

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

3. LÉKA SKÁ FAKULTA

Ústav o-et ovatelství



Klára Rulíková

**Zku-enost s úmrtím pacienta u student oboru
V-eobecná sestra**

Nursing students' experience of patient's death

Bakalá ská práce

Praha, kv ten 2016

Autor práce: **Klára Rulíková**
Studijní program: **Ošetřovatelství**
Bakalářský studijní obor: **Všeobecná sestra**

Vedoucí práce: **doc. PhDr. Martin Hemelík, CSc**
Pracoviště vedoucího práce: **Ústav ošetřovatelství 3. LF UK**

Předpokládaný termín obhajoby: **červen 2016**

Prohlášení

Prohláuji, že jsem předkládanou práci vypracovala samostatně a použila výhradně uvedené citované prameny, literaturu a další odborné zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby má bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Prohláuji, že odevzdaná tištěná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do Studijního informačního systému SIS 3. LF UK jsou totožné.

V Praze, květen 2016

Klára Rulíková

šLéka i i ostatní zdravotníci si musejí být zcela jednozna n v domi, fl jejich partnerem ani úkolem není nemoc i p íznak, které je t eba zkrotit, nýbrfl pacient, kterého choroba i p íznak trápí, a jehoflje t eba podpo it.õ

(Kalvach a kol, 2010, s. 14)

Pod kování

Ráda bych na tomto míst pod kovala svému vedoucímu práce doc. PhDr. Martinu Hemelíkovi, CSc. a mé konzultantce Mgr. Jan He manové, Ph.D. za odborné vedení, cenné rady a p ipomínky. Dále bych cht la pod kovat své rodin za trp livost a podporu b hem studia.

ÚVOD	6
TEORETICKÁ ČÁST	8
1. UMÍRAJÍCÍ PACIENT A PÉČE O NĚ J.....	9
1.1. <i>Umírající pacient</i>	10
1.1.1. Modely umírání	10
1.1.2. Fáze umírání podle Elisabeth Kübler-Rossově	12
1.1.3. Klinické příznaky umírání	14
1.1.4. Potřeby umírajícího pacienta.....	15
1.1.5. Kvalita života	18
1.2. <i>Úmrtí pacienta</i>	20
1.2.1. Definice smrti z klinického hlediska	21
1.3. <i>Potřeby zdravotnického personálu</i>	21
2. PŘÍPRAVA STUDENTŮ NA PÉČI O UMÍRAJÍCÍHO	25
2.1. <i>Základy teoretické přípravy studentů</i>	25
2.1.1. Legislativa a základní předpoklady.....	25
2.1.2. Ošetřovatelská péče o umírajícího.....	28
2.1.3. Komunikace s umírajícím pacientem	30
2.1.4. Ošetřovatelská péče o tělo zemřelého.....	31
2.1.5. Komunikace s pozostalými	32
2.2. <i>Základy praktické přípravy studentů</i>	33
PRAKTICKÁ ČÁST	37
3. METODIKA PRÁCE	38
3.1. <i>Cíl výzkumu</i>	38
3.2. <i>Výzkumné otázky a hypotézy</i>	38
3.3. <i>Metodika výzkumu</i>	39
4. ZPRACOVÁNÍ VÝSLEDKŮ	41
5. DISKUSE.....	54
6. DOPORUČENÍ PRO PRAXI	60
7. ZÁVĚR.....	61
8. SOUHRN	62
9. SUMMARY	62
10. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	63
PŘÍLOHY	66

ÚVOD

Téma bakalářské práce jsem si vybrala na základě své osobní zkušenosti na praxi v prvním ročníku studia na vysoké škole. Byla jsem bez zkušeností v oboru ošetřovatelské péče, studní kole jsem ukončila na pražském gymnáziu. Má první praxe byla na oddělení LDN. Při své noční službě jsem měla volnou chvíli, a tak jsem obcházela pokoje, zda někdo z pacientů nepotřebuje mou pomoc. V jednom z posledních pokojů jsem narazila na pacienta sesunutého k okraji postele, poloha se zdála velmi nepřijemná. Pacient se jevil jako spící, ale nespál. Zeměl ve večerních hodinách a já ho našla. To bylo mé první setkání s úmrtím pacienta.

V té chvíli jsem měla zvláštní, stísněný pocit. Nevěděla jsem, jak se chovat. Nechtěla jsem vypadat neprofesionálně před zdravotnickým personálem, proto jsem neodmítla pomoc při péči o mrtvé tělo, nicméně jsem se nemohla zbavit pocitu, že potřeby o této zkušenosti s někým mluvit, i když se nejednalo o můj první zážitek se smrtí člověka. V osobním životě jsem se jí již setkala s umírajícím člověkem a jeho smrtí v domácí péči. Myslím, že tato zkušenost mi velmi pomohla zvládnout zážitek z praxe.

Zajímalo mě, zda se i mé spolužačky a spolužáci již setkali s podobnou situací, jaké byly pocity a jak tuto situaci zvládli. Zda si myslí, že jim je dán dostatečný prostor ve škole pro rozebrání jejich zážitků z praxe a zda si myslí, že je škola na podobnou situaci dobře připravena, či zda museli hledat pomoc jinde. Je důležité mluvit o těchto situacích, které na praxích prožíváme, protože je kolikrát prožíváme poprvé. Bez psychické podpory by se mohlo snadno stát, že si v těchto situacích vystupujeme laxní přístup, který se poté projeví při kontaktu s pacientem. Samozřejmě je nutné zachovat si vždy profesionální odstup, ale jako zdravotní sestry musíme být schopné soucitu a empatie. Nalézt rovnováhu a soulad mezi nimi nemusí být jednoduché a je potřeba o těchto problémech a zkušenostech mluvit a vyjadřovat se jim.

Hlavním tématem mé bakalářské práce je sice získání a zmapování informací týkajících se setkání s umírajícím a úmrtím pacienta u budoucích zdravotních sester na 3. lékařské fakultě Univerzity Karlovy, ale pro pochopení

celé problematice považuji za důležité v novat se tématu umírání v širším rozsahu. Proto teoretickou část pojmám ve dvou rovnocenných částech o obecné informace o péči o umírajícího pacienta a základy výuky sester v této problematice.

Ve své výzkumné práci se potěvil uji pocit m a názor m student , kteří se se smrtí na praxi setkali. Na základě výzkumu jsem vyvodila několik doporučení, které si dovoluji nabídnout k diskusi a případně k využití v péči a vzdělávání sester.

TEORETICKÁ ÁST

1. UMÍRAJÍCÍ PACIENT A PÉČE O NĚJ

š Lásku, vlídnost a bratrský soucit potěbuje nemocný n kdý více neřl v-echny léky.õ (Fjodor Michajlovi Dostojevskij)

V moderní společnosti byla smrt dlouho tabuizovaným tématem. Bylo to něco, o čem se na veřejnosti moc nemluvalo. Teprve v poslední době se o smrti začíná více hovořit v médiích a začíná být patrný posun v pohledu na ni. Nicméně většinou se nám nechce do konverzace na toto téma, je nám nepříjemná. Tímhle pak snášíme situace, kdy se ocitneme blízko smrti, ať už té naší (např. diagnóza nevyléčitelné nemoci), nebo někoho jiného. Nejsme na takové situace připraveni, proto často v běžném životě tuto součást naší existence vytlačujeme do pozadí a dokud není aktuální, raději na ni ani nemyslíme. To samé se děje při setkání s umírajícím člověkem. Často nevíme, jak jednat, jak se chovat, jak neurazit, nedotknout se, o čem mluvit, co říkat. Cítíme se šnervit v blízkosti umírajícího. A přitom kolikrát stačí, když naznačíme dotyk němu, že tu jsme pro něj, že jsme tady a pokud bude chtít, nikam neodejdeme. Jde o pocit přítomnosti blízké osoby, volba slov a schopnost komunikace je ať na dalším místě.

Lidská smrt je přitom záhadou. A kolikrát ji definovali známky biologické smrti, popsali fáze umírání a jeho klinické příznaky, celý proces umírání a smrt mají nepochybně mnohem širší kontext. Ošetřovatelská péče se týká všech dimenzí lidské bytosti: biologické, psychologické, sociální, duchovní a kulturní. Péče by měla být nabízena jak umírajícímu pacientovi, tak jeho blízkým. Důležitá je přítelkost, empatie, otevřenost, jakož i schopnost reagovat na somatické utrpení. Profesní kariéra sestry zahrnuje různé formy práce ve vztahu k pacientovu životu, umírání a smrti. Protože každý pacient je individualitou a každý umírá jinak, neměla by sestra přesvědčovat své zkušenosti s péčí o umírající pacienty nikdy přistupovat k této skupině pacientů jednotně bez zohlednění konkrétních potřeb daného člověka (Pasek a kol., 2013).

Ve svém článku o péči o umírající pacienty uvádí její autorka Pasek, Osuchová a Krajewski (2013) několik praktických rad:

- Zdravotnický personál by neměl od umírajícího očekávat, že bude statečný, bude ve chvíli ticha, bude mluvit o svých problémech a o své nemoci, bude klást otázky, postará se o svou rodinu a o své blízké.
- Zdravotnický personál by neměl zapomínat při kontaktu s umírajícím a jeho rodinou na naslouchání, asistenci (s ohledem na pohodlí pacienta, na jeho osobní prostor), odpovídání na otázky, zmírování utrpení (včetně silné bolesti), uspokojování potřeb pacienta, motivaci k vyjádření jeho potřeb.
- Zdravotnický personál by neměl pouze instruovat, radit, pouze mluvit bez naslouchání, dávat najevo, že se ve zlepšení, rozhodovat jménem pacienta (v domnění, že víme lépe než on, jaké má potřeby a co potřebuje).
- Zdravotnický personál by měl být soucitný, empatický, citlivý, opatrný, trpělivý, kompetentní a měl by se umět ovládat.

1.1. Umírající pacient

„Zatímco jsem se domníval, že se naučím, jak žít, naučil jsem se, jak umírat.“

(Leonardo da Vinci)

Podívejme se na dobu, kdy máme mnoho terapeutických možností a medicínských vynálezů. Lékaři se stále snaží prodloužit život, i za cenu zhoršení jeho kvality. A tak je proces umírání rozprostřen do delšího časového období. Dystanazie, neboli zadržovaná smrt, bývá součástí institucionálního umírání, kdy se lékaři snaží za každou cenu udržet pacienta naživu. Kolikrát se jedná o nesmyslnou snahu odborníků zvrátit infaustní zdravotní stav pacienta, namísto toho, aby nechali nemocného v klidu odejít (Háková, 1998a).

1.1.1. Modely umírání

Rozpoznáváme dva modely umírání. V závislosti na tom, v jakém prostředí se daná osoba vyskytuje, a jak je orientována péče o ni. Institucionální model

umírání se prosadil zejména ve 20. století. Pacientovi je poskytována nejen profesionální ošetovatelská péče, ale také diagnostické a terapeutické možnosti. Ale umírající pacient potřebuje tělesnou, duchovní a sociální péči, která je v nemocnicích nedostažitelná. Ošetovatelský personál nemá čas se postarat i o tyto potřeby umírajícího pacienta, dochází k tzv. odlidštění umírání. Pacient často bývá sám, je oddělen od ostatních pacientů. Rodina byla separována od umírajícího dlouhou dobu, kdy se myslelo, že umírající potřebuje klid a samotu. Příbuzným byly omezeny návštěvní hodiny, a při rozšířeném vzorci chování vyhasly a dnes již rodina neví, jak se k umírajícímu chovat, jak s ním komunikovat.

Domácí model umírání byl tradiční po staletí, kdy lidé umírali doma, v blízkosti své rodiny. Každý její člen měl svou roli v péči o nemocného, věděl, co má dělat. Sice byla omezena možnost odborné pomoci, nicméně členové rodiny většinou ovládali obstojné a efektivní ošetovatelské techniky, mnohdy obohacené o vlastní zkušenosti z předchozích let. Do domácností docházel duchovní, který se staral nejen o umírajícího, ale také o příbuzné. Umírající člověk byl neustále v kontaktu se svou rodinou. Ze svých zkušeností z doby, kdy také pečoval o umírajícího, věděl, co měl dělat, jak o něj bude postaráno. Měl emotivní podporu a určitou jistotu, co bude dál. Dnes již domácí model umírání není typickým. Pracující rodina nemá čas se postarat o svého příbuzného, a tak je umírání soustředěno do nemocnic (Háková, 1998b).

Oba modely umírání mají své výhody i nevýhody. Institucionální péče přinesla profesionalitu při práci s nemocným člověkem, nicméně v péči o umírajícího má stále značné nedostatky, které je třeba postupně odstraňovat. Na standardních odděleních bývá paliativní péče nedokonalá, jelikož zdravotnický personál má málo času a prostoru, aby uspokojil všechny potřeby pacienta. Jako jisté východisko se zdají být dobré hospice a domácí péče, které se soustředí právě na umírajícího pacienta a kde jsou zdravotníci profesionálové v oblasti paliativní péče a je zde výrazná snaha spolupráce s rodinou, která má značný vliv na pacientův psychický stav při procesu umírání.

No ní sm na v hospici, kontrola pokoj kolem p lnoci. Pacientka nespí.

š Copak se d je? Nem fete spát?õ ptá se sestra. š Nejde to, jak zav u o i, v-echo na m padá, -patn se mi dýchá, mám strach.õ

š Mate strach? Z ehopak?õ š Jaké to bude.õ š Jaké bude co?õ š No, jaké to bude, aflto p ijde, afl budu ... víte co?õ

Sestra usedá na fídli u postele. š Máte strach, jaké bude umírání? Na to se ptáte?õ š Hmm.õ š Víte, to nikdo z nás dop edu neví. V t-inou je to tak, fle lidé jsou slab-í a slab-í, zajímá je ím dál mí to, co se d je okolo, a spí-e se tak n jak zvnit ují. ím dál mén jedí a pijí, a pak v t-inou usnou.õ

š Budete se mnou?õ š Moc ráda bych tu s Vámi byla, ale m fle to p ijít, kdyfl zrovna nebudu mít slufbu. P ála byste si, aby tu v tu chvíli byl n kdo z nás, z personálu?õ Pacientka kývá.

š Tak já to napí-i do Va-í dokumentace, a ur it ud láme v-echo pro to, aby tu s Vámi n kdo byl.õ Pacientka se usmívá.

š Co bych tu m la já, nebo ten n kdo, kdo tu s Vámi bude, d lat?õ š Nic, jenom prost být tady, se mnou.õ

š Tak dob e, myslím, fle to zvládneme.õ š D kuji, te ufl se mi snad usnout poda í.õ š Kdyby ne, tak zazvo te, m flme tu být zase chvíli spolu.õ (Marková, 2010, s. 113)

1.1.2. Fáze umírání podle Elisabeth Kübler-Rossové

lov k se v t flkých flivotních chvílích chová r zn , s ohledem na svou osobnost, v k, flivotní zku-enosti, sou asný zdravotní stav, sociální zázemí a hloubku své víry. I tak se dají nalézt společné faktory v proflívání t flkých flivotních situacích.

Elisabeth Kübler-Rossová (1926-2004), americká lékařka –výcarského původu, zásadně zvýšila kvalitu života umírajících pacientů. Svůj život zasvětila práci s umírajícími lidmi. Snářila se o pochopení umírajících, jaký je zbytek jejich života, co by rádi v posledních chvílích, co jim schází od zdravotnického personálu. Vedla kurzy pro studenty, ve kterých se aktivně ptali umírajících a pozorovali jejich reakce, rozpoložení, informovanost o své nemoci. Reakce pacientů na jejich smrtelné onemocnění popsala v pěti fázích:

Negace – Pacient je v šoku, odmítá uznat fakta. Sestra by měla navázat kontakt s pacientem, získat jeho důvěru, nepěsť dovat o opaku. Měla by projevit zájem a porozumění.

Agrese – Pacient si uvědomuje situaci, má zlobu na sebe, na lékaře, na zdravé osoby ve svém okolí. Sestra by měla pacientovi dovolit odreagování. Pokud ale pacient nechce o svých pocitech mluvit, respektuje to. Nesmí jednat podrážděně, zlost pacienta by si neměla brát osobně. Měla by komunikovat s pochopením, vyjádřit porozumění a to, že by v jeho situaci nejspíše reagovala podobně.

Smlouvání – Pacient se snaží obrátit na jinou, alternativní léčbu. Hledá způsob, jak získat více času. Sestra by měla být trpělivá. Měla by podpořit a pochopit jeho potřeby. Pokud je reálné, že se pacient doflije události, kterou v blízké době očekává, měla s ním sdílet radost, avšak nesmí vzbuzovat falešné naděje.

Deprese – Reakce na stav pacientovy ztráty. Pacient ztrácí zdraví, tělesné funkce, mentální schopnosti, sociální role, oblíbené zájmy. Sestra trpělivě naslouchá, měla pomoci hledat řešení situací, které nemocného trápí, měla požádat o spolupráci sociálního pracovníka. V případě anticipačního zármutku (pacient truchlí nad budoucí ztrátou vlastního života) by sestra měla vyslechnout pacienta, ale nedávat mu falešné naděje, nerozveselovat ho v nevhodných chvílích. Měla by zmírnit pocit izolace, bezmocnosti.

