikace předtím, než zemřel?

Tak u té paní, tak ta se vlastně naštvála při snídani, že vlastně strašně dlabala a ještě ta paní byla taková... křičela na nás, ať spěcháme.

A jaká byla vaše komunikace k ní? Pomohly ti poznatky třeba z psychologie nebo z jiných předmětů?

My jsme se k tomu v psychologii ještě nedostali, ale tak nějak jako z takovýho selskýho rozumu, tak jsme jí to vždycky prostě odkývali. Třeba takový to: „jojojo, brácha přijde“ nebo „jo, půjdete za tatínkem“. Snažily jsme se, abysme jí zbytečně nenaštvaly.

Sdíleli jste uvedené zkušenosti se spolužáky?

Jo, jo určitě.

A jak to probíhalo?

Tak třeba u té paní, tak jsem tam šly spolu se spolužačkou, a vlastně zeptaly jsme se sanitářů, jestli jako, co je potřeba, pak jsme spolu připomněly, jestli tam není nějakej papír na sepsání věcí, vytahaly jsme věci ze skříňky...

A samotnou tu zkušenost, co to v tobě zanechalo, ten umírající pacient, jsi s někým sdílela?

No s tou spolužačkou my jsme u té paní, zrovna když umírala, nebyly, ale tak jsme se o tom bavily, že bysme určitě, kdybysme byly sestry a mohly u toho bejt, nebo kdyby to byla rodina, tak určitě u něj stát a třeba mu povídat ještě něco, protože poslední odchází sluch, tak prostě mu to jako zpříjemnit.

A potřebovala sis o tom s někým promluvit? Třeba s nějakým odborníkem?

Asi jako s těma pacientama asi ne, jako jo, pobavily jsme se o tom s holkama, ale třeba zrovna u tohohle dědy, tak mi to moc pomohlo, když jsem to mohla jako někomu říct.

A jaké to bylo, když jste se o tom bavily?

Tak určitě jsem třeba řekla, že měl to prožitý hezky to stáří, že tam furt někdo u něj byl, děti, vnoučata, že měla zahrádku třeba nebo nějaký koníčky no. Že jako prožil ten život jako hezky no. Snažila jsem se na tom hledat ty pozitivita, než abych říkala, že třeba trpěl nebo se dusil.

A s kým jiným jsi to ještě sdílela?

V rodině jsme to probírali. A i vlastně v té nemocnici, tak určitě jsme spolu nejvíc, že jo.

Co si myslíš o umírání?

Že by se to mělo tomu člověku co nejvíc zpříjemnit. I když, já nevím, třeba se mu špatně polyká nebo něco, tak mu třeba nalejt, já nevím, šťávu, co má prostě rád, a ne zbytečně dodržovat i třeba ty léky, pokud nechce polykat, tak ať si to nepolkne prostě. Prostě udělat, jako zpříjemnit mu to. Když se chce dívat na televizi, tak i když jí třeba nerozumí, tak mu jí pustit.

Co si myslíš o smrti?

Je rozdíl, když je to mladej člověk nebo takhle starej, ale pokud jde zrovna o toho starýho, tak určitě jako nějakým způsobem osvobození, pokud je nemocnej, tak prostě je to takový už jako osvobození. Že se trápí nejen ta rodina, nejen on, nejen ten personál, že je pacient špatnej...

Máš osobní zkušenost s umírající osobou mimo zdravotnické zařízení?

V rodině zase.

Využívala rodina umírajícího domácí zdravotnické služby?

Jo, ten hospic pak ke konci, kvůli morfinům. A pak vlastně i bylo dost pohodlný pro nás, že vlastně když už děda zemřel, tak jsme zavolali tu sestřičku, doktora, a pomohli nám s tím tělem pak a... Jako umyli a oblékli jsme jako sami, ale pak jako zavolat tu službu, papíry nějak sepsat, že to bylo takový pohodlný. Jako ne celou dobu, že by za ním dojížděli, to my jsme si všechno dělali sami, ale ty opiáty jsme jen jako nedostali, takže to přes ně.

Jakou máš s nimi zkušenost?

S tím hospicem? Určitě dobrou.

Jak se vyvíjela Tvoje komunikace s umírajícím doma?

Úplně stejná, jako když vlastně byl ještě fit, ale třeba jsme mu četli nebo... když už prostě nemohl, tak jsme mu prostě něco... Nebo jak je venku počasí...

A byl nějaký problém v té komunikaci?

Ne. Jako určitě jsme nezmiňovali zrovna jako toho nejmladšího vnoučka, že prostě on si sám i řekl, že jako nechce, aby k němu chodil, aby ho takhle neviděl, takže vo něm jsme teda nemluvili, ale jinak všechno.

Jak fungovala rodina umírajícího?

Všichni, celá rodina se tak nějak jako semkla a všichni jako měli tu péči, jestli není potřeba něco, jestli nakoupit, nebo...

Co bys ještě dodala ke svým zkušenostem v této oblasti?

I si myslím, že ten hospic jako, že to není nic jako žádná ostuda, že pokud se fakt lidi nedokážou postarat, nikdy v tom zdravotnictví nedělali, tak si myslím, že to jako není žádná ostuda si prostě pozvat někoho, kdo toho pacienta prostě umyje nebo tak... Určitě asi to zbytečně nějak nerozebírat, prostě třeba jenom říct, že mu bude líp už a nějak to jako... I tu rodinu třeba, pokud na to není připravená, tak to zbytečně prostě jako, že to určitě jako jeden den přijde, ale zbytečně to nevytahovat.

Můžeš mi ještě popovídat o svých názorech na péči o umírající ve zdravotnickém zařízení?

Já bych řekla, že na tý ODNce, na který pracuju, jsou na to dost připravený, ale většina těch ošetřovatelů i sester bych řekla, že to fungovalo prostě jako normálně, že to jako tomu pacientovi nějak jako nepřipouštěli, akorát ten jako lékař, že u toho vlastně ani nebyl, že voni ho zavolali, že teda jako paní zemřela a lékař přišel tak po hodině, po hodině a půl se na ní podívat a...

Jaký máš názor na umírání doma?

Že si myslím, že to je pro ty lidi mnohem jako příjemnější, být s tou rodinou. Jako někdy je ta rodina nechce vidět, ale já si myslím, že to je jako prostě důležitý, aby ten člověk byl doma, protože se jako cejtí líp, je tam s tou rodinou, i se tam jako se všema prostě tak jako rozloučí a přijde mi to prostě lepší než v hospici někde na – jestli vidí, že jim třeba kape infuze, pro ně to není úplně jako normální, když to blbě řeknu, tak jako – na hadičkách, kdy tam přijde sestra jako, že to není prostě rodinný, no.

Je ještě něco, co bys chtěla k tématu umírajícího pacienta dodat?

Přemejšlím, asi... myslím si, že jako nejdůležitější na tom je asi mu to jako zpříjemnit prostě. Když třeba má problémy s žaludkem a bude mu špatně, tak třeba dát hranolky nebo smažák, prostě to, co měl jako vždycky rád, no.

Je něco, čeho se (v rámci své budoucí profesní dráhy sestry) v souvislosti s umírajícím pacientem obáváš?

Asi tý trpělivosti jako v tom, že třeba když ten člověk bude trpět, tak to prostě jako pozorovat, no, a přihlížet tomu, že třeba už nemůžu víc jako pomoci.

RESPONDENTKA 4

Jaké zkušenosti sis odnesla z prvního setkání s umírajícím pacientem na praxi?

Že to byl takovej divnej pocit vidět ty lidi jakoby na tom lůžku, že jako jenom leží a nic skoro nevnímají a bylo takový těžký s nima jako pracovat, když prostě neodpoví nebo nezareagujou, nevíme jako, jestli je to bolí nebo ani... Prostě to byl takovej divnej pocit pak od nich jako odcházet, že už jako jsem si i myslela, že jako prostě na tom asi nejsou nejlíp, možná to šlo i vidět...

Jaká byla atmosféra na oddělení?

No, tak sestřičky asi jako věděly, v jakým jako on je stavu nebo tak, a asi jako by normální, že jako by prostě jako, jak kdyby každodenní jako...

Jaký byl přístup lékařů k pacientovi?

Ohleduplný, že jako by dbali na toho pacienta, v jakým je stavu a takhle. Snažili se na něj furt jako mluvit, komunikovat s ním, i když jako on odpovídat už prostě nemohl, třeba jen jako kejvat hlavou nebo tak... a prostě mile.

A jaký byl přístup ošetrovatelského personálu k pacientovi?

Ti taky ohleduplně, ale už tak... už mi přišlo, že jako by to brali tak jako že už je to takový jako poslední tažení, když to tak řeknu, takže už jako spíš jako už s tím jako byli tak jako kdyby smířený, když to tak řeknu.

Jak se choval a projevoval ten umírající?

No, von vlastně jen ležel, von byl teda dost vyhublej, takovej kachectickej, dekubity měl a jen prostě ležel, už jako i zavíral oči často nebo takhle a jen odpočíval. Ani nemluvil s náma vůbec a jen když, tak třeba kejvl hlavou nebo jinak nic.

Vzpomeneš si na další podobné setkání?

Ještě s jednou paní, ale ta ze začátku těch praxí, ta tak nepůsobila, ale pak jsme se vlastně dozvěděli, že jako by umřela, a ta byla spíš jako taková pomatenější, že už si pletla jakoby pátý přes devátý a taková náladová a tak hodně.

Jak bys srovnala tady to setkání s tím prvním?

Ta paní byla stoprocentně v lepším stavu, i když pořád mohla komunikovat a dalo se s ní ještě tak nějak jako domluvit, s tím pánem ne, to jsme s ním neprohodili ani jedno slovo, ale komunikovali jsme s ním furt, a s tou paní jsme se domluvili a jako jsme si s ní povídali, třeba nám i vykládala jako nějaký svoje zážitky a takhle, to bylo zas hezký, ale byla určitě v lepším stavu než ten pán.

Co ti ty zkušenosti přinesly?

Asi vidět i třeba toho pána, že nebyl v úplně nejlepším stavu a že prostě tam jsou taková lidé, kteří už jsou upoutaní na to lůžko a nekomunikují a jsou vážně nemocní a pak je ale zas hezký vidět na druhou stranu, i jako třeba z pohledu té paní, že nám tam i vykládala ty jako její zážitky a takhle, tak to bylo i jako smutný, že vlastně tam si nemá s kým jako popovídat, tak to tam říkala právě nám, že když jsme se tam vo ní staraly a jako zajímaly jsme se. A jinak nám vždycky říkají, že tam jsou příšerně dlouho a že už jako chtějí domů. Takže v tom mi jich je líto tak nějak.

Takže ve výsledku, co ti to přineslo?

No, to nevím, jak popsat. Asi vidět tu realitu v té nemocnici, že ty lidi jsou prostě upoutaní na to lůžko a že ne každěj podle mě. Že si to nedokáže každěj představit.

Využila jsi v takových situacích zkušenosti získané z výuky?

Já si myslím, že jo, že třeba jak správně jakoby napolohovat toho pacienta nebo takhle, aby mu to bylo co nejpříjemnější, protože byl i jako vyhublejší a tak, takže si myslím, že ta výuka... a i ta komunikace, že jsme se naučily, jak s těma pacientama komunikovat, to si myslím, že to je dobrý, že to jsme si z té výuky odnesly.

Sdíleli jste uvedené zkušenosti se spolužáky?

