



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Sciences

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

**Zvládání péče o pacienty v terminálním stádiu studenty  
bakalářských programů ošetřovatelství**

## **BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

Studijní program: **OŠETŘOVATELSTVÍ**

**Autor:** Kateřina Mašková

**Vedoucí práce:** Mgr. Alena Machová

České Budějovice 2023

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Zvládnutí péče o pacienty v terminálním stádiu studenty bakalářských programů ošetrovatelství*“ jsem vypracoval/a samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 7.8.2023

.....

Podpis

## **Poděkování**

Touto cestou bych ráda poděkovala vedoucí bakalářské práce Mgr. Aleně Machové za odborné vedení, cenné rady a připomínky, které práci obohatily, za ochotu, vstřícnost, čas a trpělivost, kterou mi po celou dobu zpracování závěrečné práce poskytovala. Dále bych ráda poděkovala všem zúčastněným respondentům, bez jejichž času by tato bakalářská práce nevznikla.

# **Zvládání péče o pacienty v terminálním stádiu studenty bakalářských programů ošetrovatelství**

## **Abstrakt**

Bakalářská práce se zabývá tématem zvládání péče o pacienty v terminálním stádiu studenty bakalářských programů ošetrovatelství.

Cílem práce bylo zmapovat rozdíly ve zvládání péče o pacienty v terminálním stádiu u studentů v jednotlivých ročnících studia. Na základě zvoleného cíle byla stanovena následující hypotéza: „*Existují rozdíly ve zvládání péče o pacienty v terminálním stádiu studenty bakalářských programů ošetrovatelství podle jednotlivých ročníků studia*“.

Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část.

V teoretické části bakalářské práce se zabýváme samotným tématem paliativní péče, zaměřujeme se na uspokojování potřeb pacientů v terminálním stádiu, dále také na komunikaci s terminálně nemocnými pacienty a jejich rodinami. Dále představujeme i osobnost zdravotnického pracovníka a jeho profesní přípravu na budoucí povolání. V souvislosti s přípravou studentů na péči o pacienty v paliativní péči zmiňujeme témata jako je motivace, supervize, mentorování, koučování, ale i adaptace. Jednou z posledních kapitol v teoretické části je i psychohygiena.

Výzkumné šetření probíhalo formou kvantitativního šetření, metodou dotazování, pomocí nestandardizovaného dotazníku. Do výzkumného šetření byly zahrnuty 1., 2., a 3. ročníky bakalářských programů Ošetrovatelství ze tří fakult, a to konkrétně ze Zdravotně sociální fakulty v Českých Budějovicích, Fakulty zdravotnických studií v Plzni a Fakulty zdravotnických studií v Pardubicích.

Pro zhodnocení připravenosti mezi ročníky byl použit test chí kvadrát. Hypotéza byla potvrzena na základě zvolené hladiny významnosti 0,05 (5%). Hladina významnosti v našem výzkumném šetření vyšla 0,10%.

Z výzkumného šetření je patrné, že se připravenost studentů liší podle jednotlivých ročníků. Nejpřipraveněji se cítí třetí ročníky, první ročníky svou připravenost hodnotí sebejistěji než druhé ročníky a druhé ročníky jsou si svou připraveností nejméně jistí.

Výsledky bakalářské práce lze využít jako informační materiál pro studenty, ale i pro akademické pracovníky. Bakalářská práce poukazuje na to, jak moc je teoretická



i praktická příprava studentů na péči o pacienty v terminálním stádiu klíčová. Ve studentech máme budoucí zdravotníky a je stěžejní, aby nedostatečná příprava na jakékoliv svízelné situace potenciální zdravotníky neodradila od budoucího výkonu povolání. Je totiž zřejmé, že je jejich přítomnost, vzhledem k nedostatku zdravotnického personálu v českém zdravotnictví, nezastupitelná.

### **Klíčová slova**

Paliativní péče; terminální stádium; studenti ošetrovatelství; pacient

# Care management end-stage patients by bachelor nursing students

## Abstract

The bachelor thesis deals with the topic of care management of end-stage patients by students of bachelor nursing programs.

The aim of the thesis was to map the differences in the care management of patients in the terminal stage among students in individual years of study. Based on the selected objective, the following hypothesis was established: "*There are differences in the management of care of patients in the terminal stage by students of bachelor nursing programs according to individual years of study*".

The thesis is divided into a theoretical and a practical part. In the theoretical part of the bachelor thesis, we deal with the topic of palliative care itself, we focus on meeting the needs of patients in the terminal stage, as well as on communication with terminally ill patients and their families. In the theoretical part of the thesis, we also present the personality of the healthcare worker and his/her professional preparation for the future profession. We mention topics such as motivation, supervision, mentoring, coaching, but also adaptation. One of the last chapters in the theoretical part is mental hygiene.

The research part of the paper was investigated in the form of a quantitative investigation, by the method of questioning, using a non-standardized questionnaire. The 1st, 2nd, and 3rd years of bachelor nursing programs from three faculties, namely the Faculty of Health and Social Sciences in České Budějovice, the Faculty of Health Care Studies in Plzeň and the Faculty of Health Studies in Pardubice, were included in the research investigation.

A chi-square test was used to evaluate readiness among grades. The hypothesis was confirmed based on the chosen significance level of 0.05 (5%). The level of significance in our research investigation came out to be 0.10%.

The research showed that the readiness of the students varies according to individual grades. Third-year students feel the most prepared, first-year students rate their readiness more confidently than second-year students, and second-year students are the least confident of their readiness.

The results of the bachelor thesis can be used as informational material for students, but also for academic staff. The bachelor thesis points out how crucial the theoretical and practical preparation of students caring of patients in the terminal stage is. We have future health professionals in our students, and it is necessary that insufficient preparation for these difficult situations does not deter potential health professionals from future careers. It is obvious that their presence is irreplaceable due to the lack of medical staff in the Czech healthcare system.

**Keywords**

Palliative care; terminal stage; nursing students; patient

## Obsah

Úvod .....	8
<b>1</b> Současný stav .....	10
1.1 Úvod do paliativní péče .....	10
1.2 Historie paliativní péče.....	10
1.3 Paliativní péče v České republice.....	12
1.4 Dělení paliativní péče .....	14
1.5 Uspokojování potřeb nemocných v terminálním stádiu.....	15
1.5.1 Biologické potřeby pacientů v terminálním stádiu.....	16
1.5.2 Psychické potřeby pacientů v terminálním stádiu.....	21
1.5.3 Sociální potřeby pacientů v terminálním stádiu.....	22
1.5.4 Spirituální potřeby pacientů v terminálním stádiu .....	23
1.6 Komunikace s pacientem v terminálním stádiu a jeho rodinou .....	23
1.7 Osobnost zdravotnického pracovníka .....	25
1.8 Vzdělávání všeobecných sester v rámci profesní přípravy na vysokých školách .....	26
1.8.1 Vzdělávání sester v paliativní péči .....	27
1.9 Podpůrné aktivity v přípravě studenta při péči o pacienta v terminálním stádiu.....	28
1.9.1 Pracovní motivace .....	29
1.9.2 Supervize .....	29
1.9.3 Koučování .....	30
1.9.4 Mentorování .....	31
1.10 Psychohygienu .....	32
<b>2</b> Cíle práce a hypotézy .....	35
2.1 Cíl práce.....	35
2.2 Hypotéza .....	35
<b>3</b> Metodika .....	36
3.1 Metodika výzkumné práce.....	36
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	37
<b>4</b> Výsledky výzkumného šetření.....	38
4.1 Grafické zpracování dotazníkového šetření.....	38
4.2 Statistické zpracování hypotézy.....	57
<b>5</b> Diskuze .....	59
<b>6</b> Závěr .....	65
<b>7</b> Seznam použitých zdrojů .....	66
<b>8</b> Přílohy .....	74
<b>9</b> Seznam zkratk .....	12

## Úvod

Výběr tématu mé bakalářské práce byl zcela záměrný a ovlivněn mou osobní zkušeností. Již jako studentka střední zdravotnické školy jsem si všímala rozdílů mezi jednotlivými studenty během probírání učiva týkajících se témat umírání a smrti. Stejně tak jsem sledovala rozdílné reakce studentů na péči o pacienty v terminálním stádiu na jednotlivých hodinách praxe, či případné přijetí smrti jako součást lidských životů, a především našeho budoucího povolání. Na vysoké škole tomu nebylo jinak, a jelikož je v současné době téma problematiky umírání a smrti velice aktuální, byla možnost sledovat připravenost studentů na péči o terminálně nemocné ještě více umocněna. Pro studenty bakalářských programů ošetřovatelství je otázka umírání a smrti v praxi možná tou nejpálčivější výzvou. Je důležité, aby měli studenti teoretické znalosti, ba dokonce praktické zkušenosti s péčí o tyto pacienty, a uvědomili si důležitost jejich zodpovědné role při doprovázení umírajících pacientů. Při péči o nemocné se studenti často setkávají s mnoha překážkami, jelikož jejich profesní teoretická i praktická příprava je v tomto ohledu nedostačující. Rodina není vždy schopna či ochotna pečovat o své blízké, a proto je třeba poukázat na nezastupitelnost lidí pečujících o nemocné v terminálním stádiu života.

Bakalářská práce se skládá ze dvou částí, z části teoretické a z části praktické. V teoretické části je obsažena historie paliativní péče a paliativní péče v České republice. Dále je v ní věnována pozornost uspokojování potřeb nemocných v terminálním stádiu a také komunikaci s terminálně nemocnými pacienty i jeho rodinou. Součástí práce je také téma vzdělávání a profesní přípravy studentů na své budoucí povolání a v neposlední řadě i supervize a mentoring, který je při setkání s umírajícími pacienty pro studenty velice důležitý. V praktické části jsou vyobrazeny samotné výsledky výzkumu, který je zaměřen na samotné zvládání péče o pacienty v terminálním stádiu v jednotlivých ročnících studia.

Cílem bakalářské práce bylo zmapovat rozdíly ve zvládání péče o pacienty v terminálním stádiu v jednotlivých ročnících studia a poukázat na nutnost dostatečné teoretické i praktické přípravy studentů bakalářských programů ošetřovatelství. Právě oni jsou totiž potenciaálními zdravotníky a s ohledem na jejich nedostatek v českém zdravotnictví je velice důležité, aby je nedostatečná příprava na náročné situace spojené s umíráním a smrtí neodradila od výkonu povolání všeobecné sestry.

Paliativní péče je pro budoucnost klíčová. Aktuálně jsou onkologická a chronická onemocnění největší hrozbou v Evropě. Onkologická onemocnění jsou ročně diagnostikována u 4 milionů lidí. S chronickým onemocněním se potýká 80 % lidí starších 65 let a chronické nemoci jsou zodpovědné za 86 % úmrtí ročně (Česká společnost paliativní medicíny, 2023).