Smíření – Pacient je smířen s koncem svého života. Sestra měla poskytnout fyzický kontakt ve formě doteků, pohlazení, vzetí za ruku. Poskytuje

mu sebe jako člověka, ne jako profesního experta. V této fázi mohou potřebovat více pomoci členové rodiny než pacient. Ti nemusí dojít do fáze smíření ve stejném tempu, jako umírající. Proto by zdravotnický personál měl pracovat i s rodinou, seznámit je s nynějšími potřebami pacienta, rodina by měla dovolit umírajícímu důstojně zemít.

Je důležité si uvědomit, že výše uvedenými fázemi neprochází jen pacient sám, ale i jeho rodina a blízké okolí. Proto je nezbytné, aby se od začátku pracovalo i s rodinou a pacientovými přáteli. Fáze mohou trvat různě dlouhou dobu, a protože každá osoba je jedinečnou bytostí, mohou se u každého jednotlivce fáze různě stíhat, prolínat, vracet se (Svatošová, 2003; Janáková a Weiss, 2008; Hejmanová, 2012).

Je rozdíl, pokud pacient dosáhne fáze smíření a pokud podlehe rezignaci. Elisabeth Kübler-Rossová popisuje tento rozdíl takto: *šPacienti, kteří svíjí osud přijali, získávají velmi osobitý výraz vyrovnanosti a míru. V jejich tvářích se odráží stav vnitřní důstojnosti. Lidé, kteří jen na svíjí osud resignovali, tento výraz postrádají, naopak v jejich tvářích můžeme vidít záho klost a duševní trápe jako výraz pocitu marnosti, zbytečného usilování a chybějícího smíru. Tento výraz je velmi snadno odlišitelný od výrazu lidí, kteří dosáhli opravdového stadia přijetí pravdy.*

1.1.3. Klinické příznaky umírání

Rozpoznat symptomy umírání je mnohdy stejně pro určení, kdy se pacient nachází v terminální fázi života. V této fázi jsou zvýšené požadavky na zdravotnický personál, lékař se zbytečně nesnaží o nepřiměřené prodloužení života, které by bylo spíše prodloužením umírání. K takovým příznakům umírání patří:

- oči jsou otevřené, ale pohled je nepřítomný
- ústa jsou otevřená
- spodní strana těla, nohy, kolena, ruce se temně zbarvují, chladnou

- puls slábne
- zornice reagují na světlo stále méně, umírající pacientává reagovat na okolí, je zmatený a dezorientovaný (může mít halucinace)
- tělesné a duševní vyčerpání, pasivita
- prodlužující se periody denního spánku
- zhoršuje se zrak a sluch
- umírající odmítá jíst a pít, má sucho v ústech a potíže při polykání
- klesá diuréza, někdy až do stadia anurie (Sláma, 2002; Funk, 2014)

1.1.4. Potřeby umírajícího pacienta

Umírající pacient prožívá chvíle, které si zdravý člověk dokáže představit. Neuvědomuje si, kolik toho nemocný ztrácí, a ušl se jedná o postavení, životní jistotu, soukromí, práci, stravovací návyky i možnost aktivity. Do popředí se v jeho životě dostávají bolest, slabost, únava, obavy z toho, co přijde, nepřijemná vyšetření a dlouhé hodiny strávené v nemocnici. Dobře připravené okolí by mělo respektovat právo pacienta reagovat na svou situaci negativně, agresí i zmateností, úzkostí, depresí. Může tak být oporou nemocnému v jeho těžkých životních chvílích, podporovat ho a pomoci mu v průběhu nemoci se zvládnutím životních těžkostí.

Potřeba v úzkém slova smyslu je charakterizována jako stav nedostatku i nadbytku něčeho, co je potřebné v určité míře pro organismus nebo osobnost. Potřeby umírajících pacientů lze rozdělit na potřeby biologické, psychologické, sociální a spirituální. V průběhu nemoci se do popředí dostává jiná skupina těchto potřeb. Na začátku nemoci jsou především v první řadě biologické potřeby, v závěru nemoci pacient klade důraz na potřeby spirituální. Je výhodou si uvědomit, které potřeby může ovlivnit lékař, které potom zdravotnický personál, se kterými potřebami může pomoci rodina a které může ovlivnit sám pacient.

Do **biologických potřeb** patří potřeby tělesné, tedy péče o symptomy a fyzickou pohodu pacienta, a ušl se jedná o potřebu příjemu potravy, vylučování, tlášení bolesti i potřebu klidného a nerušeného spánku.

Pot eby psychologické jsou orientovány především na respektování lidské důstojnosti a autonomie, nehledě na to, v jakém fyzickém stavu se pacient nachází. Pacient také potřebuje důvěru zdravotnickému personálu, potřebuje komunikovat s okolím a je velmi citlivý na mimoslovní komunikaci, na gesta, postoj i mimiku zdravotnického personálu.

Pot eby sociální zahrnují kontakt pacienta s okolím, právo na návštěvy a to v době a místě, kdy je to pacientovi příjemné. Také se ale jedná o potřebu splnit svůj úkol. Nemocný možná musel přerušit nedokončenou práci, nestihl udělat v osobním i pracovním životě to, co měl v plánu, a v době nemoci potřebuje tuto situaci dožít.

Pot eby spirituální byly donedávna pokládány za potřeby pouze v říších lidí. Opak je však pravou. V říší člověk má jistě také spirituální potřeby, ale většinou ví, jak je uspokojit, dokáže si poradit a rodina ho podporuje. Nemocný, který však ve věcech dosud nevěděl, může v průběhu nemoci pocítovat tuto potřebu, kdy si klade otázky o smyslu života a o život po smrti. Může mít potřebu sám si odpustit a potřebu odpuštění i jemu samotnému. Potřebuje ujistit, že jeho život má smysl a že v každé chvíli a fázi života ho lze žít smysluplně (Svatošová, 2003; Marková, 2010; Buflgová, 2015).

Ve své studii hodnocení potřeb terminálně nemocných pacientů v domácí péči uvedly Buflgová a Macháková (2012), že pacienti považují za velmi důležité tyto potřeby: být bez bolesti a bez důlnosti, cítit respekt, úctu a důvěru v ošetřovatelský personál, mít podporu personálu, přítomnost někoho blízkého, mít smysl života, být naplněn klidem, mít informace o ošetřovatelské péči a být vyrovnaný se změnami ve svém těle. Za méně důležité pak pacienti považovali potřeby typu: sexuální, přístup k jiným informacím, péči o tělo, vyrovnání se s pohledy druhých, ústast na bohoslužbách. Je zajímavé, že při hodnocení saturace potřeb pacienti uváděli jako nejlépe naplněnou potřebu péči o tělo, nespokojeni byli naopak s řešením problémů se spánkem, únavou a bolestí. Z psychosociálních potřeb byla nejméně saturována potřeba soustedit se, vyrovnat se se smrtí a se změnami v těle a mít naplněný den aktivitou. V oblasti spirituální byly nejméně

naplní tyto potřeby: mít pozitivní náhled na život, mít možnost účastnit se bohoslužby, být naplněn klidem.

Je důležité si uvědomit, že práce s rodinou umírajícího pacienta by měla být kontinuální a začít užívat v době hospitalizace nemocného. I rodina má své potřeby, které se nesmí přehlížet. Mělo by se jednat o potřebu být s rodinou, kdy by zdravotnický personál měl umožnit rodině a nemocnému být spolu, podporovat vzájemnou komunikaci a péči rodiny. Rodina také potřebuje jistotu a bezpečí. Často má strach, že nebude situaci zvládat, nebude vědět, jak s umírajícím jednat, jak s ním manipulovat. Mají strach z neznámého. V tomto případě jim informace o tom, jak se bude stav dále vyvíjet, co mohou očekávat a jak lze o nemocného pečovat, mohou výrazně pomoci a prospět i v kontaktu s nemocným. V neposlední řadě se jedná o emoční podporu rodiny a o potřebu smíření, potřebu rozloučit se poté, co pacient zemře (Marková, 2010).

ŠNa otázku, co si představuje pod pojmem šlaskavá péče, odpovídá krátce před svou smrtí pacient v jednom britském hospici takto:

ŠKdyž ke mně přijdete, řekněte mi, jak se máte, co vám chybí - já umírám.

Když ke mně přijdete, řekněte mi, jak se máte, když reprezentujete profesi, které selhaly v zajištění mého uzdravení.

Když ke mně přijdete a řeknete mi, jak se máte, uzdravení - neuzdravení.

Když se mnou trávíte čas, a kolik vám to nemohu vrátit.

Když mě berete jako individualitu.

Když si vzpomenete na maličkosti, které mi jsou milé, když vzpomenete i na mé blízké.

Když se zajímáte i o mou minulost a dokážete mluvit o mé budoucnosti.

Když se nesoustředíte na mé nálady, ale na mě jako na osobu.

Když slyším svou rodinu, jak o vás hezky mluví a raduje se, je jsme spolu.

Když se dokážete smát a být –astní uprostřed vaší těžké práce.

Tím se ve vašich rukách cítím bezpečně a dává mi to jistotu, že zvládnou i okamžik smrti, až půjde. (Svatošová, 2003, s. 25)

1.1.5. Kvalita života

Pojem kvalita života odráží všechny skutečnosti osobního života člověka a jeho životních hodnot, které nejen tento člověk považuje za důležité. Kvalita života doprovází každé lékařské rozhodování, ale přesto musí být posuzována s opatrností a v souvislosti s konkrétními okolnostmi, aby nedošlo k jejímu válnému zkreslení a případné diskriminaci. To je důležitým a někdy určujícím faktorem při rozhodování o vhodnosti udržování konkrétního člověka při životě (Jonsen a kol., 1992).

Š sociální, kulturní, politické, ekonomické, medicínské, interpersonální, psychologické, filozofické a historické aspekty lidského života byly různorodě a v různém historickém a sociokulturním kontextu zanechaly do velkého množství definic a přístupů k pojmu kvalita života. (Gurková, 2011, s. 23)

V souvislosti s diagnózou nevyléčitelné nemoci nás v tichou napadnou kvantitativní otázky: Kolik mu zbývá času? Kdy se dostaví obtíže? A přitom se ukazuje, že kvalitativní otázky jsou mnohdy tím stejně důležitým v životě pacienta. Jak bude pacient žít? Jak se změní jeho priority? Jakou kvalitu bude mít jeho život?

Na kritéria kvality života má každý svůj názor. Je patrné, že kvalita života je subjektivní záležitost. To, co se jednomu může zdát za hodnotný život, jiný může vnímat naprosto bezvýhodně. Nicméně jisté souhlasné názory se přece jen najdou. Pacient, jenž je schopný mobility má evidentně vyšší míru kvality života než ten, který se pohybovat nemůže. Stejně tak člověk, který při své nemoci necítí bolest (například díky analgetické léčbě) má vyšší míru kvality života než ten, kterého bolest trápí každý den. Pacient, který má rodinu a přátele pocítí kvalitněji

flivot nejl ten, který umírá sám (Kivohlavý a Kaczmarczyk, 1995). Jiným faktorem určujícím míru kvality flivota může být i místo umírání. *š Kvalita flivota hospitalizovaných pacientů je zpravidla nižší než v hospicové péči.* (Buřgová, 2015, s. 112)

Podle výzkumu Tanga a kol. (2014) kvalita flivota pacientů v terminálním stadiu se v posledních měsících jejich flivota nijak významně nemění. Kvalita flivota závisí na mnoha faktorech, jako je věk, projev nemoci, podpora okolí, sociální vlivy a mnoho dalších. Dosahení optimální kvality flivota je nejdříve právě v posledních chvílích pacienta. Přesnějším prodloužení flivota díky medicínskému pokroku se této kvality často dosahuje a pacient kolikrát elí obrovským psychickým, sociálním a existenčním (duchovním) problémem, které doprovázejí fyzické a funkční selhávání organismu a v domě blífcí se smrti.

Důležitým zátěm pacientova okolí je závislost nevléitelně nemocného pacienta na ostatních, kteří poskytují pomoc v jeho každodenním flivotě. Pacient nemusí mít jen pocit, že žije z pomoci druhých, ale může také dojít k pocitu, že se stává pro rodinu fyzickou, emocionální, sociální a ekonomickou zátěží. Nicméně, to, že rodina proflívá utrpení u nevléitelně nemocných pacientů, to, že je jejich flivot narušen procesem umírání a pocitem bezmoci, může být vyváfleno vnímáním posttraumatického stresu, ohodnocením osobní síly, změnou flivotních priorit, vznikem intimních vztahů s ostatními a duchovním rozvojem.

Výsledky studie ukazují, že zhorování kvality flivota přibližfcí se smrti nemusí být nevyhnutelné. V konečné fázi pacientova flivota závisí jeho kvalita nejen na fyzickém a psychickém strádání, na projevech progresivní onemocnění a oekávaných ztrát, ale také na sociální podpoře a vnímání smyslu zátěží rodiny a přátel a na posttraumatickém stresu. Nakonec přibližfcí dobré vlivy rodiny lze i v terminálním stadiu dosáhnout optimální kvality flivota.

Při posuzování kvality flivota v oetovatelství je významnou součástí perspektiva pacienta, která se musí brát v úvahu. Na základě různých definic kvality flivota v oetovatelství lze určit její charakteristické znaky. *š Kvalita flivota:*

- představuje proces hodnocení individuálních životních podmínek nebo jejich subjektivních percepí,
- je relativně nezávislá na objektivních aspektech zdraví/zdravotního stavu,
- zdravotní stav představuje její nejvýznamnější prediktor, který by měl být měřen samostatně,
- je subjektivní; její percepce nebo hodnocení je založené na interních standardech (hodnotách, očekáváních, aspiracích apod.),
- je multidimenzionální (v rámci osobní identity je zahrnována její spirituální doména),
- je kulturně podmíněná (kulturní rozdíly jsou nejvíce reflektované v její spirituální oblasti),
- vyznačuje se určitou stabilitou v čase, ale také dynamicitou,
- zaměřuje se na negativní, ale také pozitivní aspekty dopadu onemocnění. (Gurková, 2011, s. 88-89)

1.2. Úmrtí pacienta

„Nikdo neví, co je smrt, a přece se jí v životě bojí, jako by uznávali, že je nejvíc tím zlem; třeba je pro člověka nejvíc tím dobrem.“ (Platón)

Smrt je nedílnou součástí každé existence. Dříve byla brána jako nezvratný konec života, jako něco, k čemu přirozeně spějeme. V dnešní moderní době se jedná spíše o tabuizované téma a kdo nemusí, nemluví o ní. *„Smrt je v době mobilu a internetu, v době fetišizace spotřeb a konzumu, a paradoxně zároveň v době sklonění lidských práv ve všech pádech, dehumanizována snad nejvíce v lidských dějinách.“ (Funk, 2014, s. 104)* Spoléháme se na vědu, která nás šetrně zachrání, na medicínské objevy. Umírání a smrt se odlišuje, vytváří se ze našich životů. A přesto, že v životě smrtelně nemocných by raději umírala doma, v kruhu svých nejbližších, lidé umírají v institucích a mnohdy sami.

„Smrt není život nesmyslným. Umocní nám najít smysl života, umocní nám vyžít nádeš smysluplně.“ (Kelnarová a Matějková, 2010, s. 123)

1.2.1. Definice smrti z klinického hlediska

Klinickou smrtí se rozumí stav, při němž dojde k zástavě činnosti srdce a dechu. Při včasném zahájení kardiopulmonální resuscitace lze obnovit čívrotné funkce. Narozdíln od toho **biologická smrt** je smrt mozku a je ireverzibilní. Je zásadní pro stanovení smrti a pro rozhodování o možném dárcovství orgánů. Při posouzení smrti mozku se používá angiografické vyšetření mozkových arterií a encefalografie. Pokud není možné ihned provést vyšetření elektrické aktivity mozku, lze známky smrti pozorovat vizuálně. Za nejisté známky smrti považujeme projevy klinické smrti, jako je zástava dechu, činnosti srdce, nevybavování zornicového reflexu. Jisté známky smrti jsou podloženy změnami fyzikální a chemické povahy a objevují se až za určitou dobu po smrti. Jedná se o posmrtnou bledost, posmrtné chladnutí těla, posmrtné skvrny (namodralá barva), posmrtné tuhnutí těla, posmrtný zápach a posmrtné srážlení krve (Kelnerová a Matjková, 2010).

1.3. Potřeby zdravotnického personálu

*Šmrt dává čívrotnu smysl, a proto je třeba mít ji vřdycky u sebe - v mysli.õ
(Jack Kerouac)*

Zdravotnický personál přichází do styku s umírajícím člověkem ať už, neřídlov k, který ve zdravotnictví nepracuje. Je na něj kladen draz chovat se profesionálně, na druhou stranu je třeba si uvědomit, řídlenové zdravotnického týmu jsou také jen lidé. A jako ostatní lidé má řídlev-eobecná sestra právo na soucítění, na truchlení. Není totiž vřdy možné zbavit se pocitu bezmocnosti, pocitu, řídlev jsme mohli udělat víc, řídlev jiné silné emoce vztahující se k úmrtí pacienta. Ale okolnosti mnohdy neumohlní zdravotní sestru zvládnout své emoce a tak vzniká řídlev profesionální tabuõ, kdy je sestra nucena potlačit své potřeby, potlačit své pocity a chovat se nedotěně. Právě první setkání zdravotní sestry se smrtí pacienta je v její práci velmi podstatný záříttek, který může rozhodnout o tom, jak bude sestra na smrt pohlížet v budoucnu. Měla by mít prostor pro vyrovnání se se záříttkem, měla by mít možnost hovořit o svých dojmech. A nejedná se jen

o první zkušenost s umírajícím pacientem i s jeho smrtí. Tato možnost by jí měla být poskytována neustále.

Potřebná smutit být smutný a potřeba plakat jsou základní potřeby při setkání s pacientem před smrtí. Tyto potřeby mohou mít i všeobecná sestra, ať už první zkušenost získá za čerstvé, nebo s dlouholetou praxí. Měla by mít možnost svěřit svůj smutek v adekvátní míře prožít, pokud potřebuje, měla by mít možnost mluvit o tom, co se stalo. Také je potřebné stanovit si na oddělení rituály před rozloučením se s pacientem, které mohou pomoci personálu vyrovnat se se skutečností.

Sestra dále potřebuje, aby její práce měla smysl, aby byla spokojená s výsledkem své práce. Při péči o umírajícího pacienta je jasné, že se jeho zdravotní stav nezlepší. Nicméně sestra má významný vliv na hodnotu času stráveného před smrtí. A v tom by měla vidět smysl své práce.

Měla by se brát v úvahu potřeby zdravotnického personálu a chránit je před syndromem vyhoření. Syndromem vyhoření je ohrožen kvůli mnoha faktorům, za zmínku stojí například:

- velké očekávání, vysoké nároky na sebe,
- špatné vztahy na pracovišti, konflikty, špatná komunikace,
- špatné podmínky pro kvalitní zdravotní péči,
- nepřehlednost vlastních potřeb,
- nenacházení smyslu práce.

Pro to, aby zdravotní sestra udělala něco pro sebe, aby sama sobě dovolila seberealizovat se a pomoci si, musí myslet i na sebe a ve volných chvílích uskutečňovat to, co má ráda. Měla by se zamyslet nad tím, co jí pomáhá ventilovat své pocity z praxe a realizovat tuto činnost. Měla by se jednat o tuto lesnou aktivitu i koníčky, sdílení svých pocitů s odborníkem i s okruhem přátel. Měla by se naučit sama sebe pochválit za to, co pro pacienta udělala, za to dobré, co mu v jeho posledních chvílích přinesla. Schopnost sebeodstupu a nadhledu je důležitou součástí sebereflexe (Marková, 2010; Cesta domů, 2015).

Jak píše ve své knize auto i Kivohlavý a Kaczmarczyk (1995), bylo v anglických hospicích vypracováno šedesatero rad, aby zdroj našich vlastních sil nebyl vyerpán až do dna:

Šťastná sama k sobě mírná, vlídná a laskavá.

Uv dom si, keď tvým úkolem je jen pomáhat zm nám a ne zcela zm nit druhé lidi. M keď-zm nit jen sama sebe, ne v-ak je.

Najdi si své šťastné místo, kam by ses mohla uchýlit do klidu a samoty v případě potřeby uklidnit.

Druhým lidem o svém spolupracovníkovi, spolupracovnicím i vedením občinnou podporou, povzbuzením a neboj se je pochválit, když si to i jen trochu zaslouhují. Ve stejné míře se u povzbuzení a pochvalu od druhých přijímat.

Uv dom si, keď je zcela pirozené tvá bolest a utrpení, jehož jsme svědky, cítit se někdy zcela bezbrannou a bezmocnou. Přijmi si tuto myšlenku. Být pacientem a jejich přítomností na blízku a pečovat o ně je někdy dleš než cokoli jiného.

Sněž se zm nit zpřesoby, jak to i ono dleš. Zkus to, co dleš, dleš jinak.

Zkus poznat, jaký je rozdíl mezi dvěma druhy nářků: mezi tím, které zhoršuje bezpřesně jistě situaci, a tím, které bolest a utrpení tiš.

Když jedeš dom z práce, soustře se na něco pkného a dobrého, co se ti podařilo vzdor všemu dnes v práci udleš.

Sněž se sama sebe povzbuzovat a posilovat.

Využij pravidelně povzbuzujícího vlivu dobrých přátelských vztahů v pracovním kolektivu i v jeho vedení jako zdroj sociální opory, jistoty a naděje směn života.

Ve chvílích p estávek a volna, kdyfl p ijde—do styku se svými kolegyn mi a kolegy, vyhýbej se rozhovoru o ú edních v cech a problémech v zam stnání.

Plánuj p edem š chvíle út kuō b hem týdne a nedovol, aby ti je n co i n kdo p ekazil.

Nau se rad ji íkat š rozhodla jsem seō, nefli š musímō, š mám povinnostō i š m la bychō. Podobn íkej rad ji š nechciō nefli š nemohuō.

Nau se íkat nejen š anoō, ale i š neō. Kdyfl nikdy ne ekne—š neō, jakou hodnotu má pak asi tvé š anoō?

Nete nost a rezervovanost ve vztazích k druhým lidem jsou daleko nebezpe n j-í a nad lají více zla, nefli p ipou-t ní si skute nosti, fle více se jifl d lat nedá.

Raduj se, sm j se ó asto a ráda ó a hrej si.ō (K ivohlavý a Kaczmarczyk, 1995, s. 46-48)

2. P ÍPRAVA STUDENT NA PÉ I O UMÍRAJÍCÍHO

*šEmpatické naslouchání znamená do asn flít flivotem druhého.õ
(Carl Rogers)*

Ve druhé kapitole teoretické ásti bych se ráda v novala p íprav student na pé i o umírajícího pacienta. N které informace z p edm t , jefl jsou sou ástí výuky na 3. léka ské fakult , jsou jifl zmín ny v první kapitole teoretické ásti. V této kapitole jsem se zam íla na o-et ovatelské postupy a na um ní komunikace, se kterými jsme se setkali nap í r znými p edm ty, jako byla etika, psychologie í p edm t komunikace, a které souvisejí s p ípravou student na pé i o umírajícího pacienta. Snaflila jsem se sjednotit základní poznatky, které jsem se na -kole u íla, spolu s dostupnou literaturou doporu enou p í studiu této problematiky.

2.1. Základy teoretické p ípravy student

2.1.1. Legislativa a základní p edm ty

Po vstupu do Evropské unie v roce 2004 se vzd lávání sester p esunulo ze st edních zdravotnických -kol na terciární úrove vzd lávání, tedy na vysoké -koly, aby byl vzd lávací systém srovnatelný se zem ími Evropské unie. Toto vzd lávání trvá 3 roky a je ukon eno slofením státních záv re ných zkou-ek. Pro získání odborné zp sobilosti k výkonu povolání v-eobecná sestra je také moflné studovat vy-í odbornou -kolu v rozsahu 3 let, ukon enou absolutoriem.

Minimální poflavky k získání odborné zp sobilosti k výkonu neléka ského zdravotnického povolání jsou stanoveny Ministerstvem zdravotnictví eské republiky ve vyhlá-ce 39/2005 Sb. a v Metodickém pokynu k ní. Studium trvá minimáln 4 600 hodin, z toho je 2 300 hodin praxe. Teoretická výuka by m la obsahovat informace z oblasti základních obor , jako je anatomie, fyziologie, patologie apod., dále z oblasti o-et ovatelství a klinických obor a z oblasti sociálních a dal-ích souvisejících obor , jako je sociologie,

psychologie apod. Praktická výuka je poté směřována k přímému i nepřímému kontaktu se zdravými i nemocnými jedinci. Student by si měl projít za své studium různými typy zdravotnických oborů, například: interna, chirurgie, pediatrie, gynekologie, psychiatrie, geriatrické i intenzivní péče.

V prvním semestru bakalářského studia si studenti osvojují především teoretické znalosti pro práci s pacienty. V souasných dobách se poprvé do kontaktu s pacientem dostávají ať v rámci odborné praxe na konci zimního semestru. V dalších ročnících studenti prohlubují své znalosti a dovednosti pro práci všeobecné sestry. Níže uvádím povinné základní předmety, které se dotýkají problematiky péči o umírajícího pacienta, a které připravují budoucí všeobecné sestry na setkání s pacienty. Vycházela jsem z Metodického pokynu k vyhlášení č. 39/2005 Sb. (s. 19-20) a z učebního plánu na 3. lékařské fakultě:

ETIKA V OBLASTI NEMOCNOSTI Předmet poskytuje základní znalosti o etických principech a právech pacienta a seznamuje studenty s Etickým kodexem lékařského zdravotnického pracovníka. Předmet pomáhá studentovi najít a formulovat vlastní etické názory, student se učí obhajovat je. V předmetu je dán prostor pro témata související s kvalitou života pacienta, důstojností i autonomií pacienta. Studenti se zabývají i etickými problémy v péči o pacienta na konci života, dotýkají se paliativní péče, spirituální péče i problematiky eutanázie a asistované sebevraždy.

FILOSOFICKÉ ZÁKLADY NEMOCNOSTI Předmet se zabývá filozofií a zdravotnickou etikou vztahující se k oborům nemocnosti a medicíny. Uvádí studenty do problematiky filozofie a jejího vztahu k vědění, v dění, hodnocení a jednání. Student se naučí vnímat holistický přístup k člověku, rodině a společnosti. Získá orientační rozhled v oblasti filosofických problémů současného člověka a získá teoretické základy zdravotnické etiky.

PSYCHOLOGIE V NEMOCNOSTI Student se naučí základní psychologickou terminologii. Seznámí se s psychickými procesy a jejich charakteristikou, psychologickými teoriemi osobnosti, s poznatky o citovém prožívání, kognitivních procesech a chování člověka. Předmet poskytuje

informace o typických způsobech prožívání, uvážování i chování v jednotlivých fázích lidského života. Součástí výuky je také problematika psychologie nemocných. Studenti prohlubují své poznatky, které jsou důležité pro profesionální zvládnutí náročných situací v péči o nemocné, osoby se zdravotním postižením a umírající jedince. Předmět se též dotýká psychologických problémů v péči o umírajícího pacienta i psychologické péče o vážně chronicky nemocné.

ZÁKLADY KOMUNIKACE – Předmět vytváří základ profesionálních znalostí a dovedností sestry při komunikaci s pacientem tak, aby si sestra získala důvěru pacienta, aby poskytla účinnou a kvalitní péči o jeho individuální potřeby. Student se naučí zvládat komunikaci i v závažných situacích, včetně komunikace s umírajícím pacientem.

OBJEVNÉ POSTUPY – Předmět učí studenty praktickým dovednostem sesterské péče v oblasti saturace základních potřeb pacienta. Naučí studenty provádět diagnostické a léčebné výkony, které spadají do kompetencí všeobecné sestry, vede studenta k holistickému přístupu k pacientovi. V tomto předmětu se studenti seznamují s péčí o mrtvé tělo.

Jak je patrné z výše zmíněných předmětů, prostor pro problematiku péče o umírajícího pacienta a komunikace s ním je velmi omezen. Zda je dostatečný a zda si studenti myslí, že jsou zcela dostatečně teoreticky připraveni na setkání s umírajícím pacientem, to jsou otázky, které plynou z teoretické části práce. Domnívám se, že studenti mají teoretické znalosti dostatečné, nicméně skutečný kontakt s umírajícím pacientem je vždy trochu jiný, než jak se popisuje v teoreticky koncipovaných předmětech. Proto se domnívám, že i když jsou studenti teoreticky připraveni, mohou vnímat kontakt s umírajícím pacientem emotivněji a cítit se nejistě.

Za mého studia v prvním ročníku na vysoké škole se studenti dostali do kontaktu s pacientem již v prvních týdnech prvního semestru, v rámci dopolední praxe, která probíhala jednou týdně pod odborným dohledem vyučujícího i sestry mentorky (v současné době tento systém výuky již neplatí). Studenti

navštívili oddělení dlouhodobé péče, kde následně vykonávali pět týdnů souvislou praxi na konci zimního semestru. Další ročníky již tento model výuky neměli, byl nahrazen obecnými exkurzemi na různých pracovištích, kde mohou studenti vidět, jak probíhá ošetřovatelská péče, nicméně sami se péči neúčastní. K prvnímu přímému kontaktu s pacientem, kdy se aktivně mohou podílet na ošetřování nemocného, se dostanou až v rámci souvislé praxe na konci zimního semestru v prvním ročníku. Studenti tak získají více znalostí v oblasti péči o nemocné před prvním kontaktem s pacientem. To je, dle mého názoru, pro studenty přínosné. V jednotlivých ročnících je určitý počet studentů bez předchozího zdravotnického vzdělání, tedy bez zkušeností s přístupem k pacientům. Proto sledávám tento přístup vhodným.

2.1.2. Ošetřovatelská péče o umírajícího

Období umírání může trvat různě dlouhou dobu a je pro člověka zcela individuální. Někdy se jedná o dny, jindy o měsíce, u chronicky nemocných to jsou roky. Pacient prochází různými stádii umírání, během kterých pomalu ztrácí svou soběstačnost, může se stát imobilním, často se cítí velmi unaven. Zdravotní sestra musí být nejen manuálně zdatná, ale také musí být schopná citlivého přístupu k pacientovi a být mu oporou.

Období umírání člověka lze rozdělit na tři části:

- Pre finem
- In finem
- Post finem

Období **pre finem** je první stadium, kdy se pacient dovídá diagnózu své nemoci s infaustní prognózou. Zdravotní sestra může pomoci lékaři vhodně sdělovat informace o nemoci, také se seznamuje s pacientem, jeho potřebami, fyzickým stavem, chováním. Dále si vytváří sociálních kontaktů pacienta s jeho rodinou a blízkými. Může figurovat jako prostředník v komunikaci

mezi pacientem a jeho rodinou. Zdravotní sestra musí mít na paměti fázi psychického stavu pacienta, definované Elizabeth Kübler-Rossovou.

Aktivní ošetovatelská péče ze strany zdravotnického personálu je nedílnou součástí péče o umírajícího pacienta. Sestra musí pečovat s individuálním přístupem k nemocnému až do posledního okamžiku, musí ho respektovat, přistupovat k němu jako k autonomní bytosti. Pacient prochází mnohdy velkou změnou ve vzhledu a ve fungování organismu. Může se jednat o postupnou kachexii, ikterus, může trpět častým zvracením a inkontinencí, pacient se postupně stává imobilním. V těchto chvílích zdravotní sestra zachovává důstojnost pacienta, nesmí dát poznat bezvýchodnost situace a plní lékařské ordinace a vykonává kvalitní ošetovatelskou péči o potřeby pacienta.

Období **in finem** vymezuje období umírání. Toto období se také označuje jako terminální stav. Pacient prochází fází agonie, špešed smrtným zápasem, kdy přechází z období života ke smrti. Postupně selhávají orgány a životní funkce, kůže je studená a bledá. Pacient dýchá povrchně s apnoickými pauzami, je dezorientován a nereaguje v bce. Srdeční činnost se zpomaluje, krevní tlak klesá. Tato fáze většinou trvá jen několik hodin a následně pacient umírá.

V tomto období je vhodné zajistit pacientovi lidský kontakt v podobě jeho rodiny, pokud to nelze, tak zdravotní sestry i dobrovolníka. V posledních chvílích života by pacient neměl zůstat sám. Zdravotní sestra dále sleduje fyziologické funkce. Pokud je indikováno oživování, zdravotní sestra po srdeční zástavě zahájí kardiopulmonální resuscitaci a zavolá lékaře. V případě, že oživování indikováno není, sestra zavolá lékaře a zaznamená čas zástavy fyziologických funkcí.

Poslední fází je období **post finem**, kdy se zastavily životní funkce a došlo k nezvratným změnám organismu. V této fázi sestra pečuje o mrtvé tělo a o pozůstalé (Vytejková, 2013).

Problematika ošetovatelské péče o smrtelně nemocné a umírající přesahuje rámec medicíny. Naštěstí se v dnešní době o ní již otevřeně diskutuje v etických otázkách s ní spojených. Nicméně základní práva odvozená

z důvodu stožnosti smrtelných nemocných nebo umírajících osob jsou stále ohrožována například :

- malou dostupností paliativní péče,
- zanedbáváním psychologických, sociálních a duchovních potřeb,
- umělym prodlužováním procesu umírání,
- nedostatečnou spoluprací s rodinnými příslušníky,
- sociální diskriminací pacienta, nerespektováním důžnosti, obavou nemocného ze ztráty autonomie,
- nevhodným institucionálním prostředím pro poklidné umírání a rozloučení se s rodinou (Stanková, 2014).

2.1.3. Komunikace s umírajícím pacientem

Komunikace je základním nástrojem pro získávání informací od pacienta. Úcta k životu by měla být základním parametrem při zahájení rozhovoru s pacientem. Sestra musí mít na paměti, že se pacient dostává do role, na kterou není zvyklý, kterou nepřijímá pozitivně a je v této fázi svého života velmi citlivý na verbální i neverbální prvky komunikace. Zdravotní sestra by si měla získat důvěru pacienta a během procesu léčení i paliativní péče ji neztratit. Hlavní zásady komunikace a na co si dávat pozor lze shrnout do několika bodů :

- Pacient má právo na pravdivé informace.
- Jen lékař smí podávat informace pacientovi o jeho zdravotním stavu.
- Pacientovi ponechávejte naději na zlepšení nebo pozastavení choroby.
- Neurčte čas, který nemocnému zbývá do konce života.
- Při rozhovoru volte slova, vyhýbejte se výrazům, které by mohly asociovat smrt.
- Naslouchejte pacientovi a jeho rodině.
- Pacient má právo nemít bolesti. Dodávejte mu jistotu, že nebude trpět bolestí.
- Neverbální komunikace může být přijímána kladně (například haptika), ale i záporně (například zkrfžené paže).

- Dovolte umírajícímu hovořit o jeho pocitech a potřebách, zajistěte podle možností jejich splnění.
- Vnujte dostatek času rozhovoru s umírajícím. Dostatek času vnujete i jeho nejbližším.
- Komunikujte s rodinou i po úmrtí. Dejte jim možnost truchlit.

Hlavní chyby, kterých se zdravotnický personál při komunikaci s umírajícím pacientem dopouští, jsou například: vyhýbání se umírajícímu, nedostatek empatie při rozhovoru, devalvační chování, negativní neverbální komunikace, ztráta naděje (Kelnarová, Matějková, 2009).

2.1.4. Ošetřovatelská péče o tělo zemřelého

Ošetřovatelská péče o mrtvé tělo začíná v období **post finem**, tj. v období, kdy došlo k zastavení fyziologických funkcí, a lékař konstatoval smrt. Zdravotní sestra uvede tělo zemřelého do vodorovné polohy, rozmístí zástěny kolem lůžka, popřípadě odveze lůžko s pacientem do místnosti určené pro takové účely.

Péče o mrtvé tělo se provádí minimálně ve dvou osobách, buď na pokoji nemocného, nebo ve vyhrazené místnosti (záleží na oddělení). Zdravotní sestra má ochranné pomůcky (rukavice, maska a zástěra, může být ústenka). Nejprve odstraní všechny věci z lůžka (peřinu, polštář, jiné pomůcky). Pacienta vysvětle, odstraní invazivní vstupy (močová cévka, permanentní filní katétr; nutno se řídit standardy ošetřovatelské péče, ponechání některých invazivních vstupů může mít zásadní význam při pozdější patologicko-anatomické pitvě) a veškeré obvazy a náplasti. Drény sestra nevytahuje, pouze je zastihne. Dále sestra odstraní perky a umylý chrup a začne s hygienickou péčí o celé tělo. Tělo poté umístí do vodorovné polohy, ruce uloží podél hrudníku (může je spojit obinadlem na břiše). Pro podvázání brady k týlu hlavy použije sestra prakový obvaz (aby po zatuhnutí tělo nezůstalo otevřená ústa). O nívíka mírným tlakem zavěsí přes oči. Dále sestra označí tělo zemřelého, zpravidla na pravou dolní končetinu, jménem a příjmením, rodným číslem, datem úmrtí a oddělením, kde pacient zemřel. Identifikační náramek pacientovi zůstává.

Po hygienické péči a označení mrtvého těla sestra uloží tělo do igelitového vaku nebo jej zabalí do prostěradla. Tělo je ponecháno na oddělení 2 hodiny od konstatování smrti. Poté je tělo transportováno na patologicko-anatomické oddělení.

Součástí práce sestry v případě úmrtí pacienta je také sepsání pozstalosti. Z právního hlediska musí být u sepisování přítomny dvě osoby (jedna osoba zapisuje, druhá zabaluje osobní věci zemřelého). Do knihy úmrtí sestra zapíše jméno a příjmení zemřelého, datum a hodinu úmrtí a veškeré osobní věci pacienta. Záznam podepíše obě sestry. V případě, že nelze sejmout z mrtvého těla perky a zubní náhradu, zapíše to lékař do Listu o prohlídce zemřelého. Osobní věci zemřelého se předávají pozstalým po předložení obanského příkazu. Je dobré provést s pozstalými společnou kontrolu, aby se tak předšlo případným ztrátám. Nutno nezapomenout na vyjádření upřímné soustrasti při předávání věcí. Zdravotní sestra musí zachovat citlivý přístup, ohleduplnost a postupovat k rodině s důstojností. Měla by si vyhradit dostatek času, aby pozstalí neměli pocit časového tlaku. Pozstalí dále podepíší předávací protokol, poté předá zdravotní sestra a sv. dekan. Zdravotní sestra by měla informovat rodinu o možnostech zařazení pohřbu (Vytejková, 2013).

2.1.5. Komunikace s pozstalými

I pozstalým je třeba v novat náležitou péči v podobě citové opory a nabídnutí možnosti dalších odborníků na problematiku. Zdravotní sestra by měla vyjádřit upřímnou soustrast a projevit porozumění a svou úst. Pozstalí prožívají skleslost, pocit prázdnoty, šok, a to i v případech, kdy bylo úmrtí očekáváno. Poskytnutí času a klidného místa pro vyjádření emocí je důležitým bodem, který by zdravotní sestra (a ani lékař) neměla opomíjet. Čas by měl být v nován nejen bezprostředním emocím po ztrátě blízké osoby, ale také by měl být dán prostor na otázky a vyprávění se. Pokud zdravotní sestra komunikuje s rodinou i v oblasti předávání pozstalosti, není od věci zmínit pár slov o zemřelém: šVaše maminka byla statečná žena ...š, šNa tatínka tu budeme dlouho vzpomínat ...š Důležité je také ubezpečit rodinu, že jejich příbuzný netrpí.

Období truchlení probíhá ve třech fázích. První fázi, která je intenzivní a probíhá od úmrtí pacienta do jeho pohřbu, charakterizuje **konfúze**. Pozstalí bývají apatičtí, skleslí, mají automatické chování, kdy se soustředí na plnění povinností. Dochází u nich k depersonalizaci. Druhá fáze, fáze **exprese**, je intenzivním obdobím, ve kterém dochází k ventilaci smutku. Nejblíže pozstalí se vyrovnávají se skutečností, funkcí, které dříve dělali s blízkou osobou, nyní musí vykonávat sami. Ve třetí fázi truchlení dochází k **akceptaci**. Pozstalí nacházejí nový smysl života, vytvářejí nové vztahy, naučili se žít bez milované osoby. Tato fáze je často označována jako adaptace, protože se někdy jedná spíše o přizpůsobení se novému způsobu života, než smíření se s tím, že daná osoba zemřela (Janáková, Weis, 2008; Marková, 2010; Třátenková, 2013).

Faktory, které mají vliv na proces truchlení, je mnoho. Jedná se například o vztah k zemřelému, okolnosti úmrtí a to, jak se o úmrtí pozstalý dozvěděl, sociokulturní aspekty, věk a pohlaví pozstalého, jeho tělesné a duševní zdraví, jeho osobnost, náboženské vyznání, filosofické přesvědčení, předcházející životní zkušenosti a dostupnost sociální podpory (Třátenková, 2013).

2.2. Základy praktické přípravy studentů

Péče o umírajícího pacienta a následná péče o tělo zemřelého se na naší škole učí jen teoreticky. Při svém studiu jsem se nesešla s nácvikem péče o zemřelého na figuríně ani s demonstrací na spolužácích. Stejně tak, podle mých zkušeností, se ve výuce neúčastní praktická komunikace s umírajícím člověkem a s jeho blízkými. Tato problematika bývá vyučována teoreticky formou výkladu vyučujícího.

Macháčková ve své bakalářské práci (2010) o připravenost studentů (bakaláři) na setkání s umírajícím pacientem uvádí, že se 43,3 % respondentů setkala při výuce na toto téma s promítáním videa či DVD. Nadpolovinou v tiskovém akčním záznamu promítnut nebyl. Přitom by 63,2 % studentů uvítalo rozšíření výuky v této oblasti (Macháčková provedla výzkum na Univerzitě Palackého

v Olomouci a na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně). Podle Bolkové (2014), která se ve své bakalářské práci zabývala připraveností studentů 1. ročníku oboru všeobecná sestra na setkání s umírajícím, byli studenti ze Zdravotnické sociální fakulty v českých Budjovicích nejčastěji využíváni formou přednášek, praktického procvičování, promítání instruktážních filmů a diskuzí. Jeden z jejích respondentů uvedl: *„Metody výuky byly přednášky, praktické procvičování a ukázky na videu, ty byly asi nejlepší.“* Nadpoloviční většina respondentů poté uvádí, že rozvíjení výuky na dané téma nepovažuje za nutné. Z obou studií lze usuzovat, že praktické procvičování i promítání instruktážních filmů studenti pozitivně hodnotí v rámci své výuky.

Domnívám se, že by pro naše studenty bylo též velmi přínosné využívat ve výuce videozáznamy s problematikou umírání a smrti, komunikace s pacientem v terminálním stadiu i komunikace s pozostalými. Vhodným doplněním teoretického výkladu by mohl být i seminář s praktickým nácvikem komunikace v této oblasti nebo diskuse s umírajícím člověkem ochotným sdílet své pocity a potřeby.

Jak jsem již uvedla, v uvedeném plánu lze nalézt přednášky, které připravují studenty na setkání s umírajícím pacientem, a učí v oblasti komunikace, psychologie i praktických dovedností v ošetřovatelské péči. Většinou je výuka směřována k přípravě psychologické podpory umírajícímu ze strany studentů (budoucích sester), ale chybí, dle mého názoru, dostatečný prostor pro psychologickou podporu budoucích sester při výkonu této činnosti. Především na tuto hypotézu jsem se zaměřila ve svém dotazníkovém šetření. Podle mých zkušeností a reakcí mého okolí se domnívám, že se automaticky předpokládá, že studenti zdravotnických škol zvládají pohled na umírající pacienty (a nejen na umírající, ale obecně na nemocné pacienty) a na úmrtí pacientů bez větších problémů vzhledem k jejich dobrovolnému výběru tohoto povolání. Postoj ke smrti a umírání se přitom formuje během života jedince a není to vlastnost, se kterou by se jedinci rodili. Podle výzkumu Kadlecové (2011) většina dotazovaných uvedla, že největší vliv na její postoj ke smrti a umírání má víra, kultura a výchova v rodině. Přitom právě postoj a strach ze smrti a umírání mají u sester vliv na jejich přístup k umírajícímu pacientovi

a pé i o n j. Proto by se m lo o této problematice hovo it p i vzd lávání budoucích sester. Podle Buřglové (2010) by se vzd lávání a cílený výcvik v oblasti smrti a umírání m l téřl zam ít na rozbor problematiky vlastní smrti a umírání a strachu z ní. Buřglová ve svém výzkumu zji-ovala úzkost a strach ze smrti u studentek o-et ovatelství. Pouřila pro to -kálu strachu a úzkosti ze smrti od autor Collet a Lester, která se zabývá ty mi kategoriemi: strach z vlastní smrti, z vlastního umírání, ze smrti druhých a z umírání druhých. Z výzkumu vyplynulo, ře se studentky o-et ovatelství z Fakulty zdravotnických studií Ostravské univerzity nejvíce obávají vlastního umírání a teprve poté mají strach ze smrti svých blízkých, vlastní smrt poté byla nejmén obávanou oblastí. Nejev t-í strach z procesu vlastního umírání m ly studentky z omezení sob sta nosti, úpadku fyzických sil, pomalého umírání a intelektuálního úpadku.

Proces umírání je v dne-ním sv t rozsáhlých medicínských zákrok prodluřován na zna n del-í dobu, neřl tomu bylo d íve. V p ístupu lov ka k vlastní smrtelnosti í umírání a smrti druhých lidí hraje roli velmi mnoho faktor , a uřl je to v k, zdravotní stav, rodinné zázemí, kultura í zku-enosti v dané problematice a mnoho dal-řho. P íprava budoucích zdravotník v oblasti paliativní pé e hraje významnou roli v tom, jak budou zdravotníci nahlířet na tuto problematiku p i o-et ování termináln nemocných pacient (Buřglová, 2010).

Také řimolík (2005) uvádí ve své bakalá ské práci řPostoje ke smrti v r zných řivotních obdobích zejména v mladé dosp losti o n kolik faktor , které ovliv ují postoj ke smrti. Postoj lov ka ovliv uje zejména v k a jeho zdravotní stav, které hrají významnou roli v uv domování si vlastní smrtelnosti a vzdálenosti smrti. Dal-řm významným aspektem je vliv kultury, ve které doty ný jedíneck vyr stal (í ve které řl je) stejn tak jako jeho nábořenské í jiné p esv d ení. V neposlední ad jsou to také okolnosti, za jakých se ve svém dosavadním řivot doty ný se smrtí setkal, jak tuto zku-enost vnímal a vst ebal. Vliv na utvá ení postoje ke smrti mají také reakce lidí v jeho blízkém okolí, jak se s faktem své kone nosti vyrovnávají.

Jak uvádí Vágnerová (1995), postoje ke smrti se v pr b hu řivota m ní. Jako faktory ovliv ující vztah ke smrti zmi uje: v k, dosavadní řivotní zku-enosti,

zkušenosti se smrtí, osobnost, charakter, temperament, inteligence, sociální a zdravotní situace. Postoj ke smrti má svou citovou, kognitivní a konativní složku. Citová složka zahrnuje pocit strachu a úzkosti. Když se dostáváme do blízkosti umírajícího, uv domujeme si vlastní smrtelnost. Objevuje se v nás lítost, smutek i jistý pocit odporu. Kognitivní složka je závislostí hlavn zdravotnického personálu, jak uvádí Vágnerová. Zahrnuje především znalosti a v domosti v oblasti umírání a smrti. U laické veřejnosti je tato složka velmi slabá z důvodu obranných mechanismů. Konativní složka zahrnuje typ chování jedince v závislosti na jeho postoji ke smrti, který je ovlivován emocionálním a kognitivním přístupem ke smrti. Určitý vliv představuje reálná zkušenost se smrtí, která vede bu k vzniku dalších obranných mechanismů i k postupnému přijetí skutečnosti.

Buffgová (2010) ve svém výzkumu usuzuje, že by bylo vhodné zakomponovat do vzdělávání budoucích sester psychosociální koncept péče o nevyléčitelně a smrtelně nemocné, společenský koncept smrti a umírání a rozbor problematiky vlastní smrti a umírání.

PRAKTICKÁ ÁST

3. METODIKA PRÁCE

3.1. Cíl výzkumu

Ve své práci si kladu za cíl zjistit, zda studenti oboru Všeobecná sestra po setkání s umírajícím a úmrtím pacienta v době své praxe potebují psychickou podporu a zda je jim v dostatečné míře poskytována, nebo zda jsou na taková setkání dobře připraveni a pomoc nepotebují. Zaměřuji se především na první zkušenost studentů s touto situací, nicméně bych ráda také zjistila, zda i při opakovaném setkání se smrtí v době praxe studenti potebují psychickou pomoc, zda a kde ji vyhledávají a zda si myslí, že je ve školách využívána tomuto tématu dostatečná pozornost a poskytnutý prostor pro vyjádření pocitů a proflitků.

3.2. Výzkumné otázky a hypotézy

Při zpracovávání bakalářské práce jsem se soustředila na následující základní otázky:

- Jsou studenti dostatečně připraveni na setkání s umírajícím pacientem a s úmrtím pacienta?
- Jsou tímto setkáním ovlivněni? Pokud ano, tak jak jsou ovlivněni?
- Mají dostatečnou podporu ze strany školy v případě potřeby?

Z výše uvedených otázek jsem stanovila následující hypotézy. Ty se odvíjejí z všeobecně přijímaných informací, ve škole získaných znalostí a studiem literatury a rozhovorů se studenty.

1. Většina studentů se během své praxe v nemocnicích setkala s úmrtím pacienta.
2. Studenti si myslí, že vědí, jak se ovládat o umírající pacienty a o totožném zemřelého a myslí si, že jsou na tuto situaci dostatečně teoreticky připraveni.

3. Je rozdíl ve vnímání smrti u studentů, kteří se na praxi setkali s úmrtím poprvé, a u těch, kteří již předem měli (např. úmrtí v rodině).
4. Studenti, i když jsou na setkání s umírajícím nebo zemřelým pacientem ve výkolech teoreticky připravováni, mají po setkání s takovým pacientem malou psychickou podporu ze strany fakulty, v hodinách není v nově dostatečná pozornost zvládnutí této situace po stránce psychické ze strany studentů a ani jim není nabídnuta možnost psychologické pomoci po tomto setkání.

3.3. Metodika výzkumu

Empirický výzkum, který jsem se rozhodla zpracovat, je jednorázový a kvantitativní. Jako výzkumnou techniku jsem použila mnou sestavený anonymní dotazník. Obsahuje jak uzavírací, tak polootevřené otázky s volbou odpovědi, tak doplňovací kvalitativní otázky, tedy otázky otevřené pro vyjádření pocitů studentů při setkání s umírajícím pacientem a s jeho úmrtím. Dotazník jsem zvolila z důvodu jeho praktičnosti v rámci oslovení větší skupiny lidí. Dotazník obsahuje celkem 29 otázek a je uveden v Příloze 1.

Dotazník jsem rozeslala 13. 3. 2016 elektronickou formou všem studentům 1., 2. a 3. ročníku prezenční formy studia oboru všeobecná sestra na 3. lékařské fakultě Univerzity Karlovy. Zároveň jsem dotazník rozeslala i po zimním semestru a tedy po zimní souvislé praxi, abych umožnila studentům prvního ročníku účastnit se souvislé praxe předtím, než mi dotazník vyplní. Dotazník jsem poskytla pouze studentům prezenční formy studia, protože mě zajímal názor studentů, kteří profesně jako všeobecné sestry dosud nepracovali.

Současný počet studentů v jednotlivých ročnících je následující: v prvním ročníku je 52 studentů, ve druhém ročníku 14 studentů a ve třetím 18, dohromady tedy 84 studentů. Tuto informaci jsem získala od studentů jednotlivých ročníků a získala si ověřila na studijním oddělení. Po dvaceti dnech jsem ukončila dotazníkové šetření. Dotazník mi vyplnilo 43 studentů, návratnost tedy byla

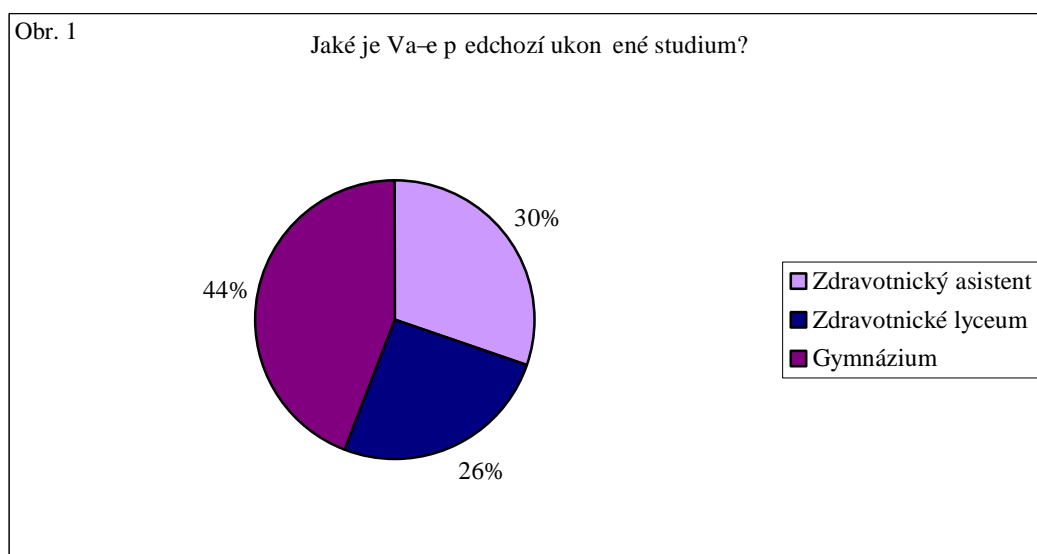
51,2 %. Jednotlivé odpovědi jsem poté vyhodnotila, zpracované výsledky uvádím v další kapitole. V dalším textu se údaje uvádějí v procentech vztahují k celkovému počtu studentů, kteří dotazník vyplnili, tj. k počtu 43 (= 100 %).

4. ZPRACOVÁNÍ VÝSLEDKŮ

Výzkumného souboru se zúčastnilo 43 studentů, z toho 41 byly studentky, 2 byli studenti. V věkové rozptýlení se pohybovalo od 19 do 28 let. Ukázalo se, že v každém studentovi v jejich postoji k umírání a smrti nehraje významnou roli. Studenti, kteří se výzkumu zúčastnili, byli z prvního, druhého i třetího ročníku. Z každého ročníku odpovídalo vředy 14 studentů, jeden student uvedl číslo šňů. Tyto informace mi poskytly otázky 1, 2 a 4.

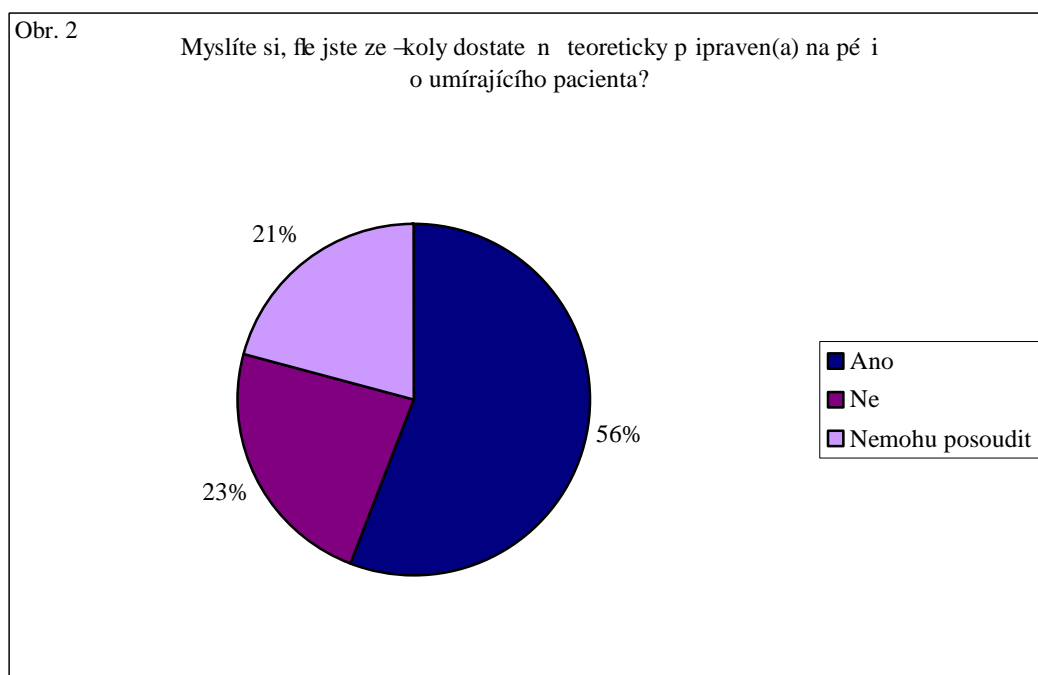
- **Otázka 3: Jaké je Vaše předchozí ukončené studium?**

Odpovědi respondentů mne zajímaly především proto, že se domnívám, že studenti ze středních zdravotnických škol (zdravotnickí asistenti) se jistě setkali s umírajícím pacientem a s úmrtím pacienta dříve na své praxi. Jinak tomu bude, dle mého názoru, u studentů z gymnázií a zdravotnických lyceí, kde se v rámci střední školní výuky nedostávají do zdravotnických zařízení a tudíž lze předpokládat, že jejich první zkušenost s umírajícím člověkem a jeho smrtí bude právě na vysoké škole. Z výzkumu vyplývá, že zdravotnického asistenta má vystudováno 13 studentů (30 %), zdravotnické lyceum poté 11 studentů (26 %) a gymnázium 19 studentů (44 %).



- **Otázka . 5: Myslíte si, že jste ze –koly dostate n teoreticky p ipraven (a) na pé i o umírajícího pacienta?**

Tento názor m zajímal p edev–ím proto, abych v d la, s jakým pocitem p ipravenosti vstupují studenti na praxi. 24 student (56 %) se domnívá, že teoretická p íprava ve –kole je dosta ující, 10 student (23 %) poci uje, že dostate n p ipraveni nejsou, 9 student (21 %) poté uvedlo, že svou p ipravenost nemohou posoudit.

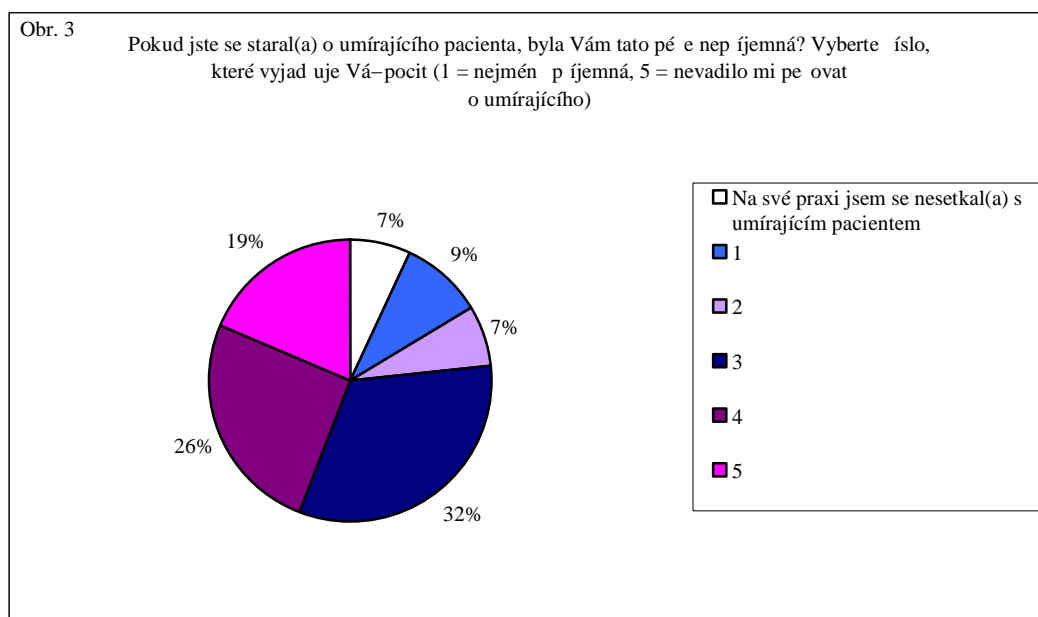


- **Otázka . 6: Setkal(a) jste se b hem své praxe na vysoké –kole s umírajícím pacientem?**

V této otázce 40 student (93 %) odpově d lo, že se jifi s umírajícím pacientem setkali. 3 studenti (7 %) se na praxi na vysoké –kole s umírajícím pacientem nesetkali, z toho dva studenti jsou z prvního ro níku, jeden student z druhého ro níku. Vzhledem k tomu, že se v zimním semestru prvního ro níku koná souvislá praxe p edev–ím na odd leních dlouhodobé pé e, bylo možno takto vysoký počet student , kte í se setkali s umírajícím pacientem, očekávat.

- **Otázka . 7: Pokud jste se staral(a) o umírajícího pacienta, byla Vám tato péče nepříjemná? Vyberte číslo, které vyjadřuje Váš pocit (1 = nejméně nepříjemná, 5 = nevedilo mi se o umírajícího)**

V otázce mě zajímalo, jak ohodnotí studenti na číselné škále zkušenost z ošetřovatelské péče o umírajícího pacienta. 14 studentů (32 %) hodnotilo vlastní pocit z vykonávané péče číslem 3, což značí průměr. Nicméně 4 studenti (9 %) označili péči číslem 1 (nejméně nepříjemná), 3 studenti (7 %) označili péči číslem 2. Celkem 45 % studentů péče o umírajícího pacienta nevedila (označili ji číslem 4 a 5). V další, tentokrát otevřeně otázce (otázka . 8), jsem se ptala na pocity při této péči. Studenti, kteří označili péči číslem 1 nebo 2, uváděli své pocity nejčastěji takto: uvědomění si lidské pomíjivosti, strach, nejistota, nedostatek jak správně komunikovat s pacientem, špatně se starající personál, smutek, lítost, bezradnost, pocit vlastní neschopnosti pochopit nemocného a umět ho doprovázet... Ostatní studenti (ti, kteří označili péči o umírajícího pacienta číslem 3, 4 a 5) hodnotili péči podobnými slovy: bezmoc, neklid, strach, smutek, empatie... Jejich odpověď však byla méně rozvinutá, většinou heslovitá. Někteří studenti brali péči o umírajícího pacienta jako kaňkou jinou, uváděli, že je smrt součástí života, je to přirozený proces. Jiní také uváděli, že se setkali s nepříjemným personálem a o to více pocívali lítost nad pacientem.



- **Otázka . 9: V p ípad pé e o umírajícího pacienta uve te, s jakými jeho hlavními pot ebami jste se setkal(a)?**

Studenti jako hlavní pot eby umírajícího pacienta uvád í:

- nebýt sám, pot eba komunikace
- být bez bolesti
- zachování intimity a d stojnosti
- pocit bezpe í
- nebýt na obtífl
- spánek, soukromí, ticho
- pot eby biologické (hygiena, vyprazd ování, jídlo, pití, vhodná poloha, teplo, být bez pocitu du-nosti)
- pot eba vy e-it d leflité v ci v flivot

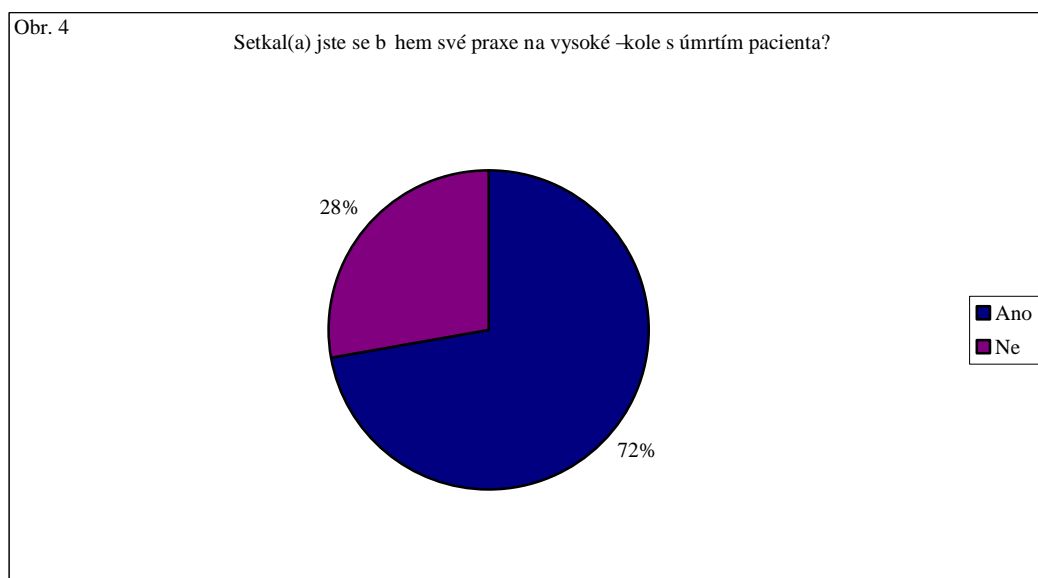
4 studenti mi na tuto otázku neodpov d li, z toho 3 studenti se je-t na praxi s umírajícím pacientem nesetkali.

- **Otázka . 10: Myslíte si, fl jste se setkal(a) v pé i o umírajícího pacienta se sestrami se syndromem vyho ení?**

Jak jsem již zmínila, praxe v prvním ro níku probíhá v zimním semestru na l flkách dlouhodobé pé e, v letním semestru na interních odd leních. Podle studie Hosáka a kol. (2005) se syndrom vyho ení objevuje více na interních odd leních v porovnání s odd leními psychiatrickými. Také studie Novotné (2004) poukazuje na vy—í míru výskytu syndromu vyho ení u sester pracujících v oblasti chronické pé e ve srovnání se sestrami z akutních odd leních. P edpokládala jsem tedy, fl se v t-ina student se sestrami se syndromem vyho ení setkala. 21 student (49 %) odpov d lo, fl se na praxi s takovými sestrami setkali, 17 student (39 %) se se syndromem vyho ení u sester starajících se o umírajícího pacienta nesetkalo, 5 student (12 %) odpov d lo, fl situaci nemohou posoudit.

- **Otázka . 11: Setkal(a) jste se b hem své praxe na vysoké –kole s úmrtím pacienta?**

V otázce . 6 jsem zji-ovala, zda se studenti setkali s umírajícím pacientem. 40 student (93 %) odpov d lo kladn . Zde, v otázce . 11, 31 student (72 %) odpov d lo, že se na praxi jifl s úmrtím pacienta setkali, 12 student (28 %) nikoli. V následující otázce (otázka . 12) jsem zji-ovala, v jakém ro níku se studenti s úmrtím setkali. 27 student odpov d lo, že se s úmrtím pacienta setkali jifl v prvním ro níku svého studia, 2 studenti se setkali s úmrtím ve druhém ro níku. Zbylí 2 studenti vyplnili kolonku záporným íslem, tudífl jejich odpov í nehodnotím. V otázce . 13 studenti uvád li nej ast j-í místo setkání s úmrtím pacienta interní odd lení, druhé nej ast j-í bylo odd lení typu LDN a odd lení sociální pé e.



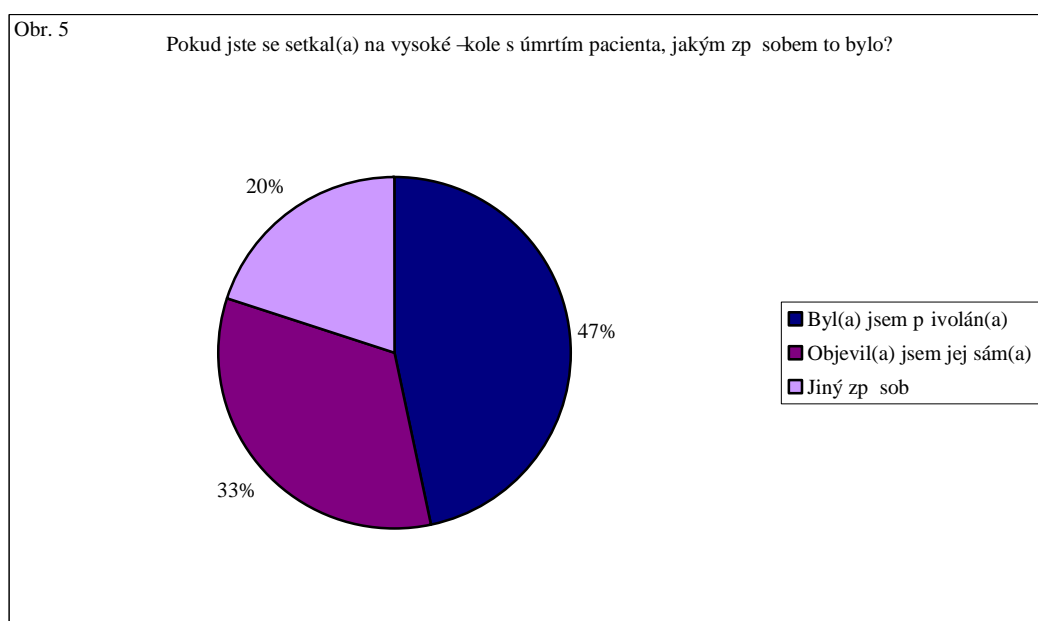
- **Otázka . 14: Pokud jste se setkal(a) na vysoké –kole s úmrtím pacienta, byla to Va-e první zku-enost s úmrtím lov ka?**

Z odpov dí student vyplývá, že 17 student se setkalo na praxi s úmrtím lov ka poprvé, 16 student se setkalo jifl d íve se smrtí lov ka (z toho 2 studenti uvedli, že se d íve se smrtí lov ka setkali, ale na vysoké –kole zatím ne).

Nejastji (celkem 9 student) to bylo na jiné škole, kterou studovali (výš odborná škola i střední zdravotnická škola). 3 studenti se setkali s úmrtím lékařka na své zdravotnický zaměřené brigádě i v rámci dobrovolnické činnosti v hospici, 4 studenti uvedli, že byli přítomni u úmrtí lékaře rodiny. Jedna studentka uvedla, že se setkala s úmrtím jak v okruhu rodiny, tak v rámci své praxe na střední zdravotnické škole. Z výpovědí studentů lze potvrdit, že v těchto případech, kteří studovali před vysokou školou střední zdravotnickou školou, se s úmrtím pacienta setkala právě na střední škole (odpovědělo tak 9 ze 14 studentů studujících střední zdravotnickou školou). Pokud se tedy s úmrtím pacienta setkali i na vysoké škole, nebyla to jejich první zkušenost se smrtí.

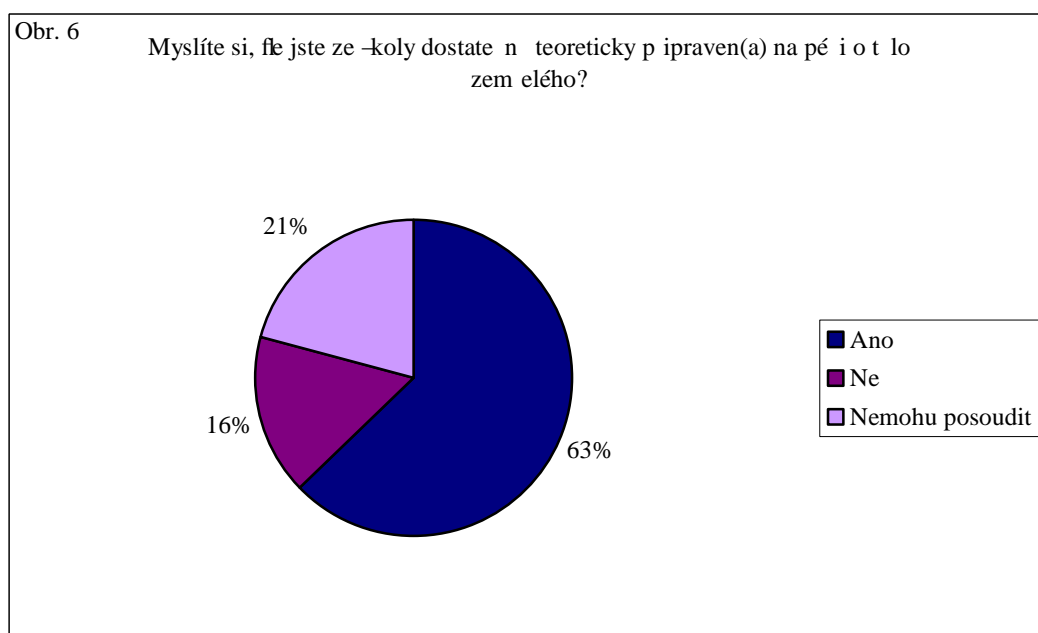
- **Otázka . 15: Pokud jste se setkal(a) na vysoké škole s úmrtím pacienta, jakým způsobem to bylo?**

V této otázce mě zajímalo, jakým způsobem studenti přišli do kontaktu s úmrtím pacienta. 14 studentů (47 %) uvedlo, že k úmrtí byli povoláni. 10 studentů (33 %) pak zemřelého pacienta objevilo samo, 6 studentů (20 %) uvedlo jiný způsob, kdy někdo uváděl, že byli přítomni v průběhu úmrtí, někdy i byli zároveň přítomni u resuscitace.



- **Otázka . 16: Myslíte si, že jste ze školy dostatečně teoreticky připraven(a) na péči o toto zemřelého?**

V této otázce 27 studentů (63 %) uvedlo kladnou odpověď, 7 studentů (16 %) zápornou a 9 studentů (21 %) uvedlo, že situaci nemohou posoudit. Z toho vyplývá, že výuku o péči o toto zemřelého hodnotí kladně více studentů (o 3 studenty více, tj. o 7 %), než výuku v oblasti péče o umírajícího pacienta.



- **Otázka . 17: Pečoval(a) jste během své praxe na vysoké škole o toto zemřelého?**

V otázce na péči o toto zemřelého uvedlo 27 studentů (63 %) šanoř a 16 studentů (37 %) šneř. Z odpovědí vyplývá, že 4 studenti se na praxi sice setkali s úmrtím pacienta, nicméně o toto nepečovali. Tato výpověď má vztah k následující otázce . 18, zda bylo studentům umožněno pečovat o toto zemřelého odmítnout. Z celkového počtu studentů, kteří o toto zemřelého pečovali, 21 studentů (54 %) tuto možnost měli, 6 studentů (14 %) nikoli a 12 studentů (28 %) uvedlo, že situaci nemohou posoudit (z toho 7 studentů se na praxi s úmrtím pacienta nesešlo, 5 studentů ano). 4 studenti mi tuto otázku nevyplnili,

podle jejich odpovědí se na praxi s úmrtím pacienta nesešli. Ze čtyř jich zmíněných studentů, kteří o zemřelého nepoznali, ale setkali se na praxi s úmrtím pacienta, 2 uvedli, že jim byla dána možnost odmítnout péči, 2 uvedli, že situaci nemohou posoudit. Z dotazníku dále vyplývá (otázka . 19), že možnost odmítnout péči využili 2 studenti. Překvapující je, že pouze jeden student uvedl, že byl u péče o tlo zemřelého přítomný vyučující a přesto tomuto studentovi nebyla dána možnost péči odmítnout. Podle otázky . 20 v tina student (24) byla spokojena s péčí o tlo zemřelého dle zvyklostí oddělení, 7 studentů jí spokojeno nebylo. Jako hlavní důvody uvádějí (otázka . 21): nedostatek úcty, černý humor, neeterné zacházení. Dále uvádějí, že péče prováděná sestrami byla uspěchaná a odbytá, na ostatní pacienty na pokoji nebyl brán ohled. Vichni tito studenti byli i tmi, kteří se setkali se sestrami se syndromem vyhoření.

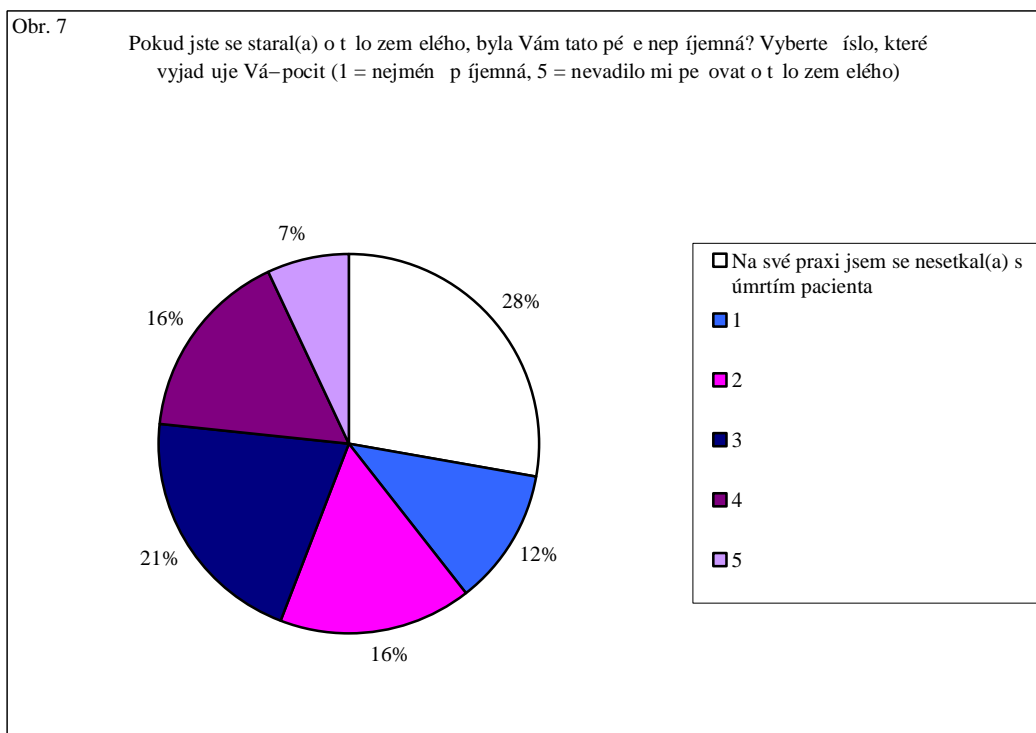
- **Otázka . 22: Pokud jste se staral(a) o tlo zemřelého, byla Vám tato péče nepříjemná? Vyberte číslo, které vyjadřuje Váš pocit (1 = nejmén nepříjemná, 5 = nevadilo mi peovat o tlo zemřelého)**

V této otázce mě zajímalo, jak ohodnotí své pocity studenti při péči o tlo zemřelého. Na grafu (viz níže) lze vidět, že 12 studentů (28 %) se na praxi nesešlo s ošetřováním tla zemřelého, 10 studentů (23 %) péče o tlo zemřelého příliš nevadila (oznámili ji číslem 4 a 5), 5 studentů byla tato práce nepříjemná (oznámili ji číslem 1), 7 studentů označilo pocit z péče číslem 2. V otázce . 23, která byla otevřená a vnovala se pocitům studentů, tito studenti uvádějí nejistotu, neklid, pocit vlastní smrtelnosti. Jedna studentka uvedla: *Štlo je bledé a studené. Je to nepopsatelný zážitek, necítit "řivot" ve druhém lovku...õ* V tina studentka, která označila péči o tlo zemřelého číslem 1 nebo 2, se na praxi setkala s úmrtím pacienta poprvé. Níže uvádím n které reakce studentů s první zkušeností ošetřování tla zemřelého:

- *Štlo jsme ve výuce vnovali n kolik hodin teoretické přípravy na tento druh péče, stejn jsem byla překvapená a v-e mi ukázala zkušená sanitárka.*

Jsem jí vděčná, že péči provedla s úctou. (...) Po první zkušenosti s resuscitací a následnou smrtí pacienta jsem se cítila zvláště, noc poté jsem nemohla usnout a nechtěla jsem být sama, pacientino tělo jsem pak ještě několik hodin viděla, když jsem zavazovala i.

- *š Velmi zvláštění pocit, bylo mi to trochu nepříjemné, sama bych to nezvládla a nechtěla bych tak vidět své známé nebo příbuzné.*
- *š Zvláštění pocit z kontaktu s tělem mrtvého pacienta, o kterého jsem dříve peovala. Přemýšlení o tom, jak moc bude asi daný pacient chybět své rodině.*
- *š ... jednou tu budu ležet já a má rodina.*
- *š Divný pocit, že před chvílí to byl ještě živý člověk se svými pocity, myšlenkami apod., a teď už ho balíme do černého pytle.*
- *š Měla jsem pocit, že je potřeba tento proces udělat. Bála jsem se, aby se mi neudělalo špatně, ale nakonec jsem byla ráda, že jsem se mohla o něj koho postarat i tímto způsobem.*
- *š Byla jsem překvapená, jak je to tělo tuhé a jaké má zbarvení. Měla jsem strážný pocit, nebylo mi to moc příjemné, ale nechtěla jsem odmítnout péči.*



- **Otázka . 24: M l(a) jste pot ebu o svých záflitcích z praxe s n kým mluvit?**

V této otázce jsem se jifl zam ĩla na to, zda studenti cítili pot ebu své pocity s n kým sdílet a s kým. 33 student (77 %) uvedlo, fle m lo pot ebu o svých záflitcích s n kým mluvit. Nej ast ji vyhledávali ĩeny své rodiny, kamarády ĩ spolufláky. ĩastou odpov dí byla pot eba mluvit s n kým, kdo si podobnou situaci jifl pro-el ĩ s n kým, kdo pracuje ve zdravotnictví (v t-inou se jednalo o ĩena rodiny). Jedna z odpov dí také zn la: *šS kýmkoliv, kdo by tu událost nebagatelizoval a otev en o ní promluvilõ*. Jedna studentka uvedla ve své odpov dí na otázku, s kým m la pot ebu o svých záflitcích z praxe mluvit, jako pro ni nejvhodn ĩ-í R.V., vyu ující p edm tu o-et ovatelské postupy a odborná praxe. 10 student (23 %) poté nem lo pot ebu o svých záflitcích z praxe s n kým mluvit. Domnívala jsem se, fle bude rozdíl u pot eby s n kým hovo it o záflitcích z praxe u student bez p ede-lé zku-enosti s úmrtím lov ka a u student , kte í jifl d ĩve podobnou situaci profli. Nicmén odpov dí student byly bez patrného rozdílu v oblasti d ĩv ĩ-í zku-enosti.

- **Otázka . 25: M l(a) jste pocit, fle máte mořnost o události na praxi a svých pocitech mluvit s vyu ujícím(i)?**

Zajímalo m , zda si studenti myslí, fle s vyu ujícími mohou o svých záflitcích mluvit. Nadpolov ĩní v t-ina (28 student , 68 %) m la pocit, fle s vyu ujícím mohou o t chto zku-enostech mluvit. 13 student (32 %) uvedlo, fle tento pocit nemají. Protofle n které jejich d vody jsou zajímavé a p ĩnosné, uvádím je nífle:

- *šNikdo z vyu ujících nebyl v danou dobu, kdy jsem m la pot ebu o tom hovo it, se mnou na pracovi-ti.õ*
- *šVyu ující v tu chvíli nebyli v dosahu a nev d la jsem, jestli je vhodné je nav-tít v kancelá ĩ.õ*
- *šNep ĩ-lo mi, fle by v tom ro níku pro to n kdy byla vhodná p ĩleřitost.õ*

- *šNa pocity se nás neptali.õ*
- *šPoznámka vyu uující byla: lov k, který se nedokáfle vyrovnat se smrtí, zna í nevyzrálost osobnosti.õ*
- *šZdáli se být nedostupnými, nem la jsem k nim d v ru.õ*
- *šNa-im pocit m nebyl v nován prostor.õ*
- *šMají moc práce a hlavn je moc neznám. Cht la jsem mluvit s n kým, kdo m zná.õ*

• **Otázka . 26: Vyhledal(a) jste psychickou podporu mimo –kolní prost edí?**

Mým zám rem v této otázce bylo zjistit, zda studenti aktivn hledali podporu u svých známých, u své rodiny, u n koho mimo –kolní prost edí. A mi v p ede-lé otázce odpov d lo 33 student , fle m li pot ebu o svých pocitech mluvit (uvád li i konkrétní osoby, se kterými hovo ili), v této otázce pouze 9 student (21 %) uvedlo, fle vyhledali podporu mimo –kolní prost edí. Domnívám se, fle tato otázka byla –patn polofená a studenti si nejspí– mysleli, fle se ptám na odbornou psychologickou podporu, a proto odpovídali záporn . V této otázce studenti uvád li, fle nej ast ji vyhledávali podporu u své rodiny i kamarád s podobnou zku–eností. Jedna studentka uvedla, fle je v ící lov k a vyhledala podporu v kostele.

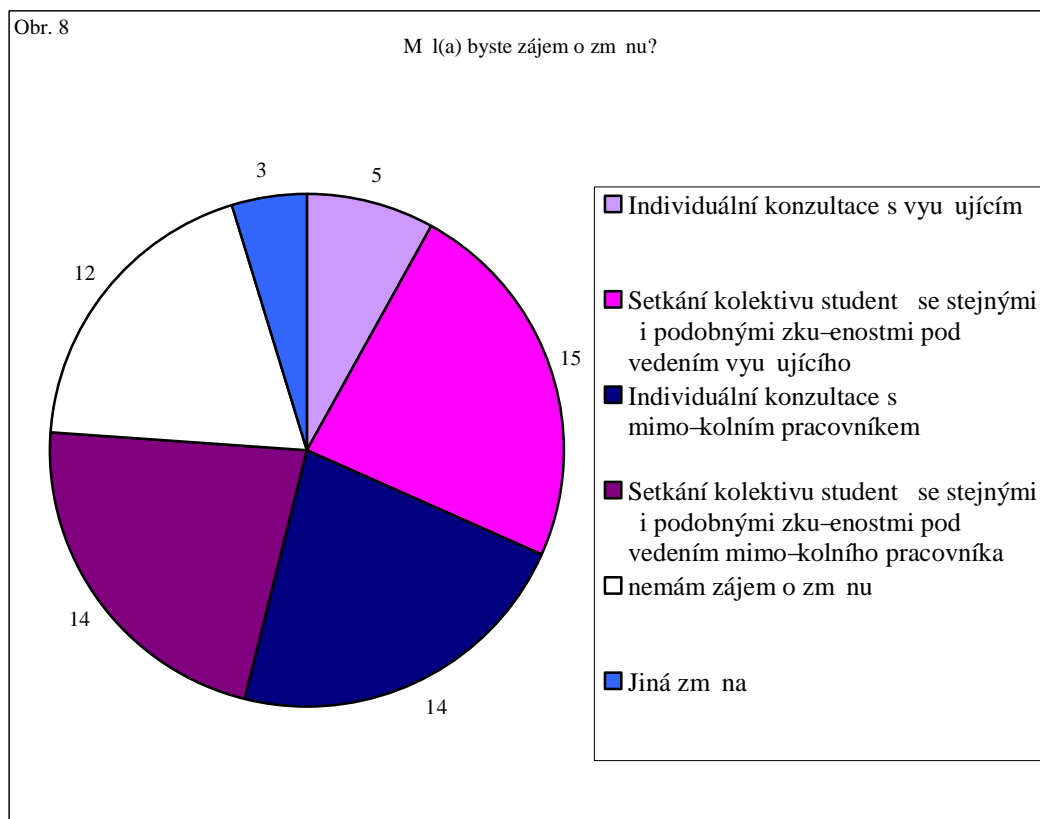
• **Otázka . 27: Myslíte si, fle je ve –kolách ve výuce dán dostate ný prostor pro debatu o záftcích s umírajícím pacientem a se smrtí pacienta?**

V této otázce mi 25 student (58 %) odpov d lo, fle si myslí, fle dostate ný prostor ve výuce není, 18 student (42 %) se domnívá, fle as výuky strávený nad t mito tématy sta í.

• **Otázka . 28: M l(a) byste zájem o zm nu?**

V této otázce jsem se student dotazovala, zda by m li zájem o zm nu, a nabídla jsem jim n kolik možných variant. V grafu (viz níže) je možné vid t, kolikrát byla daná varianta e–ní studenty řádaná. Studenti mohli vybírat více odpovědí. Je patrné, že studenti jeví zájem o zm nu v oblasti jejich podpory p i zku–enostech s umírajícím pacientem i s jeho úmrtím. Zájem je p eváfn o setkání bu to individuální, nebo skupinové. A to jak se –kolním pracovníkem, tak s mimo–kolním. Pokud studenti vybrali odpově š jiná varianta, m li uvést konkrétní možnost. Jejich odpovědi zn ly takto:

- *š Setkání se zdravotními sestrami, které se asto setkávají s úmrtím pacienta (LDN, ARO, JIP)š*
- *š Možná bychom tomu mohli v novat alespo jednu vyu ující hodinu ve –koleš*
- *š Empatická sestra mentorkaš*



- **Otázka . 29: Cht l(a) byste v budoucnu pracovat s pacienty v terminálním stádiu?**

V poslední otázce jsem se zajímala, zda by studenti cht li v budoucnu pracovat s pacienty v terminálním stádiu. Podle výzkumu Zahná-ové (2010) nej ast j-ím výb rem typu o-et ovatelské jednotky absolvent bakalá ského studia V-eobecné sestry (Univerzita Tomá-e Bati ve Zlín) bylo odd lení JIP, dále se jednalo o standardní interní odd lení, chirurgické odd lení a jiná odd lení (hematologické, d tské, o ní, ...). P edpokládala jsem tedy, že v t-ina student práci v oboru paliativní pé e vyhledávat nebude. To se mi potvrdilo, 31 student (72 %) v tuto chvíli nechce pracovat s termináln nemocnými pacienty, 12 student (28 %) uvedlo, že by s termináln nemocnými pacienty pracovat cht li, a to zejména v hospicové pé i, dále na odd leních typu LDN i v domovech pro seniory. Zajímavé je, že dva studenti odpov d li na tuto otázku kladn , a p esto se na své praxi neseekali s úmrtím pacienta.

5. DISKUSE

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, zda studenti po setkání s úmrtím pacienta v době praxe potřebují psychickou podporu a zda je jim poskytována. Výzkumné zetření bylo uskutečneno na studentech 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v 1., 2. a 3. ročníku jejich studia. Výsledky výzkumu vycházejí ze sestaveného dotazníku, který byl studentům rozeslán elektronickou formou. Výzkumu se účastnilo 43 studentů z celkového počtu 84 studentů (návratnost dotazník byla 51,2 %). V dalším textu se údaje uvádějí v procentech opředených vztahují k celkovému počtu studentů, kteří dotazník vyplnili, tj. k počtu 43 (= 100 %).

Pro dosažení uvedeného cíle jsem stanovila následující hypotézy, které budu dále konfrontovat s výsledky mého výzkumu:

1. Většina studentů se během své praxe v nemocnicích setkala s úmrtím pacienta.
2. Studenti si myslí, že vědí, jak pečovat o umírající pacienty a o tolozemlého a myslí si, že jsou na tuto situaci dostatečně teoreticky připraveni.
3. Je rozdíl ve vnímání smrti u studentů, kteří se na praxi setkali s úmrtím poprvé, a u těch, kteří již předlozkou zkušenosti mají (např. úmrtí v rodině).
4. Studenti, i když jsou na setkání s umírajícím nebo zemělým pacientem veškolách připravováni, mají po setkání s takovým pacientem malou psychickou podporu ze strany fakulty, v hodinách není věnována dostatečná pozornost zvládnutí této situace po stránce psychické ze strany studentů.

- **Hypotéza 1: Většina studentů se během své praxe v nemocnicích setkala s úmrtím pacienta.**

Podle dotazníkového zetření 72 % (31) studentů se na praxi s úmrtím pacienta setkala, 28 % (12) studentů nikoli. První hypotéza se tedy potvrdila.

V hypotéze jsem neuváděla, v kterém ročníku se studenti setkali se smrtí, ale pro přehlednost zde uvádím i tento výsledek výzkumu: 27 studentů, kteří se již

na praxi s úmrtím pacienta setkali, odpovědělo, že do kontaktu s úmrtím pacienta přišli již v prvním ročníku svého studia, 2 studenti ve druhém ročníku. Zbylé 2 studenty z důvodu záporné uvedeného čísla nehodnotím. Studenti uvádějí nejčastěji místo setkání s úmrtím pacienta interní oddělení, druhé nejčastěji bylo oddělení typu LDN a oddělení sociální péče.

V dotazníku jsem se také zaměřila na to, zda studenti, kteří se na vysoké škole setkali s úmrtím pacienta, měli nějakou zkušenost se smrtí již dříve. 17 studentů odpovědělo, že se na praxi s úmrtím pacienta setkali poprvé, 16 studentů se setkala již dříve se smrtí člověka, nejčastěji na jiné škole, kterou studovali (včetně odborných škol se zdravotním zaměřením včetně zdravotnických škol). Lze tedy konstatovat, že většina těchto studentů, kteří studovali před vysokou školou střední zdravotnickou školou, se s úmrtím pacienta setkali právě na své střední škole.

- **Hypotéza 2: Studenti si myslí, že vědí, jak pečovat o umírající pacienty a o tolo zemřelého a myslí si, že jsou na tuto situaci dostatečně teoreticky připraveni.**

V této hypotéze jsem se zaměřovala na to, s jakým pocitem připravenosti studenti vstupují na praxi. Ptala jsem se studentů, zda si myslí, že jsou dostatečně teoreticky připraveni na péči o umírajícího pacienta a o tolo zemřelého. 56 % (24) studentů se domnívá, že teoretická příprava ve škole ohledně péče o umírajícího pacienta je dostatečná, 23 % (10) studentů pociťuje, že dostatečně připraveni nejsou, 21 % (9) studentů poté uvedlo, že svou připravenost nemohou posoudit.

Na otázku teoretické připravenosti na péči o tolo zemřelého 63 % (27) studentů uvedlo kladnou odpověď, 16 % (7) studentů zápornou a 21 % (9) studentů uvedlo, že situaci nemohou posoudit.

Z výzkumu lze vidět, že výuku v oblasti péče o tolo zemřelého hodnotí kladně více studentů (o 3 studenty tedy o 7 % více), než výuku v oblasti péče o umírajícího pacienta, nicméně se jedná o nevýznamný rozdíl. Nadpoloviční

v t-ina student tedy pocí uje dostatečnou teoretickou připravenost na péči o umírajícího pacienta a na péči o toto zemřelého. Hypotéza se tedy potvrdila.

Je ovšem třeba podotknout, že se pocit připravenosti nemusí rovnat připravenosti samotné. Podle výzkumu Bolkové (2014) i Machákové (2010), které ověřovaly znalosti studentů oboru Všeobecná sestra v oblasti umírání a smrti pacienta, v t-ina student jeví nedostatek v domosti v této oblasti. Přitom studenti pocíovali, že jejich příprava ve škole je dostatečná a rozšíření výuky nepovažovali za nutné.

Nutno dodat, že v otázce na potřeby umírajícího pacienta, studenti ze své zkušenosti pozorovali tyto aspekty, které jsou uváděny v odborné literatuře. Na tuto otázku mi neodpovědělo 4 osob, z toho 3 studenti uváděli, že se na praxi s umírajícím pacientem nesešli.

- **Hypotéza 3: Je rozdíl ve vnímání smrti u studentů, kteří se na praxi setkali s úmrtím poprvé, a u těch, kteří již předem získali zkušenosti se smrtí (například úmrtí v rodině).**

72 % (31) studentů se na praxi na vysoké škole s úmrtím pacienta setkali, a z nich 14 studentů uvedlo, že měli již předem zkušenosti se smrtí.

Studenti, pro které zážitek s úmrtím člověka na praxi nebyl prvním, uváděli své pocity jako: divný pocit, smutek, úcta, lítost, smíření, tíse ...

Ti studenti, kteří se na praxi na vysoké škole setkali s úmrtím pacienta poprvé, uváděli své odpovědi rozsáhleji. V t-inu odpovědí studentka jsem již zmínila v části zpracování výsledků, pro připomenutí zde uvádím jen některé z nich:

- *š Velmi zvláštní pocit, bylo mi to trochu nepřijemné, sama bych to nezvládla a nechtěla bych tak vidět své známé nebo příbuzné.õ*

- *š Zvlá-tní pocit z kontaktu s t lem mrtvého pacienta, o kterého jsem d íve pe ovala. P emý-lení o tom, jak moc bude asi daný pacient chyb t své rodin .õ*
- *š Divný pocit, fle p ed chvilkou to byl je-ť flivý lov k se svými pocity, my-lenkami apod., a te ufl ho balíme do erného pytle.õ*
- *š Byla jsem p ekvapená, jak je to t lo tuhé a jaké má zbarvení. M la jsem stísn ý pocit, nebylo mi to moc p íjemné, ale necht la jsem odmítnout pé i.õ*
- *š Jednou tu budu lefet já a má rodina.õ*
- *š Po první zku-enosti s resuscitací a následnou smrtí pacienta jsem se cítila zvlá-tn , noc poté jsem nemohla usnout a necht la jsem být sama, pacient ino t lo jsem pak je-ť n kolik hodin vid la, kdyfl jsem zav ela o i.õ*

Odpov di t chto student byly výrazn emocionáln zbarvené. Z odpov dí je patrné, fle p i první zku-enosti s úmrtím pacienta studenti více vnímali samotný proces úmrtí (posmrtná bledost, ztuhlost, chlad). Také si situaci vztahovali na sv j flivot i své známé. Více se zde objevují existencionální my-lenky.

Hypotéza se tedy potvrdila, studenti, kte í se poprvé setkali se smrtí, proflívají situaci daleko emotivn ji a intenzivn ji; i v my-lenkách se k proflitku mnohem déle a opakovan vracejí.

To potvrzuje i výzkum Bolkové (2014), která téfl uvádí ve své práci zji-ť ní, fle studenti po st ední zdravotnické -kole, kde se v t-inou s termináln nemocným pacientem jifl setkali, neproflívají fládné zvlá-tní pocity pokud p íjdou do kontaktu s umírajícím pacientem na vysoké -kole.

- **Hypotéza . 4: Studenti, i kdyfl jsou na setkání s umírajícím nebo zem elým pacientem ve -kolách p ípravování, mají po setkání s takovým pacientem malou psychickou podporu ze strany fakulty, v hodinách není v nována dostate ná pozornost zvládní této situace po stránce psychické ze strany student .**

Z odpovědí studentů vyplývá, že 77 % (33) studentů má potřebu o svých zážitcích s někým mluvit. Nejastji vyhledávali své spolužáky, kamarády i členy své rodiny. Zbýlých 23 % (10) studentů nemá potřebu o svých zážitcích z praxe s někým mluvit. Zajímavé je, jak jsem již zmínila, že někteří studenti, kteří se na praxi s úmrtím pacienta nesetkali, cítili potřebu sdílet své zážitky z praxe.

Z výzkumu dále vyplývá, že nadpoloviční většina (68 %, 28 studentů) má pocit, že s využitím mohou o těchto zkušenostech mluvit, 32 % (13) studentů uvedlo, že tento pocit nemají. Zdá se tedy, že studenti jsou v převážné většině spokojeni s dostupností využitím v případě nutnosti rozbrat zážitky z praxe. Nicméně studenti, kteří tento pocit nemají, uvádějí závažné důvody, pro tomu tak je: *ŠNa pocity se nás neptali.Š, ŠNa-im pocit m nebyl v novém prostoru.Š ŠPoznámka využitím byla: lov k, který se nedokáže vyrovnat se smrtí, značí nevyzrálou osobnost.Š*

Je dobrým výsledkem, že studenti pocí uží podporu ze strany využitím. V otázce o dostatečném prostoru ve výuce pro debatu o zážitcích z praxe však studenti odpovídali méně pozitivně. Na tuto otázku nadpoloviční většina studentů (58 %, 25) uvedla, že dostatečný prostor ve výuce dán není. V případě možnosti změny studenti upřednostovali rozšíření o individuální i skupinová sezení se kolektivním i mimo-kolním pracovníkem. Tyto tři varianty byly nejastji vybírány v převážně stejném zastoupení. Dále studenti uvádějí v případě jiné změny, nebyla mnou nabídnuta: *ŠSetkání se zdravotními sestrami, které se často setkávají s úmrtím pacienta (LDN, ARO, JIP).Š, ŠMohl bychom tomu mohli v novat alespo jednu využitím hodinu ve škole.Š, ŠEmpatická sestra mentorka.Š*

Nutno podotknout, že při zpracování výsledků mého výzkumného šetření jsem se od své konzultantky dozvěděla, že na škole funguje studentská poradna. Podle internetových stránek 3. lékařské fakulty nabízí tato poradna následující bezplatné služby:

- *špomoc při adaptaci na nové studijní a životní podmínky*

- *studijní poradenství, pomoc při řešení studijních problémů, hledání efektivního studijního stylu*
- *poradenství při zvládnutí stresu v rámci podpory zdravého životního stylu*
- *poradenství zaměřené na řešení osobních a rodinných problémů a osobní rozvoj*
- *pomoc s odvykáním kouření*
- *zprostředkování návaznosti na specializované služby podle potřeb studentů (krizová intervence, psychiatrické vyšetření, psychodiagnostika, profesní poradenství, sociální a právní poradenství, apod). (3. lékařská fakulta UK, 2016)*

Nicméně v dotazníkovém šetření ani jeden ze studentů nevedl, že by tuto poradnu využil. Je otázkou, nakolik je informace o možnostech využívat studentskou poradnu rozšířena mezi studenty a zda by ji studenti v takových případech, jako je setkání s umírajícím pacientem a s jeho úmrtím, využili. Zaměřená poradna, podle informací uvedených na webových stránkách, evokuje zacílení spíše na studijní problémy.

6. DOPORU ENÍ PRO PRAXI

Z výzkumu lze usuzovat, že v t-ina student považuje za vhodné roz-ít it studium o n jakou formu psychické podpory, kde by mohli otev en mluvit o svých zážitcích z praxe. A v t-ina student poci uje, že mohou s vyu ujícími mluvit o t chto tématech, ve výuce k tomu není dán dostate ný prostor a studenti vyhledávají pomoc u svých rodin a blízkých. Vyu ující by proto mohl vybízet studenty, aby v p ípad pot eby sdílení svých pocit za ním kdykoli p í-li. Také se nabízí mořnost, aby vyu ující vyvolával otev enou diskuzi o pocitech a zku-enostech student v n které z vyu ujících hodin í v neformálním prost edí. V takovém p ípad je v-ak pot eba zajistit dostate ný prostor pro tuto debatu, aby studenti nem li pocit, že jsou asov omezeni.

Mohlo by být téř pro studenty p ínosné, kdyby řkola nabízela mořnost kolektivních sezení nad danou problematikou, a to bu to s vyu ujícím, kterého studenti znají, nebo s mimo-řkolním pracovníkem, který by byl profesionálem v dané problematice a mohl by pomoci student m zvládat jejich emocionální prořitky z praxe, poskytnout jim oporu a p ípadné rady p í komunikaci s umírajícím pacientem í s poz stalými (takovým řlov kem by mohla být zdravotní sestra pracující v oblasti paliativní pé e, pracovníci z hospicové pé e, atp.).

P estofe to explicitn nevyplývá z dotazníkového řet ení, na základ vlastních zku-eností a zku-eností klient organizace, zabývající se termináln nemocnými (Cesta dom), si v této situaci dovoluji formulovat nám t na dopln ní studijního plánu. Povařuji za p ínosné, aby studenti m li mořnost setkat se s řlov kem s infaustní prognózou své nemoci nebo s p řbuznými takového řlov ka í s poz stalými, ochotnými sdílet své pocity a zku-enosti. Tato mořnost by mohla být dána v rámci volitelných p edm t na dané téma í jiných formách kolektivních seminá .

7. ZÁVĚR

Cílem práce bylo zjistit, zda studenti po setkání s umírajícím a úmrtím pacienta na praxích potřebují psychickou podporu a zda je jim poskytována. Teoretickou část jsem rozdělila na dva celky. První celek poskytuje náhled na problematiku umírání a smrti člověka, druhý celek se vnuje teoretické a praktické přípravě studentů na tyto náročné situace.

V praktické části jsem vyhodnotila své výzkumné zjevení, které jsem provedla na studentech 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy oboru Všeobecná sestra z 1., 2. a 3. ročníku. Z vyhodnocení dotazníků vyplývají několik zajímavých poznatků. A většina studentů uvádí, že o svých pocitech mohou mluvit s vyučujícími, není dán dostatečný prostor ve výuce pro sdílení těchto pocitů a studenti často vyhledávají pomoc u své rodiny a svých blízkých. Studenti by například měli zájem o zmluvu, ať už v podobě individuálního i kolektivního setkání nad danou problematikou, nebo by na kterém postala jen empatická mentorka na praxi.

Z důvodu dosavadního tabuizování a vystránění smrti z našich každodenních životů bývají lidé štraumatizováni, když se dostanou do kontaktu s umírajícím člověkem i s jeho smrtí. Zjištěné výsledky výzkumu by proto mohly posloužit jako podnět k uspořádání alespoň občasných setkání studentů pod odborným vedením, s možností diskutovat nad tímto tématem. Dle mého názoru by nejproduktivnější byl pracovník v oblasti paliativní péče se zkušenostmi s danou problematikou, který by mohl vést diskusi se studenty na téma jejich zkušeností a pocitů při setkání s umírajícím pacientem a s jeho úmrtím.

8. SOUHRN

Reflexe zkušeností studentů oboru Všeobecná sestra s úmrtím pacienta v průběhu studia byla získávána formou dotazníkového šetření. Byla porovnávána teorie s praxí a zjištěny potřeby studentů, kteří se setkali s umírajícím pacientem. Ze šetření byl vyvozen závěr, který doporučuje rozšíření studijního programu o možnost sdílení pocitů a zkušeností studentů po setkání s úmrtím pacienta.

Klíčová slova: úmrtí, umírající pacient, studium, výuka studentů, psychologická podpora studentů, zdravotelská péče

9. SUMMARY

Reflections on student nurse's experience with death of a patient during their studies were collected in form of questionnaires. Theory and practice were compared and research conducted into the needs of students, who experienced patient's death during their studies. Research concluded with recommendation for widening the nursing course programme and adding opportunities for students to share their feelings and experiences after their patients death.

Key terms: death, dying patient, study, teaching, emotional support for students, nursing care

10. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. 3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy. *Studentská poradna 3. LF UK v Praze* [online]. 3. lékařská fakulta: © 2016 [cit. 6.4.2016]. Dostupné z: <http://www.lf3.cuni.cz/3LF-308.html>.
2. BOLKOVÁ, I. *P ipravenost student 1. ro níku oboru v-eobecná sestra na setkání s umírajícím: bakalářská práce*. české Bud jovice: Jiho eská univerzita v eských Bud jovicích, Zdravotn sociální fakulta, 2014. Vedoucí bakalářské práce Klára Kubartová.
3. BUFIHOVÁ, R. *M ení úzkosti a strachu ze smrti u studentek o-et ovatelství*. Kontakt. 2010, 3 (12), 264-271, ISSN 1212-4117.
4. BUFIHOVÁ, R. *Paliativní pé e ve zdravotnických za ízeních: pot eby, hodnocení, kvalita flivota*. 1. vyd. Praha: Grada, 2015. Sestra. ISBN 978-80-247-5402-4.
5. BUFIHOVÁ, R a G. MACHÁ HOVÁ. *Hodnocení pot eb termináln nemocných v domácí pé i: pilotní studie*. Praktický Leka . 2012, 92 (2), 111-116. ISSN 00326739.
6. *Cesta dom . Pé e o sebe* [online]. Cesta dom : © 2015 [cit. 28.10.2015]. Dostupné z: <http://elearning.cestadomu.cz>.
7. FUNK, K. *Provázení stá ím a umíráním aneb o prolínání obou sv t* . 1. vyd. Praha: Malvern, 2014. Adam a Eva. ISBN 978-80-87580-70-7.
8. GURKOVÁ, E. *Hodnocení kvality flivota: pro klinickou praxi a o-et ovatelský výzkum*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. Sestra. ISBN 978-80-247-3625-9.
9. HATKOVCOVÁ, H. *Etické problémy paliativní medicíny*. In: VORLÍ EK, J., ADAM, Z. a kol. *Paliativní medicína*. 1. vyd. Praha: Grada, 1998a. ISBN 80-7169-437-1.
10. HATKOVCOVÁ, H. *Umírání a smrt*. In: VORLÍ EK, J., ADAM, Z. a kol. *Paliativní medicína*. 1. vyd. Praha: Grada, 1998b. ISBN 80-7169-437-1.
11. HE MANOVÁ, J. *Etické aspekty pé e o onkologicky nemocné a umírající pacienty*. In: HE MANOVÁ, J., VÁCHA, M., SVOBODOVÁ, H., ZVONÍ KOVÁ, M. a J. SLOVÁK. *Etika v o-et ovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. Sestra. ISBN 978-80-247-3469-9.

12. HOSÁK, L., HOSÁKOVÁ, J., ERMÁKOVÁ, E. *Syndrom profesionálního vyhoření zdravotnických pracovníků*. *Psychiatrie*. 2005, 6 (5), 205-206, ISSN 1213-0508.
13. JANÁKOVÁ, L. a P. WEISS. *Komunikace ve zdravotnické péči*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-477-9.
14. JONSEN, A. R., SIEGLER, M. a W. J. WINSLADE. *Clinical Ethics: A Practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine*. 3. vyd. McGraw-Hill for Library of Congress, 1992. ISBN 0-07-105392-1.
15. KADLECOVÁ, H. *Mediální prezentace smrti a umírání a její vliv na utváření postoje ke smrti*: diplomová práce. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Teologická fakulta, 2011. Vedoucí diplomové práce Vít Erban.
16. KALVACH, Z. a kol. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty: pomoc při rozhodování v paliativní nejistotě*. 1. vyd. Praha: Cesta domů, 2010. ISBN 978-80-904516-4-3.
17. KELNAROVÁ, J. a E. MATĚJKOVÁ. *Psychologie a komunikace: pro zdravotnické asistenty 4. ročníku*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. Sestra. ISBN 978-80-247-2831-5.
18. KELNAROVÁ, J. a E. MATĚJKOVÁ. *Psychologie 1. díl: pro studenty zdravotnických oborů*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. Sestra. ISBN 978-80-247-3270-1.
19. KLIHOHLAVÝ, J. a S. KACZMARCZYK. *Poslední úsek cesty*. 1. vyd. Praha: Návrat domů, 1995. ISBN 80-85495-43-0.
20. MACHÁČKOVÁ, B. *Připravenost studentů (bakalářů) na setkání s umírajícím pacientem*: bakalářská práce. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, 2010. Vedoucí bakalářské práce Zlatica Dorková.
21. MARKOVÁ, M. *Sestra a pacient v paliativní péči*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. Sestra. ISBN 978-80-247-3171-1.
22. *Metodický pokyn k vyhlášení č. 39/2005 Sb. pro studijní obor všeobecná sestra* [online]. Ministerstvo zdravotnictví České republiky [cit. 20.3.2016]. Dostupné z: <http://www.mzcr.cz>.
23. NOVOTNÁ, H. *Syndrom vyhoření bohů není minulostí*. *Sestra*. 2004, 14 (10), 36-37, ISSN 1210-0404.

24. PASEK, M., OSUCH-P CAK, G. a M. KRAJEWSKI. *Care for dying patients: multidimensional aspects of nursing care*. In: International Journal of Ethics. 2013, 9 (3), 183-192. ISSN 15564444.
25. SLÁMA, O. *Symptomy terminální fáze a jejich léčba: Co lze a co nelze zvládnout v domácím prostředí* [online]. Hospice: © 2005-2011 [cit. 31.10.2015]. Dostupné z: <http://www.hospice.cz>.
26. STANKU^TOVÁ, H. *Etické problémy v onkologii*. In: Ptá ek, R., BART N K, P. a kol. *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. 1. vyd. Praha: Grada, 2014. Edice celofivotního vzd lávání LK. ISBN 978-80-247-5471-0.
27. SVATO^TOVÁ, M. *Hospice a um ní doprovázet*. 5. vyd. Praha: Ecce homo, 2003. ISBN 80-902049-4-5.
28. ^TPATENKOVÁ, N. *Poradenství pro poz stalé: principy, proces, metody*. 2. vyd. Praha: Grada, 2013. Psyché. ISBN 978-80-247-3736-2.
29. TANG, S. T., CHANG, W., CHEN, J., SU, P., HSIEH, CH., CHOU W. Trajectory and predictors of quality of life during the dying process: roles of perceived sense of burden to others and posttraumatic growth. In: Supportive Care in Cancer. 2014, 22 (11), 2957-2964. ISSN 09414355.
30. VÁGNEROVÁ, M. *Strach ze smrti*. In: KÜBLER-ROSS, E. *Odpov di na otázky o smrti a umírání: etický manuál pro mediky, léka e a sestry*. Praha: Tvorba, 1995. ISBN 0-02-089150-4.
31. VYTEJ KOVÁ, R. *Pé e o umírajícího lov ka a pé e o t lo zem elého*. In: VYTEJ KOVÁ, R., SEDLÁ OVÁ, P., WIRTHOVÁ, V., OTRADOVCOVÁ, I. a P. PAVLÍKOVÁ. *O-et ovatelské postupy v pé i o nemocné II: speciální ást*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. Sestra. ISBN 978-80-247-3420-0.
32. ZAHNÁ^TOVÁ, H. *Uplatn ní absolvent bakalá ského studia o-et ovatelství: bakalá ská práce*. Zlín: Univerzita Tomá-e Bati ve Zlín , Fakulta humanitních studií, 2010. Vedoucí bakalá ské práce Michaela Karafiátová.
33. fiMOLÍK, M. *Postoje ke smrti v r zných fivotních obdobích zejména v mladé dosp losti: bakalá ská práce*. Praha: Prafská vysoká -kola psychosociálních studií, 2005. Vedoucí práce Ji í R fli ka.

P ÍLOHY

Příloha . 1 ó Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Klára Rulíková a jsem studentkou 3. Lékařské fakulty Univerzity Karlovy, oboru Všeobecná sestra. Tímto se na Vás obracím s prosbou o vyplnění dotazníku k mé bakalářské práci na téma: *Zkušenost s úmrtím pacienta u student oboru Všeobecná sestra*. Dotazník je anonymní, informace z něj získané budou využity pouze v mé bakalářské práci.

Děkuji Vám za Vaše a spolupráci při mém výzkumu.

1) Jste:

- a) žena b) muž

2) Kolik je Vám let?

.....

3) Jaké je Vaše předchozí ukončené studium?

- a) zdravotnický asistent b) zdravotnické lyceum c) gymnázium
d) jiná střední škola, uveďte jaká:

4) Jaký je Vaš současný studijní ročník?

.....

5) Myslíte si, že jste ze školy dostatečně teoreticky připraven(a) na péči o umírajícího pacienta?

- a) ano b) ne c) nemohu posoudit

6) Setkal(a) jste se během své praxe na vysoké škole s umírajícím pacientem?

- a) ano b) ne

7) Pokud jste se staral(a) o umírajícího pacienta, byla Vám tato péče nepříjemná? Vyberte číslo, které vyjadřuje Vaš pocit (1 = nejméně nepříjemná, 5 = nevadilo mi poprvé o umírajícího)

- a) 1 b) 2 c) 3 d) 4 e) 5 f) Na své praxi jsem se nesetkal(a) s umírajícím pacientem

- 8) V případě péče o umírajícího pacienta uveďte své pocity:

- 9) V případě péče o umírajícího pacienta uveďte, s jakými hlavními potřebami jste se setkal(a):

- 10) Myslíte si, že jste se setkal(a) v péči o umírajícího pacienta se sestrami se syndromem vyhoštění?
 a) ano b) ne c) nemohu posoudit
- 11) Setkal(a) jste se během své praxe na vysoké škole s úmrtím pacienta?
 a) ano b) ne
- 12) Pokud jste se setkal(a) na vysoké škole s úmrtím pacienta, v jakém ročníku to bylo?

- 13) Pokud jste se setkal(a) na vysoké škole s úmrtím pacienta, na jakém oddělení to bylo?

- 14) Pokud jste se setkal(a) na vysoké škole s úmrtím pacienta, byla to Vaše první zkušenost s úmrtím člověka?
 a) ano b) ne (uveďte, v jaké situaci jste se setkal(a) s úmrtím člověka):
- 15) Pokud jste se setkal(a) na vysoké škole s úmrtím pacienta, jakým způsobem to bylo?
 a) byl(a) jsem povolán(a) b) objevil(a) jsem jej sám(a) c) jiný způsob, uveďte jaký:
- 16) Myslíte si, že jste ze školy dostatečně teoreticky připraven(a) na péči o totožného?
 a) ano b) ne c) nemohu posoudit
- 17) Pevně jste během své praxe na vysoké škole o totožného?
 a) ano b) ne
- 18) Pokud jste pevně na praxi o totožného, byla Vám dána možnost odmítnout péči?
 a) ano b) ne c) nemohu posoudit

- 19) Pokud jste pe oval(a) na praxi o t lo zem elého, byl u toho p ítomný vyu ující?
a) ano b) ne
- 20) Pokud vyu ující nebyl p ítomen, byl(a) jste spokojen(a) s pé í o zem elé t lo, dle zvyklostí na odd lení?
a) ano b) ne, pro :
- 21) Zacházelo se s t lem s úctou? (prostor pro vlastní komentá)
.....
- 22) Pokud jste se staral(a) o t lo zem elého, byla Vám tato pé e nep íjemná? Vyberte íslo, které vyjad uje Vá– pocit (1 = nejmén p íjemná, 5 = nevadilo mi pe ovat o zem elé t lo)
a) 1 b) 2 c) 3 d) 4 e) 5 f) Na své praxi jsem se nesetkal(a) s úmrtím pacientem
- 23) V p ípad pé e o mrtvé t lo uve te své pocity:
.....
- 24) M l(a) jste pot ebu o svých zážitcích z praxe s n kým mluvit?
a) ano, s kým: b) ne
- 25) M l(a) jste pocit, že máte mofnost o události na praxi a svých pocitech mluvit s vyu ujícím(i)?
a) ano b) ne, pro :
- 26) Vyhledal(a) jste psychickou podporu mimo –kolní prost edí?
a) ano, kde: b) ne
- 27) Myslíte si, že je ve –kolách ve výuce dán dostate ný prostor pro debatu o zážitcích s umírajícím pacientem a se smrtí pacienta?
a) ano b) ne
- 28) M l(a) byste zájem o zm nu, nap . (mofno ozna it více odpov dí):
a) individuální konzultace s vyu ujícím
b) setkání kolektivu student se stejnými i podobnými zku –enostmi pod vedením vyu ujícího
c) individuální konzultace s mimo–kolním pracovníkem (nap . psycholog, zdravotní sestra z oboru paliativní pé e, pracovník hospicové pé e, ...)
d) setkání kolektivu student se stejnými i podobnými zku –enostmi pod vedením mimo–kolního pracovníka

e) jiná změna, uveďte jaká:

f) nemám zájem o změnu

29) Chtěl(a) byste v budoucnu pracovat s pacienty v terminálním stádiu?

a) ano, kde: b) ne