



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Katedra ošetřovatelství a porodní asistence

Bakalářská práce

**Připravenost studentů 1. ročníku oboru všeobecná
sestra na setkání s umírajícím**

Autor práce: Ilona Bolková

Vedoucí práce: Mgr. Klára Kubartová

České Budějovice 2014

Abstrakt

Název: Přípravenost studentů 1. ročníku oboru Všeobecná sestra na setkání s umírajícím

Teoretická východiska: Profesní příprava na povolání sestry nepatří mezi nejjednodušší. Kromě poměrně náročných teoretických předmětů musí studenti absolvovat i spoustu hodin praxe. Během ní se setkávají s pacienty jak v dětském věku, dospělými, ale i starými. Každý z nich má jiné obtíže a většinou dochází k uzdravení nebo alespoň výraznému zlepšení. Bohužel ani v dnešní vyspělé době není medicína všemocná a studenti se často setkávají s pacientem v terminálním stádiu, pacientem umírajícím. Tato situace je bezesporu velmi složitá, zvláště pro mladého člověka. Smrt, jakožto poslední stádium lidského života, přímo i nepřímo ovlivňuje život v našem okolí a setkání s ní každý cítí jinak. Studium ošetrovatelství se v současnosti přesunulo na vysokoškolskou úroveň. Realizace tohoto druhu kvalifikačního studia se snaží vybudovat srovnatelný vzdělávací program se zeměmi Evropské unie a zajistit efektivnější péči o nemocné. Předpokládá se, že vyšší věk studentů a jejich větší vyzrálost umožní zralejší náhled na studium.

Cíl práce: Hlavním cílem bakalářské práce bylo podat ucelený pohled na problematiku profesní přípravy studentů prvního ročníku oboru Všeobecná sestra na setkání s umírajícím pacientem. Byly stanoveny dvě výzkumné otázky: Jak jsou studenti 1. ročníku oboru Všeobecná sestra připraveni na setkání s umírajícím, jaké jsou jejich teoretické znalosti v problematice umírání? Jak hodnotí svou připravenost na setkání s umírajícím? Pomocí nich jsme se snažili zjistit, zda se studenti setkali na své první odborné praxi s umírajícím pacientem a jak hodnotí své dosavadní znalosti, které načerpali během prvního semestru na Zdravotně sociální fakultě.

Použitá metodika: K získání informací byl proveden kvalitativní výzkum pomocí nestandardizovaných polostrukturovaných rozhovorů. Rozhovory probíhaly na základě

předem připravených osmnácti výzkumných otázek. Bylo osloveno deset studentek prvního ročníku oboru Všeobecná sestra na Zdravotně sociální fakultě v Českých Budějovicích. Před začátkem rozhovorů byly respondentky ubezpečeny, že bude zachována jejich anonymita, a rozhovory byly nahrávány na diktafon. Následně byly kódovány do jednotlivých kategorií a podkategorií. Výzkumné šetření bylo uskutečněno během měsíce března 2014.

Výsledky: Z výsledků bakalářské práce je patrné, jaká je skutečná úroveň připravenosti studentů prvního ročníku oboru Všeobecná sestra na setkání s umírajícím pacientem. Odpovědi na hlavní výzkumné otázky byly podrobně zpracovány ve výzkumné části, stanovený cíl byl splněn. Výsledky ukázaly, že teoretické znalosti studentek vykazují značné nedostatky. Většině z nich chybí základní vědomosti o fázích umírání, o jistých a nejistých známkách smrti, o ošetrovatelské péči o mrtvé tělo. Nejsou dostatečně připraveny ani na komunikaci s umírajícím pacientem a jeho rodinou. Znalost těchto dovedností by měla být pro vykonávání profese sestry samozřejmostí. Přesto většina studentek uvedla, že jim výuka připadá dostačující, její rozšíření považují za zbytečné. Většina z nich se domnívá, že správný přístup k umírajícímu získají až během praxe a vlastních zkušeností, ale za zamyšlení určitě stojí, zda by nebylo potřeba výuku týkající se této problematiky alespoň částečně rozšířit.

Závěr: Hlavním přínosem bakalářské práce je podání uceleného pohledu na problematiku profesní přípravy studentů prvního ročníku oboru Všeobecná sestra na setkání s umírajícím pacientem. Výsledky by mohly být podnětem pro otevření diskuse mezi vedením a vyučujícími na Zdravotně sociální fakultě o možnosti rozšíření této výuky.

Klíčová slova: Smrt, umírání, umírající pacient, sestra student

Abstract

Title: Preparation of First-Year Students of the General Nurse Field of Study for Dealing with a Dying Patient.

Theoretical foundations: Vocational preparation for a career as a nurse is not among the easiest. Beside the considerably difficult theoretical courses, the students must also undergo many hours of practical training. During the training, the students deal with child, adult and elderly patients. Each patient experiences different problems; usually, the patients reach full recovery or at least a significant improvement. Unfortunately, even in these highly advanced times, medicine is not all-powerful and students often have to deal with a terminal patient, a patient who is dying. This situation is undoubtedly very complicated, especially for a young person. Death, as the final stage of a human life, both directly and indirectly influences life around us, and encountering death makes every person feel differently. The study of nursing care has recently transitioned to the university level. The undertaking of this type of qualification studies strives to establish an educational programme that is comparable to other countries of the European Union and to secure more efficient care for the sick. It is assumed that the higher age of the students and their higher maturity will facilitate a more mature perspective on the studies.

The goal of this work: The principal goal of the bachelor thesis was to offer a comprehensive overview of the area of vocational preparation of first-year students of the General Nurse Field of study for dealing with a dying patient. Two research questions were established: How prepared are first-year students of the General Nurse Field of study for encountering a dying patient, what is their theoretical knowledge of the issue of dying? What is their assessment of their preparedness for dealing with a dying patient? With the help of these questions we aimed to find out whether the students encountered a dying patient during their first practical training and obtain an

assessment of their current knowledge gained during the first semester at the Faculty of Health and Social Studies.

Methodology used: To obtain information, a qualitative research was carried out that used non-standardized semi-structured interviews. The interviews were based on 18 research questions prepared up front. Ten first-year students of the General Nurse Field of study at the Faculty of Health and Social Studies in České Budějovice were approached. Before starting the interviews, the respondents were assured that their anonymity was guaranteed and that the interviews would be recorded on a voice recorder. Afterwards, they were placed into separate categories and subcategories. The research was carried out in March, 2014.

Results: The results of the bachelor thesis show the real degree of preparedness of first-year students of the General Nurse Field of study for dealing with a dying patient. Answers to the main research questions were processed in detail in the research section, the set goal was met. The results showed that the theoretical knowledge of the students has significant shortcomings. Most of them lack a basic understanding of the stages of dying, of certain and uncertain signs of death and of taking care of a dead body. Nor are they sufficiently prepared for communication with a terminal patient and his or her family. Acquiring these skills should be a matter of course for exercising the profession of a nurse. Yet, the majority of the students stated that they find their training sufficient and that they consider its extension unnecessary. Most of them think that they will learn the right approach towards a dying patient while carrying out their duties and from their own experience; nonetheless, it is certainly worth considering whether it would be desirable to at least partially expand the scope of education in this particular area.

Conclusion: The principal benefit of the bachelor thesis is that it offers a comprehensive overview of the area of vocational preparation of first-year students of the General Nurse Field of study for dealing with a dying patient. The result could be an

impulse to open a discussion among the management and teaching staff at the Faculty of Health and Social Studies about a possible extension of this type of education.

Keywords: Death, dying, terminal patient, student nurse

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně, pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 12.8.2014

.....

(jméno a příjmení)

Poděkování

Děkuji Mgr. Kláře Kubartové za odborné vedení, trpělivost a cenné připomínky při zpracování bakalářské práce.

Obsah	9
Úvod	11
1 Současný stav	13
1.1 Sestra	13
<i>1.1.1 Osobnost sestry</i>	13
<i>1.1.2 Role sestry</i>	14
<i>1.1.3 Sestra student</i>	15
1.2 Umírání	18
<i>1.2.1 Historický pohled na umírání</i>	18
<i>1.2.2 Umírající pacient</i>	20
<i>1.2.3 Paliativní péče</i>	21
<i>1.2.4 Potřeby umírajících</i>	22
<i>1.2.5 Fáze umírání dle Kübler-Rossové</i>	23
1.3 Smrt	24
<i>1.3.1 Definice smrti</i>	24
<i>1.3.2 Proces umírání</i>	25
<i>1.3.3 Péče o mrtvé tělo</i>	26
1.4 Komunikace	28
<i>1.4.1 Komunikace s umírajícím pacientem</i>	28
<i>1.4.2 Komunikace s pozůstalými</i>	31
2 Cíl práce a výzkumné otázky	34
2.1 Cíl práce	34
2.2 Výzkumné otázky	34
3 Metodika	35
3.1 Metodika výzkumu a výzkumný soubor	35
4 Výsledky	36
4.1 Identifikace výzkumného souboru	36
4.2 Přehled kategorií a podkategorií	37
<i>4.2.1 Kategorie výuka související s problematikou umírání</i>	38

	4.2.1.1 Znalosti studentek.....	40
	4.2.1.2 Zájem o danou problematiku.....	42
	4.2.2 Kategorie pocity.....	43
	4.2.3 Kategorie komunikace.....	45
	4.2.4 Péče o mrtvé tělo.....	47
5	Diskuze	49
6	Závěr.....	57
7	Seznam použité literatury.....	59
8	Přílohy.....	62
8.1	Seznam příloh	62

Úvod

Smrt a umírání je téma, o kterém se většina z nás bojí hovořit. Důvodem je strach o svůj život, pud sebezáchovy, úzkost z neznáma, bolesti a nebytí. Umírající člověk tuto poslední životní etapu snáší lépe, pokud je se smrtí smířen a je na ni připraven. V každém případě je ovšem smrt proces, který zasáhne každého člověka a jeho okolí více či méně. Právě zdravotnický personál se s tímto psychicky náročným stavem setkává prakticky každý den.

Prvotní záležitostí by mělo být co největší zmírnění a ulehčení umírání pacienta a podle mého názoru také snaha poskytnout pacientovi co nejdéle setrvání v rodinném kruhu, neboť nikdo z nás si nepřeje umírat sám. Ovšem ve většině případů se tak nestává a lidé umírají v sociálních zařízeních, nemocnicích, obklopeni cizími lidmi. A právě zde by jim měl zdravotnický personál poskytnout co nejpříznivější a laskavé prostředí a zajistit zmírnění jejich utrpení.

Kvalitní ošetrovatelská péče o umírajícího znamená nejen uspokojení tělesných potřeb, tlumení bolesti, ale především projev citlivého a laskavého přístupu. Tato náročná situace vyžaduje zralou osobnost, o jejíž formování se snaží současný systém vzdělávání sester.

Velkou argumentací zde může být samotná povaha ošetrovatelského personálu a také bezesporu je. Ale zároveň si myslím, že velmi podstatné je pochopení smrti jako lidského koloběhu a součásti života.

Je velmi důležité si uvědomit, že smrt je jistotou pro každého z nás a čím dříve se s touto skutečností smíříme, tím obstojněji a lépe budeme moci vykonávat naše povolání bez stresových zátěží a pocitu úzkosti z něj.

Připuštění si smrti není ovšem důležité pouze pro sestry a lékaře. Jestliže budou lidé o smrti přemýšlet, budou také lépe zacházet s časem, který jim byl dán.

Smrt jako součást přírody patřila k běžnému životu od nepaměti. Co tedy stojí za trendem posledních desítek let, kdy se smrt zcela vyčlenila z běžného života?

Další myšlenkou, která se nezabývá smrtí, ale spíše vztahy v rámci profese, je ochota pomoci. V profesích, které mají jiným lidem pomáhat, čeká pacient, že o něj

bude projevem kromě profesního také osobní zájem. Tento subjekt nechce být pouze objektem pomoci, ale také přítelem, se kterým soucítíme. Musíme být samozřejmě lidé, kteří pomáhají, starají se a zajímají, ale rozhodně si nesmíme utvářet postoj, jako mají například rodiče k dětem. Pacienti často čekají osobní vztah, dokonce u nich propuká jakási žárlivost, jestliže vykazujeme větší zájem o druhého člověka. Kde je tedy hranice mezi profesionalitou a lidskostí a jak velký význam má kvalita vztahu pracovníka vůči klientovi? I na tuto problematiku se pokusíme v této práci upozornit.

Nepříliš těžkým úkolem je zjišťování tělesných potřeb. Ale jaký význam mají duchovní potřeby? A nerozlišujeme zde osoby na věřící a nevěřící. Každý z nás má nějakou duchovní potřebu, kterou by měl pochopit a otevřít nejprve v sobě, aby byl posléze schopen pomoci i jiným lidem. Hraje tedy roli duchovní víra v pomáhajících profesích?

Na tyto a další otázky se pokusíme v rámci této práce poukázat a zhodnotit je. A následně se také pokusit začlenit je do praktické části a vyvodit závěry, postoje a ukazatele již zmíněné připravenosti absolventů na setkání se smrtí. Hlavním tématem je zamyšlení se nad problémem, zda jsou budoucí sestry během studia dostatečně připraveny na setkání s umírajícím a zda jsou schopny tento psychický, ale také fyzický nátlak obstojně zvládnout. Práce se zabývá hlavně pocity a mírou připravenosti studentek prvního ročníku při jejich setkání s umírajícím pacientem na odborné praxi.

1 Současný stav

1.1 Sestra

1.1.1 Osobnost sestry

Práce všeobecné sestry je od samých počátků do dnešní doby vnímána jako poslání. Pro sestru je obětavá a profesionální péče o pacienty nejen zmiňovaným posláním, ale také zaměstnáním a dá se říci, že i povinností. Zdravotnická profese se řadí mezi nejnáročnější vůbec. Nároky na její zvládnutí vyžadují osobnost psychicky, fyzicky i sociálně vyzrálou, která je ochotná převzít velkou část zodpovědnosti nejen za sebe, ale i za ostatní (1).

Toto povolání je velmi náročné jak na osobnostní předpoklady, tak na znalosti i dovednosti.

Stále větší důraz je kladen na zvládnutí odborné techniky, administrativní práce a na komunikaci jak s nemocným, tak s jeho rodinou. Velmi důležité je, aby pacient i rodina měli k sestře maximální důvěru. Právě důvěryhodnost sester má vliv na názor veřejnosti na ošetrovatelské povolání. Důvěryhodnost spočívá ve vztahu sestry k povolání, v kultivovanosti projevu, v jejím chování, odborných znalostech i úpravě zevnějšku (2).

Vždyť právě sestry jsou nemocným lidem nejvíce nablízku, na nich spočívá největší břemeno trápení, které si pacienti nesou. Právě ony jsou často nemocným bližší než jejich rodina či lékaři. (3)

Ke kvalitnímu zvládnutí zdravotnické profese je potřeba spousta nezbytných osobnostních vlastností. Sestra by měla být cílevědomá, kreativní, kolegiální, nezištná, obětavá. Mezi velmi podstatné vlastnosti patří odpovědnost, ochota, ohleduplnost, poctivost, předvídavost, sebeovládání, sociální cítění, spolehlivost, trpělivost, velkorysost, vlídnost. Velmi důležité je umění naslouchat, přátelsky komunikovat, spolupracovat, mít úctu a respekt. Samozřejmostí je i moudrost, lidskost, odvaha, spravedlnost, empatie, kritický a sebekritický přístup a smysl pro humor. Zdá se až nemožné, že toto všechno je schopen jeden člověk pojmout. Ovšem spokojený pacient vyžaduje od personálu důvěru v něj, vyžaduje zájem, lásku, porozumění. Přístup sestry

k nemocnému je ovlivněn zejména výchovně vzdělávacím působením školy, ale samozřejmě také jejím rodinným a pracovním prostředím. (4)

Velmi často se sestra setkává také s umírajícími pacienty. Proto je nutné, aby si dokázala vytvořit vztah ke smrti. K tomu je nezbytné vyrovnat se se svojí vlastní smrtelností. Pokud k tomuto nedojde, je sestra vystavena dvěma nebezpečím. Může u ní dojít k psychické traumatizaci a jejím důsledkem není schopna dále vykonávat svoje povolání. V druhém případě se dostává do stádia profesionální deformace, z čehož pramení citové vzdálení od pacienta, které může vyústit až k agresi vůči němu. (5)

1.1.2 Role sestry ve vztahu k umírajícím

Zpočátku se vytvářela povolání sestry na půdě charitativních institucí, které byly určeny k poskytnutí útulku a nejzákladnější péče pro jednotlivce z řad chudiny, o které se nemohla postarat rodina. Tato péče nevyžadovala odbornou přípravu personálu. Od první poloviny 19. století se z útulků stávaly chudobince, nemocnice, starobince a sirotčince. Ani zde neprobíhalo léčení za účasti lékaře, zachovávaly si původní charitativní charakter. Teprve v druhé polovině 19. století vstupuje do nemocnic racionální medicína. Tímto vývojem byl položen i základ k novodobé profesi sestry. Lékař potřeboval ke své činnosti pomocníka již odborně vzdělaného. Po skončení druhé světové války se nejkvalifikovanější lékařská pomoc přesouvá téměř všechna do nemocnic. Rozvoj moderní společnosti na konci 20. století posunul ošetřovatelství kupředu spolu s ostatními zdravotnickými profesemi. Role sestry se orientuje spíše na zdraví, na první místo se dostává primární péče. (6)

V současné době zaujímá sestra hned několik rolí najednou. Ke zvládnutí každé z nich je zapotřebí dostatek znalostí, dovedností, používání kritického myšlení a v neposlední řadě i dostatečná zralost. Pro sestru je podstatné svoji roli si co nejvíce osvojit z důvodu správného vykonávání. Mezi základní role sestry patří sestra manažerka, sestra pečovatelka, sestra edukátorka, sestra nositelka změn, sestra mentorka. (7)

Dále je nutno dodat, že pro sestru platí vzory chování jako je funkční specifita, universalismus, kolektivní orientace a emocionální neutralita. (6)

Hlavní rolí sestry při setkání s umírajícím je zaujmout především holistický přístup k němu samotnému i k jeho blízkým. Sestra je povinna poskytovat kvalifikovanou péči. Na konci života nesmí docházet ke snižování kvality této péče, ale je nutné zaměřit se individuálně na důstojné umírání člověka. Období na konci života by mělo být opravdu životem. Proto by sestra měla neustále rozvíjet své znalosti a dovednosti v péči o umírajícího. Ta je bezesporu náročná jak fyzicky, tak psychicky a pro sestru znamená často velkou zátěž. Sestra by se s touto zátěží měla naučit pracovat. Mezi možnosti patří četba odborné literatury, návštěva kurzů, seminářů, psychologa. Často je velkým přínosem přijmout rady od zkušenějších spolupracovníků. Velmi důležité v péči o umírajícího je, jak již bylo výše zmíněno, pokud se sestra dokáže vyrovnat se svou vlastní smrtelností. Potom je schopna zajistit umírajícímu pacientovi tu nejlepší péči. Sestra musí být vstřícná, profesionální a empatická. Je důležité, aby uměla být sama sebou, vnímala také své pocity a potřeby a otevřeně o nich dokázala mluvit. Vždyť nejdůležitější rolí sestry je zůstat člověkem a být zde hlavně pro pacienta, sledovat jeho aktuální potřeby a poskytovat kvalifikovanou péči. Velmi důležitá je správná komunikace, umění pacientovi naslouchat. V pokoji pacienta je vhodné připravit příjemné prostředí, aby se zde cítil dobře on i jeho rodina. Té sestru poskytuje rady, informace a hlavně jí dodává psychickou podporu. Často totiž blízcí umírajícího nevědí, jak se v dané situaci správně chovat. (8, 9, 10, 11, 12, 13)

1.1.3 Sestra student

Volba budoucí profese je velmi zásadní životní rozhodnutí a je součástí profesní strategie. Povolání sestry vyžaduje dlouhou a obtížnou cestu profesionálního a osobního zrání. Ke kvalitnímu výkonu profese sestry samozřejmě nestačí pouze vlastnosti, které byly uvedeny. Velmi důležitá je také vysoká úroveň vzdělání. Ošetřovatelství v současnosti vyžaduje obsáhlé spektrum znalostí, a proto je požadováno pro vykonávání profese sestry vysokoškolské vzdělání.

O historii vzdělávání sester bylo již napsáno mnoho. V současné době se vzdělávání přesouvá na vysokoškolskou úroveň. Po jeho ukončení získávají absolventi se souhlasem MZ ČR oprávnění vykonávat zdravotnické povolání. Jak již bylo zmíněno, realizace tohoto druhu kvalifikačního studia se snaží vybudovat srovnatelný vzdělávací program se zeměmi Evropské unie. Studijní program musí být v souladu s vyhláškou č. 129/2010Sb.(11), kterou se upravuje vyhláška č. 39/2005, kterou jsou stanoveny minimální požadavky k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání.

Příprava sester je v ČR stanovena zákonem č. 96/2004 Sb. o nelékařských a zdravotnických povoláních ze dne 4. února 2004. Tento zákon byl novelizován zákonem č. 105/2011Sb. Činnosti sestry jsou stanoveny v souladu s § 4 vyhláškou 55/2011. Studium trvá minimálně 4600 hodin, z toho praxe činí 2300 hodin. Důvodem je vyhovění požadavků Evropské unie a Světové zdravotnické organizace. Dále je nutné respektovat věk studentů pro přípravu na výkon tohoto povolání. (3,14,15)

V následující části se budeme blíže zabývat průběhem studia na Zdravotně sociální fakultě v Českých Budějovicích. Zde probíhá příprava na profesi sestry v bakalářském studijním programu. Tento program trvá tři roky. Studium je ukončeno obhajobou bakalářské práce a složením státní závěrečné zkoušky. Absolventi získávají titul bakalář (Bc.), uváděný před jménem. Po ukončení bakalářského studia je možné pokračovat ve studiu magisterském. Studium je dvouleté, zakončené státní závěrečnou zkouškou a obhajobou diplomové práce. Absolventi získávají titul magistr (Mgr.), uváděný před jménem. Na toto studium navazuje doktorský studijní program, zakončený státní doktorskou zkouškou a obhajobou disertační práce. Uděluje se titul doktor (PhD), uváděný za jménem. (16)

Do prvního semestru bakalářského studia jsou zařazeny předměty, ve kterých studenti získávají především teoretické znalosti. Po jejich splnění se dostávají poprvé do kontaktu s pacienty v rámci odborné praxe.

Mezi předměty, které by měly budoucí sestry připravovat na setkání s pacienty, patří *Etika v ošetřovatelství*, jejímž cílem je poskytnout rozhled o teoretické etice, právech pacientů a naučit znalosti a zručnosti potřebné k řešení etických dilemat nejen ve

zdravotní péči. Tento předmět by měl zároveň pomoci samotným studentům definovat si svá vlastní etická stanoviska a naučit se je obhájit. Tématem smrti a umírání se konkrétně zabývá přednáška číslo 3.

Předmět *Filozofie v ošetrovatelství* pojednává o etice a filozofii vztahující se k základním i speciálním oborům ošetrovatelství a medicíny. Jeho úkolem je seznámení se s problémovými okruhy a základními pojmy ve filozofii, kde se klade důraz na pochopení souvislostí mezi filozofií jakožto společenskou vědou, medicínou a ošetrovatelstvím v historickém vývoji i v současnosti. Absolventi se dokáží orientovat ve filozofických koncepcích života.

Předmět *Komunitní péče* informuje studenty o významu ošetrovatelství při péči o zdraví populace v současné společnosti. Ukazuje možnosti podpory zdraví v komunitě, jednotlivců a rodin, důležitost profesionálů v primární péči a jejich kompetence, způsoby spolupráce sester s ostatními zdravotnickými profesionály v oblasti domácí péče aj. V souvislosti se zaměřením této práce je přednášeno také o komunitní péči o umírající.

Cílem předmětu *Ošetrovatelský proces a potřeby člověka I* je poskytnout studentům přehled jak teoretický o ošetrovatelském procesu a jeho fázích, tak i praktický o jeho použití. Dále se seznámí s Maslowovou hierarchií potřeb včetně jejího využití při posuzování bio-psycho-sociálně-duchovních potřeb člověka a problematikou lidských potřeb v jejich širších souvislostech. O rozdílech ošetrovatelského hodnocení u umírajících je pojednáváno na přednášce číslo 4. Po zakončení výuky si student uvědomuje, že problematika uspokojování lidských potřeb je základním úkolem ošetrovatelství.

Předmět *Ošetrovatelské postupy I* naučí studenty provádět diagnostické a léčebné výkony, celostní péči o jednotlivce a vyhodnocení účinnosti ošetrovatelských intervencí. Následně pak získají teoretické znalosti i manuální zručnost k provádění jednotlivých ošetrovatelských výkonů a osvojí si dovednosti z oblasti saturace základních potřeb klienta/pacienta. Právě při vyučování tohoto předmětu se studenti seznamují mimo jiné i s péčí o mrtvé tělo.

Komunikace ve zdravotnictví 1 připravuje studenty na teorii komunikace, pochopení významu sebereflexe a získání komunikačních dovedností při poskytování péče. Pro tuto práci je důležitý právě nácvik komunikace v zátěžových situacích na přednášce číslo 5.

Mezi další předměty, které jsou velmi důležité pro profesní přípravu sester, patří: *Teorie ošetrovatelství, Obecná psychologie, Anatomie, Latinský jazyk* a jiné. (17)

1.2 Umírání

1.2.1 Historický pohled na umírání

Smrt je součástí života od jeho samotného začátku. Člověk svým způsobem umírá od narození. Smrt je podmíněna životem a život je umožněn smrtí. V současné době ovšem lidé o smrti a umírání nechtějí slyšet, je jim to nepříjemné. (8, 18)

Po celá staletí bylo mírnění lidského utrpení spojeného s umíráním a poklidné „převezení“ na druhý břeh posláním nejen lékařů, ale také především rodinného kruhu a duchovních. Smrt byla v historickém kontextu chápána jako významný předěl mezi krátkým, většinou těžkým a chmurným reálným životem a posmrtným životem v ráji a blaženosti. Moderní disciplína historická antropologie označuje teprve období posledních 200 let za prodloužení lidského života na zemi a ztrátu perspektivy posmrtného života. Častá úmrtí v mladém věku, vysoká kojenecká úmrtnost aj. byla dlouholetým běžným dějem. Lidé se setkávali se smrtí po celý pozemský život. Špatná hygienická úroveň, nemoci a hlad zapříčinily umírání lidí na veřejných prostranstvích a pouze bohatí lidé měli jakýsi materiální nadstandard. Můžeme tedy říci, že lidé krátce žili, krátce stonali, ale rychle umírali. Nemůžeme jednoznačně tvrdit, že se lidé smrti nebáli, ale báli se jí jinak. Toto období můžeme označit jako domácí model umírání. Umírající člověk si „upevňoval“ svou duševní rovnováhu vlastními zkušenostmi, neboť v průběhu svého života asistoval při smrti u svého blízkého. Standardním postupem umírající poznal, že přišla jeho poslední hodinka, svolal tedy své příbuzné, vyslovil poslední přání a následně byl přivolán kněz. Lidé dobře znali příznaky přicházející smrti, jako byla změna barvy kůže, vystupování kostí aj. Ale také věděli, co umírajícím

poskytnout. Jestliže byl umírající ve stádiu, kdy již nemohl přijímat pevnou stravu, rodina podávala vývar nebo bylinný čaj. Pomocí přikrývek zateplovali umírajícím nohy, neboť věděli, že chlad přichází od chodidel. Po úmrtí otevřeli okno, aby mohla duše pokojně odletět. Pouze pokud trpěl pacient velkými bolestmi, byl přivolán lékař, který ovšem většinou aplikoval pouze morfium, neboť jiné alternativy nebyly. Každý tedy věděl, jak vypadá samotná smrt a umírání zblízka.

Tento historický trend se začíná měnit v 19. století, kdy je spojen s industrializací. Vysoký počet obyvatel směřující do nově vzniklých měst má za následek velký nárůst počtu lidí, kteří najednou umírají bez zázemí své rodiny a mimo svůj domov. I tento fakt vedl ke zřizování tzv. chorobinců, předchůdců dnešních moderních nemocnic. V tomto případě hovoříme o institucionálním modelu umírání. Samozřejmě se nejednalo o náhlý skok, ale situace se vyvíjela postupně. Důraz byl kladen na to, aby každý nemocný a umírající měl čisté lůžko, teplo a základní hygienické podmínky. Lidé byli umístěni do rozlehlých pokojů ve velkém počtu. Později, ve snaze zlepšit jejich pohodlí, byly postele opatřeny bílou plentou.

Nešťastné myšlenky byly také komory smrti, kam byli převáženi pacienti v poslední fázi, což snižovalo psychiku všech zúčastněných. Příbuzní narušovali chod těchto sociálních zařízení, a proto návštěvy byly omezeny jen na některé dny a to zapříčinilo umírání nemocných v osamění. Lékař samozřejmě mohl vydávat zvláštní propustky, které opravňovaly k návštěvě, ale to si pacienti dokázali spojit s přicházející smrtí, což mělo opět neblahý vliv na jejich psychiku. (8, 9)

Období po druhé světové válce je spojeno s tzv. medicinalizací umírání. Neuvěřitelný pokrok v lékařství, zaznamenaný za posledních 60 let, měl za následek oddělení umírání od běžného koloběhu života. Plošné očkování, pokrok v diagnostických metodách a léčbě vyvolalo pocit, že je medicína opravdu všemocná a zachraňování života má cenu až do jeho konce. Tato skutečnost vyvolala v 60. letech minulého století etický problém zvaný dystanázie, který je chápán jako udržování člověka naživu pomocí přístrojů a medikamentů. Laicky tedy můžeme hovořit o oddalování smrti.

Nicméně umírání a smrt se stává lékařskou záležitostí a i přes její sílu, má velmi důležité dopady na další sociální faktory v globálním měřítku, což je znázorněno v příloze číslo 1. (8, 9).

Umírání je dnes krutější, než bylo dříve, je neosobní, zmechanizované, osamělé. Často ani nevíme, kdy smrt nastala. (19)

1.2.2 Umírající pacient

Každé tři minuty u nás umírá jeden člověk a klinický obraz umírání je různý. Záleží na mnoha faktorech. Mezi ně patří povaha a projev nemoci, reakce nemocného a způsob asistence okolí. Umírání je situace, při které je nemoc neslučitelná se životem, a pacient si tuto situaci nějakým způsobem uvědomuje. K umírání patří také strach a úzkost jak z umírání samotného, tak ze smrti. Jsou vyjadřovány jak verbálně, tak neverbálně. Podle odborníků mají ze smrti strach i dementní pacienti. (20) Strach a úzkost mění u pacienta schopnost komunikace. Mezi jejich projevy patří neklid, tachykardie, hyperventilace, poruchy spánku, napětí. Umírání je spojeno také se smutkem a depresí pacienta. (21)

Přání umírajících pacientů je často takové, aby mohli ovlivnit období před smrtí a díky tomu mohli z tohoto světa odejít v klidu. Sestra jim může být nápomocna při hledání jejich smyslu konce života.

Samotný strach ze smrti je vrozeným lidským pudem a smrt může pacient pojmout třemi způsoby psychických mechanismů. Mezi ně patří racionalizace, popření a akceptace. Při racionalizaci pacient udává logická zdůvodnění, kterými oddaluje přijetí vlastní smrtelnosti. Důvodem mohou být například jeho nezaopatřené děti. Popření znamená nepřipouštění si vlastní smrtelnosti. Pacient žije s pocitem, že se ho smrt osobně netýká. Při akceptaci si člověk uvědomuje svou konečnost a dalo by se říci, že tímto poznáním je ovlivněno jeho myšlení a chování.

Nemoc a příprava na smrt samotnou vzbuzuje u pacientů mnoho obtíží a emocionálních reakcí, jako jsou regrese, úzkost, hněv a sklíčenost. Proto musí zdravotnický personál vynaložit takovou dávku empatie, aby dokázal tento fakt zasadit do přijatelné situace. (22, 23)

Haškovcová v této souvislosti zmiňuje tzv. Chartu umírajících, která je obsažena v příloze č. 3 této práce.

Povinností sestry je vykonávat všechny ošetrovatelské činnosti do poslední chvíle v plném rozsahu, ohleduplně a důstojně. (24)

1.2.3 Paliativní péče

Stejně tak jako většina oborů má také smrt a umírání svou vlastní nauku a tou je thanatologie. Jedná se o soubor znalostí a dovedností pojednávajících o smrti. Nejdůležitější disciplínou, která se zabývá touto problematikou, je tzv. paliativní, či útěšná medicína. Definice paliativní péče je několik, všechny ovšem poměrně stejně vystihují danou problematiku.

Nejdůležitější náplní paliativní medicíny je péče o pacienty se špatnou prognózou, hlavním zájmem je kvalita jejich života. Jde o zmírňování všeho, co působí utrpení, ale jejím cílem není prodloužení života za každou cenu. (8)

Průkopnicí paliativní medicíny byla v 60. letech minulého století anglická ošetrovatelka a lékařka Cicely Mary Strode Saunders. Aby paliativní léčba byla úspěšná, je třeba věnovat pozornost všem aspektům pacientova utrpení. Mezi ně patří bolest, psychické problémy, sociální obtíže, duchovní starost a jiné. Je nutné zdůraznit potřebu multidisciplinární spolupráce lékařů, sester a dalších zdravotnických i nezdravotnických pracovníků (duchovní, rodina, přátelé). Pacient musí k postupu léčby dát svůj souhlas. Hlavní myšlenkou paliativní péče je přijetí umírání jako normálního procesu, který usiluje o maximální možnou kvalitu života až do smrti. (25)

Omylnou myšlenkou je pohled na paliativní medicínu jako na lacinou a méně náročnou službu, a to jak medicínsky, tak ošetrovatelsky. Ba naopak, právě znalost těchto principů a dovedností u zdravotníků a příbuzných mohou umožnit umírání a smrt s co nejmenšími fyzickými a psychickými následky. (26)

Nejen mezi laiky převládá názor, že je paliativní péče vlastně hospicová péče. Toto tvrzení je omylné. Paliativní péči by mělo poskytnout každé zdravotnické zařízení v rámci své specializace. Tato péče se nazývá obecná paliativní péče a vykazuje především respekt k pacientovi, léčbu bolestí a dalších symptomů, podporu rodiny atd.