Světová zdravotnická organizace, ministři zdravotnictví Evropské unie i vlády mnoha zemí světa považují paliativní péči za jedno z klíčových odvětví zdravotnictví, které má pomoci při zvládnání nemocí, jež jsou důsledkem zvyšujícího se věku dožití a stárnutí populace. Paliativní péče je v tomto kontextu vhodným nástrojem pro zajištění dostupné péče odpovídající potřebám a zároveň přáním nemocných. Výsledky studií navíc opakovaně ukazují, že dostupnost paliativní péče snižuje celkové výdaje na zdravotní péči, což je vzhledem k rostoucí poptávce stárnoucí populace jeden z důležitých argumentů pro hlubší integraci paliativní péče do zdravotnického systému (WHO, 2014). Výzkumy ukazují, že většina lidí se nebojí smrti samotné. Nejčastějšími obavami jsou strach z bolesti, strach ze ztráty důstojnosti a strach z toho, že člověk zůstane sám. Paliativní péče si díky zapojení multidisciplinárního týmu umí velmi dobře poradit se všemi těmito obavami. Spolu s možností poskytovat ji v mnoha různých prostředích, od nemocnice až po domácnost, dokáže udržet vysokou kvalitu života až do úplného konce (Vytejková, 2013).

# 1 Současný stav

## 1.1 Úvod do paliativní péče

V jedné ze svých publikací Bužgová (2015, s. 16) zmiňuje, že v roce 1990 Světová zdravotnická organizace (WHO) paliativní péči vymezila jako „*aktivní komplexní péči o pacienty, jejichž nemoc nereaguje na kurativní léčbu. Nejdůležitější je léčba bolesti a dalších symptomů, stejně jako řešení psychologických, sociálních a duchovních problémů nemocných. Cílem paliativní péče je dosažení co nejlepší kvality života nemocných a jejich rodin*“. Definice poukazuje na charakter onemocnění, která jsou v pokročilém stádiu, nevléčitelná a omezují nemocného. V roce 2002 WHO představila novější definici, která poukazuje na předcházení utrpení, zlepšuje kvalitu života pomocí včasného zasažení, vyhodnocení a řešení bolesti včetně fyzických, psychických a duchovních potíží. Tato definice má širší pojetí a může být aplikována i v brzké fázi nemoci (Lowey, 2015).

## 1.2 Historie paliativní péče

Paliativní péče je jedním z mladých oborů medicíny s krátkou historií. Její vývoj začal ve druhé polovině 20. století v návaznosti na epidemiologický zlom v převládajících příčinách úmrtí od smrtelných onemocnění s rychlým nárůstem až ke chronickým, život ohrožujícím nemocem. Poslední fáze života se pro mnohé stala zdlouhavým procesem, obzvláště v době, kdy neovlivnitelná prognóza člověka limituje v mnoha směrech (Clark, 2007).

Vznikla nová sociální kategorie označována jako „umírající“ a společně s mnohými společenskými změnami se fáze umírání přesunula z domácího prostředí do institucí, zejména do domovů pro seniory či zdravotnických zařízení, nemocnic (Bužgová, 2015).

Z hlediska odborného ošetřovatelství nebyla umírajícím jako specifické skupině věnována pozornost. Péče o pacienty v terminálním stádiu byla doprovázena chladnou profesionální péčí, která nemocným zajišťovala co nejvíce soukromí a ostatním ochranu pomocí bílých zástěn – plent (Haškovcová, 2007).

Umírání a smrt bylo dříve v medicíně přehlíženo a pokládáno za selhání medicínské praxe. Jako reakce na přehlížení smrti začaly na začátku 60. let 20. století vznikat podněty pro zlepšení péče o pacienty v terminálním stádiu. Bužgová ( 2015, s. 15) ve své publikaci zmiňuje Cicely Saundersovou, iniciátorku hospicového hnutí, která vytvořila koncept „totální bolesti” pro chápání péče o umírající. Koncept „totální bolesti“ zahrnuje nejen fyzické pojetí bolesti, ale i sociální, duchovní a emoční aspekty utrpení.

Následně se začaly tvořit další myšlenky hospicové péče, které se zaměřovaly na doposud nezvyklé pojmy poukazující na kvalitu života, zvládnání bolesti a symptomů nebo psychosociální péči. Se začátkem první moderní paliativní péče se pojí i založení prvního moderního paliativního zařízení, kterým byl Hospic Sv. Kryštofa, založen v roce 1967 v Anglii. V poměrně krátkém časovém období došlo k eminentnímu rozvoji hospicové a paliativní péče a vzniku mnoha specializovaných zařízení. Paliativní medicína je v několika zemích uznána za specializovaný obor (Bužgová, 2015).



### *1.3 Paliativní péče v České republice*

Paliativní péče v České republice zaostávala oproti jiným vyspělým zemím, jelikož se začala rozvíjet až po roce 1989. V roce 1992 se v nemocnici v Babicích nad Svitavou otevřelo oddělení paliativní péče a jednalo se tak o první pokus lůžkové péče pro paliativně nemocné. V té době převažovali pacienti s onkologickými diagnózami. Specializovaná paliativní péče se tedy vyvíjela spíše směrem lůžkového hospice. V čele hospicového hnutí stála lékařka Marie Svatošová, která mimo jiné vybudovala v roce 1994 první samostatný lůžkový hospic Anežky České v Červeném Kostelci. Zprovozněn byl pak v roce 1996 (Sláma a kol., 2013).

Hospic Anežky České v Kostelci byl vytvořen podle předlohy hospice St. Christophera ve Velké Británii a byl modelem pro ostatní hospice v České republice. Poskytoval nemocným a jejich rodinám individuální a holistickou péči i paliativní léčbu směřovanou na kvalitu života terminálně nemocných. Jakožto první hospicové zařízení se zanedlouho stalo modelovým pracovištěm a předávalo své zkušenosti ostatním hospicům v České republice i zahraničí (Hospic Anežky České, 2023).

Paliativní péče podporuje život a jeho kvalitu, současně umírání a smrt považuje za normální proces. Hospic jako takový podporuje vztah mezi pacientem a jeho rodinou či vybranými blízkými. Hospice nabízí ubytování pro blízké a samozřejmě jsou návštěvy po celý rok a to 24 hodin denně. V každém týmu, který pracuje v hospici, najdete lékaře, všeobecné sestry, sociální pracovníce, psychologa, kněze, ale i dobrovolníky, a nebo například stážisty. Personál je vybírán pečlivě a je kladen důraz na jeho vzdělání. Zařízení rodinám poskytuje i poradenství nebo vypůjčení zdravotnických pomůcek (Marková, 2015).

Cílem a posláním hospice je, aby pacient žil po celou dobu své poslední fáze života plnohodnotně a důstojně v doprovodu svých nejbližších osob. Zaměřuje se na uspokojování potřeb nemocných jak v oblasti fyzické, psychické, sociální, tak i spirituální. Hospic se dále snaží o zmírnění dopadu ztráty na pozůstalé, poskytuje jim podporu a poradenství v tíživých situacích. Zařízení poskytuje kvalitní péči, při které pacient nemusí trpět bolestí, a jeho cesta tak nemusí být doprovázena strachem a utrpením. Základní činností již několikrát zmiňovaného zařízení je pochopení jedinečnosti člověka a úcta k jeho osobnosti (Coyle, 2015).

Z Jihočeského kraje by se daly vyzdvihnout tři hospice. Jeden z nich se nachází přímo v Českých Budějovicích a nese název Domáci hospic sv. Veroniky v Českých Budějovicích. Jedná se o hospic domácí, tudíž poskytuje specializovaný typ péče, která nemocným nabízí v závěru života zůstat se svými blízkými. Toto zařízení skýtá odbornou, zdravotní, sociální, psychologickou i spirituální péči. Jeho posláním je, aby pacient v posledních chvílích svého života netrpěl bolestí, byl se svými nejbližšími a byla maximálně zachována jeho důstojnost (Domáci hospic sv. Veroniky České Budějovice, neuvedeno).

Druhým příkladným hospicem je v Jihočeském kraji Hospic sv. Jana N. Neumanna. Jedná se o lůžkový hospic nacházející se v Prachaticích. Stejně jako ostatní hospice v České republice se i tento orientuje na zdravotnickou a ošetrovatelskou péči, ale mimo jiné je postaráno i o aktivity nemocných pacientů. Zaměstnaný personál se snaží vyplňovat volný čas pacienta vhodnými aktivitami. Režim návštěv je plně přizpůsoben potřebám klienta. Součástí každého pokoje je přistýlka pro blízkou osobu, návštěvy jsou dovoleny každý den v roce bez jakýchkoliv omezení (Hospic sv. Jana N. Neumanna o.p.s., 2023).

V neposlední řadě je potřeba představit Hospicovou péči sv. Kleofáše, o.p.s., která sídlí v Třeboni. Posláním tohoto hospice je stejně jako u výše zmíněných komplexní péče o pacienta a jeho důstojný, bezbolestný odchod v poslední fázi života. O pacienty zde pečují lékař, sestry, sociální pracovníce, psycholog a pokud je třeba, tak i duchovní. (Hospicová péče sv. Kleofáše, 2021).

Ministerstvo zdravotnictví České republiky (MZČR) vedlo pětiletý projekt, který byl ukončen v dubnu 2022. Tento projekt nesl název „Podpora paliativní péče - zvýšení dostupnosti zdravotních služeb v oblasti paliativní péče v nemocnicích akutní a následné péče“. Projekt prokázal, že paliativní péče v českých nemocnicích výrazně zlepšuje kvalitu života nemocných a jejich rodin, kteří tuto péči potřebují. V souvislosti s projektem došlo k rozvoji specializované paliativní péče a její celkové dostupnosti v České republice. Cílem, jež byl naplněn, bylo vytvořit samostatný program nemocniční péče a její financování. Mezi přínosy pilotního projektu patří kontinuální sběr dat, vytvoření základních materiálů pro další rozvoj NPP (standarty, metodika), financování prvních konziliárních týmů paliativní péče (KTPP), specializovaný vzdělávací kurz pro členy KTPP i fungující model spolupráce MZČR s odbornou společností (ČSPM). Do programu bylo zapojeno sedm konziliárních paliativních týmů ČR. Týmy byly tvořeny z

lékařů paliatrů, sester, sociálních pracovníků a psychologů. Tyto týmy, od doby jejich zřízení, zajišťovaly ve vybraných nemocnicích konzultace na všech odděleních. Jejich základním úkolem bylo vést rozhovor s pacienty, klienty a jejich rodinami o palčivých tématech, zjistit jejich individuální potřeby, nabídnout podporu a pomoc při formulaci jejich přání. Sběr dat prokázal, že si paliativní péče konziliárních týmů mířená terminálně nemocným klientům získala respekt mezi lékaři i ostatními pracovníky ve zdravotnictví. Výsledky poukázaly na to, že personál nemocnic o podporu konziliárních paliativních týmů stojí a jsou vděční za konzultace s těmito odborníky. V České republice je vysoký zájem o specializovanou paliativní péči ve všech nemocnicích. Vedle toho projevuje vysoký zájem o zmiňovanou péči i široká veřejnost. Pomocí projektu se poukázalo na fakt, že paliativní péče je v českých nemocnicích nepostradatelnou součástí poskytované zdravotní péče. Specializované týmy konziliární paliativní péče mohou výrazně přispět tomu, aby se specializovaná paliativní péče stala nedílnou součástí zdravotní péče ve všech nemocnicích České republiky. Ve spolupráci Ministerstva zdravotnictví České republiky, Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky, zdravotních pojišťoven a České společnosti paliativní medicíny ČLS JEP, bylo na konci roku 2020 podepsáno „Memorandum o spolupráci na zajištění udržitelnosti a rozvoji paliativních týmů u poskytovatelů akutní lůžkové péče v České republice“ (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2022).