Jo, se spolužačkama, co jsme právě v té skupince spolu, tak jsme o tom pak mluvily, že třeba něco, některý zážitky byly fakt silný, tak jsme si vo tom pak povídaly, že to bylo něco.

A jak to probíhalo?

Potom, jak jsme přišly do třídy po praxích na tu učebnu, tak tam. Nebo v šatně.

Měla jsi potřebu poradit se o zkušenostech a prožitcích s nějakým odborníkem?

Asi ne. Asi ne, ale spíš jsem se pak mamce doma vybrečela, jak jsme se dozvěděly vo tý paní, protože to byla vlastně první naše pacientka, co jsme přišly na první praxe, tak jsme se vo ní staraly, a pak nám holky právě řekly, že už právě umřela, což jsme nečekaly, tak to jsem se spíš doma takhle vybrečela mamce, že jsem to nečekala.

Co ti to přineslo?

Už třeba, že už jsem si to jako třeba prožila, že už jsem ty pacienty takhle v tomhle stavu viděla, tak že třeba už, jestli se s tím eště jako znovu setkám, že to nebude třeba tak horší, že už na to třeba budu připravenější a budu vědět, jako co od toho očekávat.

Co si myslíš o umírání?

No, třeba na těch pacientech vůbec nejde poznat, nebo na tom pánovi třeba vůbec nešlo poznat, jestli ho to umírání jako bolí, že to bylo takový zvláštní, že jako jsme se bály, abysme mu třeba ještě něco jako nezpůsobily, že jsme vůbec nevěděly, jestli ho to bolí nebo takhle, a přijde mi to takový hrozně smutný to vidět z pohledu toho ošetřujícího.

Takže si o umírání myslíš, že je to bolestivý z pohledu ošetřujícího personálu?

Hm, když třeba už si na tom oddělení někdo na toho pacienta zvykne, a pak vidí ten jeho stav zdravotní, tak to mi přijde, že to jako by může bejt bolestivý pro toho ošetřujícího.

Co si myslíš o smrti?

No, tak že je to jakoby přirozený proces, ale že i jako vlivem stárnutí anebo vlivem nějaké nemoci a že prostě pokaždý to někoho pot... každého to potká a že prostě jednou to pokaždý přijde. Ale... nevím, jak bych to jinak popsala. Složitá otázka.

Máš osobní zkušenost s umírající osobou mimo zdravotnické zařízení?

Jo, dědeček. *[respondentka má podlomený hlas, je dojatá]*

Využívala rodina umírajícího domácí zdravotnické služby?

Myslím si, že jo.

A víš konkrétně, co to bylo za služby?

To si nejsem jistá, ale myslím, že tam dojížděl jako ošetřující lékař i nebo nějaký sanitáři, myslím.

A máš s těmi zdravotníky osobní zkušenost?

Moc jsem je tam teda nepotkávala.

Jak se vyvíjela Tvoje komunikace s umírajícím?

Já jsem za dědou chodila, když jako... *[respondentka má podlomený hlas, v očích je patrné dojetí]* se zeptat, jak mu je a takhle si s ním popovídat ještě a prostě jsme seděli... já jsem seděla u něj na posteli a prostě jsme si povídali

a takhle a já brečela a tak. A právě já jsem tam byla ten poslední den, co jako by, že už to bylo takový jistější ta smrt, tak jsem se byl tam jako by, s ním jako by rozloučit, tak to jsem byla ráda, že jsem to jako ještě stihla. A prostě jsme si povídali, no. A byl jako by... říkal mi, jako že... protože my jsme trávili spolu hodně času, von mě dost často hlídal, tak jsme si prostě povídali a tak.

Jak fungovala rodina umírajícího?

Babička, jakoby prababička, se o něj hodně starala, a i babička a takhle jako vnoučata, hodně, všichni se zapojovali. A i když byl v nemocnici, tak jsme jako jezdili na návštěvy za ním a tak.

Takže potom byl i v nemocnici?

Předtím. A potom byl převezen domů jakoby na domácí péči.

Co bys ještě dodala ke svým zkušenostem v této oblasti?

Že to je asi horší než v té nemocnici, to vidět, když toho člověka známe.

To vidět?

Jo, eště když toho člověka známe, tak to musí bejt... tak je to prostě horší než, když to řeknu, u cizího člověka a je to těžší prostě, si myslím.

Můžeš mi ještě popovídat o svých názorech na péči o umírající ve zdravotnickém zařízení?

Já si myslím, že s tím, co já jsem se setkala, tak já jsem tam byla s teda milejma sanitářkama, co se o pacienta staraly, a myslím si, že ta péče byla dobrá. Ale vím, že některý třeba, když to tak řeknu, tak že takové pacienty jako přehlížejí, nebo, když to tak řeknu, že si nemyslí, že to je to nejdůležitější na tom oddělení.

Jaký máš názor na umírání doma?

Myslím si, že pro toho umírajícího je to třeba pohodlnější, že vlastně odejde ve svém prostředí než jako v nemocnici, v cizím, i jako že s cizíma lidma v té nemocnici. Doma má lidi, který zná, který má rád. A myslím si, že je to pro ty pacienty, pro ty lidi jako příjemnější volba, když si to můžou vybrat.

Je ještě něco, co bys chtěla k tématu umírajícího pacienta dodat?

Už asi nevím, co bych dodala.

Je něco, čeho se (v rámci své budoucí profesní dráhy sestry) v souvislosti s umírajícím pacientem obáváš?

Ehm, tak, ehm, asi nejvíc, že ten pacient bude jako by umírat v bolestech a já mu nebudu moct jako nějak pomoci. A asi ten pocit, že už prostě toho pacienta jako že nezachráníme, že jako když už jako víme, že to je prostě ten umírající pacient a že už nemá možnost se uzdravit, tak ten pocit prostě že... s tím smířením, jako že ten pacient odejde, tak asi to.

RESPONDENTKA 5

Jaké zkušenosti sis odnesla z prvního setkání s umírajícím pacientem na praxi?

Tak já jsem párkrát měla takovýho jako umírajícího pacienta...

A vzpomeneš si na první zkušenost?

Tak, byl takovej jako zvláštní, že jsem úplně nevěděla, protože jako pán nemluvil, takže jsem úplně nevěděla, jestli to dělám jako dobře, jestli to třeba jako nebolí, a tak to bylo takový... já radši mám, když pacienti komunikují, jako že vím, na čem jsem, takže to bylo takový nejistý.

Na co dalšího si ještě vzpomeneš?

No jako, ani ostatní moc jako nevěděly, co s tím pánem, a sestřičky už byly v tom takový jako lepší, jako ani ostatní spolužáci, kteří tam byli, byli, myslím že, na tom podobně jako já.

Jaký byl přístup lékařů k pacientovi?

Asi spíš ty sestřičky, lékaře jsem tam asi neviděla.

Dobře, tak mně popovídej o těch sestřičkách...

Chovaly se k němu hodně podobně jako k ostatním pacientům a už byly prostě profesionálnější než my, že už jako věděly, co jako jim je.

Jaké byly chování a projevy toho umírajícího pacienta?

Ehm pán hlavně ležel jako na stejném místě, moc se nehejbal, což mě trošičku jako znervózňovalo, měl i podobný výraz, že jako měl ho pořád stejnej, a tak se na nás koukal, co děláme.

A jak se u něj projevovalo chování?

Měl i takovej jako neutrální výraz, nic jako neprojevoval.

Vzpomeň si na další podobné setkání?

No, třeba, ehm... jsem zažila, asi za tři měsíce, že paní nám trošičku jako zkolabovala, takže to byl takovej... to jsem tam byla se spolužačkou a to byl už jako ani jeden jsme nevěděli jako, co paní je, tak jako jsme trošku zpanikařily...

V čem to bylo jiné oproti tomu prvnímu setkání?

No, v tom, jak to bylo nečekaný.

A co jiného ti to další setkání přineslo?

Že už jsem víc jako věděla co dělat, že jsem jí jako zkontrolovala fyziologický funkce, jestli všechno jako funguje, a spolužačka šla pro sestřičky.

Využila jsi v takových situacích zkušenosti získané z výuky?

Ty fyziologický funkce jsem zkontrolovala a hrudník, jestli dýchá.

A v oblasti komunikace s umírajícím pacientem?

Snažila jsem se na paní mluvit, nějak jí třeba jako podržet nebo nějak jí trošku šťouchnout, jestli se neprobere.

Sdíleli jste uvedené zkušenosti se spolužáky?

Jen s těma, se kterýma jsem na tom spolupracovala a jinak ne.

Měla jsi potřebu poradit se o zkušenostech a prožitcích s nějakým odborníkem?

To asi ne.

Jaké to bylo, když jste se o tom bavily se spolužáky?

No, říkali jsme si svoje zkušenosti, jak bysme to třeba udělali líp, kdyby se to opakovalo, a nějak... takže jako zážitky, pocity.

Co si myslíš o umírání?

Asi že je to součást života, která jako přijde, a jako když ti pacienti jsou jako blízko tý smrti, tak aby jako ten život měli ještě jako dobrej.

Co si myslíš o smrti?

Třeba pro ty blízky to může být takový těžký, ale jako nějak se s tím musí jako vyrovnat a nějak to prostě k tomu patří k tomu životu.

Máš osobní zkušenost s umírající osobou mimo zdravotnické zařízení?

To ne.

Ani doma?

Ne.

Můžeš mi ještě popovídat o svých názorech na péči o umírající ve zdravotnickém zařízení?

Měla by být stejná jako při ostatním, aby jako ten pacient dobře jako dožil... Jako myslím, že asi v Novém Městě je jako dobrá, že se tam o ně dobře starají.

Jaký máš názor na umírání doma?

Myslím, že asi to je dobrý, že ten člověk je blízko jako svých blízkých a jako je v tom domácím prostředí, kde se cítí dobře. Možná to je jako lepší než v té nemocnici, že tak jako na to prostředí je zvyklej.

Je ještě něco, co bys chtěla k tématu umírajícího pacienta dodat?

Asi ne.

Je něco, čeho se (v rámci své budoucí profesní dráhy sestry) v souvislosti s umírajícím pacientem obáváš?

Tak já jsem se spíš jako bála, že jako umře třeba mojí vinou, tak to se snad jako nestane, jako budu se ho snažit třeba zachránit, pokud eště tahle šance bude... To je asi všechno.

RESPONDENTKA 6

Jaké zkušenosti sis odnesla z prvního setkání s umírajícím pacientem na praxi?

No, já nevím, jak to vysvětlit teď. No, takže nekomunikoval se mnou, to a v další řadě, že prostě byl to prostě v bezvědomí, jako že prostě ani se na mě nedíval a nevím co k tomu dál říct.

Co to v tobě vyvolalo?

No, tak asi, že prostě, jako že ten člověk asi potřebuje odpočívat jako, že už je někde jinde jako. To je strašně těžká otázka. Jako mně přišel ten pacient jako na první chvíli, že prostě jako byl jinde, jako v jiným světě, prostě že nebyl mezi náma, jako že jak to říct, v uvozovkách, a moje pocity byly takový, že prostě jsem tam sama, jak kdybyv tom pokoji, že prostě tam nikdo se mnou není, že si povídám jako sama pro sebe, mně přišlo.

Ty jsi na něj mluvila?

Ano.

A jaká byla atmosféra na oddělení?

Špatná. Já jsem to vnímala, jako že to byla taková rušná atmosféra, mně připadla, že jako se lidé snažili s tím pacientem komunikovat, takže jako prostě nebylo ticho, že jako třeba aby měl klid sám pro sebe, ale prostě bylo rušno.

Jaký byl přístup lékařů k tomu pacientovi?

No, právě tam za náma doktor ani nebyl.

A přístup ošetřovatelského personálu k pacientovi?

Sestřičky se snažily jako že ho probrat, že jako se snažily jako zvyšovat na něho hlas a snažily se jako, aby začal komunikovat ten pacient, a když ani to nepomohlo, tak začly... jako aji do něho štípaly jako to... aby ten reflex prostě z toho štípnutí, jestli na to jako reaguje, a jinak asi nic zvláštního.

A ty jsi s ním dělala konkrétně co?

Já jsem zrovna mu měřila fyziologické funkce.

A podařilo se to změřit?

Jo, podařilo. Bylo to obtížný, protože když ten pacient prostě je takovej, že s ním člověk nemůže komunikovat, tak je to takový blbý, jako že mu třeba vzít ruku jako: „dej mi ji“.

Jaké byly chování a projevy toho umírajícího?

No, takže prostě nereagoval, že třeba jsem si chtěla vzít tu ruku na změření tlaku, ale prostě ta ruka byla jakože

mrtvá, jako že prostě neměl žádnou snahu se snažit nějak, a asi jako chování ani se nebránil, takže prostě mrtvý tělo, no.

Ale žil?

Jo, to jo. No prostě byl v takovém spánku tvrdým, no, úplně, že prostě nevím.

Vzpomeneš si na další podobné setkání?

Asi ne.

Využila jsi v takových situacích zkušenosti získané z výuky?

No, tak jako nejdřív mě napadlo to štípnutí, protože to jsme si třeba jako říkali, ale říkala jsem si, že to nebudu dělat, a pak sestřičky to udělaly, takže... Aji mě napadlo propleskat toho pacienta, ale to asi ne, jako jen tak něžně jo, že jako ne moc, ale že to taky jako občas funguje, ale nechtěla jsem být jako nějak tvrdá.

Sdíleli jste uvedené zkušenosti se spolužáky?

No, já nevím, já vo tomhle nerada mluvím, takže ne.

A měla jsi potřebu poradit se o zkušenostech a prožitcích s nějakým odborníkem?

Jo, to určitě jako uvnitř jsem měla takovej pocit, že potřebuju jako s tím něco dělat, jako mluvit s někým. Proč? nebo...

A využila jsi třeba někoho z vyučujících nebo psychologa nějakého?

Ne, ne, ne.

Co si myslíš o umírání?

No, já si o tom myslím, že prostě ten člověk by si měl užívat jako do poslední chvíle, jako že tady je, že prostě aji když prostě se cejtí třeba to, že umírá pomalu, že to prostě třeba cejtí, tak si myslím, že by měl prostě si užívat ten život, jako splnit si třeba svoje přání ještě dokad'...

Co si myslíš o smrti?

No, já si myslím, že jako o smrti, třeba, jako někteří lidi to třeba tak nemaj, ale můj názor je takovej, že po smrti jako že jsme prostě... že třeba pak jsme v jiným světě, že se prostě [nesrozumitelné] jinde nebo... nevím, nejsem věřící, ale myslím si to, že prostě není to takový, že prostě zmizím a už tady nikdy nebudu.

Máš osobní zkušenost s umírajícím osobou mimo zdravotnické zařízení?

Ano, mám.

A kdo to byl?

Ehm, vlastně, z mamčiny stran vod přítele, tak její... nebo jeho dědeček, tak.

A když umíral, tak byla jsi u toho?

No, já jsem tam byla vlastně den předtím, než umřel, tak jsem tam byla, a potom vlastně jsem měla takový pocit, že prostě ta duše tam někde je prostě. A nevím, mně se tam nelíbí, prostě, když tam třeba teď jdu, nevím, je to takovej nepřijemnej pocit strašně.

A jaká byla tvá zkušenost, když jsi přišla za tím umírajícím dědečkem?

No, tak jako, už jenom to, že prostě ten člověk zas byl takový, že von vůbec ani jako nereagoval vůbec, prostě se ani nedíval, že třeba jsou lidi, co se aspoň podívají nebo stisknou ruku, ale prostě tohle byl takový... fakt jako úplně vyhaslý tělo prostě, že mi přišlo, jako kdyby tady už ani nebyl jako v tu dobu, co jsme u něho tam byli... nevím no, bylo to takový divný no ten den už před tím.

Využívala rodina umírajícího domácí zdravotnické služby? Jakou máš s nimi zkušenost?

Ne, chodila myslím akorát ošetřovatelka...

Takže ano?

No jako, vona tady byla třeba fakt jenom jednou tak za měsíc, jo, víc ne, von totiž nechtěl jakože do nemocnice, že prostě von doktorů se jako takhle bál.

A máš s tou ošetřovatelkou nějakou zkušenost?

Já jsem jí tady viděla akorát jednou, jinak jako nebyla jsem u toho, když tam byla.

Jak se vyvíjela Tvoje komunikace s umírajícím?

Jak jako komunikace?

Jak se vyvíjela ta komunikace? Jak se ti s ním mluvilo?

No, nemluvilo, protože von taky nemluvil.

A ty jsi na něho teda taky nemluvila?

No, snažila jsem se, právě pak aji jako třeba ruku, aby mně stiskl...

Tak tohle mně popiš.

No, tak jako, snažila jsem se mu, vlastně jak měl stisklý pěstě, tak jsem se snažila jako mu dostat rukou vlastně do tý pěstě a prostě jsem necejtila žádný tlak, že by třeba zatlačil, že by cejtil mě, to si myslím, že vůbec.

A snažila se mluvit na něj?

Jo, snažila jsem se jako s ním komunikovat. Jo, jako jak se třeba má nebo jestli o mě ví a tak a prostě nic.

A on nereagoval?

Ne, vůbec.

Jak fungovala rodina umírajícího?

No, byli z toho smutní hodně a hlavně jako nás to zastihlo jako hodně, protože von tak asi pět let prostě ležel jenom na posteli, jako že to už bylo špatný, že prostě nemohl ani na záchod, nic prostě, jenom ležel, a pak najednou to přišlo, no. Ale tak jako byli jsme s tím smíření, že to prostě přinde, že ten čas prostě nastal. Ale bylo to takový, že to v nás zanechalo něco no, že prostě pět let takhle ležet prostě na posteli, a pak najednou vodejít ze dne na den, že to bylo takový...

A co to ve vás teda zanechalo?

No, takovej ten pocit, že prostě člověk může umřít ze dne na den, že prostě třeba se druhý den nevzbudí nebo prostě, že ten stav se ani jeho nezhoršoval jako na tý posteli, že nebylo to jako horší, že prostě fakt to bylo takový ze dne na den no...

Chtěla bys ke svým zkušenostem v této oblasti ještě něco dodat?

Asi ne.

Můžeš mi ještě popovídat o svých názorech na péči o umírající ve zdravotnickém zařízení?

No, já osobně si myslím, že to je jako dobrý nápad, že ty lidi jako se snaží, třeba aji když ty umírající nemají třeba jako příbuzný, že aspoň někdo se jako vo ně stará a že mají takovej pocit, že aspoň někdo se vo ně zajímá, i když prostě tady napůl nejsou, a asi jako já si myslím, že bych to asi nechtěla dělat, já bych nemohla snést pocit, že se na to dívat jako tady člověk pomalu vodchází, takže bych to asi nedělala. Už jenom to, s třeba něma komunikovat, že voni si to ty lidi nepamatujou, že prostě, co říkali nebo... že tady jak kdyby jednou nohou nejsou.

Jaký máš názor na umírání doma?

Já si myslím, že to je určitě lepší jak třeba někde v nemocničním prostředí, protože člověk umře jako tam, kde prostě prožíval ty svoje chvíle, že... právě že třeba v tý nemocnici, že prostě třeba je nerad nebo že umírat doma je

prostě takový lepší i z pohledu toho, že prostě bude vědět nebo takhle ai ty lidi, že jako umřel ve svém prostředí no, tam kde prostě třeba vyrůstal nebo bydlel.

Je ještě něco, co bys chtěla k tématu umírajícího pacienta dodat?

Asi ne.

Je něco, čeho se (v rámci své budoucí profesní dráhy sestry) v souvislosti s umírajícím pacientem obáváš?

No, tak obávám se asi toho, že třeba budu někde na voddělení a třeba mně přinde zpráva, nevím vod nějaký sestřičky, že třeba tam mám nějakýho příbuznýho a umřel, tak toho bych se asi jako vobávala dost. Jako že prostě takový to že člověk tam nemohl bejt s ním v tý chvilce poslední, co prostě umíral pomalu, tak asi to.

Jestli to správně chápu, tak se obáváš, že nějaký tvůj příbuzný že tam bude a že ti nějaká sestřička napíše zprávu, že tam je?

Že třeba ten příbuznej umře...

Tvůj příbuznej?

Jo, a že prostě tam jsem s ním nemohla bejt do tý poslední chvíle prostě, co vyhasl.

RESPONDENTKA 7

Jaké zkušenosti sis odnesla z prvního setkání s umírajícím pacientem na praxi?

No tak vlastně, paní byla taková, už jako šlo vidět, že už to asi nepude úplně zachránit, a byly jsme k ní takový jako milý, snažily jsme se i s ňou popovídat, i když nám moc nemluvila, tak jsme jí jako říkaly, že dneska vypadá hezky, že je krásnej den, popisovaly jsme jí počasí venku, aby se tak jako duševně cítila líp a taky nám to podle mě se spolužačkou dělalo dobře... Že jako první pocit byl takovej jako „ty brďo“, jako chudák prostě, ale prostě ten život takovej dle je a lepší už to prostě nebude, narodíme se, budeme žít a umřeme, a prostě to je koloběh života, ale jako asi jako nějak moc mě to nezasáhlo, protože jsem už zažila umírajícího člověka mimo praxi v mladším věku, tak ve dvanácti letech.

K tomu se pak ještě dostaneme... A když jsi viděla tu umírající na té praxi, zanechalo to v tobě něco?

Určitě jsem věděla, že si ju budu pamatovat. *[respondentka má podlomený hlas, je dojatá]* Že to je vlastně první pacient jako v mé kariéře zdravotní sestry, kterej vlastně tam umíral, už dožíval ten zbytek života a vím, že si ten obličej a ten výraz budu do smrti pamatovat.

Jaká byla atmosféra na oddělení?

Ehm, myslím si že v pohodě, jako snažily jsme se to tak jako všici uvolnit, jako bavily jsme se vo tom s holkama a takhle jako se spolužačkama a jako říkaly jsme, že to je prostě strašný, ale prostě jsme věděly, že to takhle bude chodit při naší práci a že to prostě nikdy nebude lepší. Prostě to vždycky takhle bude. A tak jsem se snažila hodně myslet pozitivně, no.

Jaký byl přístup lékařů k pacientovi?

Doktor, když tam byl na vizitě, tak to bylo takový, jako že na ňu promluvil, a pak jako řekl, že už tam jako nic moc asi udělat nepude a prostě vdešel. Zdálo se mně to takový hrozně vodfláknutý. Takový jako nedobrý vůči tomu člověku, takový nerespektování toho člověka.

A přístup ošetřovatelského personálu k pacientovi?

Tak sestřičky byly milý na paní. Byly tam jenom teda jedna sestra, myslím, a ta tam byla vlastně, s náma byly tam ještě dvě třeřačky a jenom byla kontrolovat paní a jako úplně v klidu s ňou komunikovala, snažila se teda s ňou komunikovat a milá k ní byla, všechno. Takže úplně v pohodě.

Jaké bylo chování a projevy umírajícího pacienta?

No, moc nereagovala, už měla jako takový prázdný oči, takovou prázdnou duši a nevím no prostě, nevnímala, moc to už nebrala, asi taky ví, že za chvíli už to přinde a že už to asi tak moc neprožívá, ale aspoň třikrát se na nás usmála, když jsme jí tam povídaly o tom počasí nebo o něčem.

Mluvila na vás?

Nemluvila, jenom kejvala hlavou.

Vzpomeneš si na další podobné setkání?

Když mi bylo teh dvanáct let, tak vlastně my jsme byli, ehm, babička, prababička vlastně, od tatínka babička, tak vona měla problémy se srdcem a my jsme tam vlastně byli den předtím než umřela. A stala se z toho strašná noční můra jako, protože druhý den, vlastně ona umřela někdy v jednu hodinu ráno a druhý den byly moje narozeniny, takže ona vlastně umřela na moje narozenky, ale teďka už to беру prostě tak, že osud to tak chtěl, a aspoň něco s ňou mám takhle jako společnýho, i když to není tak pozitivní, jak by mělo, ale prostě vždycky si na ňu vzpomenu a vždycky to tak prostě máme a vždycky si s tatínkou kdyžtak připijeme že jo na voslavu a takhle a tak aji vždycky na babičku vzpomeneme, dáme společnej voběd, ale teda v tý nemocnici to fakt byl masakr, když jsem ju tam viděla.

Jak bys ta dvě setkání srovnala?

No tak když jsem tam viděla tu babičku, tak to bylo o mnoho horší než teďka u tý pacientky... Že jako na jednu stranu jsem nebyla v tom zdravotnictví, byla jsem mladá a byla to prostě příbuzná, ale zase už jsem to u tý pacientky brala tak, že jsem prostě už to jednou viděla a že prostě už jsem na to jakoby „zvyklá“. Jako že už mě to asi tak moc nepoznamenalo jako na poprvé.

A co jiného ti to přineslo?

No, jako že prostě pacienti, když tam leží v tý nemocnici, tak že prostě fakt potřebuju nějaký ten čas, třeba i klidně u nich chvíli sedět, nemluvit, jenom je držet za ruku, aby věděli, že tam na to nejsou sami, že prostě maj v nás tu podporu, my jsme ten personál, kterej jim má přinášet tu podporu hlavně. Že jako to jsem si jako uvědomila, protože babičku jsem fakt viděla jenom krátce, protože já jsem se tam zhroutila v nemocnici... jako na mě to bylo moc a hlavně v mladým věku, ale teďka už si to jako fakt uvědomuju a vím, že už to kdyžtak příště kdyby náhodou to tam zas bylo, tak že už to udělám určitě jinak než u babičky.

Teď se vrátím zase do toho nemocničního prostředí, když jsi byla u té umírající na praxi. Využila jsi v takových situacích zkušenosti získané z výuky?

Jé, tak to bude těžký. [smích] Né, jako prostě jsem věděla, že prostě empatie, že jo, normálně klasika, Prostě empatická mám být, milá hlavně a dát jí vo sobě vědět pokaždý, když jsem přišla, že tam jsem. Zeptat se jí, jako jestli něco nepotřebuje, aby kdyžtak kývla nebo nekývla, jestli prostě nechce, abych tam s ňou chvíli byla nebo prostě tam, ehm, jak to mám říct, jestli nechce nějakou společnost. Jako většinou paní kejvala hlavou že ne, protože fakt už asi chtěla být sama, chtěla mít klid, vona byla taková hodně unavená už, a tak jsme prostě pak chodily za jinejma pacientama, no. Jako u paní my jsme vlastně jenom umyly, udělaly jsme normální hygienu, přestlaly jsme lůžko, daly jsme novou matraci, paní tam dávali kapat ještě dvě kapačky, myslím, a pak už vlastně jsme ju učesaly, vyčistily jsme jí zubní protézu, a to bylo asi tak všechno. Dávaly jsme jí, teda pokoušely jsme se, napít, akorát že paní byla zahleněná, takže dala jenom jeden lok a podruhý už se nám skoro zadusila, takže jsme to nechaly jenom u toho jednoho loku.

Sdíleli jste uvedené zkušenosti se spolužáky?

Ano, ano, povídaly jsme si cestou ze špitálu, diskrétně, a povídaly jsme si tak, jak to má bejt, jak to prostě bylo, jak jsme se cejtily a jako, co jsme všechno udělaly, aji na oddělení jsme si rozdělily mezi sebe úkoly, kdo co bude dělat právě, abysme v tom neměly zmatek a abysme furt nelítaly sem tam jak blázni. Prostě jsme to fakt potřebovaly mít zorganizovaný a se spolužačkou myslím, že nám to jde fajn.

Měla jsi potřebu poradit se o zkušenostech a prožitcích s nějakým odborníkem?

No, ani jsem ju neměla, prostě, já nevím, já si to nesu jenom v sobě právě. To je prostě, já to viděla, můj pocit, a že se s tím nějak vypořádám, já to mám takhle vod jakživa, že prostě moje věc, já sama.

Co si myslíš o umírání?

No, podle mě je to taková ta poslední fáze toho života, kdy si ten člověk vlastně přehrává v hlavě, co všechno prožil, s kolika lidma se poznal, kolik lidí se mu věnovalo, kolik lidí mu zůstalo, co udělal, jestli měl rodinu, co udělal v životě špatně, nebo co se mu jako naopak povedlo, a podle mě už to je pro něj taková agónie, že jenom přemýšlí nad tím životem a přemýšlí, jestli něco neměl udělat líp nebo jinak. Ale přece jenom na ten závěr si uvědomí, že ten život byl krásnej, a pak už jenom vlastně tam dožívá v tý nemocnici. Sice je to pro něj fakt asi jako strašný v tý nemocnici, že tam je sám, a podle mě, když za ním přijdou rodinní příslušníci, tak myslím, že strašně šťastnej ten člověk, když je uvidí.

Co si myslíš o smrti?

O smrti jo? No, ty jo, já nevím, je to prostě takový... součást našeho života, která přinde a víme o ní, že tam bude. Jednou to prostě přinde, dřív, pozdějác, nikdy nevíme, vlastně jakože, kdy umřeme. Jako třeba až za padesát, šedesát let můžem umřít, ale třeba i zejtra při nějaký nehodě, a vlastně bysme si měli toho života vážit.

Máš osobní zkušenost s umírající osobou mimo zdravotnické zařízení?

Nemám.

A co babička?

Babička umřela v nemocnici.

Takže jsi ji neviděla ani umírat jakoby doma, kdy by už byla špatná před hospitalizací?

Ne, ona vlastně ležela v nemocnici a najednou se jí přes noc zastavilo srdíčko.

Můžeš mi ještě popovídat o svých názorech na péči o umírající ve zdravotnickém zařízení?

No, tak potřebujou určitě tu našu podporu zase, potřebujou určitě vídat ty své příbuzné, aby vlastně viděli, že tam s něma furt jsou a nevykašlou se na ně, že vlastně už nejsou taková ta jejich přítěž. A prostě potřebujou tu lásku. Prostě potřebujou vidět, že vlastně už nejsou zbytečný, že tam ještě ta existence jejich je a prostě tam nějakou dobu bude a že aby věděli, že prostě se na ně nekašle, ale že jsou stejně důležitý jako zdravej žijící člověk.

Jaký máš názor na umírání doma?

Podle mě to je prostě na člověku, kde chce umřít, a na umírání doma nevidím nic špatnýho. Prostě někdo chce umřít v nemocnici, někdo doma, někdo nevím kde jinde a jako nevidím na tom nic špatnýho. Je to člověka rozhodnutí, je to jeho vlastní vůle a lidi by to měli respektovat.

Je ještě něco, co bys chtěla k tématu umírajícího pacienta dodat?

Asi to je tak všechno si myslím, co jsem tady řekla, asi jo.

Je něco, čeho se (v rámci své budoucí profesní dráhy sestry) v souvislosti s umírajícím pacientem obáváš?

Můj asi největší, jako fakt největší strach, tak to se asi bojím, že prostě něco pokazím a já budu příčinou té jeho smrti, že prostě něco mně najednou vypadne, třeba bude nějaký chaos a já na něco zapomenou a prostě ten pacient umře a já budu vědět, že to je moje vina. Tak asi tady to, no, ale doufám, že se mně to teda nikdy nestane. [smích]

RESPONDENTKA 8

Jaké zkušenosti sis odnesla z prvního setkání s umírajícím pacientem na praxi?

Ehm, poprvý, když jsem toho člověka viděla, tak jsem byla taková... no nebylo mi to příjemný, že prostě jsem nevěděla prostě, jak tomu pacientovi ze začátku pomoci, jak mu vlastně ten proces toho umírání jakoby zpříjemnit, protože už jsem prostě ten člověk i já jsem na sobě poznala, že prostě ten člověk už to tady dlouho nevydrží.

Na co dalšího si ještě k té situaci vzpomeneš?

Moc nekomunikovala, jako „hm“ nebo prostě takový jakoby zvláštní zvuky. Moc se nepohybovala, muselo se tam polohovat, dávat jí vlastně stravu, hygiena vlastně kompletní, nedokázala nám pomoci prostě jakoby v ničem. Takže tam byly otáčení, z levej strany, z pravej strany, všude postranice daný, aby nám nespadla, kontrolování pitného režimu, píchání injekcí, zapojování infuzí, kdy prostě člověk na tu paní mluvil a ona nebyla schopná vlastně nám... třeba jsem jí říkala: „já vám dám infuzi“ a ona nic neodpovídala.

Jaká byla atmosféra na oddělení?

Taková smutná, ponurá.

Vzpomeneš si na přístup lékařů k pacientce?

Já jsem tam lékaře v tu dobu neviděla.

Co přístup ošetřovatelského personálu k pacientovi?

Slušně, velmi slušně, opatrně, všechno dělaly tak, aby prostě tomu člověku asi zlepšily ten život nebo umírání.

Vzpomeneš si na další podobné setkání?

Ehm, jo teďka nedávno, ale ten pán ještě do poslední chvíle vlastně, on fungoval, on byl v pořádku, ale měl teda špatnou diagnózu.

Jak bys je srovnala s tím prvním?

Tenhle ten pán vlastně fungoval, on... on se i najedl, prostě byl soběstačnej. Do poslední chvíle on vlastně byl soběstačnej, než vlastně odešel. Ale ta paní prostě, to už se vědělo, že ta to nezvládne.

A co jiného ti to přineslo?

Oboje mně určitě přineslo, že vlastně člověk může umřít v jakékoliv situaci a může umřít v jakýmkoliv zdravotním stavu a že prostě je pro nás jako zdravotníky ehm asi jediný, co pro tyhle lidi můžeme udělat, tak je prostě zpříjemnit mu ten... vlastně ten zbývající čas, který on má. Udělat vlastně to umírání takový hezký.

Využila jsi v takových situacích zkušenosti získané z výuky?

Určitě jsem čerpala z výuky, ale i jsem spíš tak trošku improvizovala a řídila jsem se podle toho, jak to cejtím.

A v oblasti ošetřování?

Tak vlastně po tom ošetřování akorát jenom to polohování, krmení toho pacienta, hygiena, komunikace. Voba byli individuální, tak tam už jsem používala tak, jak jsem to cejtěla.

Sdíleli jste uvedené zkušenosti se spolužáky?

Nesdělovala jsem to spolužákům, akorát jsem dycky přišla domů a jenom jsem si to potřebovala sama v sobě trošku zpracovat, a pak už jsem to prostě brala tak, jak to je.

Cítala jsi potřebu poradit se o zkušenostech a prožitcích s nějakým odborníkem?

Necítala, mně to stačilo, když jsem si to prostě ujasnila v tomhle a to bylo asi tak jediný, co jsem... A měla jsem takovej dobrej pocit, že prostě ten... těm lidem jsem pomohla, i když prostě jsem vlastně jim ten život nezachránila, ale pomohla jsem jim.

Co si myslíš o umírání?

Ehm, pro... nebo myslím si tom, že... pro ty lidi jde o to prostě, jakej je to člověk. Pokud je to člověk, kterej má závažnou chorobu a je nevléčitelná, tak je to pro ně z mýho pohledu vysvobození. Musí tam bejt, že je netrápí bolesti, ale pro ty lidi, který...

To myslíš tak, že smrt je pro ně vysvobození nebo to umírání?

No, i jako když ty lidi... tam nevím to umírání... když nemaj bolesti, tak bych asi řekla, že je to v klidu. Jako určitě pro ty lidi jako pro příbuzný je to těžký to období, ale pro... asi pro nějaký určitý lidi je to opravdu úleva, že prostě ví, že se blíží konec a že se nemusí trápit, uzdravovat chemoterapiema...

A co si myslíš o smrti?

Pro určitý lidi je to asi vysvobození, pro někoho je to nečekaný, náhlý... někdo to bere jako, že už prostě dál nemůže... Asi že prostě je to jediný východisko, který oni vidí.

Máš osobní zkušenost s umírající osobou mimo zdravotnické zařízení?

Ano, mám. Mamky bratranec.

Byla jsi u toho přítomna?

Ehm, zvěšší částí ano. Vlastně umřel potom v nemocnici. Ten člověk měl rakovinu slinivky břišní, takže jsem viděla jak mamka s taťkou tam vlastně lítali, dvě hodiny tam byl jeden, dvě hodiny tam byl druhej, jak ho krmili, jak tam trávili devadesát procent času, po různých vyšetřeních, on neměl už absolutně ani chuť k jídlu, takže jsme mu kupovali nutridrinky... ehm hygiena probíhala, vlastně to dělala mamka s náma, i na lůžku, přesouvání vlastně na gramofon, měl u postele, akorát prostě po... pak teda měl jít na operaci, že by se vlastně ten nádor odoperoval, ale vono se to pak ještě zhoršilo, takže on vlastně všechno přestal mít na všechno chuť... on kdysi kouřil, kouření že už i vynechal... jezdili tady charita z Novýho Města...

K vám domů ta charita jezdila?

On bydlel o dva baráky dál, takže my jsme vlastně jenom přebíhali k němu.

A chápu to správně, že když jste tam nebyli, že tam jezdila ta charita?

Ano, ona tam jezdila, myslím, dopoledne. Mamka byla v práci, my ve škole, taťka taky v práci, takže... Mamka řekla, že v poslední chvíli už se vědělo, že prostě, že už naši toho měli plný zuby, prostě dvě hodiny tam bejt, tak jediný zbytlí, který nám i doktorka doporučila, byla ta LDNka a tam potom i zemřel.

Jakou máš zkušenost se službami té charity, která za strýcem dojížděla?

Ehm... poskytovali mu... umejvali ho, stravu mu podávali a von měl možná nějakou ránu, ale už si nepamatuju, tak mu ju asi převazovali, ale to si nejsem jistá, ale myslím si, že jo, že něco měl. Chovali se velmi slušně, vstřícně a, když to řeknu, tak i plnili přání třeba, co on si přál... nevím, když si přál mlíko, tak mu to mlíko dali... Vstřícně a opatrně.

Jak se vyvíjela Tvoje komunikace s umírajícím?

Mluvila jsem na něj pomalu, protože přestával nějakým systémem slyšet, nebo málo slyšel, tak pomalu, opatrně, všechno jsem mu vysvětlovala, jaký kroky budu dělat... no, všechno jsem mu vlastně popisovala.

A jak on komunikoval?

Komunikoval očima hodně, třeba kývnul hlavou nebo někdy i odpověděl, že „jo“, nebo když jsem se ptala, jestli je to v pořádku, tak řekl, že „je“. Dokázal mně i třeba odpovědět, jestli ho něco nebolí nebo to...

Jak fungovala rodina umírajícího?

No, určitě to šlo, naši se většinou střídali v noci, kdy my jsme spali, takže přes den chodili jsme tam většinou společně, někdy mamka třeba na hodinu vodběhla, pak se zas vrátila. Fungovali jsme dobře.

Co bys ještě dodala ke svým zkušenostem v této oblasti?

Asi prostě každý člověk je v tomhle individuální, prostě člověk pozná, jestli ten člověk umírá nebo ne, že prostě je to jakoby individuální, a i podle toho se vlastně k tomu člověku musí ten člověk chovat, že prostě neví, jak člověk vlastně funguje a že všechno je vlastně individuální.

Můžeš mi ještě popovídat o svých názorech na péči o umírající ve zdravotnickém zařízení?

Ehm... řekla bych, že zdravotnické personál tu péči poskytuje tak, jak může, i co se týká stravy, co se týká hygieny, prostě, co se týká všeho možného. I lékaři se o ty pacienty snaží postarat vlastně do poslední chvíle a snaží se co nejvíc zpříjemnit vlastní umírání, ať už jde o třeba léky na bolest, léky na uklidnění. Myslím si, že dokonce zvou i rodiny, aby se s pacientem rozloučily... Zpřijemňují jim to umírání.

Jaký máš názor na umírání doma?

Ehm... Pro ty rodinné příslušníky je to fyzicky i psychicky náročné, ale fungují určitě organizace, charity a ty vlastně dokážou i těm lidem vlastně, těm příbuznějm vlastně poradit a psychicky je jako by podpořit, když už ví, že se prostě blíží ten konec, tak je podpoří a psychicky jim i pomůžou.

Je něco, čeho se (v rámci své budoucí profesní dráhy sestry) v souvislosti s umírajícím pacientem obáváš?

Ehm... Je tam asi akorát to, že prostě ten pacient bude agresivní a že prostě nebude chtít pomoc a že prostě nebude chtít to umírání zpříjemnit, takže prostě ta agrese.

A ještě něčeho?

No a že akorát ty rodinné příslušníci nám budou vyčítat, že vlastně jsme... jsme tomu pacientovi... ho nedokázali zachránit.

Je ještě něco, co bys chtěla k tématu umírajícího pacienta dodat?

Už mě nic nenapadá.

RESPONDENTKA 9

Jaké zkušenosti sis odnesla z prvního setkání s umírajícím pacientem na praxi?

No, bylo to takový nepříjemný jako vidět, jak ten člověk odchází, i když to bylo takové, že jako toho jako prožil hodně, že už jakoby je třeba rád, že umírá. Přece jenom, když to vezmu z toho, jak to vidí ta rodina, že jim prostě jako umírá taťka nebo děda, tak je to takový jako nepříjemný, no, to vidět.

Vzpomeneš si jaká byla atmosféra na oddělení?

Taková napjatá, taková jako nepříjemná docela.

A vzpomeneš si na přístup lékařů k pacientovi?

ehm, to asi nevím, u toho jsem asi úplně nebyla.

A na přístup ošetřovatelského personálu k pacientovi?

Já si myslím, že vždycky dobře, že jako by to nebraly, že ten už jako umírá, tak se vo něj nebudeme starat, že se o něj dycky jako postaraly hezky jako do té poslední chvíle.

A to chování k němu?

Myslím si, že asi jako k ostatním pacientům, takové stejné.

Jaké bylo chování a projevy toho umírajícího?

No, zpočátku takový milý, že paní byla jako milá, že pak třeba brečela, že už jako [nesrozumitelné] umřít, tak jsem jí tak jako držela za ruku a to, ale pak se to jako převrátilo v takovou jako zlost jako kdyby... že po nás jako řvala a tak... takový jako proměnlivý, no.

Vzpomeneš si na další podobné setkání?

Ehm, ne.

Využila jsi v takových situacích zkušenosti získané z výuky?

Asi ta komunikace a nějak ta empatie jako že se nějak jako vcítit.

Sdíleli jste uvedené zkušenosti se spolužáky?

No akorát společně s těmi, co byly se mnou jako na praxích, jinak ne.

A jak to probíhalo?

No jako že jsme si jako řekli třeba, jak jsme se cítili nebo jak to jako bylo.

Měla jsi potřebu poradit se o zkušenostech a prožitcích s nějakým odborníkem?

Jo, akorát vlastně s mamkou, jak je zdravotní sestra, aby mi nějak tak jako, jak to prožívala vona, že to pak odejde nějak ten smutek z toho a takhle no.

Jaké to bylo? Co ti to přineslo?

No, pomohlo mi to určitě, asi mě to naučilo nějak se s tím vyrovnat, že je to smutná věc, ale jak se narodíme, tak prostě musíme i umřít, je to koloběh života, tak se s tím nějak srovnat takhle.

Sdílela jsi ty zkušenosti ještě s někým jiným?

S nikým.

Co si myslíš o umírání?

Ehm... asi nějak, jak jsem řekla, je to prostě koloběh života... i když to je nutný, každé to snáší jinak... z rodiny každého to zasáhne, ale prostě to musí bejt, ať je to dřív nebo pozdějc, tak je to.

Co si myslíš o smrti?

No, asi taky nějak to stejný, no. Že prostě se tomu jako nevyhnem, no.

A vidíš v tom názoru na umírání a smrt nějaký rozdíl, nebo to vidíš teda stejně, jak jsi říkala?

Stejně.

Máš osobní zkušenost s umírající osobou mimo zdravotnické zařízení?

Jo, jo mám. Můj děda. Jakože... já jsem ho teda viděla před tím, než umřel, asi měsíc, ale na něm už bylo poznat, že už byl sešlej, byl bílej, už na tom byl prostě špatně, i když vo tom jako nevěděl, že umře, jemu selhalo srdce až v nemocnici, tak bylo vidět, že už to jako není dobrý.

A staral se o něj někdo?

On ještě jako by nebyl tak starej, jemu bylo 66, ale že prostě měl nemocný srdce a jakože bylo vidět, že není něco v pohodě, ale jakože nečekali jsme to, ale já jsem to tak jako asi tušila, že prostě to není dobrý, i když už to bylo tady pět let zpátky, tak jsem to tak nějak asi jako by cejtila, že se to asi stane brzo.

Takže v té době, kdy byl ještě doma, tak nevyužíval nějakou péči, třeba z charity?

Ne, ne, ne, akorát jezdil do nemocnice, na nějaký léčení až jako do Prahy daleko, jinak jako nic takovýho nevyužíval. On byl jakože samostatnej jako normálně, zvládal řídit auto, starat se o sebe v pohodě.

Jak se vyvíjela Tvoje komunikace s dědečkem, když jsi viděla, že už je na tom hůř?

Bylo to stejné, ale my jsme se moc nevidali, protože on bydlel 80 kilometrů od Žďára, takže jsme se viděli tak třeba třikrát za rok a jinak jsme si jako volali, ale když jsem tam byla naposledy, tak to prostě jako bylo jako vidět, že prostě je na tom hůř a hůř.

A když jsi ho naposledy viděla, tak ta komunikace byla jaká?

Byla normální, byla jako vždycky. Byl možná takovej trošku smutnější nebo sešlejší, ale jinak jakože nic jiného nebylo než normálně.

A z tvé strany v té komunikaci, když jsi říkala, že už sis to uvědomovala, že už na tom není dobře, žádná změna nebyla?

Nebyla, mně bylo tehdy 12 let, takže jsem to brala nějak jako to... ale nebyla žádná změna.

Jak fungovala rodina umírajícího, když se jeho stav zhoršoval?

Asi tak nějak drželi při sobě, vlastně aji jako s rodinou byli v nemocnici ten den, a pak vodjeli a pak se stalo až třeba o tři dny dýl, protože to nikdo nečekal, ale byli s ním až jako do té poslední chvílky.

Co bys ještě dodala ke svým zkušenostem v této oblasti?

Asi jenom, že je potřeba se o toho člověka nějak zajímat do té poslední jako chvílky, děda na tom vlastně ze své psychiky taky nebyl až tak špatně, aby si to neuvědomoval, že třeba umírá, a to je asi všechno.

Můžeš mi ještě popovídat o svých názorech na péči o umírající ve zdravotnickém zařízení?

Ehm... přemejšlím, co bych k tomu řekla... Já asi jako nevím nějak, jako že... Jo, asi je dobře, že se snažej, aby se ten člověk dožil nějak jako že hezky nebo v rámci možností, že se jako snažej, aby to proběhlo nějak v pořádku.

Jaký máš názor na umírání doma?

Ehm... no je to určitě jako lepší pro toho člověka bejt jakože ve svém zázemí a bejt doma, ale když to vezmu ze své strany, tak ačkoliv to asi bude znít jako sobecky, podle mě je to lepší v nemocnici, protože přece jenom pak si představím, že bych bydlela třeba v tom baráku, kde umřel třeba právě někdo, tak by mi to bylo asi dost nepříjemné. I když z pohledu toho jako člověka nemocného je to určitě lepší.

A v čem si myslíš, že je to lepší pro toho umírajícího?

No má jako svoje zázemí vlastně tam třeba, kde bydlel, kde je zvyklej, je to určitě víc jako intimnější než bejt v nemocnici, kde jsou sestry, kde jsou doktoři a ostatní pacienti, je to teda v tom takový lepší, no.

Je něco, čeho se (v rámci své budoucí profesní dráhy sestry) v souvislosti s umírajícím pacientem obáváš?

No, asi to snášení, že když by třeba někdo umíral často, tak že to musí bejt hrozně jako náročný na psychiku, i když by si to ta sestra neměla připouštět, tak jí to vždycky nějak jako zasáhne, když jste u toho pacienta třeba delší dobu, tak si k němu vytvoří nějaký vztah, a pak je to takový jakože brát to jako dlouho je asi jako těžký na tu psychiku.

Je ještě něco, co bys chtěla k tématu umírajícího pacienta dodat?

Asi ne.

RESPONDENTKA 10

Jaké zkušenosti sis odnesla z prvního setkání s umírajícím pacientem na praxi?

Tak byl to, co si vybavuju nejvíc, tak byl to pán, kterej byl na tom špatně, byl hodně zahleněný, nebyl na tom dobře, jo a nečekala jsem v té době... protože vlastně já jsem, než jsem šla teď na chirurgii, tak já jsem dělala na ODNce, na oddělení dlouhodobě nemocných, a tam jsem právě zažila zkušenost s umírajícím pacientem, kdy

vlastně já jsem prvně si nemyslela, že ten pán jako zemře, a bylo to potom tak, že já jsem vlastně přišla do práce, byla... normálně jsme udělaly hygienu a já jsem potom za tím pánem šla ho nakrmit a ten pán předtím vůbec nemluvil, jenom byl zahleněnej, ležel a koukal a nic a vlastně, když já jsem tam přišla ten den, když jsem šla do práce, jsem tam přišla a von se mně chtěl něco říct... ehm... natahoval ruku po topení, jo, normálně mě snědl všechno jídlo, snědl léky, vypil všechno nachystaný, já jsem odešla... ehm... ošetřovat další pacienty, pak přijdu a paní staniční sestra se sestřičkou tam stojí, říkali, ať tam nechodím, jo, protože věděly, že ještě budu jest a vlastně potom jsem říkala, paní staniční jsem se šla zeptat, jestli ten pán zemřel, a ten pán vopravdu zemřel. Jo? To bylo takový... taková nepříjemná jakoby taková zkušenost, ale hodně jako by ehm mně to pomohlo, že vlastně já jsem si toho pána ošetřila vlastně, ošetřila jsem to tělo, jo a vypravila jsem ho vlastně na tu poslední cestu.

Jaká byla atmosféra na oddělení?

Atmosféra na oddělení byla... prostě normální, jak má být jako. A já jsem dřív ehm prostě si z toho ehm hrozně byla z toho špatná a tohle, což je pochopitelný, ale postupem času prostě, když jsem těch umírajících a zemřelých pacientů měla hodně, za tu praxi prostě v nemocnici jsem měla hodně umírajících pacientů, tak teď už to člověk prostě nad tím přemýšlí, ale už to nebere tak, jak to brala, když zemřel jako první pacient.

Jaký byl přístup lékařů k pacientovi?

Přístup lékařů byl standardní, jak to má probíhat, doktor přišel, poslechnul si pacienta, naznal, že nedýchá, a vlastně řekl, že zemřel pacient.

A přístup ošetřovatelského personálu k pacientovi?

Než zemřel?

Ano, k tomu umírajícímu.

Prostě... ehm k tomu pacientovi jsme se chovaly tak, jak se prostě chovat má ke každému pacientovi, dávaly jsme mu najest, dávaly jsme mu jídlo, povlečení, aby měl čistý, aby byl čistej, všechnu ošetřovatelskou i tu sesterskou péči jsme mu dávaly na sto procent.

Jaké bylo chování a projevy umírajícího?

No, ehm bylo to pro mě takový zvláštní, protože jsem si nemyslela, že by ten pacient prostě najednou, kdy něco říkal před dvouma, třema dnama, než zemřel vlastně, že jo teďka řeknu, třeba zemřel ve čtvrtek a v úterý jsem si vůbec nemyslela, jo, že von mně někde něco bude chtít říct nebo něco, jo, on prostě seděl, něco snědl, koukal, nic neříkal, ani když jsem se na něco zeptala, prostě nic, jo, a vlastně v ten den, kdy zemřel, než zemřel, tak vlastně on mně chtěl něco říct, jo, takhle prostě dělal *[respondentka předvádí, jak pacient naprázdno hýbal ústy]*, nerozuměla jsem mu nic, ale chtěl mně něco říct, a prostě sáhl rukou na topení a chtěl jako by jít pryč, aspoň se to tak zdálo, že chtěl jít pryč, jo, a pak najednou odejdu a za 20 minut nebo za čtvrt hodiny se vrátím a pacient zemřel.

Vzpomeneš si na další podobné setkání?

Ehm... vzpomenu, tohleto byl vlastně můj druhý zemřelý pacient, měla jsem první paní, u který se to čekalo, že zemře, o který se vědělo, že zemře, ale já osobně jsem to... jako věděla taky, že to sestřičky jako říkaly, ale já jsem vlastně, ta paní, která... ehm se vlastně vědělo, že zemře, tak vedle ní ležela eště paní, která vlastně potom taky zemřela, která měla leukémii, ale nevěděla jsem, že to bude takhle rychlý, nemyslela jsem si to. No a já jsem tu druhou paní jako by umývala, pak jsem ju nakrmila, všechno, a najednou přišly paní sanitářky, stály u té druhý paní a ukazovaly, jako že paní zemřela, a já jsem to vůbec nevěděla.

A jak se projevovala ta paní, než zemřela?

Paní vůbec nekomunikovala, jenom ležela, nic prostě už... nedělala nic.

A jak bys to srovnala s tím prvním umíráním?

Toho pána s tou paní?

Ano.

Tak bylo to rozhodně úplně jiný, protože vlastně paní jenom ležela a nic prostě jako by ani neotevřela oči, nic, a pán vlastně měl otevřené oči a něco pojedl a takhle, jo, a bylo to úplně něco jinýho. Ta paní, když zemřela, tak já jsem to za prvý ani netušila, ale i kdybych prostě u té paní byla, tak paní prostě zemře a nic prostě jako by nedělala, jenom ležela. A kdežto ten pán prostě se prostě šahal po tom topení, koukal na mě, něco mně chtěl říct, to bylo takový potom zpětně, když to vezmu, tak bylo to pro mě nepříjemný, když jsem tam přišla, a pán najednou zemřel, že jo...

Využila jsi v takových situacích zkušenosti získané z výuky?

Tak to určitě taky, ale především to vlastně ehm mně pomohly sestřičky, že jo, vlastně mně... já jsem se zeptala, jestli bych mohla si toho pacienta s něma ošetřit, oni řekly, že ano, a vlastně mně ukazovaly přesně postupy, co se má dělat při zemřelým pacientovi.

Sdíleli jste uvedené zkušenosti se spolužáky?

Ne.

Měla jsi potřebu poradit se o zkušenostech a prožitcích s nějakým odborníkem?

Že bych se potřebovala nějak vypovídat o tom, to vůbec, já jsem z toho byla taková jakoby nesvá, jo, ale ehm potom vlastně mi třeba sestřičky vysvětlily, že prostě to tak je, že to je jakoby život a že to k tomu životu prostě bohužel patří, jo, a já vlastně postupem času, když těch umírajících pacientů nabývalo, tak já měla vlastně to přemýšlení a to moje chování bylo už jiný, že vlastně už jsem měla těch pacientů zemřelých tolik, že už jsem si jako by... na to se nedá zvyknout, ale že už prostě to беру jinak, než jsem to brala při prvních zemřelých pacientech.

A jak to teda bereš?

Já to беру prostě... ehm že to prostě k tomu životu patří, jo, samozřejmě když zemře někdo mladý, jako jsem zažila, že zemřel mladej člověk, jo, 54letý pán, padesát něco, jo, tak to bylo takový nepříjemný, když člověk kouká na pána, kterýho resuscitujeme prostě, jo, a pak vlastně o něho pečuju, jo, a vezu ho na tu patologii, jo... Ale takhle když je to prostě starší člověk, kterej se trápí, jo, tak prostě to беру tak, že je to pro něho vysvobození, jo, a vlastně když byla ta covidová doba, tak já jsem vlastně... já jsem měla třeba sedm služeb a odvezla jsem deset zemřelých pacientů, jo, takže... Ale hodně mně třeba, co jsem potřebovala sama sebe otestovat, tak mně hrozně moc pomohlo ehm, vlastně kamarád, kterej studuje medicínu, teď je v 5. ročníku, tak on dělal vlastně na patologii sanitáře, a když byla pitva, tak mě zavolal a já jsem se šla podívat na pitvu, dvakrát jsem se tam byla podívat, viděla jsem průběh a viděla jsem začátek, protože jsem potřebovala votestovat sám sebe, jestli vůbec to zvládnu, jo... A dopadlo to teda dobře, že jsem to zvládla a úplně jako v pohodě, ale potom mně i ten pán sanitář říká: „něco jinýho je koukat, něco jinýho tu pitvu provádět“.

Co si myslíš o umírání?

[smích] to je taková těžká otázka, jak jako mám odpovědět, nevím... Jako jak to myslíš, co si myslím o procesu umírání?

Co si myslíš o tom, když ten člověk umírá...

Tak, myslím si o tom to, že vlastně tomu pacientovi by se měla dávat veškerá péče, jak ostatním pacientům, jo, neměl by být prostě žádný rozdíl v tom, že ten pacient prostě víme, že dneska nebo zítra zemře, jo, a budou tam na oddělení třeba další mladý lidi, takže k těm mladejm lidem budem chodit co nejvíc a k tomu umírajícímu

pacientovi vůbec nebudeme chodit, jo, myslím si to, že by měla být prostě... veškerá péče věnovat tomu, i když je to prostě umírající pacient a víme, že za dva dny nebo dneska zemře, tak by se mu měla dávat stejná péče jak těm ostatním pacientům.

Co si myslíš o smrti?

O smrti? Tak je to nedílná součást vlastně života prostě, která bohužel každého bude čekat, někoho potká dříve, někoho potká pozdě, ale bohužel to k životu patří. A člověk se s tím musí smířit, že jo.

Máš osobní zkušenost s umírající osobou mimo zdravotnické zařízení?

Ne.

V rodině třeba někdo?

Vůbec.

Můžeš mi ještě popovídat o svých názorech na péči o umírající ve zdravotnickém zařízení?

Je stejná jako u ostatních pacientů prostě... pacient se umývá, dává se mu veškerá ošetrovatelská péče, jo, ehm, pokud víme, že je umírající, ale je schopen třeba něco pojest, tak mu normálně dáme najíst, napít, jo, pomůžeme mu ve veškerých potřebách, který ten pacient potřebuje, jo, nebo má rád třeba, já nevím, má tam voňavku, tak ho prostě navoníme, jo, má rád, já nevím, má tam svůj oblíbený sprchový gel, tak ho s ním umyjeme, jo, taková prostě péče jak u běžného pacienta.

Jaký máš názor na umírání doma?

Mám názor kladnej, protože každý pacient má právo se rozloučit se svými nejbližšími a má právo zemřít tam, kde to má rád, jo, takže podle mě je to určitě velice dobrá věc, protože ten pacient, když má tu možnost a ta rodina to zajistí, že prostě si toho pacienta vezmou domů, jo, aby zemřel doma v klidu a tam, kde to má rád, a u těch nejbližších lidí. Aby byl obklopen prostě energií pozitivní vod té rodiny.

Je něco, čeho se (v rámci své budoucí profesní dráhy sestry) v souvislosti s umírajícím pacientem obáváš?

Ehm, tak určitě se obávám toho, že zažiju úmrtí nezletilých, vlastně dětí, jo, toho se obávám jako nejvíc, doufám, že to nezažiju, ale toho se obávám, že zažiju, že uvidím vlastně umírání dětí.

Je ještě něco, co bys chtěla v souvislosti s umírajícím pacientem dodat?

Já si myslím, že jsem vesměs úplně všechno řekla.

RESPONDENTKA 11

Jaké zkušenosti sis odnesla z prvního setkání s umírajícím pacientem na praxi?

Tak, když to bylo poprvé, tak jsem si to ani pořádně jako moc neuvědomovala ještě, že vlastně jako by umírá, i když jako jsem to věděla, že nám to říkaly ty sestry, ale jako by ten pacient jako s náma komunikoval a byl prostě takovej v pohodě jako... Sice jako třeba moc nemluvil, ale když jsme mu řekly třeba, ať se chytí jako nahoře nad tou postelí, tak se tam prostě chytil a normálně se přitáhl a normálně jako byl takovej jako normální... nevypadal jako by, že umírá. A eště jako by pacient, kterej byl vedle něho, jako na pokoji, tak jako by byl taky umírající, ale to jsem se dozvěděla až jakoby později, protože on jako by byl normálně veselej, povídal si s náma, dělal různé takový vtipy, ale příště, jak jsme tam přišly na tu praxi, tak už tam nebyl a že prej umřel, ale ten co jako my jsme věděli o něm, že umírá, tak tam ještě pořádkem byl. Takže to bylo takový jako divný, no.

A jak se projevoval? Jak se choval?

No, choval se, jak kdyby neumíral. Moc na nás nemluvil a jako by... no, skoro vůbec nemluvil, ale nějaký zvuky dělal, jakože třeba „hm“ nebo tak a mimiku tu jako by neměl a jinak teda jako spolupracoval.

Jaká byla atmosféra na oddělení?

Taková jako vždycky, úplně jako normální.

A jaký byl přístup lékařů k pacientovi?

Oni tam ty sestry ani ti lékaři moc zrovna jako nechodili, takže moc nevím jako.

Takže ani přístup ošetřovatelského personálu k pacientovi jsi tam nezažila?

No, přímo u něho ne, jenom nám prostě řekly, že je umírající, a to je všechno.

Vzpomeneš si na další podobné setkání?

To bylo právě dneska a sestry jako nám neřekly nic, že jako umírá, ona jako by ještě neumírá, ale vlastně ta paní nám řekla, že má jakoby celý břicho jakoby prorostlý rakovinou, takže jako by mluvila o sobě, že už umírá, že už je jako tady k ničemu, takhle se nám jako svěřovala právě a byly jsme u toho tři a jako by moc nikdo z nás nevěděl, jak na to reagovat, co jí máme jako říct, že protože když řekneme třeba „to je nám líto“, tak jako to je blbý jako říct nebo cokoli jako špatnýho jako říct... Tak nám takhle říkala, jako že byla učitelka a jako takhle kdysi různě se stěhovala, takhle se nám jako vypovídala a právě jako teď mě to celou dobu vrtá hlavou jako, že ne že bych si to brala jako na sebe, že kvůli mně by to bylo, ale prostě můj mozek si to tak myslí, že jako by cítím takhle trochu vinu, že třeba jsme jí nějak nemohly pomoci víc nebo tak, i když jako jsem jí třeba ostříhala nehty, normálně jsme ju promazaly a všechno.

Jak bys to srovnala s tím prvním setkáním?

No tak ke mně jako by... když předtím jsem si to neuvědomovala, že jako by umírá, ale teď už si to jako by uvědomuju, už je to takový jako jiný.

Takže u tady té paní sis to víc uvědomovala a bylo to jiné?

Hm, i když nám to jako ty sestry přímo neřekly, že když nám to právě řekla ona, tak to je takový jako jiný no... Tamten první pacient jako neřikal, že umírá nebo tak, tahlecta to právě říkala sama.

A co jiného ti to přineslo?

Asi to, že když o těch pacientech víme, že jako umírají, tak že bysme jim jako by měli splnit to prostě, co si jako přejí nebo tak, že prostě pro ně máme tady být jako hodně.

Využila jsi v takových situacích zkušenosti získané z výuky?

No, asi právě to jako, jak jste nám aji vy říkala aji někdo jiný jako, že jako máme pro ně být jako co nejvíc, ale jinak asi mi to jako chybí jako... protože já nevím jako, co bych jim měla říct na to.

Sdíleli jste uvedené zkušenosti se spolužáky?

Jo, se spolužačkou.

Jak to probíhalo?

Šly jsme tady ze třídy, šly jsme jako na záchod a tam jsem jí to jako nějak tak řekla podobně jako vám a říkala jsem jí taky, že se jako cítím tak divně po tom a ona taky říkala, že by jako nevěděla, co ty paní má říct... Asi tak nějak jako.

Co ti to přineslo?

Asi to, že bysme jako by o tý smrti měly vědět víc.

Měla jsi potřebu poradit se o zkušenostech a prožitcích s nějakým odborníkem?

No, možná bych se jako chtěla zeptat, co v té situaci dělat jako by.

Co si myslíš o umírání?

Podle mě je to součást života a když jako jsme ty sestry, tak bysme měly jako by měly ty pacienty co nejvíc utišovat

jako a hlavně jako, když jsou v bolestech nebo tak, ale... podle mě jako... já si myslím, že ten člověk zase jako přijde v jiným životě.

Co si myslíš o smrti?

Já bych řekla, že je to prostě konec nějaký etapy.

Máš osobní zkušenost s umírající osobou mimo zdravotnické zařízení?

Jako že bych u ní přímo byla? Asi ne.

Můžeš mi ještě popovídat o svých názorech na péči o umírající ve zdravotnickém zařízení?

Já si myslím, že některé ty sestry se těm pacientům jako nevěnujou dostatečně a že by se o ně mělo starat jako víc. Třeba ta paní ještě říkala, že nějaký tři měsíce trvá nějaký vyšetřování jako, že se má ještě překládat nebo tak, jako na nějakou jinou nemocnici nebo tak, ale říkala, že jako jestli už za ty tři měsíce umře, že už se nechce nikam stěhovat, že by to chtěla prostě nějak jako prožít normálně, než že se bude pořád něco řešit a tak.

Jaký máš názor na umírání doma?

Podle mě je to lepší než umírat v nemocnici, protože tam jste v tom prostředí, kde to jako znáte, a můžete tam mít vlastně, co chcete... že si třeba řeknete někomu, koho znáte, aby vám třeba něco dovezl a tak, a do té nemocnice někdy nesmí ani navštívit nebo tak. Takže je podle mě lepší umírat jako doma... pokud to jde.

Je něco, čeho se (v rámci své budoucí profesní dráhy sestry) v souvislosti s umírajícím pacientem obáváš?

Asi toho, že něco jako pokazím, a že umře přímo kvůli mně.

A ještě něčeho?

Asi ne teď jako takhle.

Je ještě něco, co bys chtěla k tématu umírajícího pacienta dodat?

Asi že i ostatní by je měli prostě víc respektovat. Protože to, jak se k němu chovali někteří studenti, tak to není úplně dobrý.

RESPONDENTKA 12

Jaké zkušenosti sis odnesla z prvního setkání s umírajícím pacientem na praxi?

No, bylo to takový zvláštní, protože vlastně, jak jsme viděly tu paní, jak se jako zabaluje, tak to bylo takový už jako...

Já to trošičku dovysvětlím, nemyslím zemřelým pacientem, ale umírajícím...

No, ona byla taková, že vlastně, když jsme tam přišly v to pondělí, takže spíš jako spala většinu dne a takhle, v úterý jsme tam už přišly a to najednou jako mluvila a byla taková jako, že začla jíst a takhle a bylo to zlepšení vlastně takhle ty celý čtyři dny prostě do toho pátku, že fakt jako mluvila, řekla, co chtěla svým způsobem, byla taková, že třeba jako byla našťvaná někdy, že prostě jako ju chcem zabít nebo jako že prostě proč tady furt je... A potom vlastně už přišel ten den D, no, kdy vlastně jako vona snídala a najednou potom jako sestřička ju tam našla.

Na co dalšího si ještě vzpomeneš? Například na atmosféru na oddělení, přístup personálu...

Tak tam to bylo tak, že ty sestřičky se jí snažily jako pomoci třeba jako vod bolesti nebo to, protože vona tam podle mě určitě nějaký ty jako bolesti jako měla, takže to jako vždycky se řešilo nějak pohotově a pan doktor vlastně, voni si na vizitu chodili sami se staniční, takže tam u toho my jsme nebyly.

Takže jste to nezažily.

Ne, ne, ne.

Vzpomeneš si na další podobné setkání?

Ještě tam byla vlastně jedna paní, to nevím, jak na tom teď je, ale ona pak už strašně zvracela, měla tam morfin, myslím si, že po čtyřech, pěti hodinách, že jako fakt se trápila, no, a nevím, jak to teďka s ňou dopadlo. Když jsme vodcházely, tak tam ještě byla, ale jako sestřičky říkaly, že už tomu právě jako moc šanci nedávají na zlepšení, že ona fakt jako zvracela, bylo jí zle. Já si myslím, že tam měla i nějaký náplasti už a...

Jak bys to srovnala s tím prvním setkáním? Co jiného ti to přineslo?

Ono je to takový jako, že se to strašně bije, protože ta paní se vlastně jako zlepšila před tím jako koncem a tady ta si tím fakt jako prochází podle mě jako by to pro ní bylo už jako fakt takový vysvobození, no. Že ona se fakt zlepšila ta první, co vlastně jako fakt umřela, tak to bylo že jako nic, nic, a pak najednou jí bylo prostě dobře, takže fakt najednou takový to úplný jako zlepšení a najednou prostě pak jako, nevím, doktor si myslím, že tam říkal nějaký jako srdeční selhání, že si myslí, že to bylo... A tady ta paní ta se trápí, no, ta jenom fakt zvrací a to...

A co tobě konkrétně to přineslo?

Nevím, po tý psychický stránce, když jsem viděla toho dědu, jak je na tom špatně, tak to bylo jako takový, že jsem jako viděla, co se zhruba jako bude dít, nebo jak to bude vypadat, a snažila jsem se...

Tvého dědu?

Vlastně z mamčiny strany. A jsem se vlastně jako k tomu... já se k tomu nechci moc vázat jako citově, protože...

K tomu se ještě dostaneme, ale co ti to přineslo u těch dvou pacientek?

Já nevím, jak bych to jako definovala, co mně to jako přineslo, protože nevím... je to jako takový... je to ta špatná část, že jo... kterou jako vlastně nikdo nechce, aby se jako stala...

Využila jsi v takových situacích zkušenosti získané z výuky?

Asi tam spíš u těch lidí takovej ten jinej citovej jako přístup podle mě než jako u těch, kteří jsou fakt jako... který mají takový to... větší šanci na to uzdravení, že jako přeci jen k tomu člověku, co se trápí, ten člověk přistupuje asi jinak.

Sdíleli jste uvedené zkušenosti se spolužáky?

My jsme to moc neřešily, si myslím, že to bylo zrovna v ten pátek, a pak jsme všichni šly domů.

Měla jsi potřebu poradit se o zkušenostech a prožitcích s nějakým odborníkem?

Jako ptaly jsme se třeba jako sestřičky jako, jak to tam funguje nebo co se tam potom jako může dít jako po nějakým hodinovým intervalu po tom, co se to stane, tak nám tam jako řekla vo tom, co ví a... Mně potom řekla, že potom vlastně, jak je zabalí, tak už potom neví, jak ty lidi vypadají, takže to bylo fakt, co asi věděla taky ze školy nebo nevím...

Případně s někým jiným jsi o tom nemluvila?

Ještě s tetou jsem to řešila, protože ona je taky sestřička, takže to... ale to bylo jako celý, no. Já potřebuju... já jsem taková, že spíš nad tím uvažuju logicky než jako emocionálně, takže spíš jako mám radši tadyty fakta a jako ona mi to tak jako asi pomohla mi to tak jako vstřebat, protože mi řekla jako ty fáze tady tohodle nebo to, co se potom jako děje, takže to bylo takhle, no asi.

A co ti dělalo problém vstřebat?

No, tam bylo spíš takový to vidět už potom třeba než... my jsme tam totiž stihly přijít, než jako paní zavřely oči, to prázdno tam, že tam vůbec nic jako nebylo... tak to mi dělalo problém, to si fakt jako pamatuju a asi si to budu jako pamatovat, no.

Co si myslíš o umírání?

Tak jako samozřejmě je to nevyhnutelný proces, že jo, kterej určitě jako jednou u všech z nás jako nastane... pro někoho to jako může být, nevím, takový jako trápení, jako třeba u té druhé paní, že fakt jako u ní by bylo lepší, aby už jako to tak nebylo, a ta druhá paní ta to vlastně měla na jednu stranu hezký, takže vono se na to dá pohlížet jako spousty jako směry a já nevím, jak bych to úplně... Nevím, je mi líto jako těch lidí, no, kteří se jako takhle trápí, že ta paní fakt jako usla s plným bříškem v podstatě...

Co si myslíš o smrti?

O smrti? Tak vono je to... Je to takový, že ten člověk prostě už jako není, že už jako opravdu odešel a tenkrát, když ten děda jako umřel, tak já jsem si furt jako neuvědomovala, že už tady není, protože já jsem se tam jako nešla ani rozloučit a to... A potom jsem ho vlastně viděla až v tý rakvi a to jsem si jako uvědomila, že fakt jako je pryč, že už jako fakt jako umřel, že už jako není šance jako žádná zpátky... Je to takový... podle mě se to strašně v těch lidech jako pere, že třeba strašně moc lidí se bojí jako toho pojmu „smrt“ nebo něčeho takovýho, ale třeba pro někoho je to vysvobození, ale jako samozřejmě druhý to bude bolet vždycky, ale je to prostě nevyhnutelná jako součást, no, tady tohodle procesu...

Máš osobní zkušenost s umírající osobou mimo zdravotnické zařízení?

Mám, ano, ano, s dědečkem z mamčiny strany, no.

Můžeš mně říct, jak to teda probíhalo?

Jak to probíhalo? Tak von děda vlastně byl už jako strašně moc let jako nemocnej, už jenom já, co si jako pamatuju, a potom se to samozřejmě začlo stupňovat, že srdíčko mu třeba potom fungovalo na padesát procent, že hůř se mu dýchalo, do toho von měl jako několikrát zvořený koleno, takže ještě plus do toho ty chronický bolesti a ke konci už to potom bylo tak, že vlastně von začal jako strašně shazovat na váze, i když jako jedl, a potom už to bylo tak, že prostě se nezvládl třeba ani jako přesunout jako sám třeba z postele jako do kuchyně, tak to jsme mu pomáhali, a potom už vlastně třeba jako ležel, takže prostě hygiena a všechno tady to... A pro něj to bylo takový jako psychicky na nic, že vlastně jako vnoučata a dcery ho tam prostě umývají, ale pro něj to bylo prostě fakt asi jako vysvobození, no.

Využívala rodina umírajícího domácí zdravotnické služby?

Jo, jo, jo, to právě se využívá teďka jako u babičky, no. Akorát vona tady ještě chce být, vona nám to jako řekla, má jako blbý vtípky, to jí jako zarazíme, ať to jako toho nechá, ale charitu jo...

Jakou máš s nimi zkušenost, s těmi službami?

Ono to tam bylo většinou spíš jako pozitivní, akorát jako v jednech chvílkách jako furt všichni byli nemocný a takhle, tím pádem jako voni neměli asi nějaký záložníky nebo možná málo lidí, tím pádem jsme to museli řešit, aby tam někdo byl... Takže to bylo, jako že voni nemohli, a prostě zaříd'te se. Takže prostě jako mamka si brala nebo tety si braly volno v práci a snažily se to takhle nějak vymyslet, no.

Jak fungovala rodina umírajícího?

Jo, jo, jo, u nás jo. Se určily dny vlastně, kdy se tam bude jezdit, a vlastně oni jsou jako čtyři mají dcery a takhle se tam prostě jezdilo. Že prostě v pondělí tam jela jedna teta, v úterý jsme tam jeli třeba my, dopoledne tam byla třeba ta charita, my jsme tam jezdili třeba vod dvou do šesti do večera a uložili jsme a jeli jsme domů. A takhle to jako furt jako pokračuje skrz tu babičku, protože vona taky jako tu péči potřebuje, no. Takže teďka je to v podstatě znovu, akorát jiný.

Ještě se zeptám, jak se vyvíjela Tvoje komunikace s tím umírajícím dědečkem?

Já jsem s ním v podstatě... My jsme... Já jsem ho brala jako takovýho jako druhýho tatku, protože můj tatka byl takovej jako komplikovanej, co se těchhle věcí týče, a von byl jako takovej, že on jako moc nějak jako s nikým jako nemluvil, spíš von jako udělal jako nějaký ty gesta, aby nám ukázal, že nás má rád... a já jsem s ním jako se nikdy nějak víc nebavila, že nám fakt jako stačily ty činy k tomu, abysme viděli, že se máme rádi, a... Jako jo, třeba jsme se ho zeptali jako, jestli je jako lepší nebo to, von třeba řekl, že jo, nebo že je to jako dneska horší. Nás se zeptal, co jako dneska ve škole, a potom měl takovej pak svůj svět, no, že prostě tak si luštil křížovky a tady tyhle věci.

Tak jak se s ním potom komunikovalo?

No já si myslím, že v pohodě, že jako co jsme potřebovali se od něj dozvědět, tak jsme si jako zjistili nějakým způsobem. Von byl ještě jako nahluchlej, takže to byla taková komplikace tady tohle, ale vždycky se to nějak jako vyřešilo., když jsme potřebovali něco vědět, no.

A konkrétně?

Třeba když jako jsme se ho ptali, jestli jako chce prášek vod bolesti, tak jsme to museli prostě jako nějak vykomunikovat, tak třeba když jako nechtěl pak sluchátko do uší, tak jsme pak prostě to napsali na papír a von nám jako kývnul, jako že jo nebo že ne.

Chtěla bys ještě něco dodat ke svým zkušenostem v této oblasti?

Asi ne, já si myslím, že bylo asi všechno už.

Můžeš mi ještě popovídat o svých názorech na péči o umírající ve zdravotnickém zařízení?

Je to... ono je to podle mě strašně individuální, jestli je ta sestra třeba jako empatická a nebo jako není, protože třeba spousta těch sester je... jako už to berou jako kusy ty lidi, ne jako že máme tam tebe, o tebe se prostě budeme starat, ale berou to fakt jako kusy... ale to není takový hezký, no, že by to mělo být takové spíš jako víc lidské a víc takový jako i po té emocionální stránce a ne jenom prostě po té objektivní, no... Že to není dobré, no, ale to si asi každý musí srovnat sám, jak to vidí.

Jaký máš názor na umírání doma?

Ono je to... skrz potom ten proces je to asi jako blbý, ale skrz to umírání je to podle mě lepší, protože tam ta rodina má jako daleko větší přístup, protože teďka jsme v době, kdy jsou ty návštěvy fakt jako strašně osekány, a ty lidi podle mě jsou fakt jako psychicky na tom... nebo to zvládají podle mě líp, když jsou doma... samozřejmě když mají nějaký bolesti nebo něco, tak hospic nebo to, ale podle mě doma je to lepší, no. Je tam víc tam emoční stránka, no, a tu podle mě ten člověk tam u toho konce jako potřebuje a ne spíš jako nějakou, nějakou „pane“, spíš jako asi bude hezčí, když mu někdo jako řekne „tati“ nebo „dědo“ nebo něco takovýho.

Je něco, čeho se (v rámci své budoucí profesní dráhy sestry) v souvislosti s umírajícím pacientem obáváš?

Já si myslím, že to mám tady tohleto celkem srovnaný... že já chci ty lidi mít jako ráda, ale nechci, aby to potom přešlo do takový fáze, že budu na ně emočně napoutaná tak, že by mě to skolilo, jako kdyby to bylo součástí mé rodiny. Chci si voddělovat prostě svůj život pracovní a svůj život osobní a nechci aby to do sebe nějakým... samozřejmě nějak to vždycky zasáhne, ale nechci, aby to zasahovalo třeba devadesát procenty prostě.

Je ještě něco, co bys chtěla k tématu umírajícího pacienta dodat?

Já si myslím, že ne, že tam bylo řečeno jako všechno, co mě tak jako napadlo.