Jako druhé stanovisko sděluje věda specializovanou paliativní péčí, která se věnuje paliativní péči jako své hlavní činnosti. Tato zařízení disponují vysoce vyškoleným počtem zaměstnanců a patří mezi ně, oddělení paliativní péče, lůžkové hospice, domácí hospice (mobilní paliativní péče), konziliární týmy paliativní péče, ambulance paliativní péče, denní stacionáře, zvláštní zařízení (poradny, půjčovny pomůcek, tísňové linky). (3)

1.2.4 Potřeby umírajících

Potřeba značí nedostatek nebo chybění něčeho. Mít potřeby je nezbytné pro život každého člověka. Ty se během života mění a vyvíjejí. (26)

Pokud dojde k neuspokojení potřeby, dochází v ošetřovatelství k problému. Potřeby lze rozdělit na biologické, psychologické, sociální a spirituální. Při uspokojování biologických potřeb je nutné se soustředit na tělo, příjem potravy, vyprazdňování. U psychických potřeb jde o odstranění bolesti, strachu, úzkosti. Mezi sociální potřeby patří hlavně komunikace. U spirituálních potřeb je nutné respektovat zejména náboženskou svobodu. (27)

Americký psycholog Maslow potřeby rozděluje na dvě části, na nižší potřeby a vyšší potřeby. Mezi nižší řadí potřeby fyziologické, potřebu jistoty a bezpečí. Potřeba sounáležitosti, uznání a seberealizace patří mezi potřeby vyšší. Při neuspokojení nižších potřeb, tyto potřeby převládnu nad vyššími, stávají se dominantními. (26)

Jak již bylo zmíněno, během života se potřeby mění. Sestra by měla vědět o potřebách umírajícího tolik, aby byla schopna je rozpoznat, pochopit a zajistit jejich uspokojení. Umírající pacient potřebuje péči, která zmírní nebo odstraní fyzické a emocionální potíže, vřelou lidskou oporu, otevřenost a samozřejmě přítomnost sestry jednající podle jeho přání. (28)

V pokročilých stádiích onemocnění jsou potřeby závislé na závažnosti onemocnění, na pacientově věku, sociální situaci i psychickém stavu. Potřeby umírajících se také liší podle typu osobnosti umírajícího, podle jeho onemocnění, adaptace na nemoc. Jsou ale takové, které mají všichni společné. Mezi ně patří blízkost druhé osoby, nestrádání, potřeba být bez bolesti, bez strachu, neosamělost, sebeúcta, důstojnost, bezpečnost.

K jejich uspokojení je důležitá kvalifikovaná péče, empatický přístup, psychoterapeutická podpora. (3)

Pro každého umírajícího je velmi důležité uspokojení potřeb spirituálních, potřeb neměnných. V dnešní moderní společnosti převládá názor, že je to důležité pouze pro věřící. Ale není tomu tak. Věřící člověk nemá problém s naplněním svých duchovních potřeb. Naopak nevěřící, pokud se dostane do krizové situace, má často problém najít smysl vlastního života. Všichni umírající se dostávají do situace, kdy je potřeba urovnat své vztahy, a to jak s lidmi, tak ve svém nitru. A do značné míry se nejedná pouze o soukromou věc samotného pacienta, ale svou roli zde hraje i pomoc zdravotníků. Sestra musí umírajícímu naslouchat a sledovat neverbální projevy. Musí mít stále na paměti, že nemocný pozná, jestli naslouchá nebo pouze předstírá svůj zájem. Hluboký povzdech nebo vlhké oči mnohdy řeknou víc než slova. V případě, že si umírající nebo jeho rodina přeje přítomnost duchovního nebo psychologa, sestra by toto přání měla umožnit. Spirituální bolest se někdy může projevit samotnou rezignací a neochotou spolupracovat, proto je duchovní potřeba a vyrovnanost stejně důležitá jako jiné části ošetrovatelského procesu. Je důležité si pamatovat, že ne vždy musím souhlasit, ale porozumět a respektovat ano. (23, 29)

1.2.5 Fáze umírání dle Kübler-Rossové

Podle americké lékařky Elisabeth Kübler-Rossové rozeznáváme 5 fází umírání neboli smutku. Tyto fáze byly zveřejněny na základě jejích zkušeností a průzkumu počátkem 70. let minulého století. Jde o psychické stavy lidí, kteří jsou informováni v rámci diagnózy smrtelného onemocnění nebo silné ztráty. Průzkum proběhl na stovkách pacientů onkologicky nemocných. Podle E. Kübler-Rossové si ovšem musíme uvědomit, že se jedná pouze o orientační vodítko. Tyto fáze mohou probíhat periodicky, paralelně, ale ne vždy se musí vyskytnout všechny. Přesto je jejich znalost základní podmínkou práce zdravotnického personálu.

První fázi můžeme nazvat *fází šoku/popírání*. Anglickým názvem Denial. Jde o stav, kdy je člověk zprávou otřesen, vyděšen a má tendenci toto tvrzení popřít. Při onkologickém onemocnění samotné slovo rakovina, nádor či malignita v nás způsobuje strach ze smrti, z bolesti, z něčeho strašného. Podle statistických údajů u nás na

rakovinu zemře každý čtvrtý člověk. Pro psychiku je sdělení této diagnózy velmi náročné. Jednou z příčin je fakt, že nás většinou toto onemocnění zastihne nepřipravené, během každodenních činností. Tito lidé jsou nuceni se stále zabývat otázkou, proč právě oni. Dalšími typickými výroky jsou záměna výsledků a klasické popírání. Jedná se o běžnou obranu, která ovšem netrvá dlouho (příklad viz příloha). Důležitým aspektem je zde komunikace, ke které se dostaneme v dalších částí této práce.

Druhou fází je označován psychický stav, kdy převládá *agrese, zloba, hněv, zášť*. Stres, který způsobila sdělená diagnóza, nepolevuje a stav přechází v podrážděnost a slovní agresivitu. Typickou otázkou této fáze je „proč zrovna já?“. Strach ze smrti se prohlubuje, připojují se také fyzické projevy nemoci a s ní spojenou léčbou. Nevinnost, zármutek, vypadávání vlasů, zvracení ajiné následky, například chemoterapie, která působí i na osobní život.

Třetí fáze zahrnuje *naději, uklidnění, smlouvání*. Dotyčný se obrací k vyšší moci, například k Bohu, typickými otázkami a myšlenkami jsou „udělám vše“, „chci se dožít“, „dám cokoli“.

V předposlední fázi se u pacienta projevuje narušená psychika, která vrcholí *depresí* (depression). Během této fáze si začíná člověk uvědomovat jistotu blížící se smrti. „Konec přichází a je nevyhnutelný“.

Poslední fází je stav *smíření se smrtí, odevzdanosti*. Průběh samotného umírání záleží především na psychologické péči a na chování jeho nejbližších. Jak již bylo zdůrazněno, častým přáním je zemřít doma, v prostředí důvěrně známém, v kontaktu se svými blízkými. Na procesu smíření se smrtí se také pozitivně podílí náboženské přesvědčení člověka, které přijímá smrt emocionálně smířlivěji. (22)

V příloze č. 6 jsou uvedeny autentické výpovědi pacientů, které by mohly sestřám pomoci pochopit, co umírající pacienti prožívají v jednotlivých fázích umírání.

1.3 Smrt

1.3.1 Definice smrti

Definovat smrt není jednoduché z důvodu širokého pojmu tohoto slova a také proto, že existuje několik druhů smrti. Smrtí nazýváme konec biologického života,

definovaný jako individuální zánik organismu. Smrt je přirozená nutnost, která platí pro všechno živé. Z hlediska biologické evoluce by při neexistenci odumírání individuí nemohl existovat vývoj a adaptační šíření jednoho druhu. Na smrti se podílí stav tří hlavních orgánů, srdce, plic a mozku. Tyto orgány byly dříve nazývány atria mortis, neboli brány smrti. Při přirozeném průběhu umírání s konečným selháním základních životních funkcí nastává smrt zástavou srdeční činnosti. Podle Světové zdravotnické organizace ji lze rozdělit na smrt náhlou, rychlou a pomalou. Může nastat přirozeně nebo násilně. Může být avizovaná, která se hlásí v relativně dlouhém čase prostřednictvím různých obtíží a neavizovaná, neboli náhlá (ošetřovatelské postupy). Smrt můžeme posuzovat z mnoha úhlů pohledů. Klinická smrt vzniká zástavou krevního oběhu a dýchání, tento stav trvá 5 až 6 minut. Během této doby není možné považovat organismus za mrtvý, neboť k oživení může pomoci úspěšná resuscitace. Bohužel v této době může dojít k odumírání buněk, které jsou citlivé na nedostatek kyslíku. Jako biologickou smrt označujeme zánik činnosti buněk orgánů, nastává za 4 -5 minut po zástavě dýchání a oběhu. Při smrti mozku je činnost mozkových buněk nenávratně ukončena, ale ostatní životně důležité funkce by mohly být dále uměle udržovány. Zdánlivá smrt, která se nazývá vita minima, je stav organismu, při kterém jsou tělesné funkce potlačeny na minimum, není možné je běžným způsobem zjistit. Nastává například při tonutí, po úrazu bleskem nebo elektrickým proudem.

Podle toho, ve kterém věku smrt přichází, se dá rozdělit na smrt předčasnou a přiměřenou. Pojem sociální smrt označujeme částečnou smrt mozku, kdy dochází pouze k částečnému zachování duševních, sensorických a motorických funkcí. (28)

Velmi výstižná je definice o smrti, která je nazývána koncem osobního životního příběhu.

1.3.2 Proces umírání

Proces umírání se nazývá terminální stav, trvá pouze několik dní a je doprovázen některými obtížnými symptomy. Základní předpoklad pro náležitou péči o pacienta v této fázi je správná diagnostika lékaře. Nerozpoznání terminálního stavu vede často k nepřiměřeně invazivním vyšetřením a léčbě a s tím souvisí prodlužování umírání a

zvyšování utrpení. Proces umírání rozdělujeme na tři období: pre finem, in finem, post finem.

Období pre finem je doba, kdy se pacient dozvídá od lékaře svojí infaustní prognózu. Právě nyní je velmi důležité zaměřit se na probíhající fáze psychické odezvy, které u pacienta bezesporu probíhají.

Období in finem je provázeno postupným selháváním životních funkcí. U pacienta dochází k progresivní celkové slabosti a únavě, periody denního spánku se prodlužují. Může upadnout do hlubokého spánku i komatu. Snižuje se schopnost pozornosti a koncentrace, klesá zájem o konverzaci. Nastává zhoršení zraku a sluchu, dezorientace, zmatenost. Pacient odmítá jíst a pít, má potíže s polykáním, sucho v ústech. Dochází k vyhasínání reflexů, zvyšuje se tělesná teplota. Pacient přestává cítit jemné doteky, proto je pro něho velmi důležité, pokud ho doprovázející pevně drží za ruku. Častý je pokles diurézy, někdy dochází až k anurii. Končetiny jsou chladné, někdy mramorové, kůže je bledá až šedá a lepkavě studená, prsty zmodralé, podobně i nos. Oči jsou zapadlé. Dochází k prohlubování dechu, pulz je nepravidelný a špatně hmatný. Období post finem nastává po zástavě fyziologických funkcí. Smrt se určuje podle nejistých a jistých známek smrti. Mezi nejisté známky smrti patří zástava dechu, zástava srdeční činnosti, nereagování zornic na osvit. Jisté známky smrti se rozdělují na chemické a fyzikální, nazývají se změnami posmrtnými. Chemické zahrnují posmrtnou ztuhlost, která nastává nedostatkem ATP a postupuje směrem od hlavy dolů, dále posmrtné srážení krve, fermentativní autolýzu a hnilobný rozklad. Fyzikální známky jsou posmrtné skvrny, chladnutí, zasychání a difúze plynů a tekutin. Mezi kritéria mozkové smrti, které se také v některých případech určují, patří žádná reakce na vnější bolestivé podněty, vymizení reflexů, nepřítomnost spontánních dýchacích nebo svalových pohybů a nulová aktivita na EEG. (30, 24, 31)

1.3.3 Péče o mrtvé tělo

Po ohledání mrtvého těla lékařem přechází veškerá péče do kompetencí sestry. Zásadní povinností sestry při péči o zemřelé tělo by mělo být zajištění intimity pomocí zástěn. Pokud je k dispozici pokoj určený k těmto účelům, je vhodné zajistit převoz těla tam. Podmínkou by samozřejmě mělo být prostředí v tomto pokoji důstojně zařízené.

Pokoj by měl být dobře větratelný, tichý a vyzdoben svíčkami, popřípadě i náboženskými předměty. (10, 20)

Péče o mrtvé tělo je nutné provádět ve dvou osobách. Důvod je etický a právní. Důležité je pracovat šetrně, rychle a hlavně taktně. Ukončení manipulace s mrtvým tělem je nutné zvládnout dříve, než se objeví posmrtné změny. Ke ztuhnutí těla dochází za dvě až čtyři hodiny po smrti. (8) Mezi pomůcky k péči patří ochranné rukavice, ústenka, empír, nůžky, obinadlo, pomůcky na hygienu, popisovací fix, vak na zemřelé tělo, igelitové pytle na osobní věci, kartička na označení mrtvého těla a dokumentace. Z lůžka odstraníme lůžkoviny a pomocná zařízení. Pokud je zemřelý napojen na přístroje, odpojíme ho a odstraníme všechny pomůcky, jestliže je využíval, např. permanentní močový katétr, kyslíkové brýle, nazogastrickou sondu a jiné. Drény ponecháme, pouze je zastříhneme a překryjeme vhodným materiálem. Nutné je také sejmutí všech šperků a šetrné odstranění náplastí, rány převázat novým krytím. Tělo je důležité narovnat a uložit do vodorovné polohy, odstranit osobní prádlo a poté provést hygienu. Po prohlédnutí úst se pomocí ústní lopatky a mulových čtverců vyjme případná zubní protéza a dolní čelist podvážíme obinadlem. Zatlačíme oční víčka. Do dokumentace zaznamenáme přítomnost šperků, zubní protézy a zubní náhrady z bílého nebo žlutého kovu. Další údaje se týkají času úmrtí a provedené činnosti. Je nutné označit tělo zemřelého. Údaje musí obsahovat jméno a příjmení, datum narození, datum a hodinu úmrtí a název oddělení. Tyto údaje napíšeme fixem na stehno a na kartičku, kterou zavěsíme na palec nohy. Tělo zabalíme do prostěradla a ponecháme dvě hodiny na lůžku, poté zajistíme odvoz. Samozřejmostí by mělo být důstojné a taktní chování po celou dobu ošetřování. (24, 30)

Velmi důležitá je také otázka zachování rituálů smrti. Dnešní takzvaná postmoderní společnost sice potlačuje jejich význam, ale ani ona se s určitými změnami nedokáže vypořádat jen tak. Proto by mělo být povinností sestry respektovat přání příbuzných, pokud se ještě chtějí se zemřelým rozloučit. Příbuzní by měli mít možnost postát či posedět u zemřelého dostatečnou dobu, věřící se pomodlit. Velmi vhodné je také otevření okna pro odlétnutí duše. Pokud si přejí pozůstalí u zemřelého i přítomnost sestry, zůstává s nimi. V některých případech se pozůstalí chtějí setkat se sestrou, která

byla přítomna smrti zemřelého. Od ní se očekává trpělivost, pochopení a nabídnutí pomoci. Mezi společenské rituály samozřejmě patří také vyjádření lítosti a upřímné soustrasti pozůstalým. (31)

1.4 Komunikace

1.4.1 Komunikace s umírajícím pacientem

Jedním ze základních aspektů, na které by měla být sestra před nástupem do praxe připravena, je především samotná komunikace s pacientem. Jedná se o náročný proces, závislý na dovednostech, inteligenci, prostředí, zkušenostech. Jde vlastně o přenos sdělování informací různými způsoby. Komunikací sdělujeme dotyčnému své pocity, přání, očekávání a také vztah k němu samotnému. Probíhá tedy při setkání dvou bytostí. Tato situace je jedinečná, neopakovatelná, dochází k ní vždy v určitém místě, čase a prostoru. Komunikační dovednosti je nutné rozvíjet po celý život. (32, 33, 34, 35)

V příloze číslo 2 jsou uvedena specifika komunikace, která by měla sestra rozlišovat. Komunikace s nemocným má v práci sestry nezastupitelný význam. Sestry často při komunikaci s umírajícím pacientem používají takové chování, které tuto komunikaci spíše blokuje. Hlavním důvodem je často nedostatek dovedností, strach z toho, co odpovědět na dotazy pacienta, nevyrovnanost s jejich vlastní smrtelností. Tyto důvody způsobují situace, kdy se sestry umírajícím pacientům spíše vyhýbají, nevšímají si jejich emocionálních projevů, záměrně mění téma rozhovoru nebo se zaměří pouze na praktické výkony. (36)

Důležitým komunikačním prvkem je vztah sestry a pacienta, který je dán vzájemným očekáváním a tím, do jaké míry se tato očekávání naplní. Jestliže dojde k jejich nenaplnění, stává se komunikace zdrojem nedorozumění. (37)

Při komunikaci s pacientem hraje důležitou roli také osobnost sestry. Vlastní sebepoznání vede k vyvarování se před tzv. vztahovou nerovností, která se u nás vyskytuje a pojednává o dominanci personálu. Při komunikaci tohoto typu personál poučuje, radí, nařizuje, doporučuje a zakazuje. Jedná se o přístup bez osobního zaujetí. Většinou se zde zajímá personál více o nemoc než o člověka. Odborná rovina hovoří o takzvaném paternalistickém vztahu. Opakem je model, vycházející z koncepce

partnerského vztahu, který je založen na vzájemné úctě a spolupráci. Mezi subjekty zde vzniká osobní vztah a komunikace je přátelská, empatická, vysvětlující a zajímaví se o rodinu. Pacient rozumí své nemoci a má možnost se na ní aktivně podílet. (22)

Pro zajištění co nejlepší kvality života umírajícího pacienta je nezbytná empatická a otevřená komunikace.

Sestra při setkání s umírajícím používá jak komunikaci verbální, tak i neverbální. Velmi záleží na jejich správném sladění. Z toho pacient vycítí, že jeho osud není sestře lhostejný, a tento pocit je pro něho velmi důležitý. Při verbální komunikaci probíhá dorozumívání pomocí slov nebo jinými znakovými symboly. Rozhovor je základním prostředkem komunikace s umírajícím. Důležité je navodit takovou atmosféru, aby se nemocný mohl otevřít ve svých pocitech, radostech i starostech. K tomu je potřeba vytvoření přátelského ovzduší. Od sestry se očekává milost, stručnost, zřetelnost, jednoduchost a vytříbený vkus pro situaci. Na počátku rozhovoru je vhodné nejprve našlapovat, dát prostor nemocnému. Teprve tak zjistíme, co od nás očekává. (28) Aby byla komunikace sestry efektní, musí podávat informace ve srozumitelné formě, zachovat jejich důstojnost, důležitost, nechat prostor pro případné dotazy a vyjádření vlastního názoru. (34, 38)

Neverbální komunikace se dá nazvat řečí těla. Jsou to všechny projevy, které člověk vysílá, aniž by mluvil, nebo ty, kterými řeč doprovází. Používá se k vyjádření emocí, interpersonálních postojů, sebe prezentaci. Je zajímavé, že pro umírajícího člověka neverbální komunikace hraje možná větší roli, než verbální. Tato komunikace je považována za upřímnější, pacient vycítí z chování sestry její opravdový zájem. Sleduje, jak se na něho sestra dívá, jakým způsobem se ho dotýká, jak k němu přistupuje. Jen těžko sestra pacienta přesvědčí, že jí není lhostejný, pokud je k němu při rozhovoru například otočená zády. (34, 38)

Komunikace s umírajícím pacientem patří mezi jednu z nejobtížnějších činností sestry. Pro správnou komunikaci neexistuje jediný návod, neboť každý pacient vyžaduje jiný přístup. Ovšem určitá obecná pravidla a postupy jsou známa a z velké části se dá komunikačním dovednostem naučit. Tyto dovednosti si sestra může procvičovat teoretickým nácvikem a vlastními zkušenostmi. (21)

Pro každého člověka je většinou zpráva o jeho nevyléčitelné nemoci velkou krizí. Dostává se do situace beznaděje, nejistoty, může se i psychicky zhroutit. Správný přístup zdravotnického personálu může v tomto období velmi pomoci. Velmi důležitá je komunikace, která probíhá v atmosféře nadcházející smrti. Při správné komunikaci mezi sestrou a umírajícím pacientem dochází k pozitivnímu ovlivnění pacientova stavu, sestra se dozví mnoho informací o pacientových obavách, problémech, potřebách. Velmi důležité je umění naslouchat. Umírajícímu je tak věnován prostor v jeho myšlení, má příležitost sdělit své potřeby a přání. (10, 31) Při navazování kontaktu s umírajícím pacientem je podstatné, aby sestra působila klidně a vyrovnaně. Pro umírajícího je určitě příjemné, pokud ho sestra uchopí za ruku, pohladí a dodá mu pocit, že je zde pro něho. Sestra se v průběhu rozhovoru ptá na pacientova přání a pocity. V případě, že umírající již nemůže komunikovat, je možné se s ním dorozumět pomocí jeho gestikulace. Sledujeme například jeho pohyb hlavou, mrknutí, někdy je schopen psát.

V této situaci, kdy pacient již nekomunikuje, ho přesto sestra musí stále informovat o všech činnostech, které u něho provádí. (39)

Umírající potřebuje komunikovat se svým okolím a často se zapomíná, že více než slova mluví naše mimika, gesta, pohyby, oči i naše upravenost. Komunikace je důležitá i v agonii. Aby docházelo ke správné komunikaci, je nutné vyjasnění osobních postojů sestry ke smrti a k umírání. Ta si v této situaci často uvědomuje vlastní pocit smrtelnosti i smrtelnosti svých blízkých. Také se často objevuje pocit selhání při neuchránění nemocného před smrtí.

Náplní práce sestry by mělo být vzdělávání v oblasti umírání a smrti, V nedávné době se v našem zdravotnictví uznávala pouze milosrdná lež, z důvodu toho, že by pacient neunesl pravdu. Dnes tomu tak již není, proto by měla být sestra připravena s pacientem hovořit na rovinu. (9, 19)

Při komunikaci s umírajícím se sestra nesmí vyhýbat pacientovým otázkám o jeho nemoci a léčbě, měla by s ním mluvit o jeho obavách a dopřát mu čas na diskuzi o jeho starostech. Pacient potřebuje dostatek času na urovnání svých myšlenek a pocitů. Je důležité přijmout jakoukoliv reakci pacienta a být citlivá k jeho potřebám, pomáhat při

hledání jeho smyslu života, snažit se pacienta orientovat na přítomnost, povzbuzovat ho. (40)

Při správné komunikaci s umírajícím je důležité rozpoznat, ve které fázi vyrovnávání se pacient nachází, viz. tabulka číslo 3. Ve fázi negace je nutné získat důvěru a pokusit se o navázání kontaktu. V období agrese umožnit odreagování a nepohoršovat se nad pacientovým jednáním. Fáze smlouvání vyžaduje velkou trpělivost. Pokud se pacient dostane do fáze deprese, od sestry se očekává trpělivé naslouchání a pomoc, například při urovnávání vztahů.

Při smíření jsou nejdůležitější pro umírajícího chvíle, kdy sestra odloží všechny spěch a povinnosti, podrží ruku nemocného ve své a dá mu pocit, že je zde pouze pro něho. (19)

V současné době bohužel komunikace mezi sestrou a umírajícím pacientem není na příliš dobré úrovni. Na jedné straně je důvodem nedostatek času, na straně druhé nedostatek komunikačních dovedností. Sestry si většinou tyto dovednosti osvojují až při nástupu do praxe. Na tuto situaci nebývají připraveny. (31)

1.4.2 Komunikace s pozůstalými

Se smrtí blízkého člověka přichází do života pozůstalých velká změna. Dochází k zániku existující jistoty a k silným emočním reakcím. Je narušen pocit vlastní identity, pocit vlastní integrity. Dále se mění vztahy s ostatními lidmi a je nabouráno přesvědčení o stabilitě a bezpečnosti světa. (41)

Každá mimořádná událost vyvolává u postižených osob velké množství specifických potřeb. Ale i zde platí, že nejdříve musí být zajištěny potřeby základní a poté vyšší. Pozůstalí se dostávají do fáze truchlení, které je možno rozdělit na tři etapy. První etapa je krátkodobá v rámci hodin, je spojena s pocitem prázdnoty, zoufalosti, apatie, skleslosti, automatickým chováním a depersonalizace. Druhé období trvá řádově několik dní. Je charakterizované pláčem, naříkáním, zoufalstvím, hněvem a hledáním viníka či sebeobviňováním. Poslední období je nejdelší, jedná se o z počátku silně emotivní truchlení a oplakávání, které je spojeno s poruchami spánku, podrážděností, pocity viny a výčitkami svědomí. To, jak rychle se pozůstalý vnitřně srovná, záleží na hloubce vztahu a na schopnosti otevírání se novým věcem. (22)

První pomoc pro pozůstalé znamená především citovou podporu a komunikační dovednost ve sdělení úmrtí. Ta je teoreticky zvládnuta, ovšem v praxi dochází často k pochybení. Zpráva o smrti by nikdy neměla být podávána telefonicky. Personál by měl znát co nejpřesnější průběh pacientovy nemoci, okolnosti smrti a být připraven na případné otázky v souvislosti s úmrtím. Pozůstalé je vhodné posadit na klidné místo, nabídnout nápoj, představit se a vyslovit upřímnou soustrast. Okolnosti smrti je nutné vysvětlit stručně a srozumitelně. Je nezbytné ponechat pozůstalým čas, aby pochopili a přijali zprávu v plném rozsahu. Důležitý je také tělesný kontakt uskutečněný podáním ruky nebo pohlazením. Při projevení zájmu umožnit pozůstalým vidět tělo jejich blízkého. Nabídnout rodině i další kontakty, například na psychologa, sociálního pracovníka nebo duchovního. (4, 10, 41)

Nejdeálnější případ nastává, jestliže se pozůstalí vyrovnají se smrtí blízkého na místě, což se ovšem nestává. Nejvíce může sestra pomoci tak, že umožní rodině jejich pocity vyjádřit, poskytne jim prostor a čas pro pláč, hněv i agresi. Oznámi jim, že na tyto reakce mají právo, rozhodně se vylučují věty typu: „Jste chlap, to přebolí a tak dále.“ Pro pozůstalé je důležité ujištění, že pro zemřelého bylo uděláno vše, co bylo možné. (22)

Pochopitelně potřebují pozůstalí v těchto životních situacích pomoc a pochopení. U velkého počtu případů ji ovšem nenacházejí ve svém rodinném kruhu a u přátel, jak by se mohlo zdát. Blízká rodina a příbuzní mohou být také zarmouceni stejně jako oni. A přátelé nevědí, co v této situaci říci, a raději o tomto problému nemluví, i kdyby stokrát chtěli. Hlavním zdrojem pomoci se tedy stávají pracovníci pomáhajících profesí, jako jsou lékaři, duchovní a sociální pracovníci, kteří by měli mít tento model pomoci vryt již od počátku do svého nitra a vždy s otevřeným srdcem pozůstalé přijmout. (41) V krizové komunikaci je důležité rozpoznání, legitimizování a pochopení trápení. Dále je nutná podpora sdílení těchto pocitů a vyjádření empatie. (40)

V příloze, tabulka číslo 4, jsou uvedeny možné projevy lidí po prodělaném traumatu.

Velmi důležité je vcítit se do emoční situace pozůstalých, ale zároveň si udržet takový odstup, abychom my sami nepodlehli zoufalství z tolika lidské bolesti a utrpení.

Doprovázející by se také měli vyvarovat omylů a chyb, jako jsou používání eufemismů místo „silných“ slov, obava zmínit se o zemřelém, reakce na pláč, neadekvátní nebo nadměrný fyzický kontakt, podléhání mýtům o truchlení, plané utěšování, hraní si na spasitele. (22, 29)

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíl práce

Cíl: Podat ucelený pohled na problematiku profesní přípravy studentů 1. ročníku oboru Všeobecná sestra na setkání s umírajícím

2.2 Výzkumné otázky

1. Jak jsou studenti 1. ročníku oboru Všeobecná sestra připraveni na setkání s umírajícím? Jaké jsou teoretické znalosti studentů v problematice umírání?
2. Jak hodnotí studenti 1. ročníku oboru Všeobecná sestra svou připravenost na setkání s umírajícím?

3 Metodika

3.1 Metodika výzkumu a výzkumný soubor

Obsahová analýza dat je zpracována na základě odborné literatury, pro výzkum bylo použito kvalitativního výzkumného šetření pomocí polostrukturovaných rozhovorů. Tato metoda byla zvolena z důvodu hlubšího získání informací pro dané téma. Bylo osloveno celkem patnáct studentů prvního ročníku oboru Všeobecná sestra ze Zdravotně sociální fakulty v Českých Budějovicích. Pět z nich rozhovor odmítlo, výzkumný soubor byl tvořen deseti studentkami. Původní záměr uskutečnit rozhovory byl během odborné praxe studentek v nemocnici během měsíce ledna. Mé žádosti o povolení výzkumu nebylo hlavní sestrou nemocnice vyhověno, proto byl výzkum proveden v únoru a březnu 2014. Setkání se studentkami probíhalo individuálně, vždy v předem domluveném termínu, nejčastěji v pauzách mezi přednáškami ve škole. V úvodu jsem se představila, seznámila je s tématem bakalářské práce a důvodem výzkumu. Dále byly studentky požádány o souhlas s nahráváním rozhovorů na diktafon a ujistěny o anonymitě a důvěrnosti. Rozhovory probíhaly na základě předem připravených osmnácti výzkumných otázek, které jsou uvedeny v příloze číslo 7. Studentky souhlasily s uskutečněním rozhovorů, byly velmi vstřícné a ochotné odpovídat na otázky. Všechny rozhovory byly nahrány na diktafon a následně doslovně přepsány. Pro analýzu získaných dat bylo použito metody kódování v ruce, takzvané metody papír a tužka. (42) Po doslovném přepsání a důkladném přečtení byly rozhovory kódovány do jednotlivých kategorií a podkategorií. Ty byly následně zpracovány do jednotlivých schémat.

4 Výsledky

4.1 Identifikace výzkumného souboru

Tabulka 1: Identifikační údaje studentek (respondentek)

	Věk	Předchozí studium
Studentka 1	19	SZŠ
Studentka 2	20	Gymnázium
Studentka 3	19	SZŠ
Studentka 4	20	SZŠ
Studentka 5	23	VOŠ
Studentka 6	22	VOŠ
Studentka 7	19	Gymnázium
Studentka 8	20	SZŠ
Studentka 9	19	SZŠ
Studentka 10	20	Gymnázium

Zdroj: vlastní výzkum

Mezi identifikační údaje byl zařazen věk studentek a jejich předchozí studium. Věk se pohyboval v rozmezí 19 – 23 let, pět studentek nastoupilo k bakalářskému studiu po ukončení střední zdravotnické školy, tři studentky po gymnáziu a dvě absolvovaly vyšší odbornou zdravotnickou školu.

4.2 Přehled kategorií a podkategorií

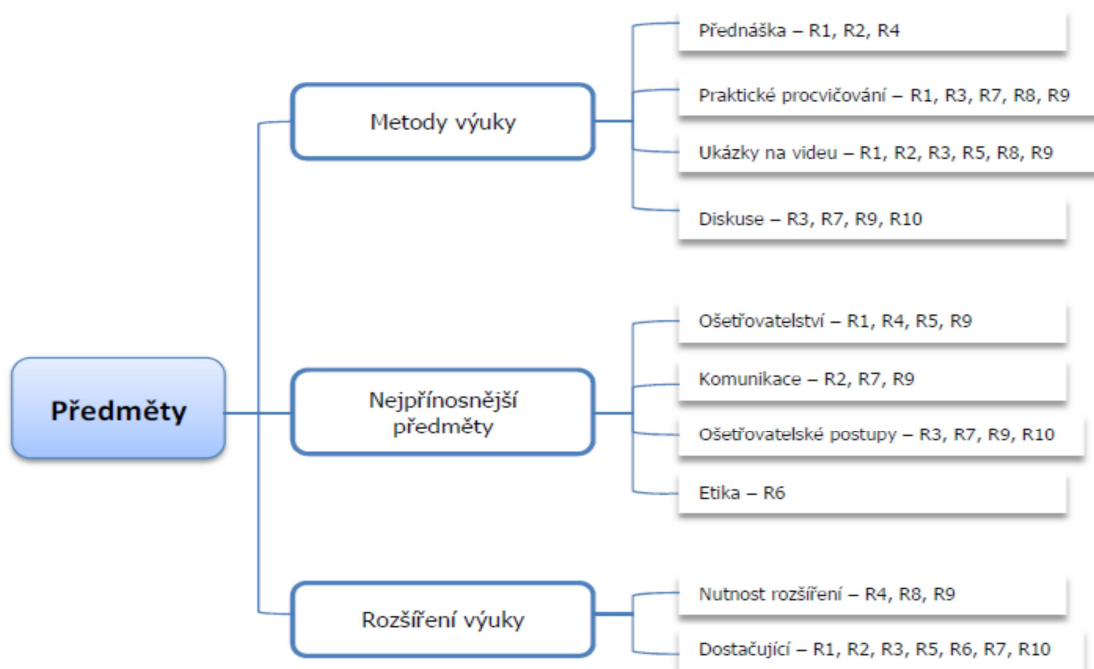
Tabulka 2: Přehled kategorií a podkategorií

Kategorie	Podkategorie
1 Výuka související s problematikou umírání	<ul style="list-style-type: none">• Znalosti studentek• Zájem o danou problematiku
2 Pocity	
3 Komunikace	
4 Péče o mrtvé tělo	

Zdroj: vlastní výzkum

Všechny rozhovory byly po důkladném přečtení analyzovány a rozděleny do jednotlivých kategorií a podkategorií. Celkem byly vytvořeny čtyři kategorie a dvě podkategorie.

4.2.1 Kategorie výuka související s problematikou umírání

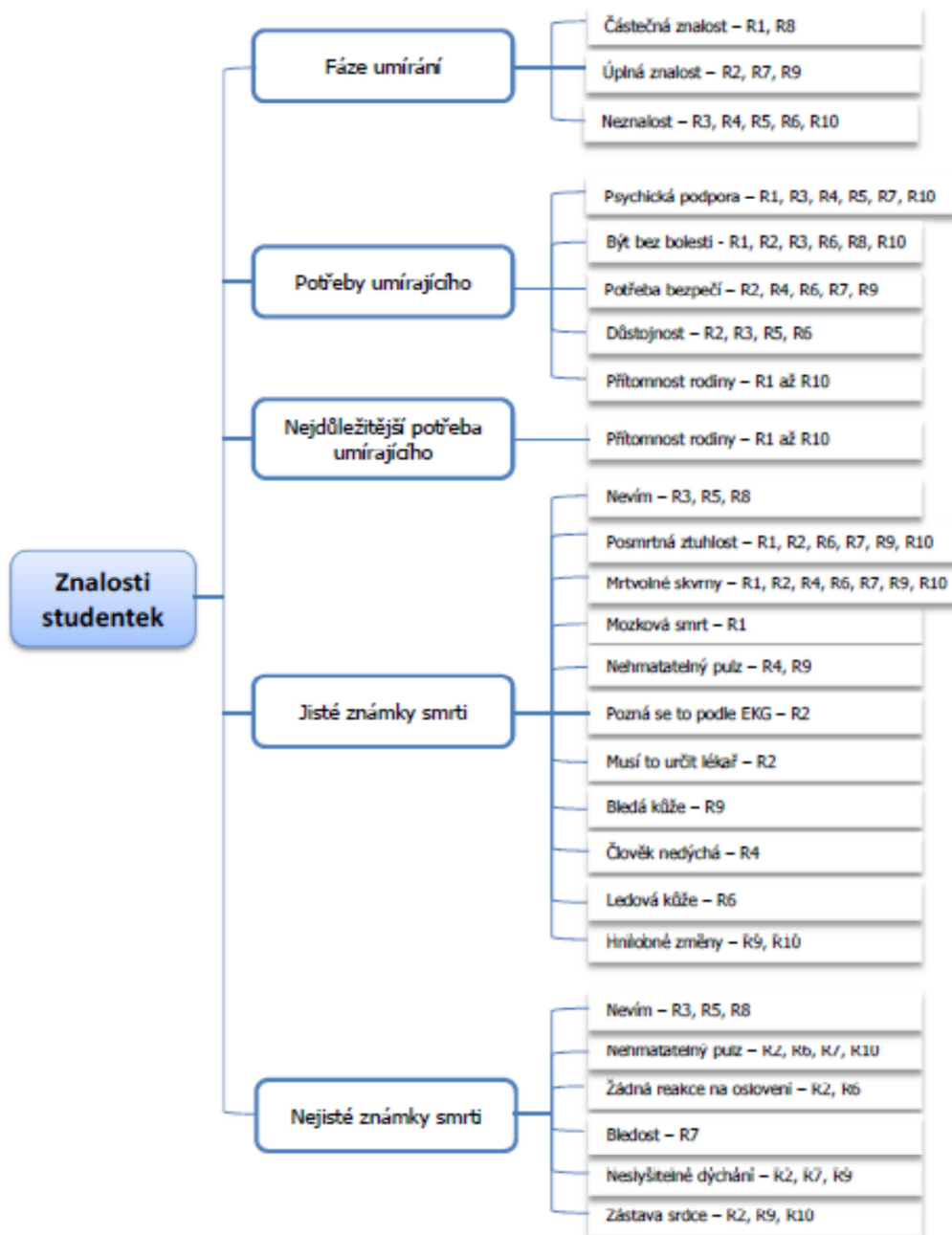


Zdroj: vlastní výzkum

Kategorie výuka související s problematikou umírání se zaměřuje na zjišťování vyučovaných předmětů v prvním semestru, které se týkají umírání a péče o umírajícího pacienta. Pomocí výzkumných otázek jsme se snažili zjistit, které předměty se touto problematikou zabývají, které jsou podle studentek nejpřínosnější a jaké metody výuky vyučující nejčastěji používají. Dále zjišťuje, zda by studentky uvítaly rozšíření této výuky nebo zda si myslí, že je dostačující. V rozhovorech bylo nejčastěji uvedeno, že mezi vyučované předměty patří klinická propedeutika, ošetřovatelské postupy, komunikace, etika, ošetřovatelství, ošetřovatelský proces, filosofie, psychologie. Jako nejpřínosnější předměty studentky uvedly ošetřovatelství, komunikaci, etiku a ošetřovatelské postupy. Jako nejčastější metody výuky byly uvedeny přednášky, praktické procvičování, promítání instruktážních filmů a diskuse. R1 „Metody výuky byly přednášky, praktické procvičování a ukázky na videu, ty byly asi nejlepší.“ Většina studentek se domnívá, že rozšíření výuky není nutné, že je dostačující. Tuto domněnku uvedlo sedm studentek. R3 „Výuku bych nerozšiřovala, už takhle se všechno nedá

stihnout naučit. Víc bych asi nezvládla.“ Naopak tři mají opačný názor. Na otázku, zda by rozšíření výuky uvítaly, odpověděly: R4 „Určitě bych bojovala za její rozšíření, myslím si, že je důležité umět pracovat s umírajícími.“ R8 „Určitě ano, pořád se mi zdá, že o této problematice nic nevím.“ R9 „Určitě, je to velmi důležité, aby sestra věděla, jak se má zachovat v takové situaci, jak komunikovat, ale myslím, že se to nedá nijak naučit, chce to hodně praxe, ale teorie je určitě důležitá.“

4.2.1.1 Znalosti studentek



Zdroj: vlastní výzkum

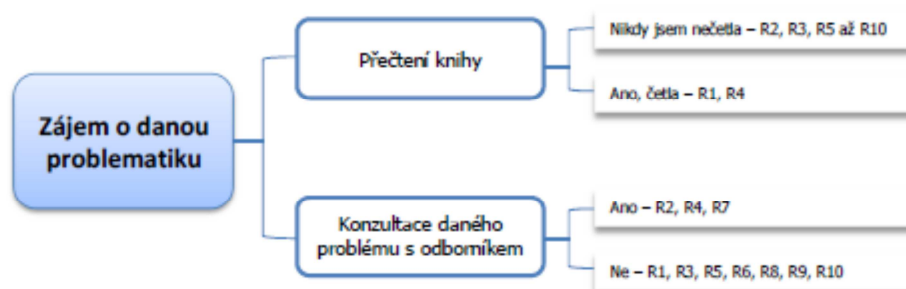
Tato podkategorie zjišťuje, jaké mají studentky znalosti vztahující se k problematice umírání. Byla provedena podrobná analýza veškerých odpovědí a na jejím základě vznikla tato podkategorie. Mezi zjišťované znalosti jsou zařazeny fáze umírání podle K. Rössové, potřeby umírajících a jisté a nejisté známky smrti. Z výzkumu bylo zjištěno,

že pouze tři respondentky znají fáze umírání. R2 „No, myslím, že jich je pět: fáze popření, agrese, smlouvání, deprese, smíření.“ R7 „Popírání, agrese, smlouvání, deprese, smíření.“ R9 „Ano, popírání, hněv, smlouvání, deprese, smíření.“ Dvě je znají pouze zčásti. R1 „Odmítání, bagatelizování, agrese, smířování. Fáze se můžou měnit dle osobnosti.“ R8 „Negace, smíření, ale ty ostatní nevím, je jich asi pět.“ Pět respondentek o fázích umírání nikdy neslyšelo.

Mezi potřeby umírajících šest studentek uvedlo psychickou podporu a potřebu být bez bolesti. Pět studentek potřebu bezpečí, čtyři studentky důstojnost. Na otázku, která potřeba je podle nich nejdůležitější, se všech deset respondentek shodlo v odpovědi. Uvedly, že nejdůležitější je pro umírajícího přítomnost rodiny, neměl by umírat osaměle.

Jisté a nejisté známky smrti tři respondentky vůbec nedokázaly pojmenovat. R5 „Nejsem si jistá.“ R3 „To jsme se určitě učily, ale vůbec si je nedokážu vybavit.“ R8 „Tak to nevím.“. Zbývající studentky uvedly jako jisté známky smrti posmrtnou ztuhlost, mrtvolné skvrny, mozkovou smrt, nehmatatelný pulz, bledou a ledovou kůži, hnilobné změny. Na tomto tvrzení se téměř shodly. R2 měla ještě trochu jiný názor - „Tak ty jisté jsou posmrtné skvrny, posmrtná ztuhlost, pozná se to podle EKG, musí to určit lékař.“ Jako nejisté známky smrti byla v jednom případě uvedena bledost, dále pak v pěti odpovědích nehmatatelný pulz a žádná reakce na oslovení, tři studentky se shodly na zástavě srdce, další tři na neslyšitelném dýchání.

4.2.1.2 Zájem o danou problematiku



Zdroj: vlastní výzkum

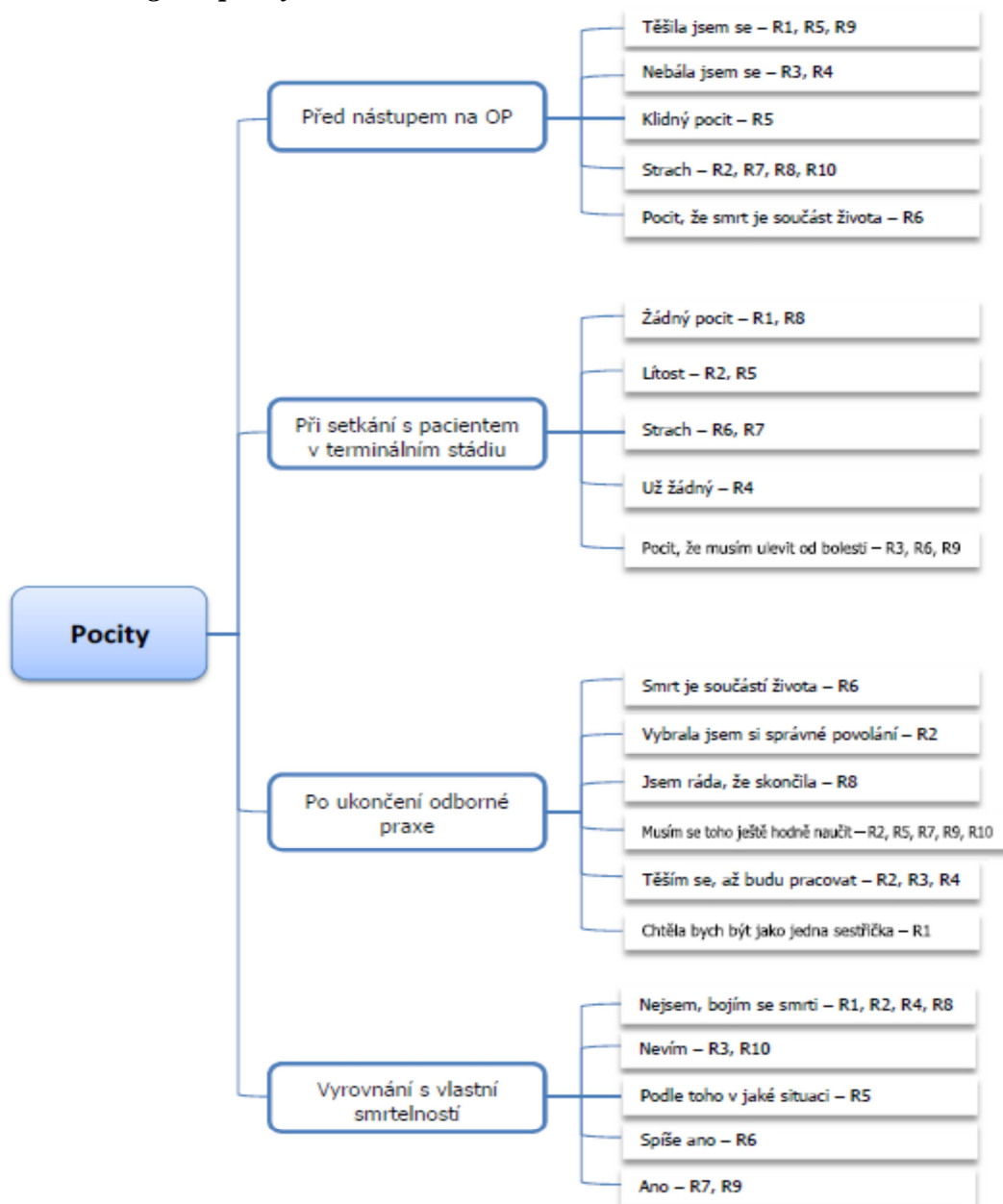
Tato podkategorie zjišťuje zájem studentek o problematiku umírání. Na otázku, zda studentky přečetly nějakou knihu týkající se problematiky umírání a smrti, osm odpovědělo, že ne. Zde jsou uvedeny dva příklady odpovědí. R2 “Nikdy jsem k tomu neměla příležitost a ani mě to nelákalo.“ R7 „Ne, k tomu jsem ještě asi psychicky nedozrála.“

Pouze dvě studentky odpověděly kladně. R4 „Ano, první byla Umění doprovázet od Svatošové a pak jsem ještě četla Život po životě, to ještě na zdrávce. Půjčila jsem si ji od mamčiny kamarádky, která se o tyto věci hodně zajímá. Musím říct, že byly obě hodně poučné.“ R1 „Přečetla jsem Thanatologii, ale nebylo to kvůli studiu, ale umírala nám babička, a tak jsem nějak měla potřebu zajímat se o tyto věci. A musím uznat, že mi to hodně pomohlo na praxi. Nebyla jsem tak vyděšená.“

Pomocí další otázky jsem se pokusila zjistit, zda některá ze studentek konzultovala problém umírání s odborníkem, například lékařem, sestrou nebo mentorkou na oddělení. Sedm studentek odpovědělo, že tento problém nikdy nekonzultovaly. R1 „To mě vůbec nenapadlo, nekonzultovala.“ R8 „S nikým jsem to neřešila, ale možná jsem mohla, asi by mi některá sestřička předala nějaké zkušenosti.“ Naopak, tři respondentky se o daný problém aktivně na praxi zajímaly. R2 „Při odpolední praxi jsem ošetřovala s jednou sestřičkou umírajícího pacienta, a když jsme uklízely prádlo, vyprávěla mi svoje letité zážitky s umírajícími, jak je dobré k nim přistupovat a podobně. Bylo to hodně poučné.“ R4 „Na této praxi ne, ale na střední škole jsem byla v létě na praxi v hospicu a tam mi hodně věcí řekla paní doktorka. Byl tam na to totiž čas.“ R7 „Když jsem ošetřovala pacienta v terminálním stádiu, šla jsem potom za sestřičkou a celé jsem to s ní probírala.

Hlavně jsem se chtěla ujistit, jestli jsem postupovala správně, a to hlavně v komunikaci. Já bych totiž chtěla pracovat třeba někde v hospicu, tak bych měla ráda hodně znalostí.“

4.2.2 Kategorie pocity



Zdroj: vlastní výzkum

Kategorie pocity je zaměřená na zjištění, s jakým pocitem přicházely studentky na první odbornou praxi, jaké zažívaly pocity při setkání s pacientem v terminálním stádiu,

jaké pocity měly po ukončení praxe a zda jsou vyrovnány s vlastní smrtelností. Tři studentky se na odbornou praxi těšily. R1 „Těšila jsem se, můj obor mě baví a praxe pro mě byla příležitostí zjistit, zda vím, co studuji.“ R5 přicházela s klidným pocitem, podobně jako R9 „Moc jsem se těšila, byla jsem zvědavá, jak to na oddělení bude vypadat.“ R3 a R4 odpověděly, že se nebály, to, co je čeká, znaly ze střední školy. Naopak R2, R7, R8 a R10 uvedly, že měly strach. R2 „Nevím, měla jsem strach, dávala jsem si otázky, jak nás přijmou sestry na oddělení, dále pacienti, jestli zvládnou všechny ošetrovatelské výkony.“ R7 „Strach, nevěděla jsem, co od toho čekat, protože jsem nikdy předtím v nemocnici nepracovala a byla jsem tam vlastně jenom jednou za babičkou.“ R6 „Na praxi jsem přicházela s pocitem, že smrt je součást života.“

Při setkání s pacientem v terminálním stádiu dvě respondentky neprožívaly žádný pocit. R1 „Neměla jsem žádné pocity, беру je jako pacienty, jako svoji práci, zakazuji si cítit s nimi, zničilo by mě to.“ R8 „Já jsem neměla žádný pocit.“ R4 „Už žádný pocit, s těmito pacienty jsem se setkala na střední škole, na praxi v hospicu, tak jsem byla trochu zvyklá.“

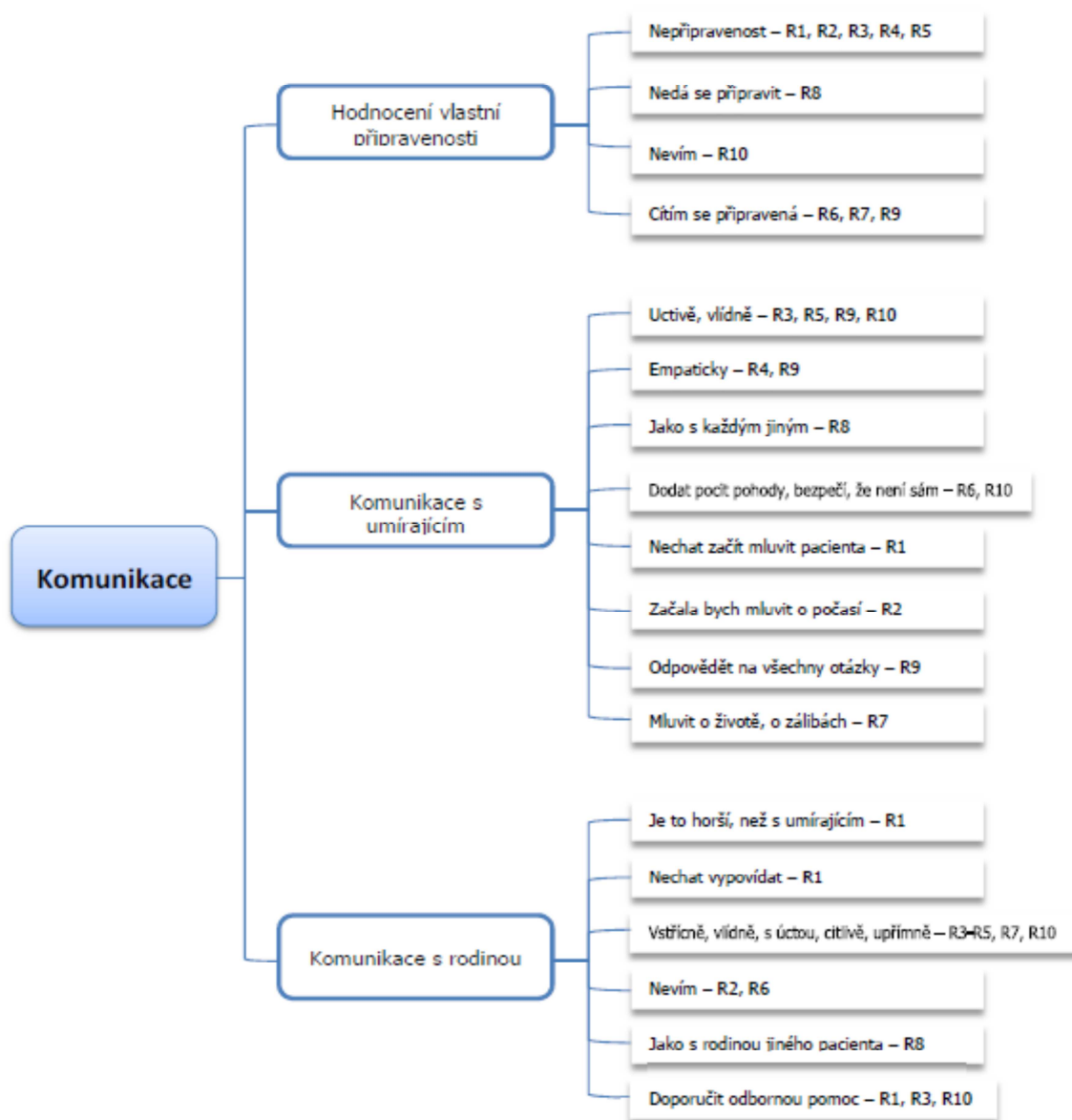
R2 a R5 pociťovaly lítost. R2 „No, bylo mi ho hrozně líto, chtěla jsem mu nějak pomoci, ale nevěděla jsem, co mám dělat.“ Dvě respondentky prožívaly strach. R7 „Měla jsem takový zvláštní pocit strachu a také jsem se bála, aby nezemřel v mé přítomnosti.“ R6, a R9 měly pocit, že musí pacientovi nějakým způsobem ulevit od bolesti. Po ukončení odborné praxe pět respondentek dospělo k názoru, že je toho ještě hodně, co se musí naučit, a jedna z nich konstatovala, že se utvrdila v tom, že si vybrala správné povolání. Tři respondentky se těší, až budou pracovat jako sestry.

R 10 „Byla jsem ráda, že praxe skončila, bylo to pro mě hrozné trauma, nevím, zda bych si zvykla pracovat v budoucnu s umírajícími pacienty“. R1 si našla svůj budoucí vzor v jedné sestře na oddělení „Moc se mi líbil přístup jedné sestřičky k pacientům a přála bych si být jednou jako ona“. R6 opouštěla praxi opět s pocitem, že smrt je součástí života.

Na otázku, zda jsou studentky vyrovnány s vlastní smrtelností, tři z nich odpověděly, že ano. Další tři uvedly, že v žádném případě ne, že se smrti bojí. Dvě

respondentky nevěděly. R5 odpověděla: „Podle toho, v jaké by to bylo situaci“. R6 „Spíše ano, jsem hodně věřící“.

4.2.3 Kategorie komunikace



Zdroj: vlastní výzkum

Toto schéma se zabývá problémem komunikace. Obsahuje tři části. V první části studentky hodnotí vlastní připravenost na komunikaci s umírajícím pacientem. Pouze

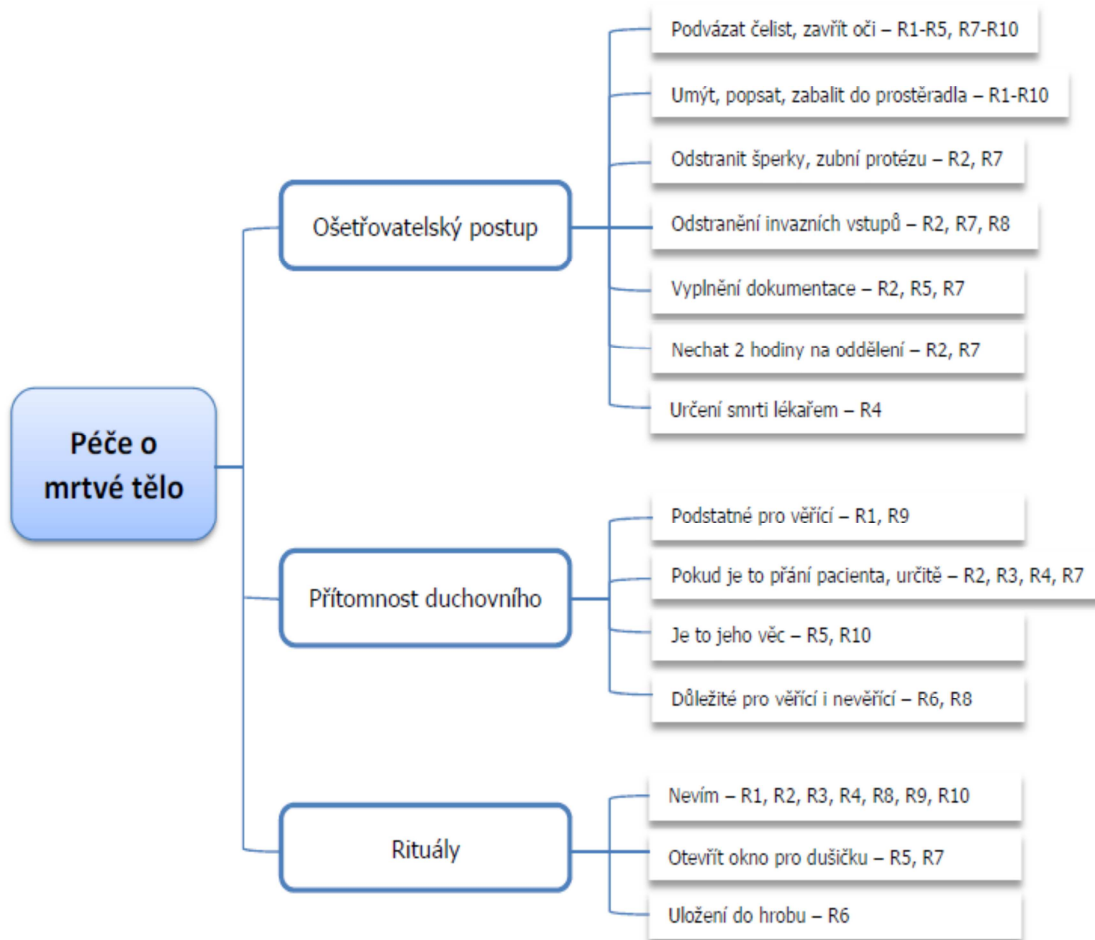
tři odpověděly pozitivně. R 7 „Hodnotím ji vcelku pozitivně, myslím, že se umím chovat empaticky a z toho vyplývá i forma rozhovoru s pacientem.“ R 9 „Dobře, na zdrávce jsem byla ve třetím ročníku na pětítýdenní praxi na LDN. Díky tomu mám s umírajícími celkem velké zkušenosti.“ Ostatní studentky byly opačného názoru. R1 „Komunikovat s umírajícím je těžké, myslím, že nejsem téměř vůbec připravena.“ R2 „No, myslím, že pořád je co zlepšovat, je to bída. Kdyby se chtěl se mnou bavit o smrti, asi bych mu nedokázala na to nic říct.“ R3 a R5 hodnotily svoji připravenost jako velmi nedostačující. R4 „Tak to nejsem vůbec připravená, neumím si to ani představit.“ R5 „Zatím nejsem vůbec připravená, je to hrozně těžká situace.“ R8 „Myslím, že na komunikaci s umírajícím se nedá nijak naučit a ani na ni být nějak připravená, protože každý člověk je jiný, jinak se chová. R10 „To teda nevím, nemám ještě žádné zkušenosti. Trochu se toho bojím.“

V druhé části se studentky zamýšlejí, jakým způsobem by komunikovaly s umírajícím. Podle čtyř respondentek je nutné komunikovat vlídně a uctivě. R4 a R9 považují za důležité komunikovat empaticky, R6 a R10 zmínily nutnost dodat pacientovi pocit pohody a bezpečí. Dále jedna respondentka uvedla, že je dobré nechat začít komunikovat pacienta samotného. R1 „Nechala bych ho začít mluvit, většinou si lidé začnou stěžovat sami. Někteří si smrt určitě přejí a jsou smíření, v tom případě je dobré poslouchat a dělat vrbu.“ Další dva názory jsou následující. R2 „Nevím, asi bych se začala bavit třeba o počasí, jak se mu spalo, a pokud bych u něho dělala nějaký výkon, vždy bych vysvětlovala, co dělám a proč.“ R8 „Jako s každým jiným pacientem. Není třeba mu připomínat, že umírá, ale odvést jeho myšlenky na něco hezkého, vyslechnout jeho přání.“ R7 se domnívá, že je důležité mluvit s umírajícím o jeho životě a zálibách.

Třetí část je zaměřena na komunikaci s rodinou umírajícího pacienta. Zde se opět většina shodla na tom, že je potřeba komunikovat vstřícně, vlídně, citlivě, upřímně a s úctou. Ve třech odpovědích bylo uvedeno, že je nutné doporučit rodině odbornou pomoc. Jedna respondentka uvedla, že je tato situace horší než komunikovat se samotným umírajícím. R1 „Je to kolikrát horší než se samotným umírajícím. Podle mě je nejlepší popřát soustrast, nechat vypovídat, doporučit odbornou pomoc, nechvátat na

formality – ty se splnit musí, ale někdy je nechutné, jak personál zachází s příbuznými.“
 R2 „Tak to vůbec nevím, to si moc nedokážu představit, je určitě důležité, aby na tyto situace byl personál nějakým způsobem připravován.“

4.2.4 Péče o mrtvé tělo



Zdroj: vlastní výzkum

V tomto schématu je hlavním úkolem zjistit, zda znají studentky ošetrovatelský postup v péči o mrtvé tělo, jaký mají názor na přítomnost duchovního u umírajícího pacienta a zda vědí, jaké rituály se provádějí u zemřelého. Na otázku, jak by popsaly ošetrovatelský postup v péči o mrtvé tělo se všechny respondentky shodly na tom, že je tělo nutné umýt, popsat a zabalit do prostěradla. Také všechny, kromě respondentky R6, uvedly podvázání čelisti a zavření očí. R2 a R7 zdůraznily odstranění šperků a zubní

protézy. R2, R7 a R8 uvedly odstranění invazivních vstupů. R2, R5 a R7 odpověděly, že je nutné vyplnit veškerou dokumentaci k tomu určenou. Dále R2 a R7 by ponechaly zemřelého dvě hodiny na oddělení. R4 uvedla „Nejprve musí určit smrt lékař.“

Přítomnost duchovního je podle respondentek R6 a R8 velmi důležitá jak pro věřící, tak i pro nevěřící. R1 a R9 se domnívají, že je podstatná pouze pro věřící pacienty. R5 a R10 si myslí, že je to pouze věc umírajícího, svůj vlastní názor na to nemají. R2, R3, R4 a R7 uvedly, že pokud má takovéto přání, je určitě důležité mu to umožnit.

Na otázku, zda znají studentky nějaké rituály týkající se umírání a smrti, jich sedm odpovědělo, že o žádných nikdy neslyšely, že je neznají. Tři respondentky odpověděly následovně: R6 „Podle křesťanských pravidel je hlavním rituálem pohřeb a uložení do hrobu.“ R5 „Jako první věc je nutné otevřít u zemřelého okno pro dušičku, aby mohla ven.“ R7 „Jediný rituál, který znám, je ten, že se otvírá v místnosti okno, aby mohla vylézt dušička.“

5 Diskuze

Cílem této bakalářské práce bylo podat ucelený pohled na problematiku profesní přípravy studentů 1. ročníku oboru Všeobecná sestra na setkání s umírajícím pacientem. Jak již bylo uvedeno v teoretické části práce, ke kvalitnímu výkonu profese sestry je důležitá vysoká kvalita vzdělání, která se v současné době přesouvá na vysokoškolskou úroveň. Důvodem je vyhovění požadavkům Evropské unie a Světové zdravotnické organizace, ale v neposlední řadě také věk studentů. Farkašová uvádí, že ošetřovatelství v současnosti vyžaduje obsáhlé spektrum znalostí, a právě proto je požadováno pro vykonávání profese sestry vysokoškolské vzdělání.

K výše uvedenému cíli bakalářské práce byly stanoveny dvě výzkumné otázky:

1. Jak jsou studenti 1. ročníku oboru Všeobecná sestra připraveni na setkání s umírajícím, jaké jsou jejich teoretické znalosti v problematice umírání?
2. Jak hodnotí studenti svou připravenost na setkání s umírajícím?

Výsledky kvalitativního výzkumu vycházejí z uskutečněných rozhovorů s deseti studentkami 1. ročníku oboru Všeobecná sestra ze Zdravotně sociální fakulty v Českých Budějovicích. V úvodu výzkumné části byly získané výsledky rozděleny pomocí schémat do jednotlivých kategorií a podkategorií. Na začátku dotazování byly zjišťovány identifikační údaje studentek. Mezi identifikační údaje byl zařazen věk studentek a jejich předchozí studium před nástupem na Zdravotně sociální fakultu. Získané informace byly zapsány do tabulky číslo 1. Z této tabulky vyplývá, že věk studentek se pohybuje mezi 19 a 23 lety. Pět z nich nastoupilo na zdravotně sociální fakultu po ukončení střední zdravotnické školy, tři po ukončení gymnázia a dvě po absolvování vyšší odborné zdravotnické školy.

Prvním úkolem bylo zjistit, jaké metody výuky byly používány při vyučování předmětů, které se zabývaly problematikou umírání a smrti, jaké předměty byly v souvislosti s touto problematikou vyučovány a které z nich byly podle studentek nejpřínosnější. Další otázka zjišťovala, zda by studentky uvítaly rozšíření této výuky nebo zda jim připadá dostačující. Získané výsledky jsou přehledně zobrazeny ve schématu č. 1. Mezi nejčastější metody výuky byly uvedeny přednášky, praktické

procvičování, instruktážní filmy a diskuze. Já osobně se domnívám, že velmi podstatné pro budoucí praxi je praktické procvičování a také promítání instruktážních filmů. Sama si vzpomínám, jak jsem si při svých prvních setkáních s pacienty vybavovala různé ukázky, které nám vyučující promítali ve škole, a jak jsem z těchto zkušeností čerpala. Stejný názor měla i většina studentek. Mezi vyučované předměty zařadily klinickou propedeutiku, ošetrovatelské postupy, komunikaci v ošetrovatelství, etiku, ošetrovatelství, ošetrovatelský proces, filosofii a psychologii. Jako nejpřínosnější pro setkání s umírajícím pacientem uvedly ošetrovatelství, komunikaci, ošetrovatelské postupy a etiku v ošetrovatelství. Po přečtení sylabů, které jsou k dispozici na webových stránkách fakulty a na základě odpovědí studentek, můžeme konstatovat, že tyto předměty jsou skutečně velmi podstatné a danou problematikou se zabývají. Po vyhodnocení dalších odpovědí je ovšem otázkou, zda v dostatečném rozsahu.

Další otázka v tomto schématu zjišťovala, zda si studentky myslí, že je výuka dostačující nebo zda by uvítaly její rozšíření. Je překvapující, že pouze tři z nich by rozšíření výuky uvítaly. Ostatní uvedly, že ji považují za dostačující. Výsledky podkategorie, která zjišťovala znalosti studentek, tomuto názoru příliš neodpovídají. Ze schématu č. 2 vyplývá následující zjištění. Vyjmenovat fáze umírání podle K. Rossové dokázaly pouze tři respondentky. Janáčková uvádí, že jejich znalost je základní podmínkou práce zdravotnického personálu. (22) Jisté a nejisté známky smrti tři studentky vůbec neznaly. Jak zmínila Vytečková, smrt člověka se určuje právě podle těchto známek, jejich znalost by měla být pro sestru samozřejmostí. (30) Potěšující bylo ovšem vyhodnocení výsledků, jaké potřeby má umírající pacient. Sestra by měla vědět o potřebách umírajícího tolik, aby byla schopna je rozpoznat, pochopit a zajistit jejich uspokojení. Umírající pacient potřebuje péči, která zmírní nebo odstraní fyzické a emocionální potíže, vřelou lidskou oporu, otevřenost a samozřejmě přítomnost sestry jednající podle jeho přání, jak uvádí Ulrichová. (28) Všechny respondentky dokázaly základní potřeby umírajících vyjmenovat. Pro umírajícího je dle jejich názoru nutné být bez bolesti, mít psychickou podporu, umírat v bezpečí a důstojně. Trachtová uvádí, že to, jak pacient bolest vnímá, je ovlivněno také jeho okolím. Práh bolesti je zvyšován příjemným sociálním prostředím. (26) Jako nejdůležitější potřebu všechny studentky

vedly přítomnost rodiny. V pokročilých stádiích onemocnění jsou potřeby závislé na závažnosti onemocnění, na pacientově věku, sociální situaci i psychickém stavu. Potřeby umírajících se také liší podle typu osobnosti umírajícího, podle jeho onemocnění, adaptace na nemoc. Jsou ale takové, které mají všichni společné. Mezi ně patří blízkost druhé osoby, nestrádání, potřeba být bez bolesti, bez strachu, neosamělost, sebeúcta, důstojnost, bezpečnost. K jejich uspokojení je důležitá kvalifikovaná péče, empatický přístup, psychoterapeutická podpora. (3)

Období na konci života by mělo být opravdu životem. Proto by sestra měla neustále rozvíjet své znalosti a dovednosti v péči o umírajícího. Ta je bezesporu náročná jak fyzicky, tak psychicky a pro sestru znamená často velkou zátěž. Sestra by se s touto zátěží měla naučit pracovat. Mezi možnosti patří četba odborné literatury, návštěva kurzů, seminářů, psychologa. Často je velkým přínosem přijmout rady od zkušenějších spolupracovníků. (12) Ve schématu číslo 3 jsou podrobně znázorněny výsledky odpovědí na otázku, jaký zájem projevují studentky o danou problematiku. Z tohoto schématu je patrné, že pouze dvě studentky si přečetly knihu, která se zabývá tématem umírání a smrti. Ostatní odpověděly, že je to nikdy nelákalo ani nenapadlo. Důvodem bude zřejmě jejich mladý věk, který upřednostňuje určitě literaturu jiného žánru. Bohužel většina z nich se ani během odborné praxe o danou problematiku nijak zvlášť nezajímala. Pouze tři studentky uvedly, že konzultovaly nějakou svoji zkušenost s terminálně nemocnými s odborníky. Byly to ovšem ty studentky, které uvažují o tom, že v budoucnu s těmito pacienty chtějí pracovat. Další poznatek je tedy takový, že již v prvním ročníku mají někteří téměř jasnou představu o tom, kde by chtěli pracovat, jaký druh práce by je naplňoval.

Překvapující nebyly odpovědi na otázku, jaké pocity prožívaly studentky před nástupem na první odbornou praxi (schéma číslo 4). Většina z těch, které uvedly pocit strachu, byly absolventky gymnázií, které neměly možnost toto prostředí ještě poznat a nevěděly, co je čeká. Strach ovšem uvedla i jedna absolventka zdravotnické školy, která již měla zkušenosti z předcházejících praxí. Ostatní studentky, které nastoupily po ukončení zdravotnické školy, uvedly pocit klidu, těšení se, prostředí nemocnice pro ně nebylo neznámé. Stejně tak při setkání s umírajícím pacientem absolventky

zdravotnických škol, které tuto situaci v minulosti již zažily, uvedly, že neprožívaly žádný zvláštní pocit. Přesto mě překvapila odpověď R1. Odpověděla, že si zakazuje cítit s pacienty, zničilo by ji to. V tomto věku je takový názor překvapující, ale má k budoucí profesi zřejmě vymezený přístup. Naopak pozitivní bylo zjištění, že tři studentky pociťovaly nutnost pacientům nějakým způsobem ulevit od bolesti. Z toho opět vyplývá, jak již bylo uvedeno, že i budoucí sestry si již uvědomují, že být bez bolesti, patří mezi jednu z nejzákladnějších potřeb pacientů.

Po ukončení odborné praxe většina studentek dospěla k názoru, že toho ještě spoustu neznají, že je potřeba ještě hodně studovat, aby mohly být kvalitními sestrami. Ke kvalitnímu výkonu profese sestry je potřeba vysoká úroveň vzdělání. (16) Pouze jedna studentka neměla z praxe dobrý pocit a uvedla, že byla ráda, že ji má za sebou. Prostředí, ve kterém se tak často umírá a je v něm tolik bolesti, pro ni bylo velmi traumatizující. Tato respondentka studovala pře nástupem na zdravotně sociální fakultu gymnázium, nikdy se s umírajícím pacientem ani s prostředím nemocnice nesetkala. Po této zkušenosti si je jistá, že by zde nikdy nechtěla pracovat. Z toho vyplývá, že studentky středních zdravotnických škol jsou pro bakalářské studium v tomto oboru lépe psychicky připraveny. Vědí, co je čeká.

Před setkáním s umírajícím pacientem je nutné, aby si sestra dokázala vytvořit vztah ke smrti. K tomu je nezbytné vyrovnat se se svojí vlastní smrtelností. Pokud k tomuto nedojde, je sestra vystavena dvěma nebezpečím. Může u ní dojít k psychické traumatizaci a jejím důsledkem není schopna dále vykonávat svoje povolání. V druhém případě se dostává do stádia profesionální deformace, z čehož pramení citové vzdálení od pacienta, které může vyústit až k agresí vůči němu. (5) Pomocí další otázky jsme se tedy pokusily zjistit, zda jsou studentky vyrovnány s vlastní smrtelností. Dalo by se předpokládat, že v tomto věku budou odpovědi negativní. Tři studentky odpověděly, že vyrovnány jsou. U takto mladých dívek je to zajímavé zjištění, ale v průběhu rozhovoru jsem se dozvěděla, že jsou všechny tři věřící. To je zřejmě jeden z hlavních důvodů tohoto jejich přesvědčení. Naopak tři studentky vyrovnány nejsou, smrti se bojí. Dvě studentky odpověděly, že neví. Haškovcová uvádí, že pro kvalitní péči o umírajícího je velmi podstatné, pokud se sestra dokáže vyrovnat se svou vlastní smrtelností. Potom je

schopna zajistit umírajícímu tu nejlepší péči. (8) Vyjasnění osobních postojů sestry ke smrti a umírání je nutné také proto, aby docházelo ke správné komunikaci, uvádí Marková. (9)

Právě otázkou komunikace se zabývá další část práce. Pro každého člověka je většinou zpráva o jeho nevléčitelné nemoci velkou krizí. Dostává se do situace beznaděje, nejistoty, může se i psychicky zhroutit. Správný přístup zdravotnického personálu může v tomto období velmi pomoci. Velmi důležitá je komunikace, která probíhá v atmosféře nadcházející smrti. Při správné komunikaci mezi sestrou a umírajícím pacientem dochází k pozitivnímu ovlivnění pacientova stavu, sestra se dozví mnoho informací o pacientových obavách, problémech, potřebách. Velmi důležité je umění naslouchat. Umírajícímu je tak věnován prostor v jeho myšlení, má příležitost sdělit své potřeby a přání. (10, 31)

Na otázku, jak hodnotí studentky svoji připravenost na komunikaci s umírajícím pacientem, většina odpověděla, že se cítí nepřípravena. Linhartová uvádí, že komunikace je jedním ze základních aspektů, na které by měla být sestra před nástupem do praxe připravena. (33)

Nejprve jsme zjišťovali, jak studentky hodnotí svoji vlastní připravenost na komunikaci s umírajícím pacientem. Čtyři z nich se domnívají, že nejsou vůbec připraveny. V rámci teoretické výuky ve škole se toho prý moc nedozvěděly. Tři studentky se cítí být připraveny, ale podle dalšího zjišťování se s těmito pacienty dvě z nich již v minulosti setkaly, a mají proto zkušenosti. Třetí studentka, která uvedla dostatečnou připravenost, se toho dozvěděla hodně ve škole a také se domnívá, že se umí chovat empaticky, což je pro komunikaci velmi důležité. Na otázku, jak by měla sestra komunikovat s umírajícím, se většina studentek shodla, že je nutná vlídnost, úcta a empatie. Dvě studentky uvedly, že je nutné dodat pacientovi pocit jistoty a bezpečí, aby se necítil osaměle. Další názory byly takové, že je potřeba odpovědět pacientovi na všechny jeho otázky, povídat si s ním o jeho životě a hlavně projevit zájem o jeho osobu. Jedna studentka uvedla, že je dobré s ním komunikovat jako s každým jiným pacientem. Jako pozitivní zjištění bych uvedla, že žádná ze studentek na tuto otázku neodpověděla, že neví. Každá z nich uvedla, jak by bylo vhodné s umírajícím pacientem

komunikovat. Při komunikaci s umírajícím se sestra nesmí vyhýbat pacientovým otázkám o jeho nemoci a léčbě, měla by s ním mluvit o jeho obavách a dopřát mu čas na diskuzi o jeho starostech, uvádí Špatenková. (40) V následující části jsme zjišťovali, jak hodnotí studentky svoji připravenost na komunikaci s rodinou umírajícího. Se smrtí blízkého člověka přichází do života pozůstalých velká změna. Dochází k zániku existující jistoty a k silným emočním reakcím. Je narušen pocit vlastní identity, pocit vlastní integrity. Dále se mění vztahy s ostatními lidmi a je nabouráno přesvědčení o stabilitě a bezpečnosti světa. Pochopitelně potřebují pozůstalí v těchto životních situacích pomoc a pochopení. U velkého počtu případů ji ovšem nenacházejí ve svém rodinném kruhu a přátel, jak by se mohlo zdát. Blízká rodina a příbuzní mohou být také zarmoucení stejně jako oni. A přátelé nevědí, co v této situaci říci, a raději o tomto problému nemluví, i kdyby stokrát chtěli. Hlavním zdrojem pomoci se tedy stávají pracovníci pomáhajících profesí, jako jsou lékaři, sestry, duchovní a sociální pracovníci, kteří by měli mít tento model pomoci vryt již od počátku do svého nitra a vždy s otevřeným srdcem pozůstalé přijmout. (41)

Na otázku, jak by komunikovaly s rodinou umírajícího, dvě studentky odpověděly, že vůbec nemají představu. Uvedly, že neví, ani ve škole se tímto tématem prý nezabývaly. Čtyři studentky si myslí, že je důležité komunikovat vstřícně, vlídně, s úctou, citlivě a upřímně. Tři studentky by doporučily rodině odbornou pomoc a jedna se domnívá, že komunikovat s rodinou je ještě horší než komunikovat se samotným umírajícím. Po vyhodnocení odpovědí na otázku komunikace jsme došli k názoru, že většina studentek znalosti a představu o komunikaci má, ale pro všechny bude bezesporu velmi důležitá jejich vlastní zkušenost a praxe. Přesto se domnívám, že by stálo za zamyšlení, zda by nebylo vhodné rozšíření teoretické výuky, týkající se této problematiky.

Výzkumem jsme dále zjišťovali, jaké mají studentky teoretické znalosti v ošetrovatelské činnosti v péči o mrtvé tělo, jaký mají názor na přítomnost duchovního a zda znají nějaké rituály, které se mohou provádět u zemřelého. Výsledky jsou podrobně rozepsány ve schématu číslo 5. Musím přiznat, že jsem očekávala u studentek znalosti poněkud hlubší. Velké nedostatky byly zjištěny u ošetrovatelské činnosti v péči

o mrtvé tělo. A to i studentek, které nastoupily ke studiu po ukončení střední zdravotnické školy. Sice všechny uvedly, že tělo se musí umýt a označit. Téměř všechny odpověděly, že je nutné podvázat čelist a zavřít oči, ale pouze dvě by odstranily šperky a zubní protézu. Také jenom tři z nich odpověděly, že se musí odstranit invazivní vstupy a tři by vyplnily příslušnou dokumentaci. Pouze dvě by ponechaly tělo zemřelého ještě dvě hodiny na oddělení. Jedna studentka na začátku odpovědi uvedla, že smrt musí nejdříve určit lékař. V těchto odpovědích se shodly s Vytečkovou. (30) Překvapující bylo, že žádná studentka neuvedla, že je nutné zajistit intimitu zemřelého pomocí zástěn nebo odvezením do místnosti k tomu určené. Pokud je k dispozici pokoj určený k těmto účelům, je vhodné zajistit převoz těla tam. Podmínkou by samozřejmě mělo být prostředí v tomto pokoji důstojně zařízené. Pokoj by měl být dobře větratelný, tichý a vyzdoben svíčkami, popřípadě i náboženskými předměty. (10, 20) Po vyhodnocení odpovědí na tuto otázku si myslím, že by bylo vhodné se rovněž zamyslet nad možností rozšíření výuky péče o zemřelé.

Pro každého umírajícího je velmi důležité uspokojení potřeb spirituálních, potřeb neměnných. V dnešní moderní společnosti převládá názor, že je to důležité pouze pro věřící. Ale není tomu tak. Věřící člověk nemá problém s naplněním svých duchovních potřeb. Naopak nevěřící, pokud se dostane do krizové situace, má často problém najít smysl vlastního života. V případě, že si umírající nebo jeho rodina přeje přítomnost duchovního nebo psychologa, sestra by toto přání měla umožnit. (23)

Přítomnost duchovního čtyři studentky uvedly jako důležitou, pokud je to přání pacienta. Dvě si myslí, že je důležitá pouze pro věřící a dvě uvedly, že je podstatná jak pro věřící, tak i nevěřící. Podle dvou studentek je to věc pacienta, žádný názor na to nemají.

Velmi důležitá je také otázka zachování rituálů smrti. Dnešní takzvaná postmoderní společnost sice potlačuje jejich význam, ale ani ona se s určitými změnami nedokáže vypořádat jen tak. Proto by mělo být povinností sestry respektovat přání příbuzných, pokud se ještě chtějí se zemřelým rozloučit. Příbuzní by měli mít možnost postát či posedět u zemřelého dostatečnou dobu, věřící se pomodlit. Velmi vhodné je také otevření okna pro odlétnutí duše. Pokud si přejí pozůstalí u zemřelého i přítomnost

sestry, zůstává s nimi. V některých případech se pozůstalí chtějí setkat se sestrou, která byla přítomna smrti zemřelého. Od ní se očekává trpělivost, pochopení a nabídnutí pomoci. Mezi společenské rituály samozřejmě patří také vyjádření lítosti a upřímné soustrasti pozůstalým. (31)

O rituálech, které se mohou provádět u zemřelého, sedm studentek nikdy neslyšelo, dvě si myslí, že je nutné po úmrtí pacienta otevřít okno, aby mohla vylézt duše a jedna studentka uvedla jako rituál uložení do hrobu. Podle těchto odpovědí jsme došli k názoru, že pojmem rituály se teoretická výuka moc nezabývá. Ale z vlastní zkušenosti vím, jak důležité z etického hlediska je právě otevření okna, jak důležité je pro pozůstalé (hlavně věřící), když lékař, který přijde k zemřelému, udělá na jeho čele křížek, jak důležité je zapálení svíčky. I těmto, možná pro někoho zbytečným věcem, by měla být podle mého názoru věnována při výuce větší pozornost.

Po vyhodnocení rozhovorů jsme došli k názoru, že teoretické znalosti studentek o problematice umírání nejsou na příliš vysoké úrovni. Tématem se nezabývá zřejmě dostatečně ani výuka na středních zdravotnických školách. Z výzkumného šetření také vyplynul fakt, že velkou roli na přístupu budoucích sester k problematice umírání a smrti, hraje jejich víra. Věřící studentky jsou bezesporu na setkání s umírajícími připraveny lépe. Jak uvedly některé z nich, určitě velmi podstatné budou vlastní praktické zkušenosti, které získají po nástupu do zaměstnání. Toto tvrzení je sice pravdivé. Určitě by však stálo za zamyšlení, zda by se neměla výuka teoretických předmětů, které se zabývají přípravou studentů na setkání s umírajícími, alespoň částečně rozšířit.

6 Závěr

Cílem bakalářské práce bylo podat ucelený pohled na problematiku profesní přípravy studentů 1. ročníku oboru Všeobecná sestra na setkání s umírajícím pacientem. Pomocí výzkumných otázek jsme se snažili zmapovat, jak jsou studenti připraveni na setkání s umírajícím, jaké mají teoretické znalosti a jak hodnotí svoji připravenost na setkání s umírajícím. Po vyhodnocení výzkumné části jsme došli k názoru, že by výsledky mohly napomoci zlepšení přípravy studentů bakalářského studia Zdravotně sociální fakulty na setkání s umírajícím pacientem. Týká se to nejen teoretických znalostí, ale hlavně komunikace s ním i jeho blízkými.

Z rozhovorů se studentkami byly zjištěny následující skutečnosti a zajímavé poznatky. Přestože většina respondentek měla vystudovanou střední zdravotnickou školu, jejich teoretické vědomosti byly na poměrně nízké úrovni. Přesto pouze tři studentky na začátku rozhovoru uvedly, že by uvítaly rozšíření výuky v péči o umírajícího pacienta. Většina z nich například neznala fáze umírání, tři studentky nedokázaly popsat jisté a nejisté známky smrti, dostačující nebyly ani znalosti v ošetrovatelské péči o mrtvé tělo. Většina studentek ale dokázala popsat, jak by se mělo komunikovat s umírajícím pacientem, co je pro tohoto pacienta důležité, ale na samotnou komunikaci se necítí být připraveny. Ty studentky, které uvedly, že připraveny jsou, měly již nějaké předchozí zkušenosti s umírajícími. Velmi pozitivně můžeme hodnotit zjištění, že studentky dokázaly vyjmenovat potřeby umírajících. Příjemné bylo určitě také zjištění, které bylo patrné po ukončení rozhovorů se studentkami, že většina z nich má o svoji budoucí profesi velký zájem.

Ale podle mého názoru budou budoucí sestry opravdu správně připraveny až po vlastních zkušenostech, které získají během své budoucí praxe. Velmi důležitá je také duševní vyzrálost zdravotnického personálu, protože ne každý dvacetiletý člověk je schopen tento problém správně zvládnout. Ale jak již bylo zmíněno v teoretické části práce, smrt je součástí života. Každý umírající se nějakým způsobem vyrovnává se skutečností, že jeho život končí. Bývá závislý na poskytované péči a jen zřídka je schopen ovlivnit podmínky svého umírání. Proto i v dnešní moderní době, kdy již

studenti jsou vedeni k tomu, že bez znalostí nejmodernějších technologií nebudou schopni obstát ve své profesi ani ve společnosti, je určitě stále důležité dbát na to, aby byli stejně dobře připraveni na setkání s lidmi, kteří z tohoto světa odcházejí.

Po celkovém zhodnocení výzkumu lze konstatovat, že připravenost studentů na setkání s umírajícím není na příliš velké úrovni. Toto zjištění by mohlo vést k otevření diskuse pro vedení a vyučující zdravotně sociální fakulty k zamyšlení se nad možností rozšíření této výuky.

7 Seznam použité literatury

1. ŽAMPACHOVÁ, M., *Vlastnosti a dovednosti sester z pohledu sester a pacientů*. Florence, 2013, roč. IX., č. 4, s. 30-32
2. ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠRÁMKOVÁ, M., *Zdravotnické psychologie: Teorie a praktická cvičení*, 1. Praha. Grada, 2007, 192 s. ISBN 978-80-247-2068-5
3. FARKAŠOVÁ, D., *Ošetrovatelství – teorie*. Osveta, Matin 2005, 65s. ISBN 80-8063-182-4
4. FIŠEROVÁ, J., *Etika v ošetrovatelství*, Brno, Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů
5. BRUNO, T.; ADAMCZYK, G. *Řeč těla: jak neverbálně působit na druhé a porozumět řeči těla*. 1. Praha: Grada, 2005. 112 s. ISBN 80-247-1313-6
6. BÁRTLOVÁ, S., SADÍLEK, P., TÓTHOVÁ, V., *Výzkum a ošetrovatelství*. Brno, Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2009, 185 s ISBN 978-80-7013-467-2
7. PLEVOVÁ, I., *Ošetrovatelství 2*. Praha, Grada, 2011, 224 s. ISBN 978-80-247-3558-0
8. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie nauka o umírání a smrti*. 2. přep. vyd. Praha: a. Galén, 2007. 244 s. ISBN 978-80-7262-471-3.
9. MARKOVÁ, M. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha, Grada Publishing, a.s. 2010. 128s. ISBN 978-80-247-3171-1
10. KŘIVOHLAVÝ, J. *Povídej, naslouchám*. Praha: Návrat, 1993. s. 18., s.105. ISBN 80-85495-18-X
11. PAVLÍKOVÁ, S., *Modely ošetrovatelstva v kocke*. 1. Praha: Grada, 2006. 152 s. ISBN 80-247-1211-3
12. BLUMENTHAL – BURBY, K., *Kapitoly z thanatologie*. 1. Praha: Avicenum, 1987 149s.
13. <http://elearning.cestadomu.cz/cz/komunikace-s-pacientem-a-blizkymi.html>

14. Vyhláška č. 129/2010 Sb. ze dne 23. dubna 2010, kterou se mění vyhláška č.39/2005 Sb., kterou se stanoví minimální požadavky na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání.
15. Zákon č. 105/2011Sb., ze dne 25. března 2011, kterým se mění zákon č. 96/2004Sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů a zákon č. 634/2004Sb., o správních poplatcích, ve znění pozdějších předpisů
16. <http://www.zsf.jcu.cz/cs/dok/studijni-agenda/studijni-obory/vseobecna-sestra/vseobecna-sestra-studijni-obor>
17. <https://wstag.jcu.cz/portal/moje-studium/index.jsp>
18. KADOCHOVÁ, M., *Model Hildegard Peplau při paliativní péči v domácím prostředí*, Florence, 2012, roč. VIII., č. 9, s. 23-26
19. KÜBLER – ROSSOVÁ, E. *Hovory s umírajícími*. 1. Nové Město n. Metují: Signum unitatis, 1992. 132s. ISBN 80-85439-04-2.
20. PACOVSKÝ, V., *Geriatrická diagnostika*. 1. Praha: Scientia Medica, 1994, 152 s. ISBN 80-85526-32-8
21. SLÁMA, O.; KABELKA, L.; VORLÍČEK, J. *Paliativní medicína: pro praxi*. 1. Vydání. Praha: Galén, 2007. 362 s. ISBN 978-80-7262-505-5.
22. JANÁČKOVÁ, L., WEISS, P. *Komunikace ve zdravotnické péči*. Praha, Illustration, 2008, 134s. ISBN 978-80-7367-477-9
23. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*, Praha: ECCE HOMO, 2003. ISBN 80-902049-4-5
24. <http://www.osetrovatelstvo.eu/archiv/2012-rocnik-2/cislo-4/edukacny-program-u-opatrovatela-v-starostlivosti-o-zomierajuceho-pacienta>
25. HOLÍKOVÁ, I., *Nejdůležitější je spolupráce rodiny*, Florence, 2012, roč. VIII., č. 9, s. 30-31
26. TRACHTOVÁ, E. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. Brno: NCO NZO, 2006, 10s. ISBN 80-7013-324-4
27. HŮSKOVÁ, J., KAŠNÁ, P., *Ošetrovatelské postupy pro zdravotnické asistenty*, 1, Praha, Grada, 2009, 88 s., ISBN 978-80-247-2854-4

28. ULRICOVÁ, M. *Různé tváře smrti*. 1. Hradec Králové: Gaudeamus, 2009. 105s. ISBN 978-80-7041-743-0
29. SVATOŠOVÁ, M. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?* 1. vyd. Praha, Grada Publishing, a.s. 2012. 109 s ISBN 978-80-247-4107-9
30. VYTEJČKOVÁ, R. et al., *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné*. Grada, 2013, ISBN 978-80-247-3419-4
31. KELNAROVÁ, J., *Tanatologie v ošetrovatelství*. 1.vyd. Brno: Littera, 2007. 112 s. ISBN 978-80-85763-36-2.
32. KELNAROVÁ, J.; MATĚJKOVÁ, E. *Psychologie a komunikace: pro zdravotnické asistenty 4. ročník*. 1. Praha: Grada, 2009. 140 s. ISBN 978-80-247-2831-5
33. LINHARTOVÁ, V. *Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetrující personál*. 1. Praha: Grada, 2007. 152 s. ISBN 80-247-1784-0.
34. VYBÍRAL, Z. *Psychologie lidské komunikace*. 1. Praha: Portál, 2000. 70, 264 s. ISBN 80-7178-291-2.
35. VYMĚTAL, J. *Průvodce úspěšnou komunikací: efektivní komunikace v praxi*. 1. Praha: Grada, 2008. 322s. ISBN 80-2472-614-9.
36. O'CONNOR, M., a ARANDA, S., 2005. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. 1.vyd. Přeložila Jana Heřmanová. Praha: Grada, s. 324. ISBN 80-247-1295-4.
37. VYMĚTAL, Š. *Krizová komunikace a komunikace rizika*. 1. Praha: Grada Publishing, a.s. 2009, 78s. ISBN 978-80-247-2510-9
38. VENGLÁŘOVÁ, M.; MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. Praha: Grada, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
39. ANDREJKIVOVÁ, P. *Hospicová péče*. In *Sestra*. Praha: 2008. Roč. 18, č. 12, 49-50 s. ISSN 1210-0404
40. ŠPATENKOVÁ, N., *Základní otázky komunikace*. Galen, ISBN 978-80-7262-599-4
41. ŠPATENKOVÁ, N. *Poradenství pro pozůstalé*. Praha, Grada Publishing, a.s. 2008. 143 s. ISBN 978-80-247-1740-1.
42. ŠVAŘÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K. et al., 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-313-0.

8 Přílohy

8.1 Seznam příloh

Příloha 1	Sociokulturní faktory ovlivňující umírání
Příloha 2	Oblasti komunikace zdravotní sestry
Příloha 3	Fáze přijetí závažného onemocnění
Příloha 4	Možné projevy lidí po traumatu
Příloha 5	Charta umírajících
Příloha 6	Autentické výpovědi pacientů
Příloha 7	Výzkumné otázky

Příloha 1 Sociokulturní faktory ovlivňující umírání

<i>Dříve</i>	<i>Nyní</i>
Úmrtí častější a časnější	Prodlužuje se střední délka života i průměrný věk
Naděje dožití u žen 1830 = 34 let 1900 = 42 let 1930 = 58 let	1976 = 74 let 2006 = 79,5 let
Smrt = přirozená součást života	Smrt = zdravotnický problém, diagnóza
Podpora komunity = sousedé, obec, farnost	Často se neznají ani vlastní sousedé
Náboženství součást života rodiny	Sekularizace
Smysl má život jako celek	Smysl má užívání si
Setkávání se smrtí reálné	Setkávání se smrtí virtuální
Rodiny větší, pospolité	Rodiny menší, atomizované
Ženy většinou v domácnostech	Ženy většinou zaměstnané
Umírání doprovázené větší fyzickou bolestí	Pokrok – většina léčitelných nemocí
Umírající nebyl osamocen	Umírající osamocen
Soustředění na člověka	Soustředění na nemoc

Zdroj: MARKOVÁ M., 2010, strana 18

Příloha 2: Oblasti komunikace zdravotní sestry

<i>Komunikace s pacienty a jejich okolím</i>	<i>Komunikace s kolegy</i>
<ul style="list-style-type: none">• s nemocným<ul style="list-style-type: none">○ dítětem○ dospělým○ nemocným se zvláštními potřebami• rodinou• blízkými, přáteli	<ul style="list-style-type: none">• s kolegy• nadřízenými• jinými odborníky v rámci multidisciplinarity• institucemi

Zdroj: VENGLÁŘOVÁ M., KOMUNIKACE PRO ZDRAVOTNÍ SESTRY, 2006, strana 12

Příloha 3: Fáze přijetí závažného onemocnění

<i>Fáze</i>	<i>Projevy</i>	<i>Vhodné reakce</i>
Šok, popření	Popírání existence nemoci	Dostatek času, navázání kontaktu, snaha získat důvěru nemocného
Hněv, vzpoura	Zlost na všechno, odmítání ošetření, vyvolávání konfliktů	Umožnit odreagování, nepohoršovat se, nenapomínat
Vyjednávání, smlouvání s osudem	Hledání zázračných léků, dávání slibů za uzdravení	Trpělivost, motivace k vytrvání v dosavadní léčbě
Smutek, deprese	Obavy, vzdávání se, rezignace na léčbu	Naslouchání, podpora komunikace s rodinou, hledání řešení
Smíření (nemusí nastat u všech nemocných)	Vyrovnání, loučení s blízkými, pokora	Poskytnutí blízkosti, neverbální podpory (doteky). POMOC rodině!

Zdroj: VENGLÁŘOVÁ M., KOMUNIKACE PRO ZDRAVOTNÍ SESTRY, 2006, strana 114

Příloha 4: Možné projevy lidí po traumatu

MOŽNÉ PROJEVY LIDÍ PO TRAUMATU	
<p>TĚLESNÉ PROJEVY</p> <ul style="list-style-type: none"> • nevolnost, zvracení • hypertenze, bušení srdce, pocení • bledost, zrudnutí, třes • bolest hlavy, svalové napětí • bolesti kloubů • bolesti břicha, zažívací potíže • únava, vyčerpání • bolest na hrudi • chybí pocit hladu a žízně 	<p>KOGNITIVNÍ PROJEVY (oblast myšlení)</p> <ul style="list-style-type: none"> • noční děsy, tíživé sny • vtíravé myšlenky a vzpomínky na událost • dojem „že jsem se zbláznil“ • poruchy soustředění • potíže při řešení problémů • výpadky paměti, zmatenost • pocit odpoutání od reality, snížené vnímání • pocit ztráty životních iluzí (bezpečnosti, jistoty)
<p>BEHAVIORÁLNÍ PROJEVY (oblast vnějšího chování)</p> <ul style="list-style-type: none"> • nespavost • neschopnost odpočívat, relaxovat • vysoká lekavost • snížení pracovního výkonu, snadná rezignace • pláč, paradoxní chování (např. smích při oznámení smutné události) • vyhýbavé chování • izolace od okolí • mechanické a automatické chování • ztráta zájmu o dříve oblíbené aktivity • ztráta zájmu o sex 	<p>EMOCIONÁLNÍ PROJEVY</p> <ul style="list-style-type: none"> • depresivní pocity, zármutek • úzkost, strach • hněv, vztek • neklid, netrpělivost, podrážděnost • pocit zahlcení • pocit viny • pocit studu • euforické pocity • popření • pocity bezmocnosti • lhostejnost • pocit odcizení od lidí • přehnané úzkostné reakce • ztráta pozitivních emocí ...
<p>Pozor: Každý člověk reaguje individuálně, výše uvedené projevy se mohou objevovat v různé kombinaci, v různé intenzitě, v různém načasování a v různém trvání</p>	

Zdroj: VYMĚTAL Š., KRIZOVÁ KOMUNIKACE, 20069 strana 72

Příloha 5: Charta umírajících (Haškovcová, 2007)

- Umírající má právo na to, aby se s ním až do smrti zacházelo jako s lidskou bytostí
- Umírající má právo na naději a nezáleží na tom, že se mění jeho životní perspektiva
- Umírající má právo vyjádřit své pocity a emoce týkající se blízké smrti
- Umírající má právo podílet se na rozhodnutích týkajících se péče o něj
- Umírající má právo na stálou zdravotnickou péči, přestože se cíl uzdravení mění na zachování pohodlí a kvality života
- Umírající má právo zemřít neopuštěn
- Umírající má právo být ušetřen bolesti
- Umírající má právo na poctivé odpovědi na své otázky
- Umírající má právo nebýt klamán
- Umírající má právo na pomoc rodiny a na pomoc rodině v souvislosti s přijetím jeho smrti
- Umírající má právo zemřít v klidu a důstojně
- Umírající má právo na svou individualitu a na laskavé pochopení svých rozhodnutí
- Umírající má právo na to být ošetřován pozornými, citlivými a zkušenými lidmi, kteří se pokusí porozumět jeho potřebám a kteří budou prožívat zadostiučinění z toho, že mu budou pomáhat tváří v tvář smrti.

Příloha 6: Autentické výpovědi pacientů

Příklad prožívaný u 18leté dívky

„To není možné, to není pravda, určitě jste se spletli, mně nic není, nic mě nebolí, mám jenom chřipku.“ Po dvou dnech: „Pocit při zjištění faktu o mé nemoci se ani nedá popsat, mám leukémii lehčího typu, takže nevím, jestli mám být smutná a brečet, nebo mám být šťastná, že mám vlastně štěstí v neštěstí. Dnes jsme začali s terapií, je mi zatím dobře a snažím se na to, co mám, vůbec nemyslet. Jsem připravená se s touto nemocí poprat a nenechat, aby ovládla mé tělo. Věřím, že vše zlé je pro něco dobré a tohle určitě dobře dopadne. Hodně mi pomáhají rodiče a přítel, možná že také díky jim se cítím dobře a hlavně kvůli nim mám neoblomnou vůli se uzdravit a přenést se přes vše zlé a špatné.“

Převzato: M. Janáčková (2008) strana 90

Příklad prožívání u 20leté dívky

Stále mě trápí myšlenka, co jsem udělala špatně, proč se to stalo zrovna mně, čím si to zasloužím. Kouřila jsem, to se určitě někde také podepsalo. Dneska mi nasadil doktor prášky, jeden z nich je na cucání a chutná jako čerstvě zalitá hlína.

Fuj, už týden mi běží léčebná kúra, zhubla jsem 5 kg, což mi zatím nevadí, zle mi také zatím není, akorát se dost potím. Dnes jsem si také myla vlasy a při rozčesávání jich pár vypadlo, ale ne moc, jen trochu.

Je pátek a mně začaly docela dost padat vlasy, chtěla bych si je ještě přes víkend uchovat. Je to zvláštní pocit, když se člověk nemůže pořádně učesat jen proto, aby mu něco na té hlavě zbylo. Mám strach z toho, jak budu vypadat plešatá. Byla tu jedna sestřička, vůbec mě nechápe, jí se to řekne, abych to už shodila, že toho mám plný polštář, ona má vlasy až po ramena a je zdravá a o její vlasy nejde. Mám na ni hrozný vztek. Vůbec neví, co to je tady ležet, když ti berou úplně všechno hezký.

Je středa, tak už mi ostříhali vlasy – úplně dohola. Připadám si velice směšně a studí mě hlava. Jsem zvědavá, co na to budou říkat naši.

Převzato: M. Janáčková (2008) strana 92

Výpověď 30leté ženy

„Mám pocit, že jsem to určitě zanedbala a můžu si za svou nemoc sama. Ptám se, co jsem udělala v životě špatně, že musím být nemocná, je to nějaký trest? Pláču a vím, že je to celé nesmysl, ale hlavně nějak nedokážu poručit.“

Převzato: M. Janáčková (2008) strana 93

Prožitek 38leté pacientky

„Umírám! Pro mě je to psychicky těžké stejně jako pro ně, pro rodinu, ale na rozdíl od nich i tělesně. Všichni však zavírají oči nad tím, jaká je situace. Místo toho, abych energii věnovala sobě, tak vysvětluji okolí, že potřebuji, aby mi bylo oporou. Cítím se strašně sama a mám strach ... Všichni se stáhnou do sebe a já tam zůstanu sama trčet v té bolesti a hrůze a nemám nikoho! Jen čekám a cítím beznaděj, nevím, na co čekám, chci jít těm ostatním z cesty, abych už nepřekážela.“

Převzato: M. Janáčková (2008) strana 96

Výpověď 52leté pacientky

„Už jsem klidná, nic mě netrápí, vše přijímám, jak jde. Až přijde smrt, jsem připravená. Čas nejde zastavit. Bojím se jen toho, aby mě sestra neviděla, kdybych už nezvládala své tělo. Chci, aby věděla, že nemám strach, že jsem v životě měla hezké chvíle a že teď přijde úleva. Už bych si přála jen jedno: Dát sbohem, usnout a už se neproбудit. Jsem unavená, nechci už mluvit. Zůstaňte ještě.“

Převzato: M. Janáčková (2008) strana 98

Příloha 7: Výzkumné otázky

Jaký je Váš věk?

Jakou střední školu jste studovala před nástupem na VŠ?

V kterých odborných předmětech jste se setkala s problematikou umírání a smrti?

Jaké předměty pro Vás byly nejpřínosnější v souvislosti s problematikou umírání a smrti?

Uvítala byste rozšíření této výuky?

Jaké vyučovací metody byly používány v předmětech zabývajících se touto problematikou?

Přečetla jste nějakou knihu týkající se problematiky umírání? Jakou?

Konzultovala jste během odborné praxe nějaký ošetrovatelský problém s umírajícím pacientem s odborníkem?

Znáte fáze umírání dle K. Rossové? Vyjmenujte je.

S jakým pocitem jste přicházela na první odbornou praxi?

Pokud jste se setkala na odborné praxi s pacientem v terminálním stadiu, jaké pocity jste prožívala při jeho ošetřování?

Jak sama hodnotíte svoji připravenost na komunikaci s terminálně nemocnými?

Jak vy sama byste komunikovala s umírajícím?

Myslíte si, že jste vyrovnaná se svou smrtelností?

Jaké jsou podle vás nejdůležitější potřeby pro umírajícího pacienta? Která je z vašeho pohledu nejdůležitější?

Jaké jsou jisté a nejisté známky smrti?

Popište ošetrovatelský postup v péči o mrtvé tělo.

Jaký je váš názor na přítomnost duchovního u umírajícího pacienta?

Jakým způsobem byste komunikovala s rodinou umírajícího?

Znáte nějaké rituály týkající se umírání a smrti?