#### ***1.4 Dělení paliativní péče***

Paliativní péče se dělí na obecnou a specializovanou. V oblasti obecné paliativní péče se jedná o řádnou klinickou praxi v situaci progresivního onemocnění poskytovaného zdravotníky jistých odborností. S ohledem na svou odbornost by tuto péči měli poskytovat všichni zdravotníci, jelikož se jedná o základní léčbu symptomů, efektivní komunikaci a respekt k pacientově nezávislosti (Sláma a kol., 2011). Obecná paliativní péče má v nemocničním zařízení svůj význam. Paliativní přístup v českých nemocnicích ve většině případů chybí, ale v poslední době se začíná přibližovat otevřenému postoji ke smrti a umírání (Gott et al., 2013). Zaměstnanci se snaží k pacientům a k jejich rodinám přistupovat s respektem, s ohledem na jejich přání nebo výběr možnosti léčby a následné péče. Taková péče vyžaduje dostatečné množství času a upřímnou komunikaci s pacienty a jejich rodinami (Plevová, 2011). V závěru života by se měla redukovat délka času

stráveného v nemocnici, měla by se omezit přeložení z jednoho oddělení na druhé a nemocný by se neměl zatěžovat již zbytečnými vyšetřeními (Bužgová, 2015). Podle Robinsona et al., (2013) a dále i McGratha et al. (2013) je pro zlepšení paliativní péče nutné zajistit soukromí pacienta, poskytovat dostatečné informace ohledně možností léčby a s tím spojené péče o zdravotní stav pacienta, podporovat pacienta i jeho rodinu v rozhodování o možnostech léčby a péče, poskytovat péči dle preferencí pacienta a jeho rodiny, řešit bolest a jiné symptomy, připravovat pacienta i rodinu na blížící se smrt a umožnit rodině pacienta návštěvy.

Specializovaná paliativní péče je poskytována týmem odborníků, kteří jsou v oblasti paliativní péče odborně vzděláni. Specializovaná paliativní péče zajišťuje péči u nemocných, kde intenzita potíží převyšuje možnosti, které poskytuje obecná paliativní péče. Mezi organizační formy můžeme zařadit mobilní paliativní péči, lůžková zařízení hospicového typu, ambulance paliativní medicíny, oddělení paliativní péče ve zdravotnických zařízeních, konziliární týmy ve zdravotnických zařízeních, denní stacionář, poradny a jiná zvláštní zařízení specializované paliativní péče (Sláma a kol., 2011). Důvodem pro rozvoj specializované paliativní péče byla data poukazující na nespokojenost s kvalitou péče o nemocné v poslední fázi života. Klíčovou prioritou systému zdravotní péče o umírající by měla být snaha o zmírnění utrpení, podpora a snížení zátěže (Bužgová, 2015).

### ***1.5 Uspokojování potřeb nemocných v terminálním stádiu***

Potřeby jednotlivce musí být v rovnováze a harmonii. Z holistického hlediska se potřeby dělí na biologické, psychické, sociální a spirituální. V praxi se tyto roviny prolínají ba dokonce přesahují. Diagnostikovanou nemocí se potřeby člověka mění, mnohdy vznikají potřeby nové. V různých fázích onemocnění se liší i priority uspokojování těchto potřeb, například v závěru života jsou v popředí potřeby spirituální. Teoretické znalosti týkající se potřeb jsou pro praxi studujících důležité, ať už kvůli porozumění pacientům, tak kvůli své vlastní osobě. Díky základním znalostem mohou studenti posuzovat chování a reakce nemocných a jsou důležité i pro plánování ošetrovatelské péče v ošetrovatelském procesu (Liu, 2022).

### ***1.5.1 Biologické potřeby pacientů v terminálním stádiu***

Jedná se o potřeby, které vycházejí ze základních potřeb každého člověka. V různých pramenech literatury lze vyčíst, že mezi biologické potřeby patří vše, co nemocný jedinec potřebuje. Trachtová (2018) v jedné ze svých publikací uvádí, že Maslow tvrdí, že mezi tyto potřeby patří: potřeba dýchání, udržování tělesné teploty, vody, spánku, přijímání potravy, vylučování, potřeba fyzické aktivity a nepochybně potřeba rozmnožování. Nemocní v terminálním stádiu jsou často odkázáni na pomoc druhých, jelikož u nich dochází ke ztrátě soběstačnosti. Uspokojování těchto základních biologických potřeb se tedy stává základem pro samotnou existenci jedince. U pacientů všech věkových kategorií bývá často narušena potřeba spánku a s ním často spojovaná potřeba být bez bolesti. V rámci paliativní péče dochází k tišení bolesti a jiných nepříjemných symptomů, které mohou spánek narušovat (Trachtová, 2018).

#### ***1.5.1.1 Dýchání***

Potřeba dýchání je jednou ze základních biologických potřeb a je velmi úzce spojena s pocitem každého jedince. Na rozdíl od ostatních biologických potřeb je potřeba dýchání, chcete-li potřeba kyslíku, specifická. Vzhledem k tomu, že dýcháme automaticky a bezděčně, uspokojování této potřeby si neuvědomujeme. Nad potřebou dýchání se člověk dramaticky zamýšlí až tehdy, kdy je mu tato potřeba nějakým způsobem narušena. Člověk s nedostatečným dýcháním je ohrožen na životě. V souvislosti s nepostačujícím uspokojením potřeby dýchání se objevuje úzkost a strach ze smrti. Současně vliv negativních emocí dýchání ještě více narušuje. Proto je velmi důležité pečovat o potřebu dýchání a kyslíku (Trachtová, 2018).

Mezi nejčastější ošetrovatelské diagnózy vztahující se k problematice dýchání u pacientů v terminálním stádiu patří Neefektivní zprůchodnění dýchacích cest, Narušená spontánní ventilace, Riziko udušení a Riziko aspirace (NANDA, 2020). Mezi nejčastěji prováděné intervence při snaze o zlepšení pacientova dýchání patří úprava polohy, která umožňuje uvolnění dýchacích cest a případné vykašlání sekretu. Další pomocí je také nácvik správného dýchání jako součást dechové rehabilitace. Mezi fyziologické funkce, které sestra sleduje v souvislosti s dýcháním, patří saturace kyslíkem. Na základě ordinace lékaře sestra aplikuje kyslík, který lze podat prostřednictvím kyslíkových brýlí nebo

kyslíkové masky. V případě ohrožení dýchání by měla být zvážena umělá plicní ventilace. Na podporu vykašlávání jsou zacíleny pokyny lékaře – mikronebulizace bronchodilatancií a expektorancií, všeobecná sestra aplikuje roztoky a dohlíží na efektivní podávání léků (Knapová, 2019).

### **1.5.1.2 Bolest**

Bolest, jakožto atribut lidského bytí, je známá každému člověku. Slouží jako varovný signál, v medicíně tedy nepostradatelný příznak. Bolest umožňuje rozpoznání vyvolávajících příčin daných problémů jedince a rozhoduje o následné terapii. Po vyřešení vyvolávajících příčin dochází k odstranění bolesti. Bolest, která má varovný signál, ztrácí význam přesně tehdy, kdy její intenzita překročila snesitelnou míru bolesti. U pacienta s delším trváním bolesti se mohou objevit pocity beznaděje a vzdávání se. Negativní vlivy psychiky u pacienta s bolestí znamenají zhoršenou kvalitu života, ale také sníženou spolupráci. Pokud tedy pacient poukazuje na bolest, je třeba zasáhnout nejen z etických a humánních důvodů, ale i z medicínských. Tišení bolesti u pacientů v terminálním stádiu je jedním z důležitých úkolů paliativní medicíny, i medicíny samotné (Janssen, 2018).

Hakl(2013) ve svém článku, který je zaměřen na zásady podávání analgetik, popisuje, že základní strategii pro léčbu bolesti představila WHO. Světová zdravotnická organizace prezentovala třístupňový analgetický žebříček, který byl původně pouze pro léčbu nádorové bolesti, ale posléze byl používán i pro léčbu neonkologické bolesti(Hakl,2013).

Žebříček analgetik WHO klasifikuje následovně. V prvním stupni klasifikace se pro léčbu mírné bolesti užívají neopioidní analgetika. Mezi zástupce této skupiny patří ibuprofen, diclofenac, paracetamol nebo například metamizol.

Ve druhém stupni klasifikace se pro léčbu středně silné bolesti užívají slabé opioidy, mezi které patří dihydrokodein nebo tramadol. Slabé opioidy se v tomto stupni klasifikace mohou používat v kombinaci s výše uvedenými neopioidními analgetiky.

Ve třetím stupni klasifikace se pro léčbu silné bolesti užívají silné opioidy, jako například morfin, fentanyl nebo oxykodon. Silné opioidy se v tomto stupni klasifikace mohou používat v kombinaci s výše uvedenými analgetiky a koanalgetiky, které představují různá léčiva, jako například kortikoidy, antidepresiva a další (Sláma, 2020).

Mezi nejčastější ošetrovatelské diagnózy patří Chronická bolest, Syndrom chronické bolesti a Narušení bolesti (NANDA, 2020).

Všeobecná sestra v rámci ošetrovatelského procesu hodnotí bolest pomocí vizuální analogové škály (VAS), která umožňuje sledovat aktuální stav bolesti a změny v čase na stupnici od 1 do 10. Záznam o bolesti je důležitý proto, aby se evidovalo, za jakých okolností bolest vzniká, nebo zda se zhoršuje. Mezi významné intervence patří psychoterapie. Empatie, pozitivní přístup, dostatek informací a naslouchání mnohdy zmírní strach a nejistotu a tím pozitivně ovlivní bolest. Jednou z intervencí je podávat analgetika dle ordinace lékaře, sledovat a zaznamenávat jejich účinek (Knapová, 2019).

### ***1.5.1.3 Vyprazdňování***

Vyprazdňování je stejně jako výše zmíněné dýchání základní biologickou potřebou a fyziologickou funkcí organismu každého člověka. Vzhledem k tomu, že vyprazdňování patří do intimní sféry člověka, je pro lidi těžké o problémech s vyprazdňováním mluvit. Uspokojování potřeby vyprazdňování je u všech lidí individuální, proto je důležité, aby budoucí zdravotničtí pracovníci při zjišťování anamnézy pacienta vedli rozhovor diskrétně, citlivě a s respektem. Dostatečné vyprázdnění navozuje u pacientů pocit libosti a spokojenosti, naopak nedostatečné vyprázdnění je provázeno různými potížemi, například plynatostí ba dokonce bolestí. V souvislosti s neuspokojením potřeby vyprazdňování se u nemocných objevuje široká škála negativních pocitů, například nervozita, napětí, úzkost, strach nebo špatná nálada. Ve všech kulturách je obecným pravidlem a zvyklostí, že se proces vyprazdňování moče i stolice odehrává v soukromí. Proto je důležité pochopit, že u pacienta, který je upoután na lůžko nebo nemá možnost vyprázdnit se sám v soukromí, je tento proces nepříjemný a do jisté míry i stresující. Neuspokojení potřeby intimity a soukromí může vést k poruchám sebekoncepce a sebeúcty. U nemocných v terminálním stádiu se mohou objevit různé poruchy s vyprazdňováním, jako například zácpa, průjem, inkontinence stolice, plynatost, ale i močová inkontinence, dysurie a další (Knapová, 2019).

Mezi ošetrovatelské diagnózy spojené s vylučováním patří Narušené vylučování moči, Retence moči a mimo jiné například Funkční inkontinence moči. Dále také Riziko zácpy, Zácpa, Průjem, Inkontinence stolice nebo Deficit sebekoncepce při vyprazdňování (NANDA, 2020). Do ošetrovatelských intervencí se zařazuje sledování vyprazdňování moči

a stolice, záznam frekvence i množství a přítomnost případných příměsí. V případě zavedení permanentního močového katétru sestra sleduje příjem a výdej tekutin, množství, patologické příměsí a nepochybně se stará i o funkčnost katétru (Knapová, 2019).

#### **1.5.1.4 Výživa**

Výživa je primární biologickou potřebou člověka, která je nezbytným předpokladem pro biologickou homeostázu organismu. Stravování má velice významnou roli v průběhu různých onemocnění a podílí se na celkovém zdravotním stavu člověka. Jídlem se neuspokojuje pouze hlad a pocit sytosti žaludku, ale výživa ovlivňuje i duševní pohodu a zdraví člověka. Spojitost mezi stravováním, životním stylem a zdravotním stavem člověka je známá. Lidé v terminálním stádiu nemoci často ztrácejí chuť k jídlu i celkovému příjmu tekutin, a to velice zásadně narušuje rovnováhu jejich organismu. Emocionální stav pacientů může způsobovat pocity nechutenství, nevolnost či plynatost. Ve stresových situacích se lidské jednání dělí na dva různé typy, první typ stresové situace řeší nadměrným příjmem potravy a druhý typ opačným způsobem, tedy menším množstvím potravy, nebo dokonce žádným. Mezi poruchy v oblasti výživy patří anorexie, bulimie, kachexie, nechutenství nebo naopak nadměrný pocit hladu neboli hyperorexie, poruchy polykání a další (Trachtová, 2018).

Mezi ošetrovatelské diagnózy spojené s výživou se řadí Narušené polykání, Riziko nestabilní glykémie, Riziko syndromu metabolické nerovnováhy, Snížený objem tekutin, Riziko sucha v ústech nebo například Riziko nevyváženého objemu tekutin. Dále také i Deficit sebeděče při stravování (NANDA, 2020).

Součástí vstupní anamnézy pacientů je hodnocení indexu tělesné hmotnosti, známé jako BMI. Zmíněný index je číslo, které je ukazatelem podváhy, normální tělesné hmotnosti, nadváhy či obezity. Sestry v anamnéze posuzují nutriční screening nemocných. Terminálně nemocní pacienti si ve většině případů, pokud je to možné, mohou vybrat, jaké jídlo chtějí a na co mají chuť. Nemocným se sníženou možností polykání je doporučen „sipping“, který se také doporučuje při nechutenství a snížené chuti k jídlu. Jedná se o malé množství tekutého přípravku, které slouží jako plnohodnotná náhrada celé porce jídla. Nemocným, kteří nemohou přijímat stravu „per os“, tedy ústy, může být



zajištěn příjem potravy enterální nebo parenterální cestou. V oblasti enterální výživy, tedy formou, kdy je strava podává do trávicího traktu, to může být pomocí nasogastrické nebo nosojejunální sondy, či perkutánní endoskopickou gastrostomií, nebo jejunostomií. Parenterální výživa, tedy forma podávání výživy do žíly, je nejčastěji podávána pacientům formou „all in one vaku“. V tomto případě je vše potřebné pro výživu pacienta v jednom vaku (Knapová, 2019).

#### ***1.5.1.5 Spánek a odpočinek***

Spánek a odpočinek má stejně tak jako výživa nezbytné předpoklady pro zachování a udržení tělesného zdraví, má regenerační a ochranný faktor a pomáhá udržovat normální funkci centrálního nervového systému. Potřeba spánku je u každého individuální, záleží na denní aktivitě, věku, fyziologickém stavu a nepochybně dalších faktorech. Je nutné respektovat pacientovu větší potřebu spánku, jelikož v období nemoci pacient potřebuje více energie na zvládnání běžných denních aktivit a vlastní sebepéče. Je nesmírně důležité podporovat spánkové návyky nemocných, jelikož jejich zvyklosti a rutina jim napomáhá k navození pohody a relaxace. Vynechání těchto aktivit může nepříznivě narušit spánek pacienta (Janssen, 2018).

Mezi nejčastější ošetrovatelské diagnózy patří Nespavost, Nedostatek spánku, Přípravenost na zlepšení spánku a Narušený vzorec spánku (NANDA, 2020). Mezi poruchy spánku řadíme spánkovou inverzi, insomnii a hyposomnii i hypersomnii, spánkovou apnoe a parasomnii (Knapová, 2019).

#### ***1.5.1.6 Hygiena a péče o kůži***

Hygiena je jedním z postupů, které vedou k podpoře, a hlavně ochraně zdraví každého jedince. Potřeba hygieny je pro každého nemocného individuální. Pro některé je uspokojení této potřeby největším předpokladem pro pocit osobní pohody. Schopnost pohybu ovlivňuje péči o čistotu těla, míra omezení pohyblivosti je tedy jedním z rozhodujících faktorů, jak moc o sebe nemocný bude schopen pečovat. Potřeba hygieny je jednou z bio-psycho-sociálních potřeb (Janssen, 2018).

Mezi nejčastější ošetrovatelské diagnózy se řadí Deficit sebepéče při koupání, Riziko narušené integrity kůže, Narušená integrita kůže nebo Riziko dekubitu (NANDA, 2020). Mezi změny na kůži patří změny barvy kůže, kam se zařazuje bledost, začervenání, strie, ikterus, edém, lymfedém. Nadále se sem zařazují i změny na přídatných kožních orgánech, mezi které patří alopecie, šedivění vlasů, lomivost nehtů, ztráta ochlupení v souvislosti s podáváním léčiv nebo jako důsledek léčebných výkonů, například při chemoterapii nebo ozařování u onkologických onemocnění. Mezi dalšími změnami na kůži se objevují i proleženiny neboli dekubity, kterým lze předcházet dostatečnou výživou nemocných, polohováním a udržováním v suchu a čistém prostředí. Mezi intervence sester patří aktivní zapojování pacientů do péče o sebe sama, sestry dále sledují změny na kůži a případné patologie zaznamenávají a hlásí lékaři (Knapová, 2019).

#### ***1.5.1.7 Tělesná aktivita***

Nemoc může určitým způsobem změnit pohybovou aktivitu člověka. Imobilní tedy zároveň nesoběstačný pacient je v této oblasti velice zranitelný. Pohybová aktivita má totiž vliv na duševní pohodu a náladu všech lidí. Schopnost pohybu ovlivňuje sebekoncepci a sebeúctu nemocných. Sebeúcta je závislá na potřebě soběstačnosti. Lidé s poruchou hybnosti propadají bezmoci a cítí se zbyteční, jelikož mají dojem, že druhé obtěžují (Trachtová, 2018).

Mezi ošetrovatelské diagnózy patří Narušená chůze, Narušená tělesná pohyblivost, Narušená pohyblivost na lůžku, Narušené sezení, Narušený postoj, Narušená schopnost přesunu, ale i Riziko pádu (NANDA, 2020). Do poruch hybnosti lze zahrnout i různé poruchy citlivosti, mezi které se zařazují různé parestezie, jako je například mravenčení nebo brnění. Intervence všeobecných sester při péči o pacienta se sníženou nebo porušenou tělesnou aktivitou obsahuje včasnou vertikalizaci, mobilizaci, zapojení pacienta do denních aktivit a prevenci tromboembolické nemoci dle ordinace lékaře (Knapová, 2019).

#### ***1.5.2 Psychické potřeby pacientů v terminálním stádiu***

Psychické potřeby jsou, jak z názvu plyne, založeny na psychické složce jedince, do které lze zařadit vnímání, prožívání a chování, jehož silné projevy můžeme pozorovat

v průběhu nemoci. Nemocní v poslední fázi života často cítí úzkost, bezmoc, strach z umírání a samotného konce své existence. Mezi psychické potřeby patří potřeba jistoty a bezpečí či stability. Součástí pracovního týmu v hospice bývá i psycholog, který pomáhá nemocnému i jeho příbuzným přijmout smrt. Mimo to je k dispozici k zodpovězení různých otázek, k probírání problémů, které v souvislosti s koncem existence přicházejí, a pomáhá také při loučení (Haines, 2021).

Každého pacienta v období nemoci obvykle provází pocity nejistoty, strachu či úzkosti. Izolace od blízkých, samotná hospitalizace, absence v práci a ve škole, to vše nemocným narušuje pocit jistoty a bezpečí. Pacienti touží po určité stabilitě, spolehlivosti, důvěře a ochraně. Míra jistoty a nejistoty ovlivňuje adaptační mechanismy každého člověka, je proto důležité o tuto potřebu pečovat (Haines, 2021).

Sebeúcta a sebevědomí jsou nezbytné pro duševní zdraví. Dostatečná sebeúcta a míra sebevědomí je důležitá pro zvládání náročných životních situací. Komunikace studentů bakalářských programů ošetřovatelství by měla obsahovat evalvací, jelikož jako budoucí všeobecné sestry musí umět podpořit sebeúctu pacientů, o které pečují. Narušení sebekoncepcie v nemocných vzbuzuje pocity beznaděje, bezmoci, bezcennosti a nenávisti k sobě samému (Trachtová, 2018).

### ***1.5.3 Sociální potřeby pacientů v terminálním stádiu***

Sociální potřeby bývají u umírajících klientů ve velkém deficitu, jelikož zahrnují citové pouto k rodině, partnerovi a k přátelům. Proto často nabývají na důležitosti, až pokud jsou uspokojeny potřeby biologické a psychické. Absence sociálního kontaktu je jedním z nejčastějších problémů umírajících, jelikož se často stává, že o nemocného pacienta jeho rodina nejeví zájem. Nemocný se tím pádem dostává do svízelné situace, zažívá pocit odmítnutí, zklamání a odloučení. Existuje i druhá varianta, kdy má pacient sociálního kontaktu přebytek, návštěv chodí mnoho nebo chodí moc často. Obě varianty jsou pro pečující náročné, proto je důležité, aby sestra disponovala jistou osobnostní zralostí (Trachtová, 2013).

Studenti jsou již během své praxe součástí doprovázení umírajících pacientů v jejich poslední fázi života, která je založená na komunikaci, respektu a pochopení. Mnoha

pacientům stačí pouze tichá přítomnost u lůžka pro zlepšení psychické pohody (Vávrová, 2012).

#### ***1.5.4 Spirituální potřeby pacientů v terminálním stádiu***

Spirituální potřeby se v závěru života často stávají vůbec nejdůležitějšími potřebami. V holistickém pojetí ošetrovatelství jsou ovšem stále opomíjeny (Sartori, 2014). V terminálním stádiu pacienti nad otázkami spirituality často přemýšlejí, ač jsou věřící či ne, pokládají si existenciální otázky. Spiritualita může nemocným pomáhat v kritických situacích nebo i lépe zvládat potíže pojící se k diagnostikovanému onemocnění. Součástí spirituality je nepochybně i náboženská složka, která pacientům přispívá vyrovnat se s jistými situacemi a dává jim odpověď na jejich otázky (Soósová, 2022). Uspokojování spirituálních potřeb napomáhá pacientům ve smíření se svízelnou situací. V oblasti zdravotnictví je často zmiňována empatie a komunikace, a přesně tyto dva hlavní předpoklady pro výkon budoucích všeobecných sester jsou velice důležité při uspokojování spirituálních potřeb nemocných. Novinky, moderní techniky medicíny a kvalitně prováděné zdravotnické úkony se komunikací a empatií v oblasti ošetrování nemocných jen těžko vyrovnají. Vřelý vztah sestry a pacienta je nepostradatelný při uspokojování potřeb, které jsou v době nemoci nepochybně značně narušeny (Sartori, 2014).

#### ***1.6 Komunikace s pacientem v terminálním stádiu a jeho rodinou***

O důležitosti správné komunikace zdravotníků s pacienty pojednává rozsáhlé množství literatury. Zvládnutí komunikace s vážně nemocným klientem je velice náročným úkolem i pro zkušený zdravotnický personál a předpokládá vyjasnění osobních postojů zdravotníka k již mnohokrát zmiňovanému umírání a smrti. Jedinec by měl prokázat svoji profesionalitu a osobní zralost. I přes veškerou erudici je komunikace s těmito pacienty náročná, jelikož pacient s jeho přibývajícími problémy může svůj hněv obrátit právě na osobu zdravotníka. V souvislosti s tím může dojít ke konfliktu mezi pacientem a sestrou, či sestrou a rodinou pacienta. Volbou vyhovující komunikace je možné těmto komplikacím předejít (Tomová, 2016). Pro uspokojování potřeb klientů je ovládnutí komunikačních dovedností klíčové. Kvalitní komunikace je pevným základem interakce

mezi zdravotníky a terminálně nemocnými. Vhodně zvolená forma komunikace pozitivně ovlivňuje nejen jejich psychický stav a kvalitu života, ale může napomáhat ke zmírnění tělesných symptomů (Zacharová, 2016).

Hlavním úkolem personálu, který pečuje o člověka v terminálním stádiu, je navození příjemné atmosféry, aby všeobecné sestry i ostatní zdravotničtí pracovníci v nemocném vzbudili pocit důvěry a dosáhli tak jeho uvolnění a potřeby se svěřit. Důležité je, jaké předchozí zkušenosti nemocný s personálem a nemocničním prostředím doposud měl. Ovlivňuje to zásadně jeho budoucí chování. Pokud pacient nemá v ošetřujících důvěru, je stěžejní ji začít opět co nejrychleji budovat, byť to není jednoduchý úkol (Tomová, 2016).

Nedílnou součástí komunikace mezi sestrou a pacientem je ovládání nedirektivního rozhovoru, který je považován za jednu z nejvýznamnějších dovedností sestry. Jeho součástí je již výše zmíněné přátelské navození atmosféry, které zvyšuje důvěru a potřebu sdílení důležitých informací (Plevová, 2011). Cílem je přirozený a reálný rozhovor, který nepochybně souvisí se zdravotními, ale i životními problémy. Podnět pro komunikaci a vedení rozhovoru je důležité přenechat nemocnému, tolerovat to, co on sám sděluje, být empatický a při sdělování svého osobního názoru být spíše zdrženlivý. Sestra by měla dát najevo svůj zájem o téma rozhovoru a měla by projevit svou lidskost (Zacharová, 2016). Umění vést nedirektivní rozhovor si žádá zkušenosti, čas a sestry se jej musí učit. Personál tohoto rozhovoru využívá ve velmi emočně silných situacích. Uplatňují se zde prvky již naučených dovedností, jako je ku příkladu aktivní a pasivní naslouchání. Součástí je pak i reflexe, kdy sestra vlastními slovy formuluje obsah sdělené informace, a také sumarizace, která klientovi dává jistotu, že v rozhovoru sdělil vše, co ho trápilo, nebo s čím se chtěl svěřit. Projev porozumění je v povolání sestry určitou samozřejmostí (Pokorná, 2013). V běžném nemocničním provozu nastávají situace, kdy zdravotníci s názorem nemocného nemusí souhlasit, ale je nutné jej akceptovat. Stejně tak jsou v nemocnicích sestry nebo i lékaři někdy určitými situacemi zaskočeni, a v takových situacích je vhodné projevit upřímnost a autenticitu. Nedirektivní rozhovor by měl poskytnout psychickou podporu, navodit uklidnění a pocit úlevy (Zacharová, 2016).

Ve zdravotnické profesi se často objevuje pojem terapeutická komunikace. Terapeutická komunikace záměrně a účelově využívá verbální a neverbální komunikační dovednosti ve vzájemné interakci ve vztahu sestra a pacient. Terapeutická komunikace je proces,

který ulehčuje jednání s lidmi a napomáhá překonávat překážky. Terapeutická komunikace vyžaduje srdečnost, empatii, důvěru, a především vzájemný respekt (Rezende, 2013). Cílem zdravotnických pracovníků je zjistit pacientovy obavy a zhodnotit problémy a emocionálních projevy nemocného (Tomová, 2016).

Součástí péče o umírající je i kontakt a komunikace s rodinou. U všech zdravotníků je od prvopočátku pěstována touha a snaha pomáhat, proto může smrt a umírání v myslích lékařů a sester vzbuzovat pocit selhání (Bužgová, 2015). K samotnému umírání patří i sdělování špatných zpráv nemocnému nebo rodině samozřejmě oznámení o smrti blízkého. Tyto skutečnosti oznamuje výhradně lékař. Citlivé sdělování informací je jistým uměním, které se musí lékař naučit. Jelikož pacient i rodina po sdělení podobných informací hledá prostor pro vyjádření vlastních emocí, bývá mnohdy součástí rozhovoru sestry. Závažné nepříznivé zprávy způsobují velkou psychickou zátěž. Je vhodné nemocného informovat o vážnosti jeho stavu, aby měl čas se na zjištěnou skutečnost připravit. Pro všechny strany je tato situace stresující, proto je třeba takové informace sdělovat v klidném prostředí. Je důležité si zachovat společenské rituály a popřát upřímnou soustrast, pokud možno pozůstalé ujistit o tom, že pacient při umírání netrpěl bolestí a zemřel důstojně (Włoszczak-szubzda, 2013).

### ***1.7 Osobnost zdravotnického pracovníka***

K výkonu každé profese jsou nezbytné určité osobnostní předpoklady, které nepochybně patří i k pozici všeobecné sestry. Mezi její hlavní kompetence neodmyslitelně patří vhodné vystupování, humánní vztah ke klientovi, kterým projevujeme vyrovnanost a osobní zralost, empatie a schopnost vnímat nové podněty a následně realizovat nové přístupy (Ortiz, 2016).

Profesionální chování pracovníků a odborníků ve zdravotnických službách je ovlivněno charakterovými vlastnostmi každého jedince. V mnoha publikacích, které se zaměřují na psychologii jedince, je charakter popisován jako morální profil člověka s psychickými vlastnostmi, které se projevují v mravní stránce člověka. Profesionální chování ovlivňuje pracovní prostředí, společenská prestiž, asertivita, altruismus, empatie, odborné i všeobecné vzdělání a v neposlední řadě morální profil osobnosti. Výše zmíněná empatie k práci zdravotníka neodmyslitelně patří (Yarbrough, 2017).

Kelnarová (2014) ve své publikaci uvádí pojem profesionální adaptace. Člověk, který se profesionálně adaptoval, má již znalosti z oblasti psychologie nemocného, umí relaxovat, zvládá své emoce a je motivován při volbě povolání. To znamená, že jeví zájem o své budoucí povolání. Požadavky na osobnost zdravotnického pracovníka jsou vysoké a vykonávání zdravotnického povolání je náročné, jelikož se odehrává v nemocničním prostředí. Vysoké nároky se kladou především na odbornost, jejíž výše má zásluhu na tom, že jsou zdravotníci a odborní pracovníci schopni svým pacientům podávat dostatečné informace v souvislosti s jejich zdravotním stavem a v rámci svých kompetencí. Dále je kladen důraz na pohotovost, rychlost, ale zároveň rozvahu při dělení důležitých rozhodnutí. Již při vedení praxe studentů zdravotnických oborů by mělo dojít k rozvoji sebedůvěry, sebekritičnosti, respektu k osobnosti nemocného, smyslu pro humor, ale zároveň k ovládnutí vlastních emocí (Kelnarová, 2014). Je žádoucí se smát s pacientem, ale nikdy ne jemu. Přehnaný humor často vzbuzuje nedůvěru a může v pacientech vyvolat marné naděje, které později končí zklamáním (Zacharová, 2007). V jistých případech nastanou i situace, kdy je nejvhodnější formou komunikace mlčení a nejvhodnější volbou je pouhé naslouchání. Žádné všeobecné sestře by neměla chybět empatie, asertivita, trpělivost a zodpovědnost. Velice důležité je i umění zacházet s časem a správné rozvržení práce dle její naléhavosti a důležitosti. Existuje mnoho faktorů, které pracovní výkon zdravotníka může ovlivnit. Mezi jisté faktory patří například charakter a úroveň vzdělání jedince, finanční ohodnocení a pochvala okolí, společenská prestiž, mezilidské vztahy na pracovišti nebo samotné pracoviště a jeho vybavení (Kelnarová, 2014).

### ***1.8 Vzdělávání všeobecných sester v rámci profesní přípravy na vysokých školách***

Vykonávání pozice všeobecné sestry a poskytování zdravotní péče je ukotveno v právních předpisech, které určují, kdo, kde a za jakých podmínek bude tuto činnost vykonávat. Povolání sestry je vázáno na konkrétní zákon o nelékařských zdravotnických povoláních, který přesně určuje, kdo na území České republiky může pozici všeobecné sestry vykonávat. Dále také existuje zákon o zdravotních službách, který stanovuje, že zdravotní péče je poskytována pouze ve zdravotnickém zařízení poskytovatelem zdravotních služeb kvalifikovanými zdravotnickými pracovníky nebo jinými odbornými pracovníky (Vévoda, 2013).

Kvalifikační vzdělání všeobecných sester je v současnosti uděleno pouze absolventům vysokých a vyšších odborných škol. Zákon o nelékařském zdravotnickém povolání v současné době nabízí dvě možnosti, v rámci kterých lze povolání všeobecné sestry získat. Prvním je akreditovaný bakalářský obor pro všeobecné sestry a druhým je obor diplomovaná všeobecná sestra, který je možný získat na vyšší odborné zdravotnické škole. Dříve tomu bylo jinak. Všeobecnou sestrou se stal i absolvent střední zdravotnické školy. Nyní studenti středních zdravotnických škol získají způsobilost praktických sester a pokud mají zájem o vzdělání všeobecné sestry, je nutno ve studiu pokračovat na vysoké nebo vyšší odborné škole (Zákon č. 96/2004 Sb. Zákon o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních)).

Jednou z povinností zdravotnických pracovníků je nutnost celoživotního vzdělávání. Celoživotním vzděláváním se rozumí zvyšování, obnovování, prohlubování a doplňování vědomostí a dovedností s nejnovějšími odbornými poznatky (§53 a §54 zákona o nelékařských zdravotnických povoláních). Jako efektivní nástroj pro rozšiřování kompetencí mohou sloužit i certifikované kurzy, v rámci kterých se získává odborná způsobilost k úzce vymezeným činnostem (Vévoda, 2013).

### ***1.8.1 Vzdělávání sester v paliativní péči***

K rozšíření znalostí a způsobilostí mohou zdravotničtí pracovníci využít specializačních vzdělávacích programů. Specializační vzdělávání je zakončeno atestační zkouškou. K atestační zkoušce je student připuštěn pouze po splnění nezbytně nutných podmínek. Pro všeobecné sestry v paliativní péči existuje specializační vzdělávací program, který se zaměřuje na domácí a hospicovou péči. Cílem tohoto programu je získání specializace pro domácí a hospicovou péči a v průběhu tohoto specializačního vzdělávání si sestra osvojí teoretické znalosti a praktické dovednosti, návyky pro týmovou spolupráci, ale také schopnost samostatného rozhodování, které je v souladu s platnými právními předpisy. Vzdělávací program se uskutečňuje v akreditovaném zařízení. Udělením akreditace se získává oprávnění k uskutečňování vzdělávacího programu nebo jeho části. Podmínkou pro získání specializované způsobilosti v oboru „Domácí péče a hospicová péče“ je úspěšné ukončení specializačního vzdělávání atestační zkouškou. Po



absolvování atestační zkoušky je absolvent specializačního vzdělávání v oboru „Domácí péče a hospicová péče“ připraven provádět, zajišťovat a koordinovat základní, specializovanou a vysoce specializovanou ošetrovatelskou péči a paliativní péči v oboru „Domácí péče a hospicová péče“ (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2019).

### ***1.9 Podpůrné aktivity v přípravě studenta při péči o pacienta v terminálním stádiu***

Doprovázení pacientů a jejich rodin v poslední fázi života může zdravotníkům přinášet uspokojení, ale může být i značně stresující. Na studenty jsou kladeny vysoké nároky, jelikož pečují o nemocné a jejich rodiny v těžkém období života, ve kterém trpí mnoha obtížnými symptomy a snaží se vyrovnat s blížící se smrtí. Studenti se účastní zmírňování utrpení a bolesti, což pro ně může být obohacující zkušeností do jejich budoucího povolání. Ovšem časté vystavování problematice utrpení, umírání a smrti, může mít negativní dopad na studentovu psychiku, obzvláště pokud si sám neuvědomí, jak důležité je také pečovat o sebe (Ibrahim, 2022). Aby se zdravotník mohl podílet na kvalitní péči, musí si uvědomit své vlastní potřeby, udělat si chvíli na jejich uspokojování a být schopen sebereflexe. Problematice umírání a smrti není na školách se zdravotnickým zaměřením věnováno příliš času, proto může být při nástupu na praxi či do zaměstnání setkání se smrtí velmi zdrcující a je velice těžké se s touto skutečností umět vyrovnat (Mason, 2020). Obtíž může nastat tehdy, když má pacient společně s jeho rodinou jiná očekávání od poskytované péče než samotný ošetroující. Často je péče o pacienty v terminálním stádiu těžká hlavně proto, že pečující navazuje s nemocnými i jeho rodinou velmi blízký vztah, který pečovatele stojí mnoho sil. Tato péče je v důsledku intimnějšího vztahu nad rámec tradičního profesionálního vztahu. Úzký vztah s pacienty může ve studentech a zdravotnících vzbuzovat pocity bezmocnosti, selhání a ztráty. Je těžké pro ně vidět jejich vlastní bolest a trápení. Nadměrný styk s umírajícími a smrtí samotnou může vést k velkému zármutku a tísní (Schaefer, 2014).

Studenti ve zdravotnictví se během své praxe setkávají s řadou náročných situací. Nejen, že si uvědomují, že je nutné být odborníkem a je potřeba vykonávat svou práci bezchybně, ale přidává se další forma zátěže, a to konkrétně emocionální. Při výkonu praxe se studenti setkávají s mnoha složitými emocemi, a proto je nutné se starat o vlastní duševní rovnováhu. Vzhledem ke skutečnosti, že se v oblasti ošetrovatelství mezi sestrou a pacientem nepochybně tvoří vztah, je těžké na sebe v některých situacích nenechat

působit strach, pocity vyčerpání, beznadějí, ale i vztek, který nemocní nepochybně prožívají. Jedním z předpokladů pro výkon zdravotnické profese je právě i péče o sebe samotného. Existují různé zdroje podpory a pomoci, jež je možno rozdělit na soukromé a pracovní. Mezi soukromé zdroje podpory můžeme zařadit všechny lidi, od kterých čerpáme energii. Hovoříme s nimi o našich problémech nebo se s nimi dokážeme zabavit. Podporu, odražení a potěšení někteří lidé nacházejí u svého domácího mazlíčka nebo ve svých zálibách. Na druhé straně profesionální formu podpory může člověk hledat mezi svými kolegy v týmu. Dobrá atmosféra na pracovišti dodává jedinci potřebnou jistotu. Mezi zdroje sociální opory se může zařadit supervize, o které se podrobně zmiňuje kapitola 1.8.2. I v přijímání podpory se zdravotník setkává s různými překážkami. Jednou z nich je například potřeba působit jako silný a odolný člověk, který nemá problémy (Venglářová, 2013).

### ***1.9.1 Pracovní motivace***

Jedním z profesionálních zdrojů podpory může být právě pracovní motivace. Jedná se o aspekt motivace lidského chování, který je spojený s výkonem jisté pracovní činnosti. Není důležité motivaci pouze vyvolat, ale udržet ji, jelikož je stěžejní pro pocit uspokojení a seberealizaci. Motivace vzbuzuje v lidech zájem o zlepšování se ve své profesi, a proto je velice podstatné zařazovat ji do vyučujících hodin a praxí studentů. Nástrojem pro motivování může být pochvala, která je mimořádným a účinným motivačním nástrojem. Stejně jako pochvala je neméně důležitým nástrojem i kritika, ta totiž upozorní na případné chyby a usměrní pracovníka v jeho výkonu. Kritika je ale velice citlivou záležitostí, proto je třeba se držet jistých pravidel, aby nedošlo k demotivaci, tedy jevu opačnému (Plevová, 2012).

### ***1.9.2 Supervize***

Dalším z profesionálních zdrojů motivace může být pro studenty i supervize. V odborné literatuře se setkáváme s mnoha definicemi supervize. Jedná se o proces, kterého se účastní jedinec, skupina nebo tým pracovníků. Supervize se zaměřuje na reflexi profesní role, činnosti a aktivity spojené s pracovní pozicí. Často se využívá v zaměstnání, kde dochází ke kontaktu s lidmi, tedy i ve zdravotnictví a sociálních službách. Se supervizí se

ale člověk nesetkává pouze v pomáhajících profesích, ale například i v bankovníctví, obchodě a službách (Venglářová, 2013).

Samotný supervizor, tedy člověk, co poskytuje supervizi, napomáhá porozumět pocitům, hledá řešení nejrůznějších problémů a hodnotí další vedení práce. Jedná se o člověka, který je vyškolený v oblasti supervize a má dlouholetou praxi v oblasti práce s lidmi a vedením týmu (Driscoll, 2019).

Při supervizích ve zdravotnickém povolání je kladen důraz hlavně na zodpovědnost pracovníka při prováděných postupech a dodržování jistých etických principů, které s danou profesí souvisejí. Obsah supervize tvoří rozhovory o situacích, které zdravotníci v praxi nebo pracovním životě běžně prožívají. Psychickou zátěž u pracovníků ve zdravotnictví nenavodí pouze přímý kontakt s pacientem, ale i vztah sestry – lékaře, problémy s vedením týmu a vztahy s ostatními kolegy na pracovišti. Supervizor by studenty a zdravotníky měl podporovat, přinášet zkušenosti a doporučení, posilovat pracovní kompetence a inspirovat k novým postupům (Driscoll, 2019).

Supervize se nerovná kontrole nebo řízení supervizorem, nejedná se ani o žádnou formu dohledu nad kvalitou provedené práce. Supervize pracuje s myšlenkou, že mají zdravotníci zájem o poskytování kvalitní péče, že chtějí odhalit svá slabá místa a chtějí dát prostor následnému zlepšování (Venglářová, 2013).

V literatuře je možné se dočíst, že supervize plní tři základní funkce. První z nich je funkce normativní. Ta zahrnuje dodržování norem, standardů, podporuje kvalitní a bezpečnou péči a rozvíjí profesní odpovědnost jedince či týmu. Další funkce je formativní, což znamená, že reflektováním praxe dochází k prohlubování vědomostí a dovedností. Poslední funkcí je funkce posilující, která je zaměřena na seberozvoj, sebeuvědomování a motivaci při zvládání svízelných situací během vykonávání zdravotnické profese. Smyslem supervize je navození psychické pohody pracovníka natolik, aby i v rámci odborného růstu mohl poskytovat kvalitní péči (Venglářová, 2013).

### ***1.9.3 Koučování***

Slovo „koučink“ je v pramenech literatury definováno jako cílené odstraňování bariér s účelem využití potenciálu jednotlivce, jehož přednosti by ho měly vést k lepšímu výkonu. Je to proces konzultování, ve kterém podporujeme lidi v tom, aby dokázali najít

řešení obtížné situace formou sebereflexe či optimalizací svého potenciálu (Venglářová, 2013). Zaměřuje se na kladení otázek a vyžaduje odpovědi, napomáhá soustředění, jelikož nutí přemýšlet, a umožňuje zpětnou vazbu. Koučink je zaměřen primárně na stanovení cíle a jeho následné naplňování (Sezer, 2021). Rozdíl mezi koučováním a supervízi je ten, že koučink je na rozdíl od supervize více zaměřen na chování a výkonnost. Základním úkolem koučování je docílení lepšího vnímání reality a zvýšení zodpovědnosti a sebevědomí vnímaného jedince (Evans, 2019). V průběhu samotného koučování dochází ke stanovení cíle a následnému odstraňování vnitřních bariér, které by mohly být překážkou a komplikací při dosahování vybraného cíle (Venglářová, 2013). Existuje řada bariér, které brání zlepšování výkonu či dosahování cílů. Řadí se mezi ně například negativní zkušenosti, neschopnost vidět jiné možnosti, nízké sebevědomí, strach či obavy ze změny, ale třeba i snaha o naplnění očekávání ostatních lidí. Koučink to přístup, který v lidech vzbuzuje ochotu opouštět staré přístupy a pomáhá jedinci objevit odpovědi na kladené otázky. V pracovním prostředí může být koučink chápán jako styl vedení a řízení zaměstnanců (Machon, 2019).

#### ***1.9.4 Mentorování***

Role mentora byla do procesu ošetřovatelského vzdělání dosazena již v roce 1970 jako reakce na realitu šoku, který sestry ve svém zaměstnání prožívaly. Až posléze se tento model dostal do vzdělávání vysokoškolských studentů. Mentor je speciálně vybraná a školená osoba, která pomáhá, podporuje a předává zkušenosti jiným jednotlivcům. Mentor pomáhá při adaptaci nových studentů či pracovníků na pracovišti, napomáhá osobnímu rozvoji vlastního potenciálu, schopností a kariéry. Mentor se snaží zvyšovat odbornou kvalifikaci jednotlivce, snaží se co nejlepším a nejefektivnějším způsobem studentům pomáhat při osvojování znalostí a dovedností (Venglářová, 2013). Hlavním cílem mentoringu je povzbuzování a podpora vlastní iniciativy a osobního rozvoje jednotlivce. V procesu mentoringu je důležité, aby si mentor a student, případně zdravotník, mezi sebou navodili pozitivní a rovnocenný vztah, který je založen na vzájemné důvěře a ochotě se učit. Je důležité si stanovit určitá pravidla, očekávání a cíle. Během mentorování je stěžejní komunikace, motivace, reflexe a průběžné hodnocení (Collins, 2020). Mentorství v ČR popisuje „Metodický pokyn k vyhlášce č. 39/2005 Sb.“ vydaný Ministerstvem zdravotnictví České republiky ve „Věstníku MZČR č. 6“, a to

pouze skrze doporučenou náplň činnosti mentorů/ek odborné praxe. Legislativně je vzdělání mentorů upraveno „Metodickým pokynem k vyhlášce č. 39/2005 Sb.“ a „Věstníkem MZČR č. 2“ z 10. února 2011. Mentor je pro studenta podporou, v rámci které by si měl osvojit svou profesní roli a naučit se, jak efektivně a kvalitně pečovat o pacienty. Studující by měl mít povědomí o tom, co by měl v jistém bloku praxe zvládnout, měl by si tematiku prostudovat a na základě sebereflexe s mentorem diskutovat o stanovených cílech pro určitý blok praxe, na kterém budou s mentorem společně pracovat (Venglářová, 2013).

### ***1.10 Psychohygienu***

Psychohygienu je soubor opatření, postupů a poznatků o způsobu života a chování, které umožňují zachovat si psychické a psychosomatické zdraví. Studenti pomáhajících profesí jsou v rámci studia i praxe vystavováni velké míře stresu a každodennímu fyzickému i psychickému napětí, které se může často odrážet na jejich fyzickém či psychickém stavu a aktuálním rozpoložení. Pro lidi pracující v pomáhajících profesích je proto podstatné udržovat si správnou psychickou pohodu, životní spokojenost a vyrovnanost. Všechny tyto faktory poté navozují harmonické vztahy jak v pracovním, tak v osobním životě. Je proto důležité dbát na dostatečný odpočinek a do svého života zařazovat různé relaxační techniky (Scotland-Coogan, 2016).

Nepostradatelným relaxačním procesem organismu je i spánek. Každodenní přísun spánku by měl být ideálně mezi 7 – 8 hodinami. Samozřejmě záleží na věku a individuálních potřebách každého jedince. K pravidelnému spánku přispívá, pokud si člověk stanoví čas, ve který bude pravidelně každý den chodit spát a vstávat (Trachtová, 2018).

Součástí psychohygieny je také pohyb. Pravidelný pohyb k celkovému zdraví člověka nepostradatelně patří. Pohyb nám často dodává sebevědomí, podporuje psychické zdraví a nepochybně zlepšuje tělesnou kondici (Trachtová, 2018).

Vzhledem k množství povinností, které studenti mají, je klíčové i správné hospodaření s časem. Nejvíce pomáhá vytvořit si určitý pravidelný denní rytmus, kdy student věnuje dostatečný čas práci, ale i odpočinku aktivnímu nebo pasivnímu (Trachtová, 2018).

Ač se to na první pohled nemusí zdát, významná je pro duševní zdraví jedince i zdravá a vyvážená strava, jelikož mu zajišťuje dostatek energie, a stejně tak jako pravidelný pohyb napomáhá k dobré tělesné kondici (Trachtová, 2018).

Do psychohygieny nepochybně patří relaxace. Relaxace znamená tělesné i duševní uvolnění. Jejím prováděním dochází k uvolnění svalového napětí neboli tenze a zároveň i napětí duševního. Oba typy napětí spolu úzce souvisejí. Dovednost relaxovat, uvolnit se, je předpokladem uklidnění a duševní vyrovnanosti. Člověk, jenž ovládá relaxaci, mívá pevnější duševní i tělesné zdraví, lepší pracovní výkonnost, lépe se soustředí, méně se unaví a bývá v životě spokojenější (Zhang, 2021). Naopak jedinec příliš napjatý si počíná křečovitě, bývá podrážděný, náladový, úzkostlivý, konfliktní a mívá poruchy spánku. Trvalá tenze může mít i vážnější zdravotní důsledky. Dokonce bývá jednou z příčin, ale i projevů tzv. civilizačních chorob, např. ischemické choroby srdeční, žaludečních vředů, zvýšeného krevního tlaku, v nejhorších případech i metastáze rakoviny. Relaxaci je možné se naučit, přičemž je vhodné postupovat od snazších způsobů a metod k těm obtížnějším (Windle, 2021).

Jedním ze zásadních typů relaxace je relaxace spontánní neboli samovolná. Tento způsob uvolnění provádí všichni, aniž by si to uvědomili. Samovolná relaxace spočívá v tom, že si člověk lehne, zavře oči a uvolní svaly. U většiny lidí není spontánní relaxace příliš hluboká. Bezpečnými ukazateli ne příliš hluboké relaxace jsou slabé záškuby svalů na ruku či nohu, pohyb víček či nepravidelný dech. Čím více se těchto známek napětí u lidí vyskytuje, tím méně dokonalé je jejich umění uvolnit se. Lidem, kteří mají dobrou náladu, cítí se dobře ve své práci, mají radost ze života a jsou obklopeni blízkými lidmi tato nevědomá relaxace k uvolnění těla a vnitřnímu klidu většinou stačí. Známkou správného provádění relaxace musí být příjemný pocit. Naopak život přeplněný zátěžovými podněty neboli stresory, jako jsou nedostatek času, příliš mnoho závazků, konflikty s lidmi apod., nás od spontánní relaxace vzdaluje. Schopnost spontánně se uvolnit souvisí s celkovým stylem našeho života (Zhang, 2021).

Jedním z předpokladů pro účinnou relaxaci je správné dýchání. Známkou hluboké relaxace je plynulé a pravidelné dýchání s delší výdechovou fází (Windle, 2021).

Jednou z relaxačních technik je i „autosugesce“. Autosugesce neboli psychické působení na sebe sama, uvěření vlastním představám podstatně uvolňuje psychické napětí.

Představy, fantazie a myšlenky mají blahodárny vliv na celkové uvolnění našeho těla i mysli (Zhang, 2021).

## **2 Cíle práce a hypotézy**

Kapitola poskytuje informace o cíli a hypotéze pro tuto bakalářskou práci.

### ***2.1 Cíl práce***

Hlavním cílem výzkumného šetření bakalářské práce bylo zmapovat rozdíly ve zvládnutí péče o pacienty v terminálním stádiu u studentů v jednotlivých ročnících studia bakalářských programů ošetřovatelství.

### ***2.2 Hypotéza***

H1: Existují rozdíly ve zvládnutí péče o pacienty v terminálním stádiu studenty bakalářských programů ošetřovatelství podle ročníků studia.



## 3 Metodika

### 3.1 Metodika výzkumné práce

Výzkumná část bakalářské práce na téma „Zvládání péče o pacienty v terminálním stádiu studenty bakalářských programů ošetrovatelství“ byla zpracována formou kvantitativního výzkumu pomocí dotazníkového šetření.

Pro výzkumnou část bakalářské práce bylo osloveno osm fakult z celé ČR. Z osmi oslovených fakult nabídly tři z nich spolupráci, respektive účast na výzkumu. Konkrétně se jednalo o Fakultu zdravotnických studií v Plzni, Fakultu zdravotnických studií v Pardubicích a Zdravotně sociální fakultu v Českých Budějovicích. Před zahájením samotného výzkumného šetření byla podána žádost k provedení výzkumu na jednotlivých zdravotnických fakultách různých vysokých škol, po jejímž schválení byl na studijní oddělení odeslán vytvořený online dotazník a studijní oddělení online dotazník rozeslala 1., 2. a 3. ročníkům bakalářských programů ošetrovatelství. Online dotazník byl mimo to rozeslán studentům Zdravotně sociální fakulty v Českých Budějovicích přes sociální síť.

Dotazník byl vytvořen pomocí portálu [www.survio.com](http://www.survio.com), který je určen pro tyto účely. Dotazník byl nestandardizovaný a obsahoval 21 otázek, jež byly otevřené, polouzavřené i uzavřené (viz Příloha 1). U každé otázky bylo upřesněno, zda má student vybrat pouze jednu nebo více z nabízených odpovědí. Respondenti byli informováni o tom, že vyplnění dotazníku je zcela anonymní a slouží pouze k účelu zpracování bakalářské práce. Výzkum byl prováděn na přelomu února a března roku 2023. Pro vyhodnocení dat z vyplněných dotazníků byl použit portál [www.survio.com](http://www.survio.com), který data ukládal, a následně i Microsoft Word a Microsoft Excel, a to konkrétně k vypracování tabulek a grafů. Při tvorbě a zpracování grafů pro výzkumnou část bylo nutné pro přehlednost a významnost odpovědí sloučit odpovědi „ano“ a „spíše ano“, dále také „ne“ a „spíše ne“. Testování stanovené hypotézy proběhlo statistickým zpracováním v Microsoft Excel. Pro zhodnocení připravenosti mezi ročníky byl použit test chí kvadrát. Hypotéza byla potvrzena na základě zvolené hladiny významnosti 0,05 (5 %).

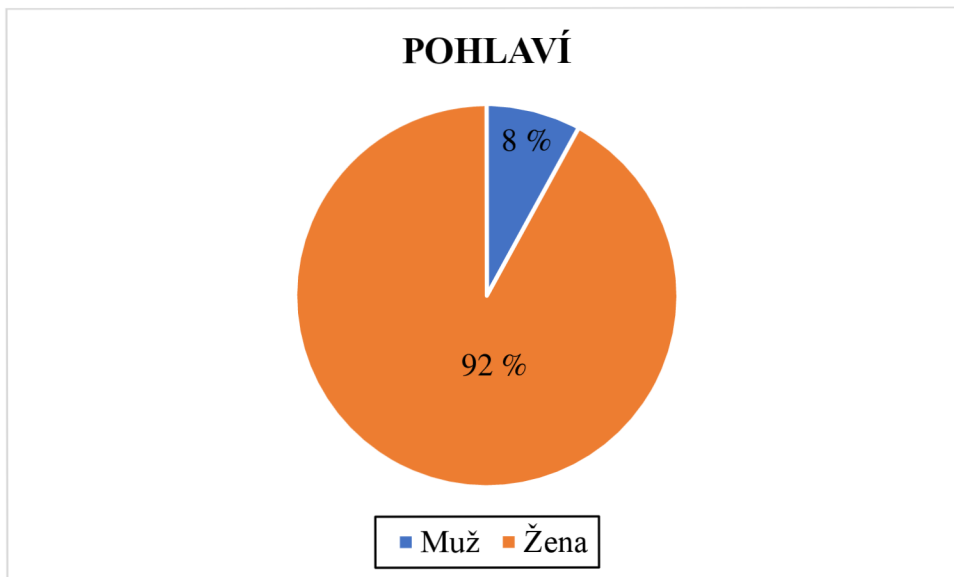
### **3.2 Charakteristika výzkumného souboru**

Výběr respondentů byl záměrný. Bylo osloveno osm zdravotnických fakult z celé ČR. Z osmi fakult nám tři nabídly spolupráci, a sice účast na výzkumu. Do dotazníkového šetření byly zahrnuty tři zdravotnické fakulty, konkrétně Zdravotně sociální fakulta v Českých Budějovicích, Fakulta zdravotnických studií v Plzni a Fakulta zdravotnických studií v Pardubicích. Na zastoupení studentů ve výzkumném šetření odkazuje Graf 4, ze Zdravotně sociální fakulty v Českých Budějovicích činilo 24%, z Fakulty zdravotnických studií v Plzni 31% a z Fakulty zdravotnických studií v Pardubicích 45%. Výzkumu se zúčastnily 1., 2., a 3. ročníky bakalářských programů ošetřovatelství. Graf 3 znázorňuje, že studentů z 1. ročníků bylo 28%, z 2. ročníků bylo 29% a ze 3. ročníků 43%. Graf 1 znázorňuje, že se výzkumného šetření zúčastnilo 92% žen a 8% mužů. Rozsah výzkumného vzorku byl 100 respondentů.

## 4 Výsledky výzkumného šetření

### 4.1 Grafické zpracování dotazníkového šetření

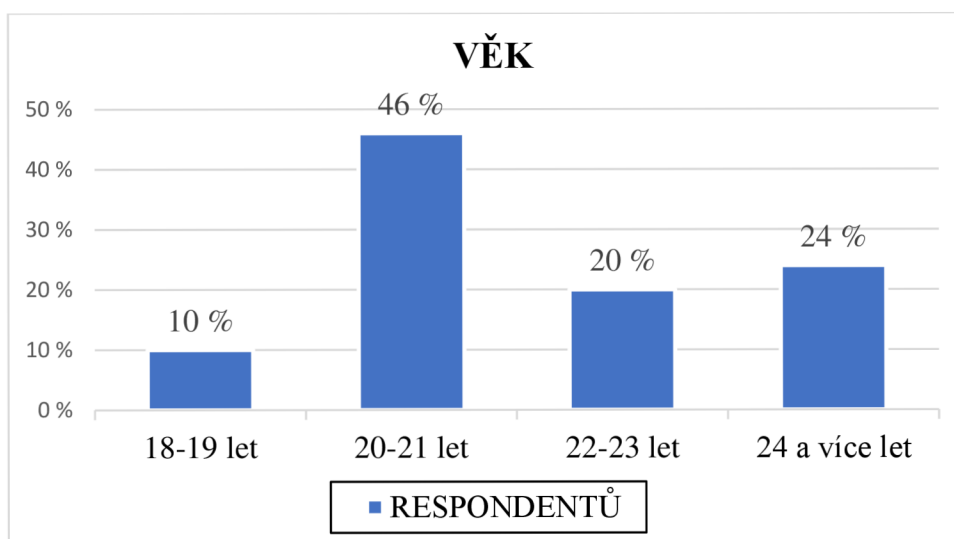
**Graf 1: Pohlaví respondentů**



Zdroj: vlastní výzkum

Dotazníkového šetření se zúčastnilo 100 respondentů. Z Grafu 1 vyplývá, že 92 % bylo žen a 8 % bylo mužů.

**Graf 2: Věk respondentů**

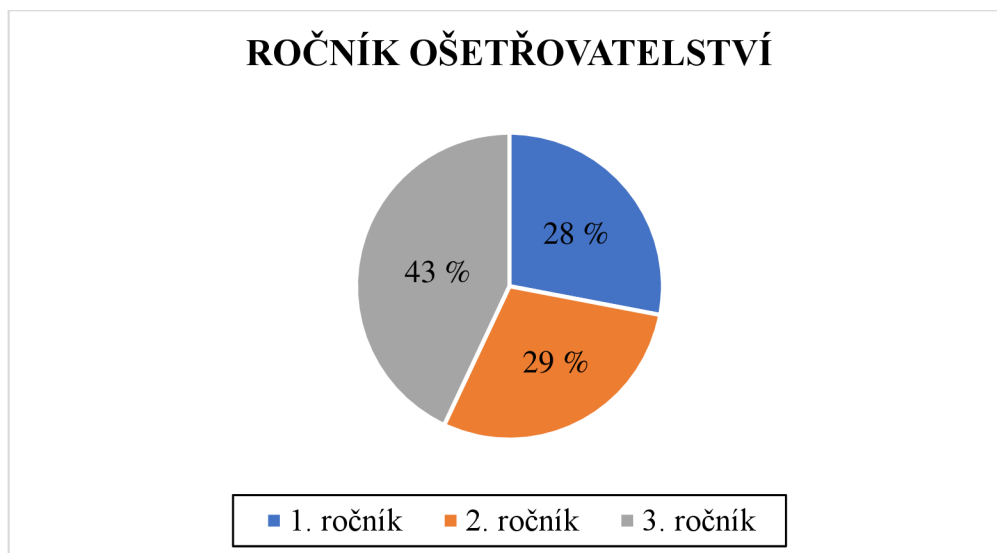


Zdroj: vlastní výzkum

Graf 2 vyobrazuje věk dotazovaných respondentů. 10 % studentů bylo ve věku 18 – 19 let. Ve věku 20 – 21 let na dotazníkové šetření odpovědělo 46 % respondentů. 20 %

studentů, kteří se zapojili do našeho dotazníkového šetření, bylo ve věku 22 – 23 let. Dotazovaných ve věku 24 a více let bylo 24 %.

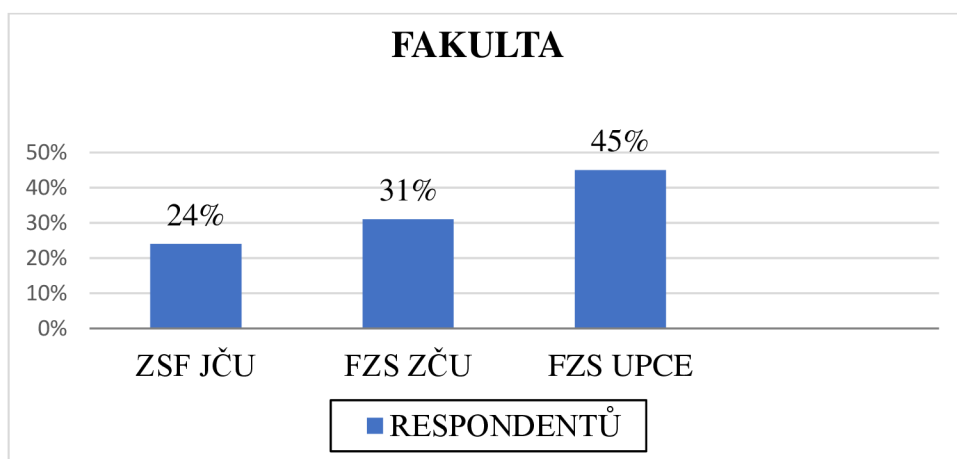
**Graf 3: Ročník ošetrovatelství**



Zdroj: vlastní výzkum

Z Grafu 3 je patrné, že v dotazníkovém šetření měl první ročník zastoupení 28 %. Na výzkumu se podílelo 29 % studentů z druhých ročníků. Největší část, tedy 43 %, byla ze třetích ročníků bakalářských programů ošetrovatelství.

**Graf 4: Fakulta**

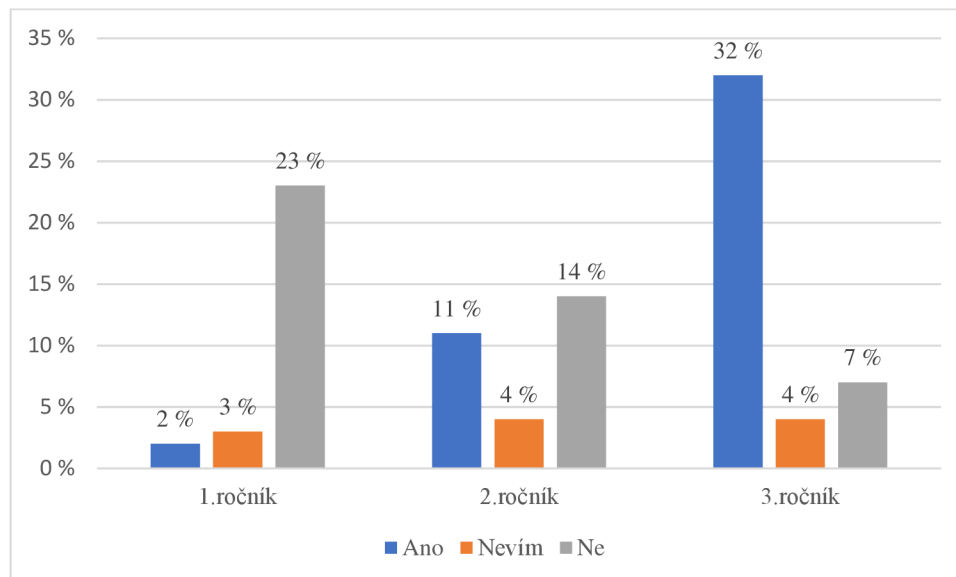


Zdroj: vlastní výzkum

Graf 4 znázorňuje odpovědi na otázku, na jaké fakultě dotazovaní respondenti studují. 24 % studentů bylo ze Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích (ZSF JČU). Studentů z Fakulty zdravotnