UNIVERZITA PARDUBICE

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2024/2025 Eliška Bubnová

Univerzita Pardubice

Fakulta zdravotnických studií

Zkušenosti studentů třetího ročníku všeobecného ošetřovatelství spojené se smrtí.

Bakalářská práce

2024/2025 Eliška Bubnová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2023/2024

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení:	**Eliška Bubnová**
Osobní číslo:	**Z22164**
Studijní program:	**B0913P360004 Všeobecné ošetřovatelství**
Téma práce:	**Zkušenosti studentů třetího ročníku všeobecného ošetřovatelství spojené se smrtí**
Téma práce anglicky:	**The experiences of third-year general nursing students related to death.**
Zadávající katedra:	**Katedra ošetřovatelství**

Zásady pro vypracování

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

1. ČESKO, 2011.Zákon č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků – znění od 01.07.2022. Online. In: Zákony pro lidi.© AION CS 2010–2024, https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55?citace=1.
2. HUANG, Andrew P a BERNAT, James L., 2019.The Organism as a Whole in an Analysis of Death. Online. The Journal of Medicine and Philosophy: A Forum for Bioethics and Philosophy of Medicine., roč. 44, č. 6, s. 712-731. ISSN 0360-5310. Dostupné z: https://doi.org/10.1093/jmp/jhz025.
3. KŘIVKOVÁ, Jana, 2022. Legislativní rámec smrt mozku versus nevratná zástava oběhu v České republice. Online. Praktický lékař.Roč.102. ISSN 1803-6597. Dostupné z:https://www.prolekare.cz/casopisy/prakticky-lekar/2022-1-23/legislativni-ramec-smrt-mozku-versus-nevratna-zastava-obehu-v-ceske-republice-130648.
4. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ a MINISTERSTVO PRO MÍSTNÍ ROZVOJ, 2023. Metodické doporučení: Zacházení s tělem zemřelého ve zdravotnictví. Online. Dostupné z: https://mmr.gov.cz/getmedia/41cd99e7-4fae-4380-9703-f05aede423b2/METODICKE-DOPORUCENI-Zachazeni-s-telem-zemreleho-ve-zdravotnictvi_13_9_2023-web.pdf.aspx.
5. STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV, b.r. Duševní zdraví. Online. Centrum podpory veřejného zdraví. Dostupné z: https://szu.gov.cz/odborna-centra-a-pracoviste/centrum-podpory-verejneho-zdravi/dusevni-zdravi/.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. et Mgr. Ondřej Podeszwa, Ph.D.**
Katedra ošetřovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2023**
Termín odevzdání bakalářské práce: **30. dubna 2025**

L.S.

doc. RNDr. ThLic. Karel Sládek, Ph.D., MBA v.r.
děkan

Mgr. et Mgr. Michal Kopecký v.r.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 17. března 2025

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

Práci s názvem Zkušenosti studentů třetího ročníku všeobecného ošetřovatelství spojené se smrtí.Jsem vypracoval samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využil, jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Byl jsem seznámen s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše. Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách

a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 28.4.2025

Eliška Bubnová v. r.

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych poděkovala vedoucímu práce Mgr. et Mgr. Ondřeji Podeszwovi, Ph.D., za odborné vedení a cenné rady. Velké díky patří také mé rodině a partnerovi za podporu a trpělivost během celého studia. V neposlední řadě děkuji spolužačkám Anetě Vyskočilové a Zuzaně Navarové za pomoc a přátelství.

ANOTACE

Tato bakalářská práce se zaměřuje na zkušenosti studentů třetího ročníku oboru všeobecného ošetřovatelství se smrtí pacientů během odborné praxe. Cílem práce bylo analyzovat, jak jsou studenti na tuto situaci připravováni, jak ji prožívají a jakými strategiemi zvládají stres spojený s péčí o umírající. Výzkum vychází z kvalitativní analýzy polostrukturovaných rozhovorů. Výsledky ukazují, že první setkání se smrtí je pro studenty často emočně náročné, přičemž významnou roli hraje podpora kolegů a dostupnost psychické pomoci. Práce zároveň zdůrazňuje potřebu rozšířit výuku o praktický nácvik komunikace a emoční přípravu na péči o umírající pacienty.

KLÍČOVÁ SLOVA

smrt, umírání, studenti ošetřovatelství, odborná praxe, paliativní péče, stres, komunikace, psychická podpora

TITLE

Experiences of third-xear students of general nursing in relation to death.

ANNOTATION

This bachelor thesis focuses on the experiences of third-year general nursing students with patient death during clinical practice. The aim was to analyse how students are prepared for these situations, how they perceive and process them, and what coping strategies they use. The research is based on a qualitative analysis of semi-structured interviews. The findings indicate that the first encounter with death is often emotionally challenging, with peer support and psychological help playing an important role. The thesis also highlights the need to extend nursing education to include communication training and emotional preparation for end-of-life care.

KEYWORDS

death, dying, nursing students, clinical practice, palliative care, stress, communication, psychological support

OBSAH

ÚVOD 1
1 Cíle a metody práce 2
1.1 Cíl práce 2
1.2 Metody k dosažení cíle 2
TEORETICKÁ ČÁST 4
2 SMRT 4
2.1 Definice smrti 4
2.2 Biologická smrt 5
2.3 Klinická smrt 5
2.4 Mozková smrt 5
3 UMÍRÁNÍ 7
3.1 Fáze umírání 7
3.1.1 Pre finem 7
3.1.2 In finem 8
3.1.3 Post finem 8
4 PALIATIVNI PÉČE 11
4.1 Do not resuscitate 12
5 KOMPETENCE VŠEOBECNÉ SESTRY PŘI ÚMRTÍ PACIENTA 13
6 PSYCHOSOCIÁLNÍ DOPADY PALIATIVNÍ PÉČE NA PEČUJÍCÍHO 14
6.1 Stres u studentů 15
6.2 Burn-out syndrom 16
6.3 Duševní hygiena 16
PRAKTICKÁ ČÁST 18
7 METODIKA VÝZKUMNÉ ČÁSTI 19
7.1 Výzkumné otázky 19
7.2 Charakteristika výzkumného souboru 19

7.3 Kritéria výběru 19
7.4 Metoda sběru dat 20
7.5 Metoda analýzy dat 21
8 TÉMA: VZDĚLÁNÍ A PŘÍPRAVA NA SMRT 22
8.1 Kód: Výuka o smrti soustředěná na teoretické a filozofické aspekty 23
8.2 Kód: Nedostatečná příprava na setkání se smrtí 24
8.3 Kód: Nedostatek přípravy na komunikaci s umírajícím 25
8.4 Kód: Důraz na technickou stránku péče o zemřelého 27
9 TÉMA: PRVNÍ ZKUŠENOST SE SMRTÍ 28
9.1 Kód: Šok a nejistota při prvním kontaktu se smrtí 29
9.2 Kód: Vedení personálu 29
9.3 Kód: Nemožnost praktické přípravy na první zkušenost se smrtí 30
9.4 Kód: Nutnost vlastního vypořádání s nastalou situací 31
10 TÉMA: PÉČE O UMÍRAJÍCÍ A ZEMŘELÉ 32
10.1 Kód: Péče o blízkého 33
10.2 Kód: Důstojné odcházení 34
10.3 Kód: Snaha o dodržování rituálů pro zemřelého 34
10.4 Kód: Kritika nedůstojné péče o mrtvé tělo 35
10.5 Kód: Snaha o podporu a naslouchání umírajícímu 36
11 TÉMA: ETIKA A PROFESIONALITA 38
11.1 Kód: Asertivní chování personálu 39
11.2 Kód: Respekt k autonomii pacienta 39
11.3 Kód: Pozitivní přístup k DNR 40
12 TÉMA: PSYCHICKÁ PODPORA 42
12.1 Kód: Psychická podpora mezi studenty 43
12.2 Kód: Nedůvěra v možnosti psychické podpory 43
12.3 Kód: Nedostupnost psychické podpory ze strany mentorů 44

12.4 Kód: Dostatečný přístup k psychické podpoře 44
12.5 Kód: Neznalost podpůrných institucí pro zdravotníky 45
13 TÉMA: DOPAD ZKUŠENOSTÍ SE SMRTÍ 46
13.1 Kód: Profesní růst díky zkušenostem 46
13.2 Kód: Přijetí smrti jako součásti života 47
13.3 Kód: Získávání odolnosti vůči smrti 48
14 TÉMA: STRATEGIE ZVLÁDÁNÍ STRESU 49
14.1 Kód: Emoční distancování jako mechanismus obrany 49
14.2 Kód: Komunikace jako způsob zvládání negativních emocí pacientů 50
14.3 Kód: Sdílení zkušeností jako copingová strategie 50
14.4 Kód: Odreagování činnostmi mimo práci 51
14.5 Kód: Využívání návykových látek jako copingové strategie 52
15 TÉMA: KOMUNIKACE S UMÍRAJÍCÍMI PACIENTY 53
15.1 Kód: Vyhýbání se odpovědi na otázky o smrti 53
15.2 Kód: Pocit nepřipravenosti na rozhovor o smrti 54
DISKUZE 56
ZÁVĚR 61
POUŽITÁ LITERATURA 64
PŘÍLOHY 69

SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Tabulka 1:Posmrtné změny 9

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

ČR	Česká republika
FZS	Fakulta zdravotnických studií
NPK	Nemocnice Pardubického kraje, a.s.
UPCE	Univerzita Pardubice
MZČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
DNR	Do not resuscitate
PCR	Cardiopulmonary Resuscitation
ARO	Anesteziologicko resuscitační oddělení
R	Respondent
FATCOD	Frommelt attitudes toward care of the dying scale

ÚVOD

Tato bakalářská práce se věnuje problematice zkušeností studentů všeobecného ošetřovatelství se smrtí pacientů a jejich připravenosti zvládat situace spojené s péčí o umírající. Kontakt se smrtí bývá pro budoucí všeobecné sestry výrazně zatěžující a může ovlivnit nejen jejich profesní vývoj, ale také osobní duševní pohodu. Nedostatečná příprava či absence podpory při zvládání těchto situací může vést k pocitům nejistoty, stresu a psychickému vyčerpání.

Duševní zdraví zdravotnického personálu je v posledních letech stále více v centru pozornosti odborné veřejnosti. Zdravotníci jsou často vystaveni dlouhodobé psychické zátěži, která může vést k syndromu vyhoření nebo jiným formám duševního přetížení. Nejistota v praxi se pak může negativně promítat nejen do osobní pohody, ale i do kvality péče o pacienta. Z tohoto důvodu hraje vzdělávání studentů v oblasti paliativní péče a práce s umírajícími zásadní roli v jejich profesní přípravě.

Význam tohoto tématu dokládají i nedávné studie. Například výzkum společnosti InnoveMind s.r.o. (2022) v rámci projektu MEDBack 2 zjistil, že více než 70 % zdravotníků pociťuje chronické vyčerpání a téměř polovina vykazuje známky vyhoření. Významná část rovněž uvádí výskyt úzkostných, depresivních či psychosomatických obtíží (Mladí lékaři, 2023). Dále výzkum Kratochvílové, Olišarové a Tóthové (2021) poukázal na rozdíly v připravenosti studentů nelékařských zdravotnických oborů podle jejich věku, praxe a zaměření. Ačkoli mají studenti všeobecného ošetřovatelství obvykle více výukových hodin věnovaných paliativní péči než například studenti zdravotnického záchranářství, mnozí se v kontaktu s umírajícími pacienty cítí nejistě, úzkostně a často uvádějí obavy z komunikace s pacienty i jejich rodinami.

Cílem této práce je prozkoumat zkušenosti studentů všeobecného ošetřovatelství se smrtí a umíráním, posoudit jejich připravenost na tyto situace a zjistit, jaké strategie využívají ke zvládání emoční zátěže.

Struktura práce je rozdělena do dvou hlavních částí. Teoretická část se zaměřuje na pojetí smrti a umírání, základní principy paliativní péče, kompetence sester při péči o umírající pacienty a psychosociální dopady těchto situací na zdravotnický personál. Dále se věnuje otázkám stresu, syndromu vyhoření a významu duševní hygieny u studentů. Výzkumná část analyzuje zkušenosti studentů získané prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů, které se zaměřují na jejich připravenost čelit smrti pacienta a na podpůrné strategie, jež využívají.

1 CÍLE A METODY PRÁCE

Smrt pacienta je neoddělitelnou součástí práce zdravotníků, a přesto zůstává pro mnohé studenty ošetřovatelství jedním z nejnáročnějších aspektů odborné praxe. První kontakt se smrtí může být silně emoční a významně ovlivnit postoj studenta k budoucí profesi. Tato kapitola představuje cíle práce a metody, které byly zvoleny k prozkoumání těchto zkušeností a souvisejících faktorů.

1.1 Cíl práce

Hlavním cílem této bakalářské práce je analyzovat zkušenosti studentů třetího ročníku oboru všeobecné ošetřovatelství se smrtí a procesem umírání v rámci odborné praxe. Pozornost je zaměřena především na oblasti, ve kterých studenti pociťují nejistotu, stres či emoční zátěž, a naopak na situace, ve kterých se cítí jistě a připraveně. Práce se rovněž snaží porozumět faktorům, které ovlivňují tyto pocity, a zhodnotit roli teoretické i praktické výuky při utváření připravenosti studentů na péči o umírající.

Dílčí cíle:

- Zmapovat zkušenosti studentů se smrtí a umíráním během odborné praxe.
- Identifikovat faktory, které u studentů vyvolávají pocity nejistoty a jistoty při péči o umírající.
- Analyzovat emoční reakce studentů při setkání se smrtí pacienta.
- Zhodnotit, jaké strategie studenti využívají při zvládání stresových situací spojených s péčí o umírající.
- Posoudit přínos teoretické výuky a praktického výcviku v přípravě studentů na zvládání těchto situací.
- Zhodnotit dostupnost a význam podpory (např. psychologické, pedagogické) při zpracování těchto zkušeností.

1.2 Metody k dosažení cíle

Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou (výzkumnou) část.

Teoretická část se zaměřuje na odborné vymezení pojmů a souvislostí spojených se smrtí, umíráním a péčí o pacienty v terminálním stádiu. Jsou zde představeny biologické, klinické a medicínské aspekty smrti, včetně pojmů biologická, klinická a mozková smrt. Popsán je proces umírání a jeho fáze (pre finem, in finem, post finem), a také specifika paliativní péče – její principy, cíle a eticko-právní souvislosti, včetně konceptu „Do Not Resuscitate“ (DNR).

Další část teoretického základu je věnována úloze všeobecné sestry v kontextu úmrtí pacienta – od komunikace s pacientem a jeho rodinou až po konkrétní postupy po smrti. Zvláštní důraz je kladen na psychickou a emoční zátěž, které jsou zdravotníci a studenti během těchto situací vystaveni. Práce se zabývá problematikou stresu, syndromem vyhoření a významem duševní hygieny jako preventivního nástroje v péči o duševní zdraví pracovníků ve zdravotnictví.

Tyto poznatky tvoří teoretický rámec, který pomáhá porozumět zkušenostem studentů analyzovaným v praktické části a slouží jako východisko pro formulaci výzkumných otázek.

Praktická část využívá kvalitativní výzkumný přístup formou polostrukturovaných rozhovorů s cílovou skupinou – studentkami třetího ročníku oboru všeobecného ošetřovatelství. Tato skupina byla zvolena záměrně, jelikož studenti v tomto ročníku již absolvovali opakovanou odbornou praxi a měli možnost setkat se s pacienty v terminálním stadiu, případně i s úmrtím.Rozhovory sloužily k hlubšímu pochopení toho, jak studenti vnímají tyto zkušenosti, jaké situace pro ně byly emočně nejnáročnější, v jakých aspektech se cítili připraveni a nepřipraveni a jakou podporu v těchto chvílích měli k dispozici. Polostrukturovaný formát rozhovoru umožnil přirozený průběh konverzace, přičemž otázky byly flexibilně přizpůsobovány výpovědím respondentek. Každý rozhovor byl veden individuálně formou telefonického hovoru, v klidném a nerušeném prostředí, a s předchozím souhlasem byl nahráván. Podrobné informace o výzkumném vzorku, způsobu výběru respondentů, sběru dat i analýze jsou uvedeny vkapitole 7- Metodika výzkumné části.

TEORETICKÁ ČÁST

Teoretická část práce slouží jako východisko pro pochopení klíčových pojmů a souvislostí spojených se smrtí, procesem umírání a péčí o pacienty v terminálním stadiu. Jejím cílem je nabídnout odborný rámec, který umožní hlubší porozumění zkušenostem studentů všeobecného ošetřovatelství s těmito situacemi. Pozornost je věnována nejen biologickému a medicínskému vymezení smrti, ale i etickým, psychologickým a sociálním aspektům, které se s touto problematikou neodmyslitelně pojí. Součástí teoretického ukotvení je také reflexe emoční zátěže, stresu a potřebné podpory, které mohou hrát zásadní roli v profesním i osobním rozvoji budoucích zdravotníků.

2 SMRT

Strach ze smrti zůstává univerzálním, i když se může zdát, že jsme na mnoha úrovních dosáhli jeho pochopení či zvládnutí. Smrt je stále vnímána jako děsivá a obtížně přijatelná událost.(Kübler-Ross, 2015, s.14) Měli bychom se zaměřit na to, aby současný nemocniční personál byl dostatečně připraven na péči o umírající pacienty, místo toho, abychom hledali nové specialisty pro tento obor. (Kübler-Ross, 2015, s. 31)

2.1 Definice smrti

Různé definice smrti vycházejí z odlišných přístupů a oblastí zkoumání. Smrt lze chápat například jako klinickou, biologickou nebo mozkovou, případně se rozlišuje i podle dalších kritérií, jako jsou fyzické, psychické a sociální aspekty. Každý z těchto přístupů klade důraz na jiné znaky a projevy procesu umírání, což odráží rozdílné potřeby a priority jednotlivých oborů, včetně medicíny, etiky a práva.

Například Špatenková ve své knize O posledních věcech člověka popisujebiologickou smrt jako finální fázi života, charakterizovanou ukončením všech životních funkcí, a to i na buněčné úrovni. Výsledkem tohoto stavu jsou mrtvolné změny, které jsou označovány také jako jasné známky smrti. (Špatenková, 2014, s.34)

Tomuto stavu však může předcházet smrt sociální, která nastává v situaci, kdy je jedinec vnímán svým okolím jako mrtvý dříve, než k jeho smrti skutečně dojde. Tato situace může nastat například při dlouhodobé institucionalizaci. (Špatenková, 2014, s.34)Pojem sociální smrt se používá také v případě, kdy je zajištěn krevní oběh a dýchání, ale části mozku odpovědné za komunikaci a myšlení jsou poškozené. Tento stav bývá někdy označován jako

vigilní kóma. (Velký lékařský slovník, b.r.) I přes různorodost pohledů na toto téma je v České republice definice smrti z lékařského hlediska pevně stanovena již od roku 2002.

„*Dle zákona č. 285/2002 Sb. se smrt zjišťuje prokázáním nezvratné zástavy krevního oběhu nebo nezvratné ztráty funkce celého mozku, včetně mozkového kmene, v případech, kdy jsou funkce dýchání nebo krevního oběhu udržovány uměle*." (Zákony pro lidi, 2002)

2.2 Biologická smrt

Biologická smrt je nezvratný stav, můžeme také říci, že se jedná o definitivní smrt. Tento stav je ireverzibilní, žádné obnovení základních životních funkcí tedy již není možné.

Obecně přijímanou biologickou definicí smrti platnou pro vyšší živočichy včetně savců a samozřejmě i člověka je identifikace smrti s nevratnou zástavou životních funkcí organismu jako celku. Tato definice, označovaná za organistickou definici.(o posledních věcech člověka, s 54-55) Je to stav, kdy organismus trvale ztrácí schopnost vykonávat životní funkce, což zahrnuje nevratné selhání systémů potřebných k udržení života. Tento stav nastává, když už tělo nemůže obnovit základní fyziologické procesy, které jsou nezbytné pro homeostázu, což vede k postupnému rozpadu tkání a nefunkčnosti orgánů. (Sociologická encyklopedie, 2023) Tento stav je ireverzibilní, žádné obnovení základních životních funkcí tedy již není možné.

2.3 Klinická smrt

Dřívějším přístupem ke stanovení smrti bylo určení na základě zastavení dechu a krevního oběhu. Tento přístup, označovaný jako kardiopulmonální standard, je však z pohledu moderní medicíny obtížně použitelný. Hlavním důvodem je možnost obnovení životních funkcí nebo jejich podpory pomocí lékařských přístrojů. (Jabůrek, 2018) Na tento problém navazuje Šeblová která vysvětluje koncept klinické smrti takto: „Klinická smrt je zvratné stadium umírání charakterizované náhlou zástavou oběhu a dýchání při dosud reverzibilním selhání funkce mozku. Často používaný termín je kritický stav. Nejlepší definicí kritického stavu je zřejmě nastupující selhávání základních životních funkcí vyžadující intenzivní péči." (Šeblová, 2013, st.109) Hlavním rozdílem mezi klinickou a biologickou smrtí je tedy skutečnost, že v případě biologické smrti je obnova života nemožná, protože tělesné tkáně a orgány jsou již trvale poškozeny.

2.4 Mozková smrt

„*Definicí smrti mozku se rozumí nevratná ztráta funkce celého mozku, včetně mozkového kmene, a to i v případech, kdy jsou funkce dýchání nebo krevního oběhu uměle udržovány. O*

smrti mozku uvažujeme v případě, kdy není diagnostická pochybnost o původu strukturálního poškození mozku a jeho nevratnosti a hluboké bezvědomí není při vyšetření způsobeno intoxikací, účinky léčiv s tlumivým a relaxačním působením, metabolickým a endokrinním rozvratem nebo primárním podchlazením nemocného."(Křivková, 2022)

Tento přístup však nebere v úvahu specifické situace, kdy je funkční pouze velmi malá část mozku.

Otázka, která část mozku musí přestat fungovat, aby byla diagnostikována smrt, je jedním z hlavních problémů definice mozkové smrti. Nejčastěji přijímaná definice se zaměřuje na nefunkčnost celého mozku. Alternativní přístupy však definují smrt jako nevratnou ztrátu funkce vyšších částí mozku, které jsou spojeny s vědomím, a tím smrt interpretují jako definitivní zánik vědomí. (Jabůrek, 2018)Podle tohoto tvrzení je tedy možné konstatovat že úplný zánik vědomí se rovná smrti. Huang ve své práciThe Organism as a Whole in an Analysis of Death zmiňuje skutečnost že I když jsou zákony v USA ohledně možnosti lékařů prohlásit smrt na základě mozkové smrti celkem sjednocené, odborná komunita stále diskutuje o tom, zda je mozková smrt skutečně rovna konečné smrti člověka. (Huang,2019) Tato otázka je diskutována i ve spojení stématy dárcovství orgánů.

3 UMÍRÁNÍ

Pokud smrt chápeme jako konečný a nevratný stav, umírání je proces, který nevyhnutelně dříve či později k tomuto stavu směřuje.

Umírání představuje přechodový proces mezi životem a smrtí, jehož přesné fáze a vymezení je obtížné definovat. Nejedná se o volbu jedince; proces nastává přirozeně, někdy náhle a nepředvídaně, jindy jako očekávaný důsledek postupující nemoci. (Kupka, 2014, s. 49)

3.1 Fáze umírání

Smrt a umírání jsou nedílnou součástí života, přičemž medicína rozlišuje různé fáze tohoto procesu pro lepší porozumění fyziologickým změnám vedoucím ke smrti.

Umírání je proces, který může trvat různě dlouhé časové období, a jeho výsledkem je smrt jedince. (Haškovcová, 1998, s. 369) Kelnarová ve své knize Thanatologie v ošetřovatelství definuje umírání takto: „Umírání jeproces, který vede ke smrti jedince. V lékařské terminologii označujeme umíráním terminální stav, při kterém dochází k postupnému a nevratnému selhávání vitálních funkcí a orgánů s důsledkem smrti. (Kelnarová, 2007, s.112) Tento proces je možné dále rozdělit do jednotlivých fází, které jsou známy jako *pre finem* (stav před smrtí), *in finem* (stav v průběhu smrti) a *post finem* (stav po smrti). Každá z těchto fází reflektuje různé etapy zhoršování zdravotního stavu a fyziologických funkcí, ve kterých se umírající člověk může nacházet.

3.1.1 Pre finem

V tomto období tedy období před vlastním umíráním je umírající člověk vystaven nevyhnutelnému sdělení diagnózy. (Špatenková, 2014)Sdělení o diagnóze neslučitelné se životem lze považovat za počátek procesu umírání, neboť v tomto okamžiku je nadcházející smrt pacienta téměř nevyhnutelná.

Při umírání dochází k postupnému útlumu funkcí nervového, oběhového, dýchacího a svalového systému. Tento proces může probíhat velmi individuálně, přičemž jeho délka se může v některých případech prodloužit až na několik týdnů. Intenzita příznaků umírání se u různých jedinců liší, avšak jejich vyšší počet zpravidla naznačuje větší pravděpodobnost, že smrt nastane.(Shega, 2023)Člověk ztrácí zájem o jídlo a tekutiny, polykání je obtížné. Dýchání se stává nepravidelným, slabým, s pauzami a zvukovými fenomény. Srdeční tep může být nepravidelný. Objevuje se úzkost, neklid, případně útlum vědomí. Moč je tmavá, v

malém množství, nebo zcela chybí. Tělo chladne, zejména končetiny fialově zbarvují. Nemocný ztrácí kontrolu nad vyprazdňováním střev a močového měchýře. (Mrázek, 2021)

3.1.2 In finem

Toto období můžeme označit jako fázi vlastního umírání. Ta může trvat od několika minut do několika dnů. Délka této fáze se odvíjí od toho, který orgán byl poškozen, jak velká byla míra jeho poškození a také na dalších faktorech, jako je věk a náhlost poškození orgánu.

Mezi charakteristické příznaky této fáze patří vyčerpání a pokles energetických rezerv, ztráta chuti k jídlu a žízni, obtíže při polykání a snížená produkce slin. Dále se objevuje ztráta kontroly nad močením, později i nad vylučováním stolice, a zpomaluje se i pohyb střevního obsahu. (Edmonds, 2024)

Období umírání je také charakterizováno poruchami dýchání, jako jsou apnoické pauzy, klesajícím krevním tlakem a výskytem facies Hippocratica, což je stav, kdy dochází ke špičatění nosu a obličeje. Tyto příznaky jsou součástí předsmrtné fáze, kdy tělo postupně selhává.(Knapová, 2019)

Na tyto příznaky dále navazuje stádium známé jako agonie, které je charakteristické selháváním životních funkcí, termín agónie, definuje poslední okamžiky existence živého organismu před setkáním se smrtí. (Galantin et al., 2019)

Následuje klinická smrt, při níž dochází k zástavě dechu a srdeční činnosti. Poslední fází je biologická smrt, ke které dochází po odumření všech systémů těla, včetně buněčných struktur.

3.1.3 Post finem

Období post finem zahrnuje jak péči o zemřelého, tak i péči o pozůstalé.

Tento proces je provázen posmrtnými změnami, které postihují celý organismus. Tyto změny lze rozdělit do několika kategorii podle orgánů, které jsou postiženy.

Pro lepší přehled o jednotlivých posmrtných změnách jsem připravila přehlednou tabulku(viz. tabulka 1)

Tabulka 1:Posmrtné změny

Oblast	**Změna**	**Popis**
Kůže a sliznice	Posmrtné skvrny (livores mortis)	Vznikají přibližně 20 minut po smrti ostrůvkovitě na nejnižších částech těla. Po 1–2 hodinách začínají splývat, plně se vyvinou za 6 hodin. V počátečních fázích jsou vytlačitelné,později fixované. V místech kontaktu s podložkou se netvoří. Pokud je tělo přesunuto v prvních hodinách, skvrny se relokalizují, po fixaci již zůstávají neměnné.
	Zasychání sliznic	Dochází k dehydrataci exponovaných sliznic, nejdříve na spojivce, kde se objevuje trojúhelníkovité zaschnutí (tzv. "Larcherovy skvrny"). Zkalení rohovky nastává bez ohledu na to, zda je oko zavřené nebo otevřené.
	Posmrtná hniloba (putrefactio)	Rozvoj hniloby začíná kolem pupku 3.–5. den po smrti.. Dochází k prosáknutí kůže hnilobnými tekutinami, tvorbě puchýřů s nazelenalou tekutinou, které praskají. Asi po 14 dnech dochází k odlučování kůže, nehtů a vlasů. Plyny nadouvají tělo, výrazné je zvětšení šourku a penisu u mužů. Po 6 měsících zůstávají převážně vazivové tkáně.
Svaly a ztuhlost	Posmrtná ztuhlost (rigor mortis)	Nastupuje 2–4 hodiny po smrti, začíná na žvýkacích svalech, postupuje na obličejové, šíjové a končetinové svaly. Úplná ztuhlost se vyvine za 6–8 hodin a přetrvává několik hodin až dní. Vyšší okolní teplota urychluje nástup a zkracuje trvání ztuhlosti, naopak chlad ji zpomaluje a prodlužuje. Ztuhlost následně mizí ve stejném pořadí, v jakém nastoupila.
Teplota těla	Chladnutí mrtvoly (algor mortis)	Periferní části (obličej, ruce, nohy) chladnou nejdříve, následně paže, stehna a trup. Teplota těla klesá přibližně o 1 °C za hodinu v prvních 3–4 hodinách po smrti. Nejdelší uchování tepla je v oblasti ledvin.

Teplota těla	Teplotní pokles	Centrální orgány udržují teplotu déle, zejména v játrech a ledvinách. Faktory ovlivňující rychlost chladnutí zahrnují okolní teplotu, oblečení a tělesnou hmotnost.
Oči	Tonelliho příznak	Při tlaku na oční bulbus dochází k nestejnoměrné deformaci zornic, což je časný příznak smrti, objevující se již několik minut po úmrtí. Tento příznak je přítomen přibližně po dobu 2 hodin, s výjimkou případů utonutí, oběšení nebo glaukomu.

Zdroj: vlastnízpracování dle(VITAE Školení, b.r.)

4 PALIATIVNI PÉČE

„Pacient má při poskytování zdravotních služeb dále právo na úctu, důstojné zacházení, na ohleduplnost a respektování soukromí při poskytování zdravotních služeb v souladu s charakterem poskytovaných zdravotních služeb“(Zákony pro lidi, 2002).

Světová zdravotnická organizace definuje paliativní péči jako „přístup, který usiluje o zlepšení kvality života pacientů a rodin, kteří čelí problémům spojeným s život ohrožujícím onemocněním, a to prostřednictvím prevence a zmírňování utrpení, včasným rozpoznáním a náležitým zhodnocením a léčbou bolesti a dalších problémů fyzických, psychosociálních i duchovních.“ (Světová zdravotnická organizace, 2002)

Paliativní péče se zaměřuje na zmírnění bolesti a dalších obtíží spojených s život ohrožujícími nemocemi, přičemž klade důraz na to, že umírání je součástí přirozeného cyklu života. Tento přístup chápe smrt jako proces, který každý jedinec prožívá jinak, s ohledem na fyzické, psychické, sociální, duchovní a kulturní faktory. Paliativní péče nesnaží záměrně urychlit ani zpomalit smrt, ale soustředí se na podporu pacientů až do posledních okamžiků jejich života, a to v souladu s jejich přáními, potřebami a hodnotami.

Tato péče nezahrnuje jen samotného pacienta, ale také jeho rodinu a blízké, kterým poskytuje pomoc při zvládání složitých emocí a zármutku, a to jak během nemoci, tak i po smrti pacienta. Paliativní péče vychází z týmové spolupráce odborníků různých profesí, včetně lékařů, sester, psychologů, sociálních pracovníků a spirituálních poradců, kteří společně pracují na dosažení co nejlepší kvality života pro pacienty. Cílem je nejen zlepšit fyzickou pohodu, ale i ovlivnit psychické a emocionální aspekty onemocnění. (Sláma a Vafková, 2020)

Ošetřovatelská péče o pacienty v terminálním stádiu se soustředí na vytvoření klidného a pohodlného prostředí, zahrnujícího polohovatelné lůžko a soukromí během úkonů. Důležitá je podpora přítomnosti rodiny a otevřená komunikace mezi pacientem, rodinou a personálem. Péče zahrnuje sledování fyziologických funkcí, podávání léků a zajištění výživy a hydratace, přičemž pacient by neměl trpět bolestí ani nadměrnými zásahy. Jakékoliv problémy je třeba okamžitě hlásit lékaři. Po určení smrti lékař informuje rodinu a vyplní dokumentaci. (Knapová, 2019)

4.1 Do not resuscitate

Příkaz „Neresuscitovat“ (DNR) představuje rozhodnutí, které zabraňuje provádění kardiopulmonální resuscitace (CPR) v případě selhání srdce nebo dýchání pacienta. Toto opatření je zaváděno na základě přání samotného pacienta či jeho oprávněného zástupce a nachází své uplatnění především u osob s nevyléčitelnými nemocemi nebo v terminálním stádiu života. (MedlinePlus, 2024)Rozhodnutí neprovádět kardiopulmonální resuscitaci (DNR) u pacientů v terminálním stádiu onkologického onemocnění představuje závažné etické dilema. Zdravotníci se musí vyrovnat s otázkou, zda je vhodnější usilovat o prodloužení života pacienta, nebo se zaměřit na zmírnění jeho utrpení a respektování jeho vůle. Toto rozhodování vyžaduje citlivé zohlednění pacientových přání, kvality života a etických principů lékařské péče. (Jedličková, 2023)

5 KOMPETENCE VŠEOBECNÉ SESTRY PŘI ÚMRTÍ PACIENTA

V minulosti byla smrt vnímána jako přirozená součást života, odehrávající se v domácím prostředí. Ve 20. století se však tento proces přesunul do zdravotnických a sociálních zařízení, kde se z něj stala převážně medicínská záležitost. Péče, kterou dříve zajišťovala rodina umírajícího, byla postupně svěřována anonymnímu nemocničnímu personálu.(Kisvetrová, 2018, s.29,28)Tento posun proměnil nejen způsob, jakým je smrt vnímána, ale také roli zdravotnického personálu. Zatímco dříve rodina zajišťovala fyzickou i emocionální péči o umírajícího, v moderním zdravotnictví převzali tuto odpovědnost především všeobecné a praktické sestry. Tím došlo k institucionalizaci péče o umírající a zemřelé, což klade důraz na profesionalitu a dodržování stanovených postupů.

Praktická i všeobecná sestra má dle MZČR „Kompetence poskytovat a zajišťovat psychickou podporu umírajícím a jejich blízkým a po stanovení smrti lékařem zajišťovat péči o tělo zemřelého a činnosti spojené s úmrtím pacienta“ (Zákony pro lidi,2011)Mezi kompetence setry tedy řadíme hygienickou péči o mrtvé tělo, označení těla zemřelého, předání pozůstalosti a zaznamenání všech provedených úkonů do zdravotnické dokumentace.

Dle metodického doporučení MZČR a ministerstva pro místní rozvoj, je zdravotnický personál povinen dodržovat zásady které zajišťují ochranu těla zemřelého, s důrazem na minimální invazivitu a zajištění hygienických standardů. Mezi doporučené postupy patří zakrytí těla.Pokud není nařízena pitva, pracovník je povinen provést nezbytné úkony, jako je odstranění všech zavedených zdravotnických pomůcek (katétry, kanyly, sondy) a řádné ošetření otevřených ran, včetně výměny krytí. Je také nutné zajistit správnou hygienu těla, umýt znečištěná místa a upravit vlasy, přičemž je důležité dodržet teplotní limity vody (do 37 °C) a zakrýt ohanbí.Po umístění těla na lůžko je důležité zajistit správnou polohu těla (vodorovně) a zavřít oči, přičemž v případě potřeby použít tampony nebo jiná opatření, aby víčka zůstala zavřená. Tělo je následně označeno dle pravidel zařízení a je umožněno pozůstalým se rozloučit, pokud je to možné. Po odvozu těla následuje vyvětrání místnosti a dezinfekce všech použitých pomůcek, přičemž všechny kroky jsou pečlivě dokumentovány v souladu s požadavky na evidenci.(Metodické doporučenízacházení s tělem zemřelého ve zdravotnictví, 2023)

Šperky a další osobní věci jsou evidovány a předávány rodině na základě písemného potvrzení, s výjimkou cenností nad tisíc korun, které přebírá sociální pracovník. V případě

zemřelých z institucí (např. domovů pro seniory) je nutné informovat vedení zařízení. Veškeré úkony jsou zaznamenány v ošetřovatelské dokumentaci (Knapová, 2019)

6 PSYCHOSOCIÁLNÍ DOPADY PALIATIVNÍ PÉČE NA PEČUJÍCÍHO

Péče o umírající pacienty v nemocnicích a zařízeních dlouhodobé péče klade vysoké nároky na zdravotní personál, který často nemá dostatečné zkušenosti a vzdělání v oblasti paliativní péče. Důležitou roli v této péči hrají komunikační a psychosociální dovednosti, jejichž nedostatek ovlivňuje kvalitu poskytované péče a zvyšuje psychickou zátěž sester.

Kvantitativní studie provedená v letech 2007–2008 ve 14 zařízeních dlouhodobé péče a domovech pro seniory v šesti krajích ČR zahrnovala vzorek 153 sester. Výsledky ukázaly, že největšími výzvami v péči o pacienty v závěru života jsou úzkost pacientů, obtížná komunikace s rodinou, psychická zátěž, nedostatek zkušeností a zvládání fyzických projevů umírání. Problematiku navíc významně ovlivňoval i nedostatek psychosociálních kompetencí, které jsou nezbytné pro efektivní komunikaci a zvládání emočně náročných situací. Zjištění poukazují na potřebu systematického vzdělávání sester a posílení podpory v oblasti paliativní péče, zejména v rozvoji psychosociálních dovedností. (Kisvetrová, s.31, 2018)

Společnost InnoveMind s.r.o. v roce 2022 provedla v rámci projektu MEDBack 2 rozsáhlý průzkum zaměřený na duševní pohodu zdravotnických pracovníků v České republice. Výsledky tohoto průzkumu nejsou příliš optimistické – ukázalo se, že narušení duševního zdraví postihuje více než pětinu zdravotníků. Více než 70 % z nich uvedlo, že se v uplynulém roce cítilo vyčerpaně, přičemž 46,2 % zažilo pocity vyhoření. Přibližně třetina zdravotníků se potýká s úzkostnými poruchami, zatímco depresemi trpí 28 %. Psychosomatické potíže jsou hlášeny u 37 % pracovníků, 17 % jich trpí posttraumatickou stresovou poruchou a 20 % se uchyluje k nadměrné konzumaci alkoholu, léků nebo jiných návykových látek. Tato zjištění podtrhují naléhavou potřebu systematické podpory duševního zdraví mezi zdravotnickým personálem.(Mladí lékaři, 2023)

Obě studie potvrzují, že duševní zdraví zdravotnického personálu je klíčové pro kvalitu péče i jejich osobní pohodu. Zatímco studie Kisvetrové (2018) zdůrazňuje potřebu vzdělávání v paliativní péči, studie InnoveMind (2022) poukazuje na vysokou míru vyčerpání a psychických obtíží u zdravotníků. Společným závěrem je nutnost systematické podpory

zaměřené na rozvoj odborných i psychosociálních dovedností a implementaci opatření, která by pomohla snížit pracovní stres a zlepšit duševní pohodu zdravotníků.

6.1 Stres u studentů

Studenti ošetřovatelství při péči o pacienty čelí výraznému stresu, který je způsoben různými faktory.

Průzkum projektu KULTIMED ukázal, že studenti zdravotnických oborů, ať už lékařských či nelékařských, vnímají své studium jako velmi smysluplné. (Aktuálně.cz, 2024)Přesto však zdravotnické obory vykazují i nejvyšší míru negativních zkušeností, protože více než polovina studentů pravidelně zažívá stres, úzkost a nervozitu související se studiem. (Aktuálně.cz, 2024)

V ČR byla provedena studie, která sledovala zdroje, úroveň a vývoj stresu u studentů ošetřovatelství. Během tří let studia byl hlavním zdrojem stresu u studentů nedostatek znalostí a dovedností, přičemž nejvyšší úroveň stresu byla zaznamenána v prvním ročníku. V následujících letech došlo k poklesu stresu, avšak ve třetím ročníku během covidové pandemie studenti opět pociťovali jeho nárůst, zejména kvůli pracovní zátěži, péči o pacienty a náročnosti klinického prostředí.Nejčastěji studenti zažívali emocionální stres, zatímco fyzické projevy byly méně časté. Studenti nejčastěji zvládali stres řešením problémů, přičemž tato strategie zůstala konzistentní po celé studium. Strategie vyhýbání se byla využívána především v prvním ročníku, následně její používání klesalo. Největší rozdíly v přístupu ke zvládání stresu byly mezi prvním a třetím ročníkem.Výsledky studie poukazují na potřebu zlepšení přípravy studentů a poskytnutí efektivní podpory v oblasti zvládání stresových situací během studia.(Mazalová, Gurková a Štureková, 2022)

Ondřejová ve své práci zaměřené na potřeby studentů ošetřovatelství při péči o umírající pacienty identifikovala několik klíčových oblastí, které studenti vnímají jako největší zdroje stresu.

- Nedostatečné znalosti o smrti a umírání
- Obtížná komunikace s umírajícím na téma smrti
- Strach ze selhání v poskytované péči
- Povinnost pečovat o pacienta až do jeho posledních okamžiků
- Emočně náročné situace, jako je pláč pacienta
- Nutnost sdělovat pravdivé informace o zdravotním stavu pacienta

- Nepřipravenost na komunikaci s rodinou pacienta (Ondřejová, 2019)

6.2 Burn-out syndrom

Burn-out syndrom neboli syndrom vyhoření je stav celkového vyčerpání, který vzniká v důsledku dlouhodobého stresu a obtížných situací. Má negativní dopad nejen na pracovní prostředí, ale i na sociální a fyzické zdraví člověka, což může vést až k dlouhodobé pracovní neschopnosti. Nejvíce ohroženi jsou pracovníci v pomáhajících profesích, jako jsou zdravotníci, sociální pracovníci nebo personál v onkologické péči.(Bullová, 2024)

Syndrom vyhoření postihuje i vysokoškolské studenty, kteří čelí vysokým nárokům a širokému spektru možností pro svou budoucnost. Podle definice Davida Ballarda z Americké psychologické asociace jde o dlouhodobý stav vyčerpání a nezájmu, který negativně ovlivňuje výkon. Hlavním rozdílem mezi stresem a vyhořením je to, že zatímco stres může u některých jedinců zlepšit výkon, syndrom vyhoření vede k jeho poklesu. Mezi typické projevy syndromu u studentů patří chronická únava, ztráta motivace, frustrace, zhoršení studijních výsledků, obtíže se soustředěním a pocit odcizení od okolí.(Vysoké školy, 2024)

Také často postihuje mladé lidi, kteří jsou zpočátku nadšení. Projevuje se v psychické, fyzické i sociální rovině. Mezi psychické příznaky patří ztráta nadšení, negativní postoj k práci i sobě samému, pocity bezmoci, úzkosti a poruchy soustředění. Fyzicky se vyhoření projevuje silnou únavou, nespavostí, nechutenstvím a zdravotními problémy, jako jsou vysoký krevní tlak nebo potíže se srdcem a zažíváním. V oblasti mezilidských vztahů dochází k omezení kontaktu s lidmi, lhostejnosti a cynismu. Pracovní výkon se snižuje a přibývají konflikty v osobním životě. (Kubešová, 2019)

6.3 Duševní hygiena

Duševní zdraví lze chránit a udržovat prostřednictvím duševní hygieny a péče o sebe sama. Tato péče zahrnuje podporu emocionální, psychické a sociální pohody, přičemž její podoba se u každého jedince může lišit a obsahovat různé aktivity. Nedílnou součástí duševní hygieny je i zdravý životní styl, který přispívá k celkové pohodě. Kvalitní duševní zdraví pozitivně ovlivňuje i fyzickou kondici a může pomoci předcházet vážným onemocněním.

Různé faktory, jako stres, náročné životní situace, pracovní nebo školní problémy a rodinné obtíže, mohou negativně ovlivnit duševní zdraví. Kromě vnějších vlivů hrají roli také individuální osobnostní rysy. Dlouhodobé narušení duševní rovnováhy může vést k rozvoji psychických onemocnění, která se projevují změnami v myšlení, emocích a chování. (Státní zdravotní ústav, b.r.)

Psychohygiena kombinuje tradiční metody s moderními poznatky v péči o duševní zdraví. Mezi klíčové zásady patří:

- **Dostatečný spánek a odpočinek** – Kvalitní spánek podporuje regeneraci těla i mysli, zlepšuje koncentraci a snižuje stres.
- **Pravidelný pohyb** – Jakákoli fyzická aktivita uvolňuje endorfiny, pomáhá zvládat úzkost a zlepšuje náladu.
- **Mindfulness a meditace** – Pomáhají soustředit se na přítomný okamžik a snižovat psychickou zátěž.
- **Vyvážená strava** – Strava bohatá na vitamíny a živiny pozitivně ovlivňuje duševní pohodu i kognitivní funkce.
- **Efektivní organizace času** – Správné plánování pomáhá předcházet stresu z pracovního přetížení.
- **Sociální podpora** – Kvalitní mezilidské vztahy posilují psychickou stabilitu a bojují proti pocitu osamělosti.
- **Digitální detox** – Omezení času stráveného online pomáhá snížit stres a zlepšit kvalitu spánku.
- **Sebereflexe a práce s emocemi** – Rozpoznávání vlastních emocí a jejich zpracování přispívá k psychické rovnováze.
- **Odborná pomoc** – Konzultace s psychologem nebo terapeutem může být klíčová při zvládání duševních problémů.
- **Kreativní činnosti** – Umělecké a tvůrčí aktivity napomáhají redukci stresu a podpoře duševního zdraví. (MOJE AMBULANCE a.s., 2024)

PRAKTICKÁ ČÁST

Praktická část se zaměřuje na analýzu zkušeností studentů třetího ročníku oboru všeobecná sestra se smrtí pacientů a jejich zvládání této náročné situace. Smrt je neoddělitelnou součástí práce zdravotníků, avšak její emoční dopad a způsob, jakým se na ni jednotlivci připravují a jak ji zpracovávají, se liší. Cílem této části je identifikovat klíčové oblasti, ve kterých respondenti pociťují nejistotu, stres či potřebu podpory, a zároveň popsat strategie, které jim pomáhají zvládat emoční náročnost těchto situací.

Na základě kvalitativní analýzy rozhovorů se budu věnovat několika klíčovým oblastem. Zaměřím se na to, jak jsou studenti připravováni na setkání se smrtí již během studia, jaké byly jejich první zkušenosti s umírajícími pacienty a jaký emoční dopad na ně tato zkušenost měla. Dále se budu zabývat tématem komunikace s umírajícími pacienty a jejich rodinami, která byla respondenty často vnímána jako problematická a stresující. Další oblastí je profesionální přístup k péči o umírajícího a etická dilemata, se kterými se zdravotníci v těchto situacích setkávají. V neposlední řadě se budu věnovat i strategiím zvládání stresu a psychické podpory, která je v těchto situacích klíčová.

Praktická část této práce je založena na analýze rozhovorů, ve kterých respondenti sdílejí své osobní zkušenosti, obavy a způsoby, jakými se vyrovnávají s emoční zátěží spojenou se smrtí pacientů. Výsledky této analýzy mohou přispět k lepšímu pochopení potřeb studentů v této oblasti a případně i k návrhům na zlepšení výuky a podpory, které by jim pomohly lépe zvládat tyto situace v jejich profesním životě.

7 METODIKA VÝZKUMNÉ ČÁSTI

Cílem výzkumné části je analyzovat zkušenosti studentů všeobecného ošetřovatelství se setkáním se smrtí, jejich přípravu na tuto situaci, emoční dopady a strategie zvládání na základě kvalitativní analýzy rozhovorů s respondenty.

7.1 Výzkumné otázky

Výzkum si klade za cíl odpovědět na následující otázky:

Jaké mají studenti třetího ročníku oboru všeobecného ošetřovatelství zkušenosti se setkáním se smrtí pacienta?

Jakým způsobem jsou během studia a odborné praxe připravováni na péči o umírající pacienty?

Jaké strategie využívají k zvládání emočního dopadu těchto situací?

7.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvoří studenti třetího ročníku oboru všeobecného ošetřovatelství, kteří mají přímou zkušenost s péčí o umírající pacienty a s péčí o zemřelé. Výběr respondentů probíhal metodousnowball(Abreu, 2023), byl tedy cílený a každý respondent měl osobní zkušenost s touto specifickou součástí profesní praxe.

7.3 Kritéria výběru

Výzkumný soubor tvoří 8 respondentů – studentů třetího ročníku oboru všeobecného ošetřovatelství, které mají přímou zkušenost s péčí o umírající pacienty nebo o pacienty, kteří zemřeli, a to v rámci své praxe nebo pracovní činnosti. Respondenti jsou ve věkovém rozmezí 21 až 23 let. Většina z nich absolvovala střední zdravotnickou školu, dva studenti dokončili zdravotnické lyceum a jeden gymnázium. Všichni respondenti v době rozhovoru pracovaly jakopraktické sestry ve zdravotnických zařízeních, přičemž jeden z respondentů pracoval jako pracovník v sociálních službách. Výběr respondentů byl realizován metodou snowball, přičemž první respondenti doporučili další účastníky, což vedlo k získání cíleného vzorku splňujícího stanovená kritéria. Složení výzkumného souboru reflektuje i genderovou strukturu daného ročníku, v němž převažují ženy.

Základní informace o respondentech:

Respondenti budou dále označováni pouze jako R (respondent).

R1: Studentka všeobecného ošetřovatelství, 3. ročník, 23 let, absolventka zdravotnického lycea a dvou semestrůmedicíny, 3 roky pracovala na dětském oddělení a 3 roky se závislými na alkoholu, momentálně pracuje na ARO jako praktická sestra.

R2: Studentka všeobecného ošetřovatelství, 3. ročník, 22 let, vystudovala Střední zdravotnickou školu, pracuje 4 roky v léčebně dlouhodobě nemocnýchjako praktická sestra.

R3: Studentka všeobecného ošetřovatelství, 3. ročník, 21 let, vystudovala Střední zdravotnickou školu, dříve pracovala v domově pro seniory momentálně pracuje na ARO jako praktická sestra.

R4: Studentka všeobecného ošetřovatelství, 3. ročník, 21 let, vystudovala Střední zdravotnickou školu, pracuje na interním oddělení jako praktická sestra.

R5: Studentka všeobecného ošetřovatelství, 3. ročník, 21 let, vystudovala zdravotnické lyceum, pracuje 6 let v Alzheimer centrujako pracovník v sociálních službách.

R6: Studentka všeobecného ošetřovatelství, 3. ročník, 22 let, vystudovala Střední zdravotnickou školu, pracuje 3 rokyv domově pro seniory jako praktická sestra.

R7: Studentka všeobecného ošetřovatelství, 3. ročník, 23 let, vystudovala Gymnázium, pracuje jako praktická sestra na operačních sálech.

R8: Studentka všeobecného ošetřovatelství, 3. ročník, 22 let, vystudovala Střední zdravotnickou školu, dříve pracovala jako sanitář na operačních sálech momentálně pracuje na ARO jako praktická sestra.

7.4 Metoda sběru dat

Pro účely tohoto výzkumu byla zvolena kvalitativní metoda sběru dat formou hloubkových polostrukturovaných rozhovorů. Tento přístup umožňuje detailní zkoumání osobních zkušeností, postojů a emočních reakcí respondentek na situace spojené se smrtí pacientů. Otázky pro rozhovory byly vytvořeny autorkou práce s využitím odborné literatury a tematických okruhů relevantních pro danou problematiku. Při tvorbě rozhovorového scénáře byla využita inspirace nástrojem Frommelt Attitudes Toward Care of the Dying Scale (FATCOD), který se zabývá postoji ke smrti a péči o umírající. Tento nástroj sloužil jako teoretický rámec pro formulaci některých otázek; jedna otázka byla převzata v původním

znění, ostatní byly upraveny či nově vytvořeny s ohledem na výzkumné cíle této práce (viz příloha č. 1). z důvodu časové vytíženosti respondentů byly rozhovory vedeny formou telefonního hovoru, což zajistilo flexibilitu a umožnilo respondentům pohodlně se účastnit výzkumu. Každý rozhovor trval přibližně 30-60 minut a byl nahráván se souhlasem účastníků. Struktura rozhovorů zahrnovala otevřené otázky zaměřené na zkušenosti respondentů se smrtí pacientů, jejich emoční reakce, psychickou podporu a komunikaci s pacienty. Tímto způsobem byl zajištěn dostatek prostoru pro reflexi a detailní vyjádření osobních postojů k dané problematice.

Etické aspekty výzkumu

Respondenti byli informováni o účelu výzkumu, byli informováni o anonymizaci jejich dat a udělili ústní souhlas se svou účastí a nahráváním rozhovoru. Aby byla zajištěna důvěrnost, jména respondentů a konkrétní identifikační údaje nebyly zaznamenány. Výzkum byl proveden v souladu s etickými normami kvalitativního výzkumu, zejména s důrazem na ochranu soukromí a respektování účastníků.

7.5 Metoda analýzy dat

Rozhovory byly analyzovány manuálně autorem práce pomocí otevřeného kódování na základě principů kvalitativní obsahové analýzy (Navrátilová, 2021). Tento přístup zahrnoval detailní čtení a analýzu textu každého rozhovoru. Na základě významných pasáží byly identifikovány významové jednotky, z nichž byly vytvořeny kódy reflektující hlavní témata v souladu s výzkumnými otázkami. Po přiřazení kódů jednotlivým pasážím bylo provedeno seskupení kódů do kategorií, jako jsou emoční dopady setkání se smrtí, potřeba psychické podpory a strategie zvládání stresu.

Tento manuální přístup umožnil detailní, ručně provedenou analýzu, která poskytla hloubkový pohled na zkušenosti a postoje respondentů. Kódování probíhalo induktivně,kódy byly vytvářeny na základě samotného textu rozhovorů, nikoliv předem definovaných kategorií(Navrátilová, 2021).Po seskupení kódů byla provedena interpretace dat, která vedla k identifikaci klíčových témat a závěrů. Tento proces umožnil zpracovat různé úrovně dat a vytvořit komplexní obraz o zkušenostech studentů s péčí o umírající pacienty.

8 TÉMA: VZDĚLÁNÍ A PŘÍPRAVA NA SMRT

Výuka klade velký důraz na technické aspekty péče o pacienty, což zahrnuje i manipulaci s mrtvým tělem a jeho ošetření. V rozhovorech s respondenty se opakovaně ukazuje, že tento aspekt výuky je považován za dobře zajištěný, což studentům poskytuje konkrétní praktické dovednosti potřebné pro správnou péči o mrtvé tělo. Zdravotníci se seznámili s tím, jak správně provádět potřebné technické úkony, jako je manipulace s tělem a základní hygienická opatření, což je nezbytné pro zajištění respektu k zesnulým a pro dodržení profesionálních standardů. Respondenti tuto část výuky vnímali jako přínosnou a dostatečnou pro zvládnutí praktických činností v reálné praxi.

Nicméně, ačkoli je technická příprava považována za dostatečnou, respondenti často zmiňovali, že ve výuce chybí hlubší zaměření na emocionální aspekty péče o umírající a zemřelé pacienty. Zatímco studenti jsou školeni v technických postupech, jak pečovat o mrtvé tělo, výuka ve většině případů nezahrnuje přípravu na psychické nároky a emocionální zátěž spojenou s těmito situacemi. Respondenti uvedli, že při prvním setkání s umírajícím pacientem nebo při manipulaci s mrtvým tělem se často cítili psychicky zasaženi, ale výuka je nikdy nepřipravila na to, jak správně reagovat na emocionální potřeby pacienta či rodiny, nebo jak si poradit s vlastními emocemi.

Dalším velkým problémem, na který studenti v rozhovorech často upozorňovali, byla komunikace s umírajícími pacienty. Mnozí respondenti uvedli, že byli často zaskočení a nebyli schopni adekvátně reagovat na otázky pacientů týkající se smrti nebo procesu umírání. Ve výuce chyběla praktická příprava na komunikaci s pacientem v těchto chvílích, která by zahrnovala konkrétní návody, jak reagovat na citlivé otázky.

Tento nedostatek přípravy na emoční a etické aspekty péče o umírající a zesnulé pacienty ukazuje na důležitost vyváženého přístupu ve zdravotnickém vzdělávání. I když je nezbytné, aby zdravotníci disponovali silnou technickou znalostí a dovednostmi v péči o mrtvé tělo, je stejně důležité, aby byli připraveni na to, jak v těchto situacích zachovat úctu a důstojnost, jak komunikovat s umírajícími a jejich rodinami a jak zvládat náročné emocionální reakce. Pro odpovídající péči je nutné zahrnout do výuky nejen technické postupy, ale i metody pro zajištění emocionální podpory a zvládání stresových situací, které se v rámci péče o umírající pacienty pravidelně objevují.

8.1 Kód: Výuka o smrti soustředěná na teoretické a filozofické aspekty

Výuka o smrti a umírání v rámci zdravotnického vzdělávání je klíčová, ale zároveň náročná součást přípravy zdravotníků na praktické výzvy, kterým čelí v každodenní práci. V rozhovorech respondenti často upozorňovali na to, že výuka o smrti byla převážně teoretická. Téma smrti se nejčastěji objevovalo v předmětech jako etika, filozofie nebo psychologie, kde se rozebíraly právní a etické otázky, například eutanazie, asistovaná sebevražda nebo právní aspekty smrti. Respondenti uváděli, že se o těchto tématech hodně diskutovalo a bylo to pro ně zajímavé a důležité, ale shodovaly se na tom, že tato teoretická příprava byla pro reálné setkání se smrtí zcela nedostatečná.Většina studentek uvedla, že přestože byly seznámeny s těmito teoretickými otázkami, když přišly do kontaktu s umírajícím pacientem, vůbec nevěděly, jak reagovat. Praktické situace spojené s komunikací s umírajícími a jejich rodinami, jako je například odpověď na otázky o bolesti nebo o tom, co se stane po smrti, je naprosto překvapily. Respondenti často zdůrazňovali, že jim ve škole nikdo neřekl, jak přesně by se měly v těchto chvílích chovat, jakým způsobem zvládnout negativní emoce pacientů, nebo jak reagovat na konkrétní otázky týkající se umírání.Mnozí respondenti uvedli, že ačkoliv se učili o tom, jak teoreticky přistupovat k těmto tématům, v praxi jim chyběla konkrétní příprava, jak komunikovat v konkrétních situacích.Tato situace ukazuje zásadní rozdíl mezi teoretickým poznáním a praktickými dovednostmi, které jsou pro zdravotníky nezbytné, ale které jim v rámci výuky chyběly.Zkušenosti respondentů naznačují, že výuka o smrti by měla být vyvážená a praktická, zahrnující nejen teoretické koncepty, ale i konkrétní návody a cvičení pro zvládání těchto citlivých a náročných situací. Zdravotnická příprava by měla zahrnovat nejen právní, filozofické a etické otázky, ale i techniky pro zvládání emocí, komunikaci s umírajícími pacienty a jejich rodinami, a především praktické nástroje pro profesionální zvládnutí těchto situací v práci.

R8: *„Na vysoké bych řekla, že se tomu nějak víc věnovali ve filozofii a etice a tak. A v té psychologii. A že se zaměřili na supervize, abychom se s tím nějak vypořádali, když tak. Říkali nám třeba, že každý člověk to prožívá jinak, že máme být empatické a že máme hledat způsoby, jak to zvládnout. Ale stejně to bylo spíš takové povídání, že jednou nás to čeká a že to nebude jednoduché, ale neprobíralo se, jak se na to fakticky připravit. Jakože dobré, že jsme se o tom bavili, ale když jsem pak byla v práci a musela o tom mluvit s pacientem, tak jsem vůbec nevěděla, co říct.Tam je prostě rozdíl mezi tím, když se bavíš o tom, jak by se o tom mělo mluvit, a když tam fakt sedíš s člověkem, který umírá a ptá se tě, co bude dál.“*

R7:*„Tak já si asi nejdřív vybavím spíš etiku, to se mi asi vybaví nejvíc, a onkologii teďka asi čerstvě. Co se týče té etiky, tak tam jsme to rozebírali poměrně detailně a občas to bylo takové hodně náročné, řešili jsme tam právě i eutanazii, asistovanou sebevraždu a podobně. Říkali jsme si, jak to funguje v různých zemích a co říkají zákony. Ale že bychom se třeba bavili o tom, jaký to má dopad na zdravotníky nebo na samotného pacienta, to ne. Řešili jsme spíš tu filozofickou stránku – jestli je to správné, kdo by měl mít právo rozhodnout a jak se k tomu staví různé kultury. Ale když bych si měla představit, že jsem s pacientem, který mi řekne, že už nechce žít, tak vůbec nevím, jak bych na to reagovala. Ve škole jsme se bavili spíš nad obecnými otázkami, ale nikdy ne nad tím, co s tím máme dělat my jako zdravotníci.“*

R6:*„Oni nám říkali, že každý člověk to prožívá jinak. Že to není jednoduché. A že když bychom potřebovali, bychom si o tom mohli promluvit. Nebo že je fajn promluvit si s jiným člověkem o tom, protože ne každý to nese jednoduše. Učili nás, že se nemáme bát projevovat svoje pocity. Ale když jsem pak byla v práci a přišla ke mně pacientka, která umírala a ptala se mě, jestli bude bolet umírání, tak jsem nevěděla, co říct. V tu chvíli mi žádná z těch věcí, co jsme probírali ve škole, nepomohla. Přemýšlela jsem, co jí vlastně můžu říct, jestli vůbec něco říct, nebo ji jenom držet za ruku. To nám nikdo nikdy neřekl. Ve škole jsme se bavili spíš o tom, že je dobré to nějak zpracovat, že máme hledat podporu u kolegů, ale nikdo nám neřekl, jak se zachovat přímo v té situaci. Bylo to spíš o tom, jak se smrt vnímá než o tom, co dělat, když se s ní setkáme.“*

8.2 Kód: Nedostatečná příprava na setkání se smrtí

V rozhovorech respondenti často uváděli, že jejich studium je na skutečné setkání se smrtí a umírajícími pacienty nepřipravilo. I když se v předmětech probíraly teoretické koncepty smrti, jako je péče o mrtvé tělo nebo právní a etické otázky, většina respondentů měla pocit, že výuka nebyla adekvátní pro zvládnutí emocí a situací spojených s úmrtím v reálné praxi. Mnozí respondenti zdůraznili, že jejich první zkušenost se smrtí byla šokující a psychicky náročná, přičemž se často setkávali s pocitem nejistoty.

Tento pocit nepřipravenosti ukazuje, že i přesto, že se zdravotníci seznámí s teoretickými základy, skutečný kontakt s umírajícím pacientem a jeho rodinou je emocionálně vyčerpávající a vyžaduje silnou psychickou odolnost, kterou výuka často nezohledňuje. Tato situace ukazuje na potřebu přípravy, která by zahrnovala nejen teoretické, ale i praktické dovednosti pro zvládání náročných emocí a situací spojených s umíráním a smrtí. V tomto

ohledu respondenti zmínili, že v následujícím semestru budou mít předmět paliativní péče. Tento předmět by mohl poskytnout studentům lepší nástroje a dovednosti pro zvládání těchto těžkých situací. Avšak všichni respondenti se již se smrtí setkali, takže pro ně tento předmět nepřinese pomoc při prvním kontaktu, ale spíše může rozšířit jejich schopnosti v péči o umírající pacienty a zlepšit jejich zvládání emocí v této oblasti.

R3: *„O smrti jsme se bavili spíš z teoretického hlediska, jak to vypadá a jak se starat o mrtvé tělo. Ale že by nás někdo připravoval psychicky, to si myslím, že vůbec ne. Během praxe jsem se setkala se smrtí poprvé na chirurgii, to bylo na střední škole. Ani nám nedovolili se kolem pacienta pohybovat a ani učitelé se o tom s námi nijak nebavili. Učitelka se mě akorát zeptala, jestli jsem s tím v pořádku, a to bylo všechno. Na vysoké škole, když jsem se setkala s úmrtím na praxi, jednou to bylo s mentorem, ale ani s ním jsme se o tom nebavili. Myslím si, že oni už to berou tak, že jsou na to zvyklí. Kdybychom si třeba sedli a popovídali si o tom, tak to určitě ne.“*

R2: *„Podle mě nijak. Nebo si nevzpomínám. Nejsem si vědoma, že by mě někdo připravoval na to, co mě čeká. Nemyslím si, že se na to úplně dá připravit. Pokud člověk není úplně laxní a bezcitný, tak ho ta první zkušenost minimálně nějak zasáhne. Ale nemyslím si, že výuka na to je adekvátní. Bylo by fajn se tomu věnovat víc. Nemůžu říct, že nás to třeba nepotká ještě v dalším semestru, máme přece ještě jeden semestr, kde to asi zmíněné bude, ale jinak se mi zdá, že se na to moc výuka nezaměřuje.“*

R4: *„Za mě to bylo velké tabu. Smrt nám byla prezentována jako hotová věc, lidé umírají a tečka. Jak k tomu přistupovat, na co se jich ptát nebo neptat, jak s nimi mluvit – to vůbec. Nevzpomínám si na to, ale myslím si, že to teď bude ohledně paliativní péče víc zahrnuté. Možná jsme se tomu věnovali v bazální stimulaci. Na střední škole jsem se osobně se smrtí nesetkala, takže nedokážu říct, jak by k tomu učitelé přistupovali. Takže na vysoké škole při praxi už ses s tím setkala? Jo, setkala jsem se. Na praxi ne, ale v práci. Myslím, že to bylo ve druháku v létě, když jsem byla v zaměstnání, a poprvé jsem zažila smrt pacienta.“*

8.3 Kód: Nedostatek přípravy na komunikaci s umírajícím

V rozhovorech respondenti často uváděli, že jejich vzdělání neposkytlo adekvátní přípravu na komunikaci s umírajícími pacienty. I přesto, že byla v rámci výuky probírána teoretická témata týkající se etiky, právních aspektů smrti a péče o mrtvé tělo, konkrétní dovednosti potřebné pro efektivní a citlivou komunikaci s pacienty, kteří se nacházejí na prahu smrti, byly ve vzdělávání opomíjeny. Výuka se soustředila především na teoretické základy, zatímco

praktické schopnosti, které by zdravotníkům umožnily zvládnout konkrétní náročné situace, jako je rozhovor o umírání nebo odpověď na otázky o smrti, byly zanedbány.

Mnozí respondenti v rozhovorech vyjadřovali pocit, že ve chvílích, kdy byli konfrontováni s umírajícím pacientem, nedokázali adekvátně reagovat na otázky týkající se smrti nebo se vyrovnat s negativními emocemi, které tato situace vyvolávala. Přestože byly studentům poskytnuty obecné rady o empatii a naslouchání, nikdo je nepřipravil na to, jak konkrétně reagovat, když pacient vyjádří strach, žádá o pravdu nebo se ptá na otázky o své smrti. Tento nedostatek konkrétní přípravy vedl k tomu, že respondenti cítili nejistotu a nekompetentnost v těchto krizových chvílích, což zvyšovalo jejich psychickou zátěž při poskytování péče.

Tato situace odhaluje důležitý problém v současné výuce zdravotnických profesí – absence praktické přípravy na náročné a emocionálně vyčerpávající momenty spojené s umíráním. Skutečný kontakt s umírajícím pacientem si totiž vyžaduje více než jen teoretické vědomosti; zdravotníci potřebují konkrétní nástroje a strategie pro komunikaci v těchto obtížných okamžicích. Zároveň je nezbytné, aby výuka zahrnovala dovednosti pro zvládání osobních emocí, které se v těchto situacích objevují. Zdravotnické vzdělávání by tedy mělo klást větší důraz na praktickou přípravu, která studentům umožní být připraveni nejen teoreticky, ale i emocionálně, pro zvládání těchto klíčových momentů v jejich profesním životě.

R2: *„Na střední, tam jako by, jako fakt nevzpomínám, že by nás to vyloženě učili, pamatuji jenom, že nás učili, jak pečovat o zemřelého, o mrtvé tělo, ale jinak si nepamatuji, že bychom probírali nějak tu paliativní péči nebo jak komunikovat s těmi lidmi vůbec.“*

R3:*„Tak já si myslím, že jsme to nějak úplně podrobně asi nebrali. Možná v psychologii, ale nepamatuji si, že by nás někdo učil, co těm lidem říkat, když víme, že umírají. Vždycky to bylo takové obecné, že máme být empatičtí, že máme naslouchat, ale když pak přijde ten moment a pacient řekne, že má strach, tak si říkáš – co teď? Máš ho uklidnit? Máš mu říct pravdu? A já jsem v tu chvíli měla úplně prázdno v hlavě. Věděla jsem, že bych měla něco říct, ale nevěděla jsem co, tak jsem jen kývla a mlčela. Bylo mi to hrozně nepříjemné.“*

R4: „*Vždycky to bylo jenom takové obecné povídání o tom, že pacienti mají právo vědět pravdu. Ale jak jim to říct, jak reagovat, když pláčou, nebo když se bojí, to už nám nikdo neřekl.“*

R5: *„Nikdy nám nikdo neřekl, co dělat, když se nás pacient zeptá, jestli umře. A já jsem se s tím setkala a fakt jsem nevěděla, co mám odpovědět.“*

8.4 Kód: Důraz na technickou stránku péče o zemřelého

V rozhovorech respondenti často poukazovali na skutečnost, že výuka a praxe ve zdravotnickém vzdělávání se dostatečně zaměřují na technické aspekty péče o mrtvé tělo. Byli připravováni na konkrétní úkony, jakými jsou například manipulace s mrtvým tělem a jeho ošetření, což považovali za dobře pokryté a technicky správně nastavené. Tato technická příprava je pro studenty hodnotná, jelikož je vybavuje praktickými dovednostmi, které jsou nezbytné pro správné provádění těchto úkonů v reálné praxia respondenti často uváděli, že se v tomto ohledu cítí dostatečně vybaveni.

Výuka se zaměřuje na fyzické úkony, ale opomíjí důležitou oblast emoční podpory a udržování důstojnosti zesnulého během celého procesu. Respondenti často zmiňovali, že sice dobře vědí, jak se postarat o mrtvé tělo z technického hlediska, ale nikdy jim nebyla poskytnuta adekvátní příprava na emocionální nároky, které přicházejí s péčí o umírající pacienty nebo o zesnulé.

R2: *„Na střední, tam jako by, jako fakt nevzpomínám, že by nás to vyloženě učili, pamatuji jenom, že nás učili, jak pečovat o zemřelého, o mrtvé tělo, ale jinak si nepamatuji, že bychom probírali nějak tu paliativní péči nebo jak komunikovat s těmi lidmi vůbec.“*

R5:*„Oni tě naučí, jak vypadá mrtvé tělo, ale na to, když se s tím setkáš, tě nikdo ve škole nepřipraví. A péče o mrtvé tělo… No, vůbec to nejde, jak říkám, na to tě teoreticky nikdo nepřipraví. Myslím, že po té psychické stránce tě na to nikdo nepřipraví.“*

9 TÉMA: PRVNÍ ZKUŠENOST SE SMRTÍ

První setkání se smrtí je nezapomenutelným okamžikem v profesním životě každého zdravotníka, který je často spojen s šokem, emocemi a pocity nejistoty. I přesto, že zdravotníci během svého studia získávají teoretické znalosti o smrti, péči a o umírající pacienty, skutečná zkušenost s umíráním je vždy jiná. Tento okamžik je zpravidla nepředvídatelný a pro každého zdravotníka se stává osobní výzvou, se kterou se musí vypořádat sám. První setkání se smrtí se obvykle odehrává v praxi nebo během prvních pracovních směn, což znamená, že zdravotník ještě nemá dostatečnou zkušenost s těmito náročnými situacemi. Také k prvnímu setkání často dochází před tím, než je probíráno v rámci předmětu paliativní péče, který je na tuto problematiku zaměřen, a to z důvodu, že je předmět zařazen do posledního semestru studia.

V těchto okamžicích se zdravotníci často nacházejí v situacích, kdy je pro ně těžké okamžitě reagovat, a provází je silné emocionální reakce. Překvapení a šok z první smrti pacienta mohou vést k nejistotě, smutku a zmatení. Zkušenost se smrtí jim ukáže, jak silně a nečekaně mohou takovéto okamžiky zasáhnout jejich emoce a profesní postoj. Tento rozdíl mezi teoretickým očekáváním a realitou ukazuje na to, že příprava na takovou situaci nelze nahradit pouze teoretickými znalostmi.

Podobně tuto skutečnost popisují i Mohammadpour et al. (2024), kteří zjistili, že první zkušenost se smrtí pacienta u studentů ošetřovatelství bývá silně emočně zatěžující, přičemž teoretická výuka není dostatečně schopna připravit studenty na emoční složku této situace. Autoři upozorňují, že studenti vnímají tuto zkušenost jako hluboce osobní a někdy až traumatizující, přičemž míra zvládnutí závisí na individuálních schopnostech a podpoře okolí.

V těchto krizových okamžicích má zásadní roli vedení personálu. Z rozhovorů vyplývá, že pokud zkušenější kolegové poskytují pokyny, jak se v takových situacích chovat, a nabízejí emocionální podporu, jejich vedení pozitivně ovlivňuje celkové vnímání situace. Přítomnost zkušenějších kolegů, kteří ukazují, jak správně reagovat, je pro nováčky neocenitelná a pomáhá jim nejen zvládnout praktické kroky, ale i lépe se vyrovnat s vlastními emocemi.

Navzdory této podpoře se však většina respondentů shodovala na tom, že skutečné vypořádání se s takovým zážitkem je vysoce individuální proces. Každý zdravotník si musí najít svůj vlastní způsob, jak se vyrovnat s těmito emocionálně náročnými okamžiky. Tato zkušenost ukazuje, že i když výuka poskytne základy pro péči o umírající, skutečná příprava na smrt pacienta vyžaduje osobní prožití, které se nelze naučit. Vypořádání se s tímto

zážitkem je klíčovou součástí profesního rozvoje, která se formuje s každým novým setkáním s tímto náročným a nevyhnutelným aspektem zdravotnické praxe.

9.1 Kód: Šok a nejistota při prvním kontaktu se smrtí

V rozhovorech respondenti opakovaně zdůrazňovali, že jejich první setkání se smrtí bylo spojeno s intenzivním šokem a pocity nejistoty. Ačkoli během studia získali teoretické znalosti o smrti a umírání, skutečný kontakt s umírajícím pacientem je zaskočil a vyvolal v nich silné emocionální reakce, na které nebyli připraveni. Tento šok a nejistota byly často způsobeny tím, že první zkušenosti s umíráním a smrtí probíhaly v praxi nebo během prvních pracovních směn, kdy byli ještě nováčky ve zdravotnictví.

Respondenti se často nacházeli v situacích, kdy nebyli schopni okamžitě reagovat na vzniklé emoce, a to i přesto, že měli teoretické základy v oblasti péče o umírající pacienty. Tento rozdíl mezi teoretickou výukou a reálnými zkušenostmi ukazuje na potřebu lepší přípravy, která by zahrnovala nejen technické dovednosti, ale i psychickou odolnost a schopnost vyrovnat se s náročnými emocemi.

R6:*„Moje první smrt jsem vlastně zažila na noční v práci. Nebylo to pro mě nic příjemného, protože to byla paní, kterou jsem znala dva roky, měla jsem ji ráda. Takže to není nic jednoduchého takhle, jak prostě člověk pracuje v tom domově. Potom jsem přišla vlastně domů a musela jsem si pobrečet, protože mě to opravdu sebralo. Ale v té práci se člověk snaží zachovat profesionálně a neprojevovat tolik ty emoce.“*

R2: *„Já si třeba jednou osobně upřímně myslím, že i kdybych byla připravená, tak bych nebyla připravená v tu chvíli. To je ten šok v té situaci. Je to něco nového. Myslím si, že je to takhle i s jinými věcmi, pokud to neděláš častěji, tak je to prostě něco nového.“*

R3: *„Poprvé to bylo na praxi na chirurgii na střední škole. Měla jsem dvě pacientky na pokoji a jedna z nich se po hygieně postavila k posteli a najednou spadla. Já jsem vůbec nevěděla, co se děje, běžela jsem volat sestry a oni hned běželi a resuscitovali. Cítila jsem se vyděšeně, v tom spěchu jsem ani neměla čas na nic myslet, byla jsem taková vystrašená. Když jsem pak zjistila, že to ta paní nepřežila, tak jsem se cítila tak nějak smutně. Nedokázala jsem uvěřit tomu, že se to opravdu stalo.“*

9.2 Kód: Vedení personálu

V rozhovorech s respondenty se často objevovala témata týkající se role vedení personálu během první zkušenosti se smrtí. Respondenti zdůraznili, že jejich první setkání se smrtí bylo

ovlivněno nejen jejich vlastními emocemi, ale také reakcemi a vedením zkušenějších kolegů. V některých případech byli noví zdravotníci instruováni, jak se mají v dané situaci chovat, a to jak z hlediska praktických kroků, tak i v oblasti emocionální podpory. Vedení zkušenějších kolegů mělo zásadní vliv na to, jak respondenti zvládli své první setkání se smrtí, a pomohlo jim vyrovnat se s náročnými situacemi. Respondenti uváděli, že přítomnost zkušenějších kolegů, kteří jim poskytli pokyny a emocionální podporu, byla klíčová pro jejich profesionální růst a zvládnutí situace.

R7: „Já jsem vlastně pak zavolala sestru a šli jsme jí balit. Šli jsme vlastně pečovat nějak o to tělo, prostě odpojit od všeho. A to už jsem pak vlastně nevnímala."

R4: „Tak se hnedka zavolalo ARO a já jsem chtěla pomoct, ale oni mi řekli jen prostě stůj a sleduj co se děje. Nezahajovala jsem resuscitaci, nijak jsem nemačkala ambuvak, prostě jsem jen pozorovala, co všechno, jak pracuje ten ARO tým, co se všechno musí přinýst a tak dále.

R2: „Takže mě to vysvětlili, co se a jak dělá a bylo to ve výsledku v pohodě. Oni na mě byli fakt moc hodný. Ptali se, jestli jsem v pohodě, ohled z jejich strany tam byl, takže myslím že to udělali dobře."

9.3 Kód: Nemožnost praktické přípravy na první zkušenost se smrtí

V rozhovorech s respondenty se často objevoval názor, že i když byli teoreticky seznámeni s tématem smrti a péče o zemřelé tělo, skutečný zážitek spojený s úmrtím pacienta je vždy nepředvídatelný a nelze se na něj plně připravit. I když vzdělávání zahrnovalo výuku o umírání nezahrnovalo přípravu na samotnou situaci, v které se budou nacházet při smrti pacienta, nikdy nebyli dostatečně připraveni na osobní prožitek, který zahrnuje šok, emocionální reakce a psychickou zátěž, jež tyto situace provází.Respondenti uvedli, že teoretická příprava jim poskytla základní znalosti, ale skutečný zážitek je mnohem intenzivnější.

R6:*„Já si třeba jednou osobně upřímně myslím, že i kdybych byla připravená, tak bych nebyla připravená v tu chvíli. To je ten šok v té situaci. Je to něco nového. Myslím si, že je to takhle i s jinými věcmi, pokud to neděláš častěji, tak je to prostě něco nového."*

R5*: „No, vůbec to nejde, jak říkám na to, tě teoreticky nikdo nepřipraví. Nevím, jak to říct, když se o tom učíš ve škole a nikdy jsi to nezažila, tak si to nedokážeš představit, jak to je pak v realitě. Myslím, že po té psychické stránce tě na to nikdo nepřipraví."*

9.4 Kód: Nutnost vlastního vypořádání s nastalou situací

Respondenti se často shodovali na tom, že vypořádání se se situací, kdy zemře pacient, je vysoce individuální proces, který si každý zdravotník musí najít sám. Ačkoli teoretická příprava může poskytnout určité základy, skutečné zvládnutí této zkušenosti závisí na osobním prožitku. Respondenti zdůrazňovali, že i když byli teoreticky informováni o různých aspektech péče o umírající pacienty, teprve skutečné setkání s umíráním jim ukázalo, jak těžké a nečekané takové okamžiky mohou být a že je nutné si tuto zkušenost prožít, aby se každý mohl vypořádat s vlastními emocemi a reakcemi na smrt pacienta.

R4: *„Škola nás prostě, i kdyby se snažila sebevíc, tak to prostě nejde nás na to připravit. Člověk prostě s tím musí projít a musí to zažít.“*

R3: *„Spíš se s tím ten člověk musí vypořádat psychicky určitě sám.“*

R7: *„Vlastně já jsem zastánce toho, že člověk se na to musí připravit psychicky sám. I když se o tom třeba mluvilo, tak stejně to člověk musí zažít. Člověk se na to připraví tím, že v tom nějakým způsobem bude, ale připravit teoreticky, jako že tě někdo naučí, jak se zachovat, to je úplně něco jiného.“*

10 TÉMA: PÉČE O UMÍRAJÍCÍ A ZEMŘELÉ

Péče o umírající pacienty a jejich blízké je velmi komplexní a citlivá oblast, která zahrnuje nejen poskytování ošetřovatelské péče, ale také psychickou podporu, naslouchání a úctu. Tato péče se týká mnoha aspektů, od osobního přístupu k blízkým pacientů, až po zajištění důstojného odchodu a respektování přání těch, kteří odcházejí.Tato zjištění potvrzuje i studie Öhléna a kol. (2019), která uvádí, že klíčovým prvkem ošetřovatelské péče na konci života není pouze odborný výkon, ale především přítomnost, empatie a aktivní naslouchání. Zdravotníci by podle autorů měli pacientům věnovat čas, potvrzovat jejich pocity a ujišťovat je, že nejsou sami, čímž významně přispívají k zachování důstojnosti člověka v posledních chvílích života.

Péče o blízkého je pro mnoho respondentů považována za poslední a velmi důležitý akt, kterým mohou prokázat lásku a respekt k umírajícímu. Respondenti vyjadřovali silnou potřebu zajistit, že jejich blízcí v posledních chvílích nebudou opuštěni, a že jim bude věnována péče s respektem a úctou, proto vyjadřovali touhu pečovat o blízkého sami. Tento přístup měl základ také ve strachu ze špatného zacházení ve zdravotnických zařízení díky zkušenostem studentů při praxi.

V některých případech objevují zkušenosti s nedůstojnou péčí o mrtvé tělo, což je pro respondenty nejen šokující, ale i emocionálně traumatizující. Nedostatek respektu při manipulaci s mrtvými těly, zanedbávání hygieny a nešetrné zacházení s tělem vedlo k pocitu frustrace a zklamání z kolegů, kteří se k těmto situacím staví bez náležité úcty některých případech objevují i zkušenosti s nedůstojnou péčí o mrtvé tělo, což je pro respondenty nejen šokující, ale i emocionálně traumatizující.To také úzce souvisí s postojem respondentů k důležitosti důstojného umírání, respondenti často zdůrazňovali, že kromě technické péče je důležité, aby pacienti cítili, že v těchto posledních chvílích nejsou sami, že mají podporu a že jejich odchod bude probíhat v co největší důstojnosti.

Tento důraz na důstojné rozloučení s pacientem je dále podpořen snahou o dodržování rituálů, které mohou pomoci jak pacientům, tak jejich rodinám, s vyrovnáním se smrtí. I když nemocniční podmínky někdy brání plnému dodržování těchto rituálů, serespondenti snaží poskytnout prostor pro tyto symbolické akty. Tento rozdíl v přístupu mezi zdravotníky podtrhuje důležitost zachování úcty a důstojnosti ve všech fázích péče o umírající a mrtvé, což je zásadní nejen pro pacienta samotného, ale i pro profesionální hodnoty ve zdravotní péči.Jedním z klíčových aspektů kvalitní péče o umírající je také snaha o podporu a

naslouchání. Respondenti často zmiňují, že je důležité nejen poskytnout pacientovi pohodlí, ale i naslouchat jeho přáním a obavám. S ohledem na specifické potřeby pacientů v posledních chvílích jejich života je naslouchání a trpělivost nezbytné pro poskytování nejen fyzické, ale i emocionální podpory. Častým problémem, který vyvolával negativní emoce, bylo nerespektování pacientových přání, zejména pokud šlo o touhu zemřít doma. Nerespektování tohoto přání často vedlo k frustraci a smutku, což podtrhuje důležitost naslouchání a respektování individuálních potřeb pacientů.

Spojení všech těchto aspektů péče o umírající ukazuje, jak nezbytné je pro zdravotníky, aby se nejen soustředili na technickou stránku péče, ale také na emocionální a etické aspekty, které mají zásadní vliv na kvalitu života pacienta v jeho závěrečných fázích. Všechna tato témata ukazují na komplexní přístup, který zahrnuje respekt, soucit, naslouchání a snahu poskytnout pacientovi nejen fyzickou, ale i emocionální podporu, a to jak v posledních chvílích jeho života, tak i při péči o jeho tělo po smrti.

10.1 Kód: Péče o blízkého

Naprostá většina respondentů vyjádřila přání pečovat o své blízké v případě, že by se nacházeli v terminálním stádiu. Tento postoj byl často motivován jejich vlastními zkušenostmi, kdy buď sami zažili nedostatečnou nebo špatnou péči o zemřelého, nebo cítili silnou potřebu zajistit, aby jejich blízcí v posledních chvílích života nebyli opuštěni a bylo o ně pečováno s úctou a respektem. Pro mnoho respondentů byla péče o umírajícího blízkého považována za poslední službu, kterou mohou člověku poskytnout.

Malá skupina respondentů uvedla, že by se o svého blízkého v terminálním stádiu nechtěla pečovat, protože by to pro ně bylo psychicky příliš náročné. Tento postoj vychází z obavy, že blízký vztah k osobě by mohl ovlivnit jejich schopnost vykonávat péči objektivně a bez silného emočního zásahu. Respondenti, kteří vyjádřili tuto nejistotu, často zmínili, že by pro ně bylo velmi těžké vyrovnat se s emocemi spojenými s péčí o někoho, kdo je jim velmi blízký, a v takových případech by raději zvolili jinou formu péče, například v profesionálním zdravotnickém zařízení.

R2:*„Teď úplně celkovou péči věnujeme babičce, protože se o sebe nedokáže postarat. Tak já vím, že u nás se umírá doma, ale já bych to teda určitě nezvládla, protože jak už jsem říkala, tak mě dělá i problém pečovat o ty lidi, když jsou mi i nějakým způsobem malinko blízký.“*

R3: *„Já si myslím, že asi ano. Určitě by to bylo těžký velmi, ale zároveň bych nechtěla, aby ten člověk, vzhledem k tomu, že by to byl třeba můj příbuzný, tak aby v tom byl prostě sám a*

chtěla bych se o něj postarat až do té poslední chvíle a být u něj, aby chtěl, že má ve mně podporu a že je pomoc a zpříjemnit ty poslední chvíle života.“

R1: *„Chtěla bych, protože bych to brala, že to je to poslední, co pro něj můžu udělat, a podle mě je to pro toho člověka i přínosný po té psychické stránce, že cítí, že tam má někoho blízkýho, a taky to beru jako nějakou formu rozloučení, a myslím si, že kdybych se o něj nepostarala, tak pak budu mít výčitky, že jsem pro něj neudělala maximum a že jsem to udělat mohla.“*

10.2 Kód: Důstojné odcházení

V rozhovorech s respondenty se častěji objevoval silný důraz na zajištění důstojného odchodu pro umírající pacienty. Respondenti vyjadřovali přesvědčení, že v posledních chvílích života je zásadní zajistit pacientům maximální péči a úctu. Tato péče se nezaměřuje pouze na fyzické potřeby, ale i na zajištění emocionální pohody a respektu v posledních chvílích života. Většina respondentů vnímala svou roli v této fázi jako klíčovou k tomu, aby pacientům umožnili opustit tento svět co nejdůstojněji.Pro některé respondenty je péče o umírající považována za důležitou a smysluplnou součást jejich práce, která poskytuje příležitost pro poslední akt úcty a služby pacientovi. I v případech, kdy jsou pacienti v těžkém stavu, respondenti zdůraznili, že jejich cílem je nejen poskytnout komfort a úlevu, ale také zajistit, že pacienti budou odcházet s pocitem klidu a důstojnosti. Tento postoj je odrazem profesní etiky a lidského soucitu, který se projevují v těch nejtěžších okamžicích pacientova života.

R1: *„Když prostě už lékař napíše DNR, tak je to pro něj vlastně vysvobození, tak pak se budu snažit mu poskytnout důstojný odchod a maximální péči, která mu uleví nebo mu zpříjemní ten odchod.“*

R6: *„Nemám, jak bych to popsala, je to takový zvláštní, protože třeba když umývám to mrtvý tělo, tak je to takový, že vlastně se snažím, aby prostě ten člověk odešel důstojně.“*

R5: *„Mě to kolikrát baví víc, než se starat o ty kteří jsou v lepším stavu. Chci, aby vypadaly dobře a byly spokojení v těch posledních chvílích, tak je to takový, že to má smysl. Jakože si říkám že když právě jsou na tom špatně, takže jim udělám ten odchod hezčí.“*

10.3 Kód: Snaha o dodržování rituálů pro zemřelého

V rozhovorech respondenti opakovaně zdůrazňovali význam rituálů a symbolických gest, které mají zajistit důstojnost a respekt k zesnulému. Ačkoli nemocniční podmínky často brání v plném dodržování těchto rituálů, respondenti cítí silnou potřebu provádět určité úkony, které

pomáhají zajistit poslední úctu zemřelým pacientům. Mezi časté rituály, o kterých mluvili, patří otevírání oken, zapalování svíček nebo zajištění intimity pro rodinu, aby smrt pacienta byla co nejvíce soukromá a klidná.

I když nemocniční prostředí, zejména na jednotkách intenzivní péče, tyto zvyky často neumožňuje, zdravotníci se i přesto snaží zachovat důstojnost při odchodu zesnulého. Tento postoj ukazuje, jak silně respondenti vnímají důležitost těchto symbolických gest, která mají pacientům a jejich rodinám pomoci vyrovnat se se smutkem a připravit se na poslední rozloučení. Tento důraz na rituály odráží nejen respekt k zesnulému, ale i lidský přístup k umírání a smrti.

R8: *„My vždycky otvíráme okno a zapalujeme svíčku. To je hezký.“*

R3: *„To jsem jako by chtěla zmínit, že právě třeba na tom ARO otevřít okno úplně nejde, protože to je prostě uzavřený celek a nedají se tam otevírat okna, je tam prostě centrální klimatizace. Takže to mě mrzí na tomhle, že nemůžeme tak nějak dopřát jejich duši odejít přes to otevřený okno. A tak se snažíme ani jako třeba nemůžeme dělat to, že bychom zapálili svíčku, taky někteří dělají, že jo, třeba v domovech pro seniory nebo tak.“*

R2: *„Otevíráme okno, a to je asi všechno, dáme zástěny, aby tam byla ta intimita, na to se musí dbát i po smrti, aby nebyl na očích, ale jinak asi nic. Jenom ta dušička, aby vyletěla.“*

10.4 Kód: Kritika nedůstojné péče o mrtvé tělo

V rozhovorech respondenti často popisovali situace, kdy byli svědky nedůstojného zacházení s mrtvými těly, což pro ně bylo šokující, traumatizující a znepokojující. I když se zdravotníci a pracovníci pohřebních služeb často setkávají s těly v průběhu jejich práce, respondentům vadilo, když s mrtvými těly nebylo zacházeno s respektem a úctou, kterou si zesnulí zaslouží. Častým tématem byla nešetrná manipulace s těly, zanedbávání hygieny a rychlé a neuctivé zacházení, které v některých případech vedlo k emocionálnímu a psychickému otřesu u respondentů. Ti v těchto situacích vyjadřovali zklamání z přístupu kolegů a jiných pracovníků, kteří se k mrtvým tělům chovali bez patřičné úcty. V některých případech byli svědky toho, jak pracovníci ve zdravotnických zařízeních nebo pohřebníci manipulovali s tělem bez jakékoliv snahy o jeho důstojné ošetření. Tyto zážitky byly pro některé respondenty šokující a zanechaly v nich silný dojem, že péče o zesnulé by měla být stejně důkladná a uctivá, jako péče o žijící pacienty. Tento rozdíl v přístupu mezi profesionály vedl u respondentů k hlubšímu uvědomění si vlastního postoje a k potvrzení jejich přesvědčení, že se

rozhodně nechtějí podílet na péči o mrtvé tělo způsobem, který by postrádal úctu, jak tomu bylo v případě zmíněných kolegů.

R1: *„Právě na té kardiologii a tam jsem viděla, že ten přístup byl úplně, extrémně nešetrnej a brali to tak, že ten člověk je mrtvý, tak už tomu nemají, jak ublížit, tak to spíš pro mě bylo traumatizující ta péče ze strany zaměstnanců, než ta samotná smrt. Tím, co v tom hospici fakt to bylo, hezký, že prostě se oni postarali, jak nejlíp mohli, no.“*

R7: *„Mně se teda u prvních zkušeností nelíbilo, když zemřela pacientka, jak jsem ti říkala, byla potřísněná krví, poslintaná. Oni to vůbec neřešili. Já jsem jí chtěla utřít, vzala jsem buničinu, chtěla jsem aspoň to tělo otřít. A oni na to, že se na to mám vykašlat, že už to je stejně zbytečné a začali jsme ji balit do prostěradla. To se mi nelíbilo hodně.Bylo to pro mě nepříjemné, že když už to tělo by se mělo umýt, tak prostě aspoň vypadalo, že o něj byla nějaká péče. Jinak ta druhá zkušenost byla taky narychlo.“*

R5:*„No, my tady máme márnici, kam dáme mrtví. A když přijeli ty pohřebáci, my jsme tam šli. Já jsem tam v tu dobu byla sestra a šla jsem jim předat ty papíry a oni, prostě jak máš ty máry, tak ona tam ležela zabalená do toho pytle, tu rakev položili vedle már na zem. A prostě do ní strčili a shodili do té rakve z výšky těch már. Tu ránu fakt nikdy nezapomenu. Byla jsem v šoku, a hlavně prostě jsem nechápala, jak někdo takhle může s tím mrtvým tělem zacházet. Oni přijedou v kvádru, v kravatě a pak se chovají takhle. Já vím, že ta paní už to nevnímala, ale jak takhle může někdo zacházet s tělem. Takže z toho jsem byla v šoku.“*

10.5 Kód: Snaha o podporu a naslouchání umírajícímu

V rozhovorech respondenti opakovaně zdůrazňovali význam naslouchání a poskytování emocionální podpory umírajícím pacientům. Zdravotníci si uvědomují, že péče o umírajícího pacienta neznamená pouze technickou péči, ale také schopnost poskytnout individuální emocionální podporu, která může pacientovi pomoci vyrovnat se s jeho negativními emocemi a strachy. Mnozí respondenti uvedli, že nejdůležitější je být pacientovi přítomen, naslouchat jeho potřebám a poskytovat mu pocit bezpečí, zejména v posledních chvílích života. Častým problémem, který vyvolával negativní emoce, bylo nenaslouchání přáním pacienta, zejména pokud se týkalo jejich touhy zemřít doma. Nerespektování tohoto přání, kdy pacienti byli nuceni zůstat v nemocnici nebo jiném zdravotnickém zařízení, vedlo k frustraci a smutku.

Respondenti, kteří se zaměřují na podporu a naslouchání, často zmiňují, že není vždy snadné najít správný způsob přístupu k umírajícím pacientům. Někteří z nich zjistili, že nejlepším přístupem je prosté naslouchání, jiní se zaměřují na aktivní podporu, kde se snaží pomoci

pacientovi vyrovnat se s těžkými pocity, nabídnout útěchu nebo podporu v okamžicích negativních emocí. Tento přístup ukazuje, že naslouchání a trpělivost jsou klíčové součásti kvalitní péče o umírající pacienty a mají hluboký vliv na jejich psychický stav v závěrečných fázích života.

R3: *„A s umírajícím to je pro mě těžké, jako doteď. Do posud, nevím, jaký je nejlepší způsob přístupu k těm lidem. Ale asi jsem přišla na to, protože hodně pracuji s těma staršíma lidma, hodně před smrtí. A tak jsem se naučila neříkat vlastně nic. Ty lidé potřebují kolikrát buď jenom podržet, nebo nechat nebo vyslechnout.“*

R8: *„Snažím se najít nějaké řešení. Když pacient začne projevovat negativní emoce, ptám se ho, jestli je ode mě něco potřebuje, jestli můžu pro něj něco udělat. Snažím se být trpělivá a otevřená, naslouchat a pokusit se situaci řešit.“*

R4: *„Tak určitě musíte zachovat postoj, a hlavně naslouchat tomu pacientovi, říct mu, že nám je líto to, že se tak cítí. A třeba nějak zkusit navést tu řeč k tomu, proč se tak cítí, co ho k tomu vede, k těm myšlenkám. Zkusit z něj tak nějak dostat to, co ho trápí, pokud se o tom samozřejmě chce mluvit.“*

11 TÉMA: ETIKA A PROFESIONALITA

Z rozhovorů vyplynulo že péče o umírající pacienty je jednou z nejvíce náročných, ale zároveň nejdůležitějších oblastí zdravotní péče. Tato péče si vyžaduje nejen vysokou úroveň odbornosti, ale i silný etický a profesionální základ. Zdravotníci musí čelit rozhodnutím, která jsou emocionálně a psychicky náročná, a zároveň si musí udržet lidský přístup k pacientům, kteří se nacházejí v posledních fázích svého života. Klíčovými aspekty etiky v této oblasti jsou asertivní chování personálu, respektování autonomie pacienta a odpovědný přístup k rozhodnutím, jako je například DNR. Asertivní chování personálu se ukazuje jako nezbytné pro vytváření pracovního prostředí, které podporuje otevřenou komunikaci a vzájemnou podporu mezi kolegy a studenty. V těžkých chvílích, kdy je nutné čelit smrti pacienta nebo jiným traumatizujícím zkušenostem, je důležité, aby se personál vzájemně podporoval, nabízel prostor pro sdílení emocí a pomáhal si navzájem vyrovnávat se s těžkými situacemi. Asertivní chování personálu zahrnuje nejen profesionální kompetenci, ale také schopnost naslouchat a poskytovat emocionální podporu. Dalším klíčovým principem, který se v rozhovorech často objevuje, je respekt k autonomii pacienta. Každý pacient má právo rozhodovat o své léčbě a životě, což zahrnuje i rozhodnutí o odmítnutí léčby nebo jiných zásahů. Tento respekt k autonomii je vnímán jako základní prvek etiky v péči o umírající pacienty, i když může být pro zdravotníky těžké přijmout rozhodnutí, která se zdají být proti jejich profesnímu přesvědčení nebo když vědí, že pacient by mohl mít šanci na záchranu. I přesto je nezbytné uznat a podporovat pacientova rozhodnutí, protože to je jeho právo.V neposlední řadě je důležitým tématem pozitivní přístup respondentů k rozhodnutí o DNR, které je chápáno jako způsob, jak ulevit pacientovi a umožnit mu důstojný odchod. Tento přístup je založen na etickém přesvědčení, že někdy je nejlepší rozhodnutí nezasahovat a umožnit pacientovi pokojně a bezbolestně zemřít, pokud už není šance na zlepšení kvality jeho života. DNR tedy není pouze technické rozhodnutí, ale také emocionálně náročný proces, který vyžaduje respekt k pacientovým přáním a potřebám.Etika a profesionalita v péči o umírající pacienty zahrnují mnohem více než jen technické dovednosti. Jsou to hodnoty, které formují způsob, jakým zdravotníci poskytují péči, jak se vyrovnávají s těžkými rozhodnutími a jak komunikují s pacienty a jejich rodinami. Tyto aspekty jsou klíčové pro zajištění, že pacienti budou opouštět tento svět s respektem, důstojností a co nejmenším utrpením. Profesionální a etický přístup k těmto výzvám je základním kamenem kvalitní péče o umírající, která je lidská a respektuje práva každého jednotlivce.

11.1 Kód: Asertivní chování personálu

V rozhovorech respondenti často zmiňovali důležitost asertivního chování ze strany personálu, zejména v kontextu emocí, které mohou nastat po těžkých nebo traumatizujících zkušenostech. Asertivní chování, které zahrnuje nabídku podpory a ochotu naslouchat, bylo považováno za klíčové pro vyrovnání se s náročnými situacemi, jako je například smrt pacienta. Respondenti uváděli, že po těchto zkušenostech měli často možnost se o svých pocitech podělit s kolegy, což jim poskytlo důležitou emocionální podporu. I když se některé situace lišily v intenzitě této podpory, celkově bylo asertivní chování kolegů a vedení personálu vnímáno jako velmi užitečné pro zajištění zdravé pracovní atmosféry a pro zmírnění stresu, který může vzniknout v náročných okamžicích.

R4: *„Zrovna jsem Tam měla super kolektiv na té noční, takže jak se to ukončilo, tak se mě i ostatní sestřičky ptaly, jestli jsem v pohodě, jestli si o tom nepotřebuji nějak promluvit, takže o následné pomoci a po případě vypovídat to bylo úplně fantastické, musím říct, že v tomhle tom by mě určitě pomohly.“*

R8: „A někde se to jako u toho nějak nezapadá, akorát kolega, který asi cítil, že to byla moje první mrtvola, tak si semnou potom nějak promluvil, ale jakože jenom mi řekl, co se pánovi stalo nic jiného.“

R6: „Tak moji kolegové v práci a samozřejmě my nabídli podporu. Jestli si nechci třeba popovídat, tak jsem toho využila a trošku jsme se o tom pobavili a musím říct, že mi to pomohlo.“

11.2 Kód: Respekt k autonomii pacienta

V rozhovorech respondenti zdůrazňovali důležitost respektu k autonomii pacienta, přičemž všichni souhlasili, že každý pacient má právo rozhodovat o své léčbě a životě, i v případech, kdy se rozhodne odmítnout léčbu nebo jiné zásahy. Respektování tohoto práva bylo ve většině rozhovorů vnímáno jako klíčové, i když respondenti věděli, že pacient může mít šanci na záchranu. Někteří zdravotníci v takových situacích vysvětlovali pacientovi rizika a přínosy různých rozhodnutí, ale vždy uznávali, že je nezbytné respektovat rozhodnutí pacienta. I když v některých případech byli respondenti emocionálně zasaženi, uvědomovali si, že jejich úkolem je poskytnout pacientovi prostor pro volbu, která je v souladu s jeho přáními a hodnotami. Tato citace ukazuje, že respekt k autonomii pacienta je nedílnou součástí etického

přístupu k péči, i když mohou nastat těžké chvíle, které jsou pro zdravotníky emocionálně náročné.

R1: *„Ano, má svobodné právo se rozhodnout a zvolit, co chce a nechce, má právo podepsat reverse nebo cokoliv, ale, samozřejmě, člověk, který se snaží tomu druhému pomoct, mně to rozhodně příjemné není, slyšet, že ten člověk o to nestojí nebo prostě nechce, když, vlastně, by se to klidně dalo nějakým způsobem zachránit, no, ale furt tam hraje roli to, že jsou všichni autonomní a můžou si zvolit svoji cestu sami, no.“*

R5: *„Já to beru prostě jako jejich volbu a pořád jsou svéprávní a je to na nich, kolikrát si myslím, že by se jim ten život dal zachránit, snažím se jim to hezky vysvětlit, ale beru to jako jejich volbu a naprosto to respektuji, vysvětlím jim to benefity atd., ale to je všechno. Občas je mi to líto, ale prostě to beru jako jejich volbu.“*

R8: *„Když už je v nějakým... Víš, že to pro něj nebude dobrý a že to bude akorát prodlužování, tak ho naprosto chápu. Musíme zachovávat nějakou tu autonomii, tohle je prostě... že už přišel jeho čas tak, jak to on chtěl. Prostě nemám právo mu zařizovat tak, jak to chtěl by prostě on.“*

11.3 Kód: Pozitivní přístup k DNR

V rozhovorech respondenti často zmiňují rozhodnutí o DNR (Do Not Resuscitate) jako důležitý aspekt péče o umírající pacienty. Toto rozhodnutí je vždy přijímáno z konkrétního důvodu, který je pro respondenty často jasně definován a vnímán jako správný a eticky opodstatněný. Pro respondenty je DNR považováno za způsob, jak zajistit pacientovi důstojný odchod a minimalizovat jeho utrpení v posledních fázích života. Respondenti vyjadřovali názor, že pokud pacient již nemá šanci na zlepšení nebo na kvalitní život, rozhodnutí o DNR je pro něj vysvobozením, které mu umožňuje klidně a bezbolestně opustit tento svět.

Toto rozhodnutí je považováno za poslední akt úcty vůči pacientovi, který již nemá perspektivu na zlepšení. Ačkoli je rozhodnutí o DNR často emocionálně náročné, zejména pro respondenty, kteří se s pacientem již nějakou dobu setkávali, je vnímáno jako šetrné a nezbytné, když je zřejmé, že žádné další lékařské zásahy nevedou k zlepšení. Respondenti v rozhovorech ukazují, že jejich přístup k těmto situacím je vysoce profesionální, ale zároveň plný lidského porozumění, které se zaměřuje na zajištění pacientova klidu a důstojnosti až do jeho posledního okamžiku.

R4: *„Ono, ty DNR jsou z nějakého důvodu, prostě. A dobře pro ně, kdybychom je zachránili, kdybychom je zresuscitovali, tak budou prostě ležící nebo v horším stavu, jakým jsou teďka a už to není za mě kvalitní život. Nekouknou se domů ty lidi a možná nebudou ani mluvit, možná nebudou vnímat ani svý blízký a prostě smrt tady má být prostě od něčeho. Lékaři, to prostě oni nenapíšou jen tak DNR někomu. Prostě i u lidí, u kterých víme, že si to zaslouží, tak to DNR třeba nemají. A musí se resuscitovat. Takže u těch lidí, co mají to DNR, asi myslím se, že pro ně prostě dobře za mě. Je to u lidí, u kterých je to odůvodněné.“*

R2: *„Vyloženě takhle se mi to nestalo, že by zemřeli přede mnou třeba, ale to DNR prostě mají z nějakého důvodu a beru to tak, že pokud lidi mají tuhle indikaci, tak to je oprávněný a většinou to pro ně je tak nějak vysvobození a přistupuji k tomu stejně jako by to byl normální exitus.“*

R1: *„Tak je to taky součást té práce, asi to má z nějakého důvodu, když prostě už lékař napíše DNR, tak je to pro něj vlastně vysvobození, tak pak se budu snažit mu poskytnout důstojný odchod a maximální péči, která mu uleví nebo mu zpříjemní ten odchod, ale když už tam cesta zpátky není, tak s tím já stejně už nic neudělám.“*

12 TÉMA: PSYCHICKÁ PODPORA

Psychická podpora je zásadním prvkem ve zdravotnickém vzdělávání, protože studenti těchto oborů často čelí vysoce emocionálním a stresujícím situacím, jako je smrt pacienta. Respondenti v rozhovorech opakovaně zmiňovali, jak důležitá je vzájemná podpora mezi studenty, zejména v náročných chvílích. Vzhledem k tomu, že zdravotnické obory jsou náročné jak z hlediska odborných znalostí, tak i emocionálních výzev, mají studenti potřebu se vzájemně podporovat. Vztahy mezi studenty, kteří sdílejí stejné studijní prostředí, se ukazují jako velmi silný zdroj psychické podpory. Tyto vzájemné interakce jim pomáhají vyrovnávat se s těžkými emocemi a přirozeným stresem, který souvisí s praxí i se studiem. Studenti často zdůrazňují, že podpora od spolužáků, kteří rozumí jejich situaci a mají stejné zkušenosti, je nejvíce ceněná. Sdílení pocitů a zážitků v těchto chvílích poskytuje prostor pro zpracování emocí a pomáhá zvládat stresující situace. Respondenti dále uznávají existenci psychické podpory v rámci školních a pracovních programů, někteří vyjadřují nedůvěru v její skutečnou efektivitu a dostupnost. I když jsou o těchto možnostech informováni, mnozí z nich zmiňují, že tyto služby jsou často špatně propagovány, mají dlouhé čekací doby, nebo jsou jednoduše těžko přístupné. Taková situace ztěžuje jejich skutečné využití, což znamená, že studenti nejsou schopni včas získat pomoc, která by jim mohla pomoci vyrovnat se s psychickými problémy a stresem, který přináší jejich práce. Tento nedostatek informovanosti a obtížný přístup ke skutečné pomoci jsou významné překážky, které mohou ztížit schopnost studentů zdravě se vyrovnávat s těžkými profesními výzvami.Dalším problémem, který se často objevuje, je nedostatečná podpora ze strany mentorů. Někteří respondenti uvedli, že se jim nedostalo žádné psychické podpory od mentorů, kteří by měli hrát klíčovou roli při pomoci studentům vyrovnat se s těžkými okamžiky. Tento nedostatek podpory je považován za zásadní problém, který ovlivňuje nejen profesní rozvoj studentů, ale i jejich emocionální pohodu. Mentorská podpora by měla být součástí vzdělávacího procesu, která studentům pomáhá zvládat nejen odborné úkoly, ale i těžké osobní situace, které se mohou v průběhu studia objevit.V rozhovorech se opakovaně objevovalo také téma neznalosti dostupných podpůrných institucí pro zdravotníky. Většina respondentů nevěděla, které organizace by jim mohly pomoci při zvládání stresu nebo emocí spojených s úmrtím pacienta. Pouze několik respondentů zmínilo hospicovou péči pro pozůstalé nebo specializované programy pro zdravotníky. Tento nedostatek informovanosti naznačuje, že je třeba zlepšit přístup k těmto institucím a informovat studenty a pracovníky o možnostech podpory, která je pro ně dostupná. Kromě toho by instituce měly usilovat o lepší propagaci těchto služeb a zajištění

snadného přístupu k nim, aby zdravotníci a studenti měli vždy možnost vyhledat potřebnou pomoc.

12.1 Kód: Psychická podpora mezi studenty

V rozhovorech respondenti často zmiňovali význam psychické podpory mezi studenty zdravotnických oborů zejména v náročných a emocionálně vyčerpávajících situacích, jakými jsou setkání se smrtí pacienta. Respondenti v rozhovorech často zmiňovali, že podpora od spolužáků, kteří studují ve stejném oboru, je největší a nejvíce ceněná. V těchto chvílích je pro studenty důležité mít někoho, kdo chápe jejich pocity a může se s nimi podělit o vlastní zkušenosti. Studenti se vzájemně podporují, diskutují své pocity a zážitky, což jim pomáhá zvládat stresující situace a vyrovnávat se s těžkými emocemi spojenými se smrtí. Vztahy mezi studenty, kteří sdílejí stejné studijní prostředí, se ukazují jako velmi silný zdroj psychické podpory, což potvrzují i konkrétní citace respondentů, kteří vyzdvihují tuto vzájemnou pomoc.

R7: *„Takže ta podpora vlastně z té strany těch spolužáků je teda asi největší. Hlavně o to víc, když jsou to takhle holky, co studují se mnou, mají stejný obor, tak dokážou pochopit, jaký to je, když člověk s tou smrtí setká poprvé.“*

R3: *„Myslím si, že mě každý v tom podpoří. Hlavně o to víc, když jsou to takhle holky, co studují se mnou, mají stejný obor, tak dokážou pochopit, jaký to je, když člověk s tou smrtí setká poprvé. Takže ta podpora vlastně z té strany těch spolužáků je teda asi největší.“*

R8: *„Takže, když jsme se o tom bavili, tak jsem to měla v sobě uzavřené, ale když jsem se o tak o tom bavila, tak více méně ta podpora ze stran kamarádů a takhle je velká. Myslím si, že mě každý v tom podpoří.“*

12.2 Kód: Nedůvěra v možnosti psychické podpory

V rozhovorech s respondenty se objevily obavy ohledně efektivity a dostupnosti psychické podpory, kterou školy a instituce nabízí. Ačkoli jsou dostupné různé formy podpory, respondenti vyjadřovali nedůvěru v jejich skutečnou dostupnost a efektivitu. Někteří z nich zmiňovali, že ačkoli jsou informováni o existenci těchto služeb, jsou často špatně propagovány, mají dlouhé čekací doby, nebo je obtížné se k nim dostat. Tento nedostatek dostupnosti a špatná propagace služeb tak ztěžují jejich skutečné využití, což vede k tomu, že studenti nejsou schopni včas využít psychologickou pomoc, která by jim mohla pomoci při zvládání stresu a psychických problémů.

R8: „*Učí nás o tom, že prostě jsou ty místa, kam jít hledat a všechno. Ale nemyslím si, že jsou tak dobře propagovaný na to, abys tam vyleženě fakt šel, když máš nějaký problém. Mají to být místa, které tě mají pomoct.“*

R5: *„Jo, tak je tam nějakej ten v rádoby psycholog na škole. Ale nedávno jsem slyšela, že když se k němu chceš zapsat, tak jsou tam tak dlouhý fronty, že se vlastně za studium tam nedostaneš, ale třeba bych měla štěstí, kdybych to potřebovala.“*

12.3 Kód: Nedostupnost psychické podpory ze strany mentorů

V rozhovorech někteří respondenti zmiňují, že psychická podpora od mentorů byla nedostatečná. Tento nedostatek podpory od mentorů je vnímán jako problém, který zůstává neřešený.Přístup mentorů, který nevyvolává důvěru a neposkytuje potřebnou podporu, může u studentů vést k neochotě hledat pomoc a vytvářet pocit izolace.

R7: *„Co se týče mentorů, tak první mentor nebyl žádný podporující, to aspoň ne, ale zase nebyla vyloženě, že by mě nějak shazovala, nebo to jako těžko říct. Druhý mentor, tak tam se to zlepšily ty vztahy až ke konci, tam ze začátku jsem měla fakt pocit, že to nebude ideální.“*

R1: *„kdybych se měl vyloženě obrátit na třeba ty mentory, nebo něco, co by nám mělo tu podporu zajistit, tak to tam teda opravdu nevyskytovalo. Takže ani od těch mentorů, který vlastně nám byl předělený, tak to tam úplně nebylo.“*

12.4 Kód: Dostatečný přístup k psychické podpoře

V rozhovorech respondenti uznávají, že psychická podpora je v rámci školního a pracovního prostředí dostupná, zejména prostřednictvím supervizí a dalších školních programů zaměřených na podporu studentů v těžkých situacích. I když někteří respondenti považují některé formy podpory za příliš časté nebo těžko přístupné, většina z nich věří, že pokud by psychickou pomoc potřebovali, měli by možnost ji vyhledat. I když někteří studenti preferují spoléhat se na vlastní schopnosti při zvládání náročných situací, celkově vnímají, že podpora od školy a dalších institucí je k dispozici. Respondenti často zmiňovali supervize jako formu podpory, která jim poskytuje prostor pro sdílení emocí a zkušeností, i když přístup k individuální podpoře během praxe může být složitější a závisí na osobní odvaze obrátit se na příslušné osoby.

R4: *„Kdybych nejspíš hledala podporu, tak si myslím, že určitě tam nějaká je. Skrze supervize, který máme pro mě až zbytečně často, tak určitě tam nějaká ta podpora je ze strany školy.“*

R3: *„Ještě je těžké říct, že v každé této zařízení nebo škole je nějaký pracovník, u kterého můžete vyhledat pomoc, ale tam asi si myslím, že se ten člověk na první místě musí vypořádat sám. Já jsem teda nikdy žádnou pomoc nevyhledávala, ale myslím si, že určitě kdybych se o to snažila, takže by tam ta podpora byla.“*

R5: *„Kdybych to vyhledávala, myslím si, že určitě nějaká podpora by byla k dispozici. Ve škole máme supervize, kde máme možnost se vyjádřit a podělit se o naše zkušenosti. Ale co se týče praxe, to už je jiné. Tam to každý musí hledat individuálně, někdo má odvahu se obrátit na staniční, ale já jsem se nikdy neodvážila.“*

12.5 Kód: Neznalost podpůrných institucí pro zdravotníky

V rozhovorech respondenti často zmiňovali, že nemají dostatečné povědomí o institucích, které by poskytovaly pomoc při zvládání náročných situací spojených s úmrtím pacienta. Naprostá většina respondentů uvedla, že žádné takové instituce neznají, nebo si nejsou jisti, kde by takovou pomoc mohli vyhledat. Někteří respondenti připustili, že by byli schopni najít nějakou podpůrnou organizaci, pokud by to bylo potřeba, ale jen velmi málo z nich vědělo konkrétní místo nebo službu, kde by takovou pomoc mohli hledat. Pouze několik respondentů zmínilo péči o pozůstalé v hospicích nebo specifické programy zaměřené na zdravotníky, avšak většina zůstala v této otázce neinformována. Tento nedostatek informací o dostupných podpůrných institucích pro zdravotníky ukazuje na potřebu zlepšení informovanosti studentů a zajištění přístupu k těmto službám.

R1: *„Hospic poskytuje péči těm pozůstalým nebo těm rodinám. Že to s nimi řeší, jsou s nimi v kontaktu a nabízejí jim nějakým způsobem konzultace a schůzky. Nevím, jestli to zahrnuje třeba i krizovou intervenci, když se na ně obratíš. Ale jak nevím.“*

R4: *„Vůbec. Vůbec nevím.“*

R5: *„Neznám“*

13 TÉMA: DOPAD ZKUŠENOSTÍ SE SMRTÍ

Zkušenosti spojené se smrtí pacientů jsou neoddělitelnou součástí profesního života studentů zdravotnických oborů a zdravotníků. Zpočátku byly pro ně zážitky spojené se smrtí silně emocionálně náročné, ale s každým dalším setkáním s tímto tématem se stávali odolnějšími a schopnějšími zvládat podobné situace s větším klidem. Respondenti si uvědomovali, že smrt je nevyhnutelnou součástí jejich profesní cesty a že je nezbytné se s ní vyrovnat nejen z profesionálního hlediska, ale také osobně. Tento proces přijetí smrti jako součásti jejich každodenní praxe přispěl k jejich psychické odolnosti a zlepšení schopnosti reagovat v krizových a emocionálně náročných situacích.Vytvoření profesního odstupu, zaměření se na pacientovo pohodlí a vykonání nezbytných úkolů, místo zaměření na vlastní emoce, se ukázalo jako klíčové pro efektivní zvládání těchto situací. Opakované setkání se smrtí tak vedlo k tomu, že respondenti začali nahlížet na smrt s větším klidem, profesionalitou a soucitem, což nejen zvyšovalo jejich odborné schopnosti, ale také je činilo psychicky odolnějšími. Většina respondentů také vyjádřila přání postarat se o své blízké v posledních chvílích života. Tento úkol považují za poslední službu, kterou mohou svému blízkému poskytnout, a jako způsob, jak ukázat svou lásku a úctu. I když je tato péče emocionálně náročná, pro některé je to nezbytný krok v procesu rozloučení.

13.1 Kód: Profesní růst díky zkušenostem

Zkušenosti se smrtí pacientů, které respondenti během své praxe a studia získali, jsou vnímány jako klíčový faktor pro jejich profesní růst. V rozhovorech často zaznívalo, jak se s každou novou zkušeností cítí lépe připraveni a schopni zvládat náročné situace s klidnou hlavou. I když se setkání se smrtí i nadále považuje za emocionálně náročné, respondenti si uvědomují, že tyto situace jsou součástí jejich profesní cesty a že jim pomáhají se v práci i v osobním životě rozvíjet. Čím více se s tímto tématem setkávají, tím lépe zvládají podobné situace a získávají větší sebevědomí v tom, jak s těmito emocemi a výzvami pracovat. Respondenti rovněž zdůrazňovali, jak jejich rostoucí zkušenosti umožňují lépe pomáhat těm, kteří se s těmito těžkými okamžiky setkávají poprvé. Mnozí z nich považují za důležité, aby ti, kteří již mají zkušenost se smrtí pacienta, poskytli podporu těm, kteří ji potřebují. Tento proces nejen zvyšuje jejich odborné schopnosti, ale zároveň přispívá k jejich osobnímu růstu, protože se naučí lépe vyrovnávat se s emocemi, které tyto zkušenosti vyvolávají. Taková zkušenost, ačkoliv je pro některé respondenty stále těžká, je vnímána jako důležitý krok v jejich rozvoji, který jim umožňuje nejen být lepšími odborníky, ale i silnějšími jednotlivci.

R6:*„Myslím, že jsem teď víc připravená. A když jsem se teď nedávno setkala na praxi se smrtí, tak už jsem to brala úplně jinak. Nezasáhlo mě to už takovým způsobem jako to první setkání. Takže si myslím, že čím víc to člověk zažije, tím víc ho to obrní a je víc připravený. A může pak i pomáhat zase ostatním lidem, kteří se setkají s tou smrtí poprvé a může se s nimi probrat. Myslím si, že by takhle měl reagovat každý člověk a vlastně ten, kdo už ty zkušenosti má, tak by měl vlastně pomoct těm, kteří je nemají.“*

R7: *„Tak momentálně je to už něco jiného. Momentálně už jednám s klidnou hlavou, vím, co mám dělat a řekla bych, že se snažím udělat maximum.“*

R2: *„Myslím, že mě to spíš posunulo, že už jsem byla dejme tomu připravená, že už jsem věděla, o co jde, jak to na mě taky působí.“*

R3: *„Myslím, že teď už mám lepší přístup a rozhodně to pro mě, jsem ráda, že po mé zkušenosti z osobního života jsem ráda, že jsem to zvládla a že je to pro mě mnohem jednodušší. Že jsem se toho strašně bála, že mě to položí, ta prvotní zkušenost a že už to nikdy nebudu moc vstřebat, ale překvapivě jsem se z toho vyhrabala a je to dobrý.“*

13.2 Kód: Přijetí smrti jako součásti života

V rozhovorech respondenti často vyjadřovali postupné přijetí smrti jako nevyhnutelné součásti jejich profesního života. Tento proces přijetí není okamžitý, ale rozvíjí se postupně, jak se setkávají s realitou smrti pacientů v průběhu svého studia a praxe. Mnozí si uvědomují, že i přesto, že na smrt nelze být plně připravený, je součástí jejich práce a života. Smrt pacientů se stává něčím, s čím se musí vyrovnat nejen z profesionálního, ale i osobního hlediska. Také se shodovali na tom, že je důležité mít podporu od kolegů a otevřeně o těchto zkušenostech mluvit. Tato podpora a schopnost diskutovat o smrti pomáhají zmírnit její emocionální náročnost a přispívají k postupnému přijetí této reality. Uvědomění si, že smrt je součástí života a nevyhnutelnou součástí jejich profesního života, je klíčovým krokem k tomu, jak se s ní lépe vyrovnávat a jak ji začlenit do svého profesního rozvoje.

R1: „Myslím si, že je důležitý na to prostě nebít sám a mít si o tom, s kým popovídat a prostě, jako, někoho, kdo tě přivede na tu myšlenku, že je to součást života nezbytná a prostě to k tomu zaměstnání a celkově k tý práci patří, no.“

R3: „V rámci praxe a celkově na studiu jsem si asi až po nějakých zkušenostech zvykla, že smrt je prostě součástí života. Takhle to zkrátka je, nemůžu se tomu vyhnout a když jsem o tom přemýšlela, myslím, že to prostě k tomu patří.“

13.3 Kód: Získávání odolnosti vůči smrti

S postupem času se respondenti stali odolnějšími vůči smrti a umírání, což bylo důsledkem jejich opakovaných zkušeností s těmito náročnými situacemi v rámci profesní praxe. Na začátku byly zážitky spojené s úmrtím velmi emocionálně náročné, ale s každým novým setkáním se smrtí si začali na tuto realitu zvykat. Smrt se postupně stala součástí jejich každodenní práce, a jak se s ní setkávali častěji, jejich přístup se stal profesionálnějším a emocionálně vyváženějším. Zatímco první zkušenosti byly silně emočně zasažené, postupně začali na umírání nahlížet s větším klidem a profesionalitou. Tento proces přijetí smrti jako součásti jejich profesní cesty vedl k větší psychické odolnosti. Respondenti uvedli, že se začali soustředit na úkoly, které je třeba vykonat, a na pacientovo pohodlí, spíše než na své vlastní emocí. Opakované setkání se smrtí je tedy učinilo nejen odolnějšími, ale i schopnými lépe zvládat stresující situace.

R8: *„Jako myslím na to pak někdy, ale jakože třeba v průběhu dalšího dne, nebo dvou. Ale tím, že, jako já si nato strašně už jako zvykla, pro mě jakoby umírání v poslední době je hlavně to že začnou pípat monitory a přestanou“*

R6: *„A když jsem se teď nedávno setkala na praxi, třeba se smrtí tak už jsem to brala úplně jinak. Nezasáhlo mě to už takovým způsobem jako to první setkání. Takže si myslím že čím víckrát to člověk zažije tím víc ho to obrní a je víc připravený.“*

R5:*„Tak jako by oni už se s tím setkali, že jo Takže pro ně to bylo, jako pro mě teď, prostě normální věc, která k tomu patří.“*

14 TÉMA: STRATEGIE ZVLÁDÁNÍ STRESU

Péče o pacienty, zejména v náročných okamžicích spojených se smrtí, vyžaduje efektivní strategie zvládání stresu a emocí. Respondenti v rozhovorech popisovali různé metody, jak se vyrovnávají s těžkými situacemi, které mohou být nejen emocionálně, ale i fyzicky vyčerpávající. Jedním z běžně používaných mechanismů je emoční distancování, kdy se jednotlivci soustředí na výkon své práce a minimalizují osobní pocity, aby zachovali profesní odstup. Tento způsob pomáhá udržet klid v krizových chvílích, kdy je nutné reagovat rychle a efektivně.Dalšími strategiemi jsou sdílení osobních zkušeností s kolegy a blízkými, což přináší emoční úlevu a podporu. Pro některé respondenty je také důležitým nástrojem odreagování se po náročných směnách prostřednictvím různých aktivit, jako je čtení, procházky nebo fyzická aktivita. Někteří z nich využívají také kouření jako způsob krátkodobé úlevy od stresu, i když si jsou vědomi, že tento přístup není dlouhodobým řešením. Tyto metody, ať už individuální nebo kolektivní, jsou součástí každodenního zvládání stresu, který je neodmyslitelnou součástí jejich profesního života. Při řešení negativních emocí pacienta respondenti volili hlavně strategii komunikace a snahu o porozumění jeho potřebám.

14.1 Kód: Emoční distancování jako mechanismus obrany

V náročných situacích spojených se smrtí pacientů se někteří respondenti uchylují k emočnímu distancování jako mechanismu obrany. Tento přístup jim umožňuje zůstat soustředěnými na výkon svých profesních úkolů, aniž by se nechali ovlivnit silnými emocionálními reakcemi. Snaží se minimalizovat vlastní pocity, aby nezhoršily jejich schopnost vykonávat práci, a tímto způsobem si uchovávají profesionální odstup. Tato otupělost nebo distancování se od emocí jim pomáhá zvládnout i těžké situace, které jinak mohou být silně emočně zatěžující.

R3: *„Tak jak jsem říkala, tak v té situaci bezprostředně v té nemocnicise snažím si to nějak nepřipouštět a nenechat se pohltit těma svýma vlastníma emocema.“*

R8: *„Taková asi otupělost, jakože asi nic v ten moment asi se nenechám potopit těma pocitama. Takže možná lítost, asi nějaká, chápeš, jakože prostě přece jen je to člověk, ale jakoby otupělost vůči tomu.“*

14.2 Kód: Komunikace jako způsob zvládání negativních emocí pacientů

Komunikace byla v rozhovorech často zdůrazněna jako důležitý nástroj pro zvládání negativních emocí pacientů. Respondenti uvedli, že aktivní naslouchání a ochota hledat řešení pomáhají zmírnit stres a úzkost pacientů. Tento přístup jim umožňuje lépe porozumět potřebám pacientů a nabídnout podporu, kterou v daných chvílích potřebují. Studenti se snaží nejen komunikovat, ale také pacienty rozptýlit nebo jim nabídnout jiné způsoby, jak se zabavit, například prostřednictvím knih nebo časopisů. Hlavní strategií je tedy komunikace a individuální přístup, který zahrnuje povzbuzení a připomenutí podpory rodiny.

R7: *„Když opravdu to je na tom pacientovi vidět, že něco je s ním špatně, snažím se to s ním nějak vykomunikovat nebo se ho zeptat, jestli je ode mě něco potřebuje, jestli můžu pro něj něco udělat. Snažím se najít nějaké řešení.“*

R6:*„Tak vlastně, jak už jsem zmiňovala, tak já se s těmi lidmi snažím hodně komunikovat. A vlastně buď se s nimi jenom povídat, anebo vymyslet nějakou aktivitu, nějaký způsobem je zabavit, anebo někdy to i probrat, co je trápí, proč se tak cítí, a jestli je můžu pomoct nějakým způsobem… V nemocnici bych to řešila asi hlavně tou komunikací. Nebo třeba nabídnout jim nějakou knížku, nějaký časopis a hledat vlastně nějakou jinou možnost, aby se zabavili ty lidi, ale myslím si, že je stejně nejdůležitější vlastně ta komunikace. To se dá vyřešit hodně věcí.“*

R5: „Tak, když to jsou tedy ty slzy, nebo negativní myšlenky, no, tak snažím se pustit někoho povzbudit, připomenout rodinu, to je o té individuální péči.“

14.3 Kód: Sdílení zkušeností jako copingová strategie

Sdílení zkušeností se ukazuje jako efektivní copingová strategie, kterou respondenti používají k zvládání náročných situací v práci. Tato praxe zahrnuje nejen rozhovory s blízkými, ale také s kolegy a spolužáky. Respondenti si uvědomují, jak důležité je otevřeně mluvit o těžkých zážitcích, aby si ulevili a získali emocionální podporu. Sdílení s kolegy je vnímáno jako příležitost získat ujištění, že jejich reakce a rozhodnutí byla správná. Naopak, když se pokusí sdílet tyto zkušenosti s lidmi mimo obor, jako jsou rodinní příslušníci nebo přátelé, zjistí, že jejich pohledy na smrt a pracovní situace jsou odlišné, a že tento druh podpory může být omezený. Sdílení zkušeností se jeví efektivnější s osobou, která chápe kontext jejich práce a může s nimi probrat jejich pocity a zážitky. Sdílení se tak stává důležitým nástrojem pro zmírnění stresu a vyrovnání se s emocemi, které souvisejí s jejich profesními zkušenostmi.

R1: *„Tak rozhodně, hodně věcí diskutuji s mamkou, takže prostě kdykoliv, cokoliv se mi děje, tak vím, že se na ní můžu obrátit a je to i slušnou strategií zvládání stresu, protože cítím, že v ní mám podporu, nejsem na to sama a kdykoliv se cokoliv děje, tak vím, že sdílí mé názory a prostě jako mě podpoří v tom, no ale jako rozhodně kolikrát, jako i třeba kamarádi a všechno, pro mě je důležitý to nedusit v sobě a nezpracovávat to sama.“*

R4: *„Sdílím. Samozřejmě bez jména, bez roku. A prostě to sdílím s ostatními kolegyněmi, spolužačkami a probereme, jak se oni zachovali. A když jim řeknu, co jsem udělala já, tak že mě ujistí, že jsem třeba udělala všechno, co jsem mohla. Takže určitě nedusit to sobě a sdílet. Myslím si, že ty lidi, co nejsou v oboru, nepochopí to. Prostě to nepochopí. Ani s přítelem to nesdílím ten to vůbec nepochopí. Setkal se jako smrtí otce, takže on to přímo jako setkání se smrtí má. Ale nedokáže to pochopit z toho pracovního hlediska.“*

R8: *„Já se o tom vykecám. Musím to říct prostě někomu blízkému, přítelkyni nebo tak. Takže vždycky vlastně někomu to říct, vymluvit si z toho.“*

14.4 Kód: Odreagování činnostmi mimo práci

Po náročných směnách se respondenti často uchylují k různým činnostem, které jim pomáhají uvolnit mysl a zmírnit stres. Mezi oblíbené způsoby odreagování patří čtení, sledování filmů, poslouchání hudby nebo procházky venku. Tyto činnosti jsou pro ně důležité, protože umožňují na chvíli uniknout od pracovních záležitostí a zaměřit se na něco, co je uvolňuje. Někteří respondenti uvedli, že procházky venku jsou pro ně nejlepší formou relaxace, která jim pomáhá zbavit se negativních myšlenek a přemýšlet o jiných věcech. Jiní preferují aktivní odpočinek, jako je cvičení nebo plavání, což nejen zlepšuje jejich fyzickou kondici, ale i psychickou pohodu. Kpsychické pohodě také přispívá rituál očisty po směně nebo sdílení sblízkými.

R6: *„Po skončení směny první, co jdu udělat je to, že si jdu dát sprchu, protože mám pocit, že ze sebe smyjivšechno negativní. Dělám to tak vždycky a přijde mi, že se po tom opravdu cítím líp, jdu si něco přečíst nebo si pustím nějaký film, kdy vlastně úplně vypnu a nemyslím vůbec na nic.“*

R7: *„Mě asi nejvíc pomáhají procházky venku. Aspoň takhle to u mě působilo nejvíc. Ta první zkušenost, to jsem si ověřila, že nejlepší je pro mě určitě procházka venkem. Trošku tak jako vypustit hlavu a přemýšlet na něčím jiným. A stoprocentně nějaký puštění filmů. Popovídat si o tom s kamarády. Já jsem takový člověk, který to potřebuje ventilovat hodně mi pomáhá, když to vyventiluji ven, než to držím v sobě.“*

R2: *„A teď se snažím, když mi není psychicky dobře, něco dělat, takže jdu třeba cvičit nebo i plavat, protože to ti strašně zlepší i psychickou i fyzickou stránku a v poslední době jsem se naučila říkat, že pokud nejde o život, jde o nic. Vždyť je to jenom nějaká zkouška nebo fáze, ono se to zvládne a pokud se to nezvládne, tak se to prostě nějak zpraví a všechno má nějaký východisko a tolik to neřešit a nedělat z toho něco strašného, skoro všechno se dá nějak vyřešit.“*

14.5 Kód: Využívání návykových látek jako copingové strategie

Kouření bylo několikrát zmíněno jako způsob, jak respondenti dočasně zvládají stres. Nikotin jim poskytuje krátkodobou úlevu, ale přiznávají, že nemají účinné nástroje pro dlouhodobé zvládání stresových situací.

R2: *„Já jsem kuřák, komfortuje mě nikotin, ale se stresem umím celkově špatně pracovat a v životě se mi to taky velmi promítlo.“*

R5: *„Kouření? A popovídat se s někým o tom“*

15 TÉMA: KOMUNIKACE S UMÍRAJÍCÍMI PACIENTY

Komunikace s umírajícími pacienty byla celkově vnímána jako jedna z nejnáročnějších a nejslabších oblastí v profesní praxi respondentů.Většina respondentů přiznala, že mají problém otevřeně mluvit o smrti a často se vyhýbají přímým odpovědím na otázky pacientů o jejich osudu. Tento přístup není pouze otázkou osobních preferencí, ale také výsledkem nedostatečné přípravy během jejich studia a praxe. Mnozí respondenti uvedli, že je nikdo nikdy dostatečně nepřipravil na to, jak adekvátně komunikovat o smrti, což vede k jejich pocitu nepřipravenosti a frustraci při setkáních s pacienty, kteří o smrti otevřeně hovoří.I když respondenti chápou důležitost empatie a citlivosti v těchto chvílích, pociťují velkou nejistotu v tom, jak správně reagovat. Když se pacienti ptají na své umírání, někteří z nich volí strategii odvádění pozornosti, např. zmiňováním rodinných návštěv, zdraví nebo jiných témat, které jsou pro pacienty podle jejich názoru příjemnější. Tento způsob komunikace je používán nejen k zmírnění nepříjemného rozhovoru, ale také jako mechanismus ochrany, který pomáhá vyhnout se emocím spojeným s tématem smrti. Respondenti se často ocitají v situaci, kdy neví, co říct, a protože chybí jasná vodítka nebo postupy, které by je připravily na komunikaci s umírajícími pacienty, jejich reakce jsou mnohdy neadekvátní nebo nedostatečně citlivé.Tato situace ukazuje na důležitost zajištění kvalitní přípravy v oblasti komunikace o smrti v rámci vzdělávacích programů a praxe zdravotnických pracovníků. Bez této přípravy mohou zdravotníci čelit výzvám, které výrazně ovlivňují nejen jejich profesionální výkon, ale i jejich schopnost poskytovat pacientům podporu. Téma komunikace o smrti tedy nelze opomíjet a vyžaduje soustavnou pozornost, jelikož zůstává klíčovým faktorem pro efektivní zvládání těchto situací v praxi.

15.1 Kód: Vyhýbání se odpovědi na otázky o smrti

V rozhovorech respondenti přiznávají, že se vyhýbají odpovědím na přímé otázky o smrti od pacientů. Mnozí z nich přiznávají, že pro ně je velmi obtížné mluvit o tomto tématu, a proto se snaží téma odvést jinam. Někteří se cítí nepřipravení na takové rozhovory a nemají dostatečnou jistotu, jak správně reagovat.Když se pacienti dotazují na svou smrt, někteří používají fráze, které mají uklidnit a povzbudit, například zmiňují návštěvy rodiny nebo zdraví pacienta, aby rozhovor přesměrovali jiným směrem. Tento přístup se obvykle používá jako způsob, jak se vyhnout nekomfortním nebo bolestivým diskusím o smrti.Jedním z hlavních důvodů pro vyhýbání se těmto rozhovorům je obava z toho, jak správně reagovat, a také strach z toho, jaký vliv by mohl mít přímý rozhovor o smrti na pacienta. Někteří respondenti vyjádřili, že by se necítili schopni adekvátně reagovat na přímé otázky o smrti,

což vede k tomu, že se raději rozhodnou téma zcela obejít a soustředit se na jiné aspekty, které jsou pacientovi příjemnější.

R5: *„No, tak, jako by, nevím asi úplně, jak by se na ně mělo odpovídat? No, jako, nechci si o tom nějak dát bavit, protože si nemyslím, že to je nějak přínosný, takže to většinou, když mi někdo řekne, já už chci umřít, tak prostě řeknu něco, jako, ale co to povídáte, tak to snažím nějak, jako, povzbudit a odvést téma, protože nevím, jak na to mám reagovat, nevím, jak to na to říct a myslím si, že, jako, bavit se o tom, co mu řekneš, jo, tak já vám to už přeju, no, tak to asi ne, že jo, tak prostě se tím nějak, odvést od toho tématu, no. Takže nějak, vlastně, rozveselit.“*

R6: *„Tak vzhledem k tomu, že pracuji v tom domově pro seniory, tak jsem slyšela hodně takovýchotázek. Upřímně nikdy nevím, co na to mám odpovědět. Ale vždycky se snažím říct něco ve stylu, že vypadá to moc dobře, což je pravda, protože většinou se mě na to ptají lidi, kteří jsou ve velmi dobrém stavu. Myslím se, že je škoda, že něco takového říkají. Říkám třeba, že mají důvod proč žít, že za nimi chodí vlastně séra a vnoučata. A ono je to vždycky takovým způsobem potěší. Myslím se, že jsou důležitý v tomhle smyslu třeba hodně ty návštěvy rodiny.“*

R2: „Já nevím prostě co mám říct já z téhle konverzací utíkám.“

15.2 Kód: Pocit nepřipravenosti na rozhovor o smrti

V rozhovorech respondenti často vyjadřovali pocity nepřipravenosti při rozhovorech o smrti, které jsou nevyhnutelnou součástí jejich profesní praxe. Přiznávali, že během studia a praxe jim chyběly konkrétní pokyny nebo školení, jak se vypořádat s otázkami pacientů týkajícími se smrti. Tato témata jsou často považována za tabu nebo se o nich mluví jen okrajově, což vedlo k tomu, že respondenti čelili výzvám v okamžicích, kdy se pacienti otevřeně ptali na svůj osud. I když si byli vědomi důležitosti empatie a klidu při komunikaci v těchto emocionálně náročných chvílích, často se cítili zmatení a nebyli si jisti, jak správně reagovat na otázky týkající se smrti. Tento nedostatek přípravy a jasného vedení v této oblasti je vnímaný jako zásadní prvek, který ovlivňuje jejich schopnost efektivně a s respektem komunikovat v takových chvílích.

R3: „…mám pocit, že mě někdo asi plně přímo nezeptal, jestli umřou nebo umírají, nebo že by chtěli odejít nebo tak něco. Ale kdyby se to nastalo, tak přímě bych taky moc nevěděla se na to říct, protože ani na tohle nás na té škole vůbec nepřipravili, že bychom nějakým předmětu

brali, co právě na takovéhle otázky odpovědět. Takže přemýšlím, co bych řekla. Určitě je důležité zachovat klidnou hlavu a reagovat tak nějak empaticky tomu člověku...“

R4: „To bylo, že nám to dali jako hotovou věc, že lidi umřou a to teďka. Jak k nim přistupovat, na co se jich vlastně mám ptát a neptat, nebo jak s nimi mluvit to vůbec.“

R2: „Já nenašla, co v těch situacích mám říkat podle mě, mě to ještě nikdy nikdo pořádně neřekl, jak se vtěhle situacích mám zachovat a myslím si, že tohle mi asi nejvíc chybí, protože ani za tu praxi jsem se to nenaučila, jak když se zmrazím a prostě nevím,nevím, co mám říct necítím se dobře, když mě tohle někdo říká. Takže tohle si myslím, jestli bych na něco měla apelovat, tak je to právě komunikace, protože to je strašně častý že pacienti jen tak pronesou něco jako pane bože já už to mám za pár proč tu furt jsem.“

Dále přiložen diagram kódů viz. příloha číslo 2.

DISKUZE

Praktická část této bakalářské práce se zaměřuje na analýzu zkušeností studentů třetího ročníku oboru všeobecného ošetřovatelství se smrtí pacientů. Cílem výzkumu bylo zmapovat jejich přípravu na tuto náročnou situaci, momentální zkušenosti a způsoby, jakými se studenti vyrovnávají se stresem spojeným s tímto tématem.

Výuka a příprava na smrt pacientů se ukázaly jako klíčová, avšak nereflektují dostatečně všechny aspekty této problematiky. Respondenti uvedli, že výuka se soustředí především na teoretické a technické aspekty, jako je manipulace s mrtvým tělem, což je považováno za praktickou a technickou přípravu na péči o zemřelé. Tento přístup se jeví jako dostatečný pro provádění konkrétních úkonů, ale zcela opomíjí emocionální aspekty péče a komunikace s umírajícím. Respondenti zmiňovali, že výuka neobsahuje konkrétní přípravu na komunikaci s umírajícími pacienty ani na to, jak zvládat emocionální zátěž, která nastává při setkáních se smrtí. Výsledky rovněž naznačujípotřebu vyváženějšího přístupu k výuce, který by zahrnoval nejen technické dovednosti, ale i emocionální přípravu na tuto náročnou součást zdravotnické praxe.První zkušenost se smrtí pacienta byla pro většinu respondentů šokujícím a emocionálně náročným zážitkem. Tento okamžik byl často nečekaný a těžko zvládnutelný, protože se obvykle odehrál před probíraným předmětem paliativní péče.Překvapení a šok byly přítomny, i když respondenti měli teoretické znalosti o smrti a umírání. V těchto chvílích sehrála významnou roli podpora zkušenějších kolegů, která pomohla zorientovat se v krizových situacích.

Toto tvrzení zároveň potvrzuje i studie která tvrdí že, studenti ošetřovatelství si přejí být na péči o umírající připravováni systematicky ještě před nástupem do praxe, aby nebyli s tak náročnými situacemi konfrontováni bez předchozí praktické či emocionální přípravy.Nicméně, jak bylo uvedeno, skutečné vypořádání se s tímto zážitkem je individuální proces a neexistuje jedno univerzální řešení, jak se vypořádat s emocemi spojenými s první smrtí pacienta.Toto zjištění podporuje studie provedená na univerzitě v Soulu, kde výzkum ukázal, že studenti vnímají smrt pacienta jako silně znepokojující a matoucí zážitek, přičemž způsob, jakým tuto situaci zvládají, se výrazně liší v závislosti na jejich předchozích zkušenostech a emoční připravenosti (Kim et al., 2022).

Péče o umírající pacienty a jejich blízké se ukazuje jako velmi citlivá a komplexní oblast, která vyžaduje nejen odborné znalosti, ale i vysokou míru empatie a úcty. Respondenti této práce opakovaně zdůrazňovali důležitost poskytování důstojné péče, která zahrnuje nejen

respektování přání pacientů, ale také schopnost naslouchat jejich potřebám a být jim lidsky nablízku.Tato zjištění podporuje i studie Zahran et al. (2022), která uvádí, že ošetřovatelské vzdělávání by se mělo více zaměřit na smrt, umírání a péči na konci života napříč klíčovými kurzy výukového plánu – jak v teoretické, tak praktické části. Autoři zároveň poukazují na to, že pozitivní postoje studentů k péči o umírající pacienty byly spojeny s vyšším ročníkem studia a ženským pohlavím, což naznačuje, že s rostoucí zralostí a zkušenostmi se zvyšuje schopnost empatie a citlivého přístupu k těmto pacientům. To potvrzuje i poznatky respondentů této práce, kteří uvedli, že s přibývajícími zkušenostmi vnímají péči o umírající jako hluboce lidskou a smysluplnou součást své profese.

Někteří z respondentů vyjádřili touhu pečovat o své blízké v posledních chvílích života, což považují za poslední službu, kterou mohou danému člověku poskytnout. Přijetí smrti jako součásti života a otevřený postoj k ní jsou ovlivněny mnoha faktory. Jak dále uvádí Zahran et al. (2022), neutrální přijetí smrti a přijetí smrti jako úniku byly významnými faktory ovlivňujícími postoj studentů ke smrti a umírání. To naznačuje, že i osobní hodnoty a životní zkušenosti studentů se promítají do toho, jak přistupují k péči na konci života.Zároveň někteří studenti v této práci zmínili negativní zkušenosti s nedůstojnou péčí o těla zemřelých v některých zdravotnických zařízeních. Tyto zážitky na ně silně emocionálně zapůsobily a vyvolávaly frustraci a bezmoc. Tento rozdíl v přístupu mezi zdravotníky ještě více podtrhuje důležitost zachování úcty a důstojnosti nejen při péči o umírající pacienty, ale i při následné manipulaci s tělem zemřelého, což je oblast, která by si zasloužila větší důraz i ve vzdělávání.Etické aspekty péče o umírající pacienty byly pro respondenty také důležitým tématem, zejména v souvislosti s asertivním chováním personálu, respektem k autonomii pacienta a rozhodnutím o DNR. V rozhovorech se objevila silná shoda na tom, že asertivní chování a otevřená komunikace mezi kolegy jsou klíčové pro podporu vzájemné pomoci v těžkých okamžicích. Respekt k autonomii pacienta, tedy právo pacienta rozhodnout o své léčbě a osudu, je považováno za základní prvek etiky. I přesto, že pro zdravotníky může být těžké přijmout rozhodnutí pacienta, které se může zdát proti jejich profesnímu přesvědčení, bylo zdůrazněno, že rozhodnutí o nezasahování je stejně důležité a má etické a emocionální opodstatnění. Tento přístup je nezbytný pro to, aby pacienti mohli zemřít s respektem a důstojností, bez zbytečného utrpení. Zároveň se v rozhovorech objevilo, že rozhodnutí o DNR, i když je profesně podporováno, představuje velmi citlivé a emocionálně náročné rozhodnutí pro personál, který musí vyvažovat respekt k přáním pacienta s vlastními pocity a profesními normami.

Psychická podpora se ukázala jako klíčová v procesu zvládání stresu a emocí spojených s péčí o umírající pacienty. Vztahy mezi studenty, kteří mají společnou zkušenost s prací v oblasti zdravotnictví, byly vnímány jako silný zdroj emoční podpory. Sdílení zkušeností a vzájemné naslouchání studentům pomáhalo zvládat náročné okamžiky. Někteří respondenti ale vyjádřili nedůvěru v dostupnost a efektivitu oficiálních psychických podpor, které jsou poskytovány školami či institucemi. Častým problémem bylo špatné informování o dostupnosti těchto služeb, dlouhé čekací doby a obtížná dostupnost. Tento nedostatek přístupu k adekvátní pomoci tak ztěžuje studentům získání potřebné psychické podpory, což může mít dlouhodobý dopad na jejich profesní rozvoj a osobní pohodu. Dále se objevily problémy s nedostatkem podpory ze strany mentorů, což poukazuje na důležitost vysoce kvalifikovaného vedení studentů, které by zahrnovalo nejen odborné vedení, ale i emocionální podporu v náročných situacích.

Vzhledem k náročnosti situací spojených s péčí o umírající pacienty. Tato zjištění zároveň podtrhují důležitoststrategie zvládání stresu. Mezi hlavní způsoby, jak respondenti zvládají stres, patřilo emoční distancování, komunikace s pacienty, sdílení zkušeností s kolegy a blízkými a odreagování činnostmi mimo práci, jako je čtení, procházky nebo fyzická aktivita. Tyto strategie pomáhaly zmírnit negativní dopady stresu a emočních reakcí, které přicházejí v krizových okamžicích. Shodně se zjištěními Rafati et al. (2017) studenti často využívají různé přístupy, jako je vyhýbání se stresovým podnětům, vyhledávání podpory u kolegů a zapojení do volnočasových aktivit, které přinášejí úlevu. Autoři zároveň zdůrazňují potřebu výuky efektivních strategií zvládání stresu a rozvoje psychické odolnosti, což potvrzuje i potřebu komplexního přístupu, jaký popsali i respondenti tohoto výzkumu. Zvládání stresu v klinickém prostředí přitom zahrnuje nejen individuální techniky, ale také podporu ze strany kolegů, spolužáků a mentorů, která může sehrát klíčovou roli v emočně náročných situacích.

Někteří z dotazovaných navíc uvedli, že pro krátkodobou úlevu od stresu využívají i návykové látky, například kouření, přestože si byli vědomi, že tento způsob není dlouhodobě vhodný ani zdravý. Tento aspekt sice není ve studii Rafati et al. (2017) výslovně zmiňován, ale poukazuje na to, že studenti někdy sahají i po méně zdravých formách zvládání zátěže. I to je důležitý podnět pro vzdělávací instituce, aby v rámci výuky podporovaly bezpečné a dlouhodobě udržitelné způsoby péče o psychickou pohodu. Celkově tato část výzkumu ukazuje na důležitost vytváření bezpečného prostoru pro sdílení, odborné vedení a cílenou podporu studentů při zvládání emočně náročných situací.

Komunikace s umírajícími pacienty byla vnímána jako jedna z nejnáročnějších oblastí v praxi. Respondenti se často vyjadřovali, že neměli dostatečnou přípravu na to, jak reagovat na přímé otázky pacientů týkající se smrti. Tento problém byl zčásti způsoben nedostatkem školení během studia, které by se zaměřovalo na praktickou komunikaci o smrti a umírání. Mnozí přiznali, že se snaží vyhýbat přímým odpovědím, odvádějí téma jinam nebo používají zklidňující fráze místo toho, aby vedli otevřený a empatický rozhovor.

Tato zjištění potvrzuje i pilotní studie Bloomfield et al. (2015), která uvádí, že studenti ošetřovatelství a medicíny často postrádají dostatečné příležitosti ke zlepšení komunikačních dovedností a při rozhovorech s umírajícími pacienty se cítí nejistí a málo kompetentní. Ve skupinových rozhovorech se studenti zmiňovali o potížích při zvládání emocí pacientů, strachu z toho, že neřeknou „to správné“, a celkovém nedostatku zkušeností. Studie dále prokázala, že simulované situace s modelovými pacienty významně zvýšily jejich sebevědomí i schopnost komunikovat citlivě a efektivně. To podporuje myšlenku, že začlenění podobných výukových metod do vzdělávacích programů může výrazně pomoci připravit studenty na realitu péče na konci života.

Hlavní zjištění této práce ukazují na složitost a komplexnost péče o umírající pacienty a zpracování emocí spojených s těmito situacemi. Vzdělání a příprava na smrt jsou velmidůležité pro profesní rozvoj studentů, ale je zřejmé, že současné vzdělávací programy kladou větší důraz na technické dovednosti než na emoční a etické aspekty této péče. První zkušenost se smrtí pacientů je většinou šokující a vede k vysoce individuálnímu procesu vyrovnání, který je náročným momentem v kariéře každého zdravotníka. V oblasti péče o umírající a zemřelé pacienty je kladeno důraz na důstojnost, respekt a naslouchání pacientům a jejich rodinám. Stejně důležité jsou etické aspekty, jako je respektování autonomie pacienta, pozitivní přístup k rozhodnutí DNR a asertivní chování personálu. Důležitou roli hraje i psychická podpora, ať už mezi studenty nebo v rámci institucionálních programů. Konečně, strategie zvládání stresu a komunikace s umírajícími pacienty se ukázaly jako nezbytné pro zajištění kvalitní a profesionální péče. Celkově výsledky ukazují, že ve vzdělávacím systému je potřeba posílit přípravu na emoční a etické aspekty péče o umírající pacienty, což by vedlo ke zlepšení nejen profesní přípravy, ale i schopnosti zdravotníků čelit těmto náročným situacím.

Výsledky tohoto kvalitativního výzkumu přinesly cenný vhled do prožívání studentek ošetřovatelství při setkání se smrtí pacienta. Je však třeba zmínit několik omezení. Výzkumný

soubor tvořilo pouze osm respondentek, což neumožňuje generalizaci výsledků na celou populaci studentů. Dále šlo výhradně o ženy, což může ovlivnit pohled na zkoumanou problematiku. Výzkum byl realizován v omezeném časovém rámci a prostředí, což může mít vliv na hloubku výpovědí. Navzdory těmto limitům poskytují data důležité podněty pro pedagogickou i klinickou praxi.

ZÁVĚR

Tato bakalářská práce se zabývala zkušenostmi studentů třetího ročníku oboru všeobecného ošetřovatelství se smrtí pacienta v kontextu jejich odborné praxe. Cílem bylo analyzovat, jak studenti vnímají a prožívají setkání se smrtí, které aspekty péče o umírající pacienty jim působí největší nejistotu, a jaké strategie volí ke zvládání emocionálně náročných situací.

Teoretická část této bakalářské práce poskytuje úvod do klíčových témat souvisejících se smrtí, umíráním a péčí o pacienty v terminálním stadiu. Zaměřuje se na vysvětlení základních pojmů a souvislostí, které jsou důležité pro porozumění zkušenostem studentů všeobecného ošetřovatelství. V textu jsou popsány různé definice smrti, procesy umírání a základy paliativní péče, kompetence všeobecné sestry při úmrtí pacienta, a psychosociální dopady paliativní péče.

Součástí teoretické části je i pohled na etické, psychologické a sociální aspekty, které tyto situace provázejí. Důraz je kladen na význam komunikace, emoční zátěže, zvládání stresu a podpory ze strany okolí. Cílem této části je vytvořit rámec, který pomůže lépe pochopit, jak studenti vnímají náročné situace spojené se smrtí pacientů a jaké faktory ovlivňují jejich připravenost.

Výzkum potvrdil, že i když jsou studenti vybaveni základními teoretickými a technickými znalostmi, praktické zvládání smrti a proces umírání přináší zcela jiné výzvy. Emoční zátěž, šok a pocit nejistoty jsou běžnými reakcemi při prvním setkání se smrtí pacienta. Ukázalo se také, že tato zkušenost často přichází dříve, než jsou probírány tematické okruhy paliativní péče v rámci výuky. Studenti tak mnohdy vstupují do situací, na které nejsou plně připraveni – ani po stránce praktické, ani emocionální.

Jedním z hlavních zjištění práce je důležitost systematické přípravy na smrt a umírání již před nástupem do praxe. Studenti vnímají jako nezbytné nejen teoretické základy, ale především prostor pro reflexi emocí, možnost sdílet zkušenosti, a nácvik komunikačních dovedností formou simulovaných scénářů. Podpora od zkušených kolegů a mentorů hrála v krizových situacích klíčovou roli, avšak samotné vyrovnání se s prožitkem smrti je velmi individuální proces.

V oblasti péče o umírající pacienty respondenti kladli důraz na důstojnost, empatii a respekt. Uvedli také, že důležitou součástí kvalitní péče je schopnost naslouchat pacientům i jejich blízkým, respektovat jejich přání a citlivě zvládat eticky náročná rozhodnutí, jako je například

rozhodnutí o DNR. Kriticky byla vnímána absence přípravy na tyto situace během výuky a nedostatek podpory při jejich praktickém zvládání.

Co se týče zvládání stresu, studenti využívali různé strategie – od sdílení s kolegy, přes fyzickou aktivitu, až po únikové mechanismy, jako je emoční distancování. Výzkum zároveň odhalil nedůvěru vůči dostupné psychologické pomoci a poukázal na slabou informovanost o podpoře ze strany školy. To ukazuje na potřebu posílit institucionální rámec podpory studentů, například formou dostupného poradenství či pravidelné supervize.

V závěru lze říci, že výsledky tohoto výzkumu jednoznačně poukazují na nutnost úprav ve vzdělávacích programech. Budoucí všeobecné sestry potřebují více než jen technické dovednosti – potřebují emoční připravenost, komunikační jistotu a institucionální oporu. Pouze tak mohou kvalitně a lidsky zvládat nevyhnutelnou realitu smrti, která je součástí jejich profese.

Návrhy pro praxi a vzdělávání

Na základě zjištění této práce lze identifikovat několik oblastí, které by mohly přispět ke zlepšení přípravy studentů všeobecného ošetřovatelství na péči o umírající pacienty:

- **Zařazení simulovaných situací do výuky**, které by se zaměřovaly nejen na technické úkony, ale především na nácvik komunikace s umírajícími pacienty a jejich rodinami. Simulace by měly obsahovat i modelové krizové situace, včetně etických dilemat nebo sdělování citlivých informací, aby si studenti mohli osvojit vhodné způsoby reakce a komunikace v bezpečném prostředí.Toto doporučení podporuje i výzkum, který v roce 2022 provedli vědci z Western Norway University of Applied Sciences a Oslo Metropolitan University. Studie byla zaměřena na studenty ošetřovatelství a zkoumala vliv simulací na jejich připravenost v oblasti paliativní péče. Výsledky ukázaly, že studenti po simulacích dosahovali lepších výsledků v komunikačních dovednostech. Zároveň se ale ukázalo, že během praxe měli omezené možnosti tyto dovednosti skutečně využít. To naznačuje, že samotné simulace nestačí, pokud nejsou doplněny navazující podporou v praxi – například vedením mentorem nebo reflexí se školiteli(Leeet al., 2022).
- **Zvýšení důrazu na emoční aspekty péče** v rámci výuky paliativní péče a klinických předmětů. Studenti by měli mít příležitost reflektovat své pocity a diskutovat o

vlastních zkušenostech pod vedením pedagogů, kteří jsou odborně připraveni na práci s citlivými tématy.

- **Zajištění dostupné psychologické podpory** pro studenty, včetně lepší informovanosti o existujících možnostech pomoci v rámci školních poraden nebo podpůrných služeb.
- **Podpora otevřené komunikace na pracovišti**, kde studenti vykonávají odbornou praxi a vytvoření bezpečného prostředí, ve kterém mohou sdílet své obavy a zážitky s mentory a kolegy bez obavy z podcenění nebo nepochopení.

Zavedením těchto opatření by bylo možné lépe připravit budoucí všeobecné sestry na realitu péče o umírající pacienty a posílit jejich odolnost vůči emočně náročným situacím, které neodmyslitelně patří k jejich profesi.

POUŽITÁ LITERATURA

AKTUÁLNĚ.CZ, 2024. Nejspokojenější z vysokoškoláků jsou studenti zdravotnických oborů. Online. Aktuálně.cz. Dostupné z: https://zpravy.aktualne.cz/domaci/nejspokojenejsi-z-vysokoskolaku-jsou-studenti-zdravotnickych/r~2c49a5c8706a11efa1910cc47ab5f122/. [cit. 2024-01-21].

BLOOMFIELD, Jacqueline G., O'NEILL, Bernadette a GILLETT, Karen, 2015. Enhancing student communication during end-of-life care: A pilot study [online]. Palliative and Supportive Care, roč. 13, č. 6, s. 1651–1661. ISSN 1478-9515. Dostupné z: https://doi.org/10.1017/S147895151500022X. [cit. 2025-04-09].

BULLOVÁ, Andrea, 2024. Syndrom vyhoření, burn-out: Jaké jsou jeho příčiny, příznaky a fáze? Online. MedicSpark. Dostupné z: https://medicspark.cz/nemoci/syndrom-vyhoreni-burn-out-jake-jsou-jeho-priciny-priznaky-a-faze/. [cit. 2024-04-15].

ČESKO, 2002. Zákon č. 285/2002 Sb., o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů a o změně některých zákonů (transplantační zákon). Online. Dostupné z: https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2002-285/zneni-20240101. [cit. 2024-10-25].

ČESKO, 2011. Zákon č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Online. Dostupné z: https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55. [cit. 2024-11-13].

ČESKO, 2011. Zákon č. 372/2011 Sb., zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). Online. Zákony pro lidi. Dostupné z: https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372#cast4. [cit. 2024-04-09].

EDMONDS, Molly, 2024. How Dying Works. Online. How Stuff Works. Dostupné z: https://health.howstuffworks.com/diseases-conditions/death-dying/dying3.htm. [cit. 2024-11-15].

GALANTIN, Laura Padmah; TESTONI, Ines; NATATI, Lucia, 2019. Phenomenology of agony: a qualitative study about the experience of agony phenomenon in relatives of dying patients. Annals of Palliative Medicine, vol. 8, č. 5. doi: 10.21037/apm.2019.11.16. Dostupné z: https://apm.amegroups.org/article/view/32214/26835. [cit. 2023-12-01].

HUANG, Andrew P., a BERNAT, James L., 2019. The Organism as a Whole in an Analysis of Death. Online. The Journal of Medicine and Philosophy: A Forum for Bioethics and Philosophy of Medicine, roč. 44, č. 6, s. 712–731. ISSN 0360-5310. Dostupné z: https://doi.org/10.1093/jmp/jhz025. [cit. 2024-11-13].

JABŮREK, Martin, 2018. Kdy nastává smrt. Problémy kritérií. Online. Ostium, roč. 14, č. 1. ISSN 1336-6556. Dostupné z: https://ostium.sk/language/sk/kdy-nastava-smrt-problemy-kriterii/. [cit. 2024-11-15].

JEDLIČKOVÁ, Anetta, 2023. Etické aspekty v onkologii. Online. Vnitřní lékařství, roč. 69, č. E-1, s. 3–10. ISSN 0042-773X. DOI: 10.36290/vnl.2023.009. Dostupné z: https://www.prolekare.cz/casopisy/vnitrni-lekarstvi/2023-e-1/eticke-aspekty-v-onkologii-133774. [cit. 2024-01-21].

KIM, Younghee; KIM, Ji-Hyun; KIM, Ji-Hye a KIM, Mi So, 2022. Nursing students' witnessed experience of patient death during clinical practice: A phenomenological study. Nurse Education Today [online]. Vol. 110, červen 2022, 105261. ISSN 0260-6917. Dostupné z: https://doi.org/10.1016/j.nedt.2022.105261. [cit. 2024-01-21].

KISVETROVÁ, Helena, 2018. Péče v závěru života. Praha: Maxdorf, 149 s. ISBN 978-80-7345-496-8.

KNAPOVÁ, Jaroslava, 2019. Terminální stadium, ošetřovatelská péče o nemocného v terminálním stádiu a zemřelého, Paliativní péče. Kapitola 3. Online. Vzdělávací a odborné zdravotnické centrum. Dostupné z: https://www.vovcr.cz/odz/zdrav/484/page03.html. [cit. 2024-11-23].

KRÁLOVÁ, J. a WALTER, T., 2018. Social Death: Questioning the life-death boundary. Milton Park: Routledge. ISBN 978-1-315-46725-2.

KRATOCHVÍLOVÁ, Inka; OLIŠAROVÁ, Věra; TÓTHOVÁ, Valérie, 2021. Hodnocení připravenosti studentů na setkání s umírajícím pacientem a se smrtí. Online. Florence, roč. 17, č. 1. ISSN 1801-464X. Dostupné z: https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2021/1/hodnoceni-pripravenosti-studentu-na-setkani-s-umirajicim-pacientem-a-se-smrti/. [cit. 2024-01-21].

KUBEŠOVÁ, Barbora, 2019. Syndrom vyhoření trápí stále více mladých lidí. Jak se mu účinně bránit? Online. Zdraví.Euro.cz. Dostupné z: https://zdravi.euro.cz/clanky/syndrom-vyhoreni-priznaky-prevence/. [cit. 2024-01-21].

KÜBLER-ROSS, Elisabeth, 2015. O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících. 2., přepracované vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0911-9.

KUPKA, Martin, 2014. Psychosociální aspekty paliativní péče. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4650-0.

LEE, Young Jin, KIM, Nam Hye, KIM, Hyunlye, SHIN, Sunyoung a LIM, Eunyoung, 2022. Effects of simulation-based palliative care education for nursing students: A mixed-method study [online]. BMC Palliative Care, roč. 21, č. 1, s. 1–9. ISSN 1472-684X. Dostupné z: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9584476/. [cit. 2025-04-09].

MAZALOVÁ, Lenka; GURKOVÁ, Elena; ŠTUREKOVÁ, Lenka, 2022. Změny v ošetřovatelské edukaci stresových a copingových strategií: longitudinální studie v České republice. Kontakt, roč. 24, č. 3, s. 185–191. ISSN 1212-4117. DOI: 10.32725/kont.2022.030. Dostupné z: https://kont.zsf.jcu.cz/artkey/knt-202203-0002_zmeny-v-osetrovatelske-edukaci-stresovych-a-copingovych-strategii-longitudinalni-studie-v-ceske-republice.php?l=cz. [cit. 2024-01-21].

MEDCHROME, 2012. Postmortem changes and Time of Death. Online. Medchrome Medical Online Magazine. Dostupné z: https://medchrome.com/extras/postmortem-time-death/. [cit. 2024-12-30].

MEDLINEPLUS, 2024. Do-not-resuscitate order. Online. MedlinePlus Medical Encyclopedia. Dostupné z: https://medlineplus.gov/ency/patientinstructions/000473.htm. [cit. 2024-01-21].

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ a MINISTERSTVO PRO MÍSTNÍ ROZVOJ, 2023. Metodické doporučení: Zacházení s tělem zemřelého ve zdravotnictví. Online. In: Ministerstvo pro místní rozvoj. Dostupné z: https://mmr.gov.cz/getmedia/41cd99e7-4fae-4380-9703-f05aede423b2/METODICKE-DOPORUCENI-Zachazeni-s-telem-zemreleho-ve-zdravotnictvi_13_9_2023-web.pdf.aspx. [cit. 2024-12-30].

MLADÍ LÉKAŘI, 2023. Více než třetina zdravotníků zažívá potíže s duševním zdravím. Online. Mladí lékaři. Dostupné z: https://mladilekari.cz/2023/09/21/vice-nez-tretina-zdravotniku-zaziva-potize-s-dusevnim-zdravim/. [cit. 2024-01-21].

MOHAMMADPOUR, Yasin, KHEZRI MOGHADDAM, Negin, SALEHI, Tayebeh a FAKHARI, Shahram, 2024. First encounter with patient death: A qualitative study on Iranian nursing students' experiences during clinical placement [online]. BMC Nursing, roč. 23, č. 1, s. 1–10. ISSN 1472-6955. Dostupné z: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC11020469/. [cit. 2025-04-11].

MOJE AMBULANCE a.s., 2024. Psychohygiena: Klíč k duševnímu zdraví v hektickém světě. Online. Moje ambulance. Dostupné z: https://www.mojeambulance.cz/psychohygiena-klic-k-dusevnimu-zdravi-v-hektickem-svete/. [cit. 2024-01-21].

MRÁZEK, Miloš, 2021. Průvodce doprovázejícího: Kapitola 8. Online. Hospic Pardubice. Dostupné z: https://hospicpardubice.cz/clanky/pro-pecujici/pruvodce-doprovazejiciho/pruvodce-doprovazejiciho-8/?utm_source=chatgpt.com [cit. 2024-01-02].

MRÁZEK, Miloš, 2021. Průvodce doprovázejícího: Příznaky blížící se smrti. Online. Hospic Pardubice. Dostupné z: https://hospicpardubice.cz/clanky/pro-pecujici/pruvodce-doprovazejiciho/pruvodce-doprovazejiciho-8/. [cit. 2024-01-02].

NAVRÁTILOVÁ, Hana, 2021. Analýza dat v kvalitativním výzkumu. Online. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Dostupné z: https://fhs.utb.cz/?mdocs-file=41925. [cit. 2024-01-21].

ONDŘEJOVÁ, Kateřina, 2019. Potřeby studentů ošetřovatelství v péči o umírající. Online. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Dostupné z: https://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/44703/ond%C5%99ejov%C3%A1_2019_dp.pdf. [cit. 2024-01-21].

ÖHLÉN, Joakim et al., 2019. Presence and provision: Nurses' perspectives on core components of nursing at the end of life. BMC Palliative Care [online]. roč. 18, č. 1, s. 1–9. ISSN 1472-684X. Dostupné z: https://bmcpalliatcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12904-019-0393-x. [cit. 2025-04-10].

RAFATI, Fatemeh, NOUHI, Esmat, SABZEVARI, Shahrzad a DEHGHAN-NAYERI, Nahid, 2017. Coping strategies of nursing students for dealing with stress in clinical setting: A qualitative study [online]. Electronic Physician, roč. 9, č. 12, s. 6120–6128. ISSN 2008-5842. Dostupné z: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5843442/. [cit. 2025-04-09].

SHEGA, Joseph, 2023. End-of-Life Timeline: Clinical Signs by Stage. Online. VITAS Healthcare. Dostupné z: https://www.vitas.com/for-healthcare-professionals/making-the-rounds/2020/march/signs-of-active-dying?utm_source=chatgpt.com. [cit. 2024-01-02].

SLÁMA, Ondřej a VAFKOVÁ, Tereza, 2020. Paliativní péče: multimediální elektronický výukový materiál. Online. Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-9628-8. Dostupné z: https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/lf/ps19/paliativni_pece/web/pages/01_04_vymezeni_pojmu.html. [cit. 2024-01-02].

ŠPATENKOVÁ, Iva, et al., 2014. O posledních věcech člověka: vybrané kapitoly z thanatologie. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-138-4.

VELKÝ LÉKAŘSKÝ SLOVNÍK, © 2024. Smrt. Online. Praha: Maxdorf. Dostupné z: https://lekarske.slovniky.cz/lexikon-pojem/smrt-6. [cit. 2024-11-15].

VITAE ŠKOLENÍ, b.r. Jisté známky smrti. Online. Vitae školení. Dostupné z: https://www.vitaeskoleni.cz/jiste-znamky-smrti/. [cit. 2024-01-21].

VYSOKÉ ŠKOLY, 2024. Syndrom vyhoření na vysoké škole: Jak s ním bojovat? Online. Vysoké školy. Dostupné z: https://www.vysokeskoly.cz/clanek/syndrom-vyhoreni-na-vysoke-skole-jak-s-nim-bojovat. [cit. 2024-04-15].

ZAHRAN, Z., HAMDAN, K. M., HAMDAN-MANSOUR, A. M., ALLARI, R. S., ALZAYYAT, A. A. a SHAHEEN, A. M., 2022. Nursing students' attitudes towards death and caring for dying patients [online]. Nursing Open, roč. 9, č. 1, s. 614–623. ISSN 2054-1058. Dostupné z: https://doi.org/10.1002/nop2.1107. [cit. 2025-04-09].

PŘÍLOHY

Příloha 1-Otázky použité v rozhovorech 1
Příloha 2- Diagram kódů a témat 2

Příloha 1-Otázky použité v rozhovorech

Dotazník

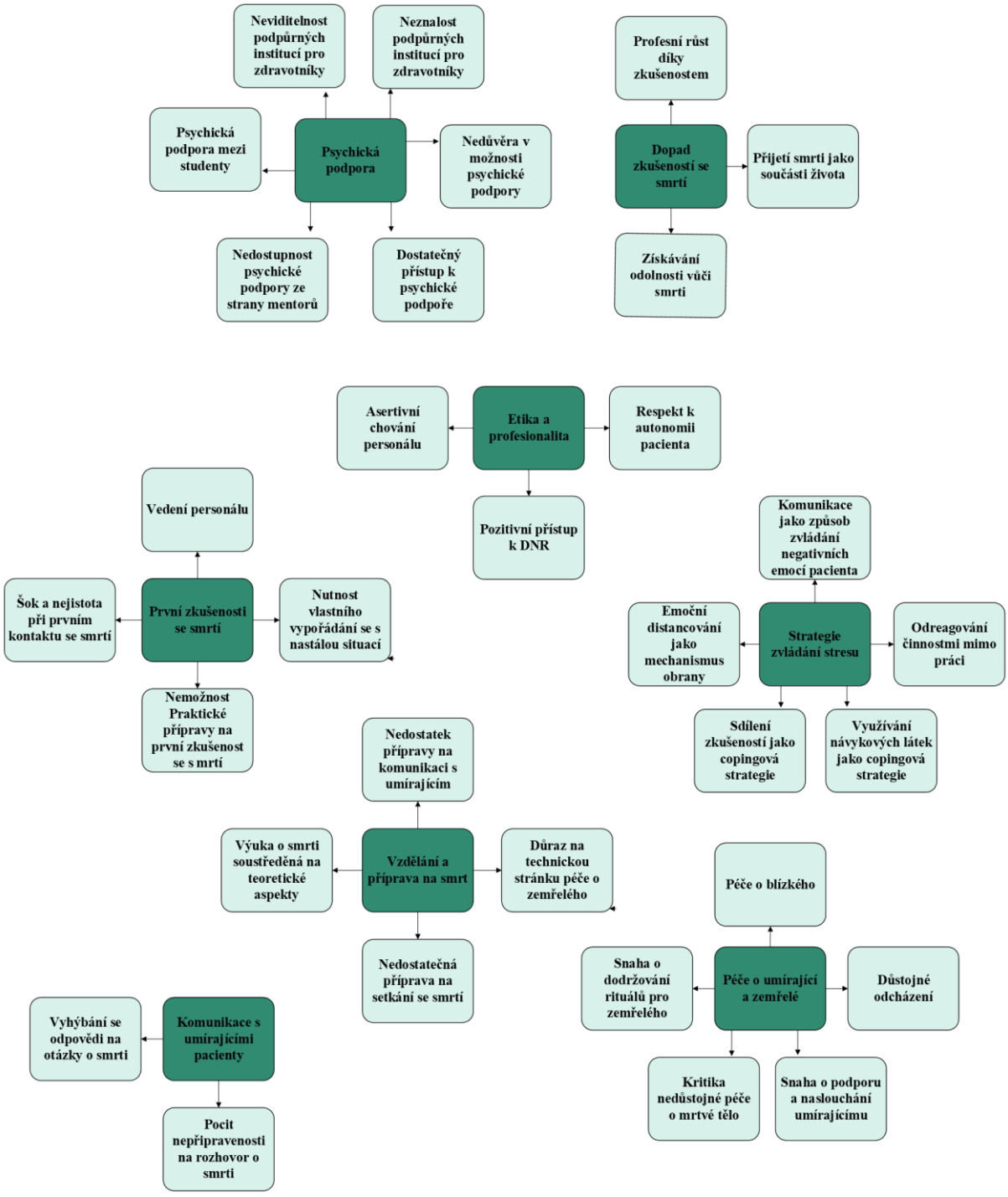
Okruh: Studium

1. Jak si vzpomínáte na výuku o smrti a umírání během studia?
2. Popište, v jakých předmětech a jakým způsobem jste se o tématu smrti a péči o umírající učili.
3. Jak vás učitelé připravovali na samotné setkání se smrtí a umírajícím?
4. Jak vnímáte rozdíl mezi teoretickou výukou o smrti a umírání a reálnou zkušeností s péčí o umírajícího pacienta?

Okruh: Zkušenosti

5. Kdy a za jakých okolností jste se poprvé setkali se smrtí?
6. Jak jste se cítili při prvním setkání s umírajícím či se zemřelým? (připraven/nepřipraven)
7. Bylo vaše první setkání se smrtí v rodinném prostředí, nemocnici nebo jiném zařízení?
8. Která událost spojená se smrtí vám nejvíce utkvěla v paměti?
9. Jak na vaše první setkání se smrtí reagovalo vaše okolí, učitelé, zdravotnický personál?
10. Cítíte, že máte dostatečný přístup k psychické podpoře ze strany školy/zdravotnického zařízení?
11. Jak vás ovlivnila první zkušenost se smrtí z profesního nebo osobního hlediska?

Okruh: Momentální pocity

12. Jaké pocity máte při péči o umírajícího pacienta?
13. Jak se cítíte při bezprostředním kontaktu se smrtí?
14. Jak reagujete na přímé otázky pacienta týkající se smrti? (Např.: „Umřu?“ nebo „Já už chci zemřít kdy to bude.“) Mělo by se na takové otázky odpovídat? Jakým způsobem?
15. Chtěli byste pečovat o svého umírajícího blízkého? Proč ano/ne?
16. Jak se vyrovnáváte se situacemi, kdy pacient odmítá léčbu nebo resuscitaci?
17. Jak se cítíte při péči o pacienta s DNR (Do Not Resuscitate), když dojde k zástavě srdce?
18. Jak se cítíte, když před vámi pacient začne rojevovat negativní emoce? Co v takovéto situaci děláte? (např. Slzy, grese)
19. Jaké konkrétní strategie využíváte k vyrovnání se se stresem při péči o umírající pacienty?
20. Co děláte, když pacient zemře? Máte nějaké profesionální nebo osobní rituály? (pro pacienta)
21. 21.Provádíte po úmrtí pacienta nějaké rituály pro vlastní duševní hygienu (např. po skončení směny)?
22. Jaké znáte instituce, které poskytují pomoc se zvládáním náročných situací spojených s úmrtím pacienta?

Příloha 2- Diagram kódů a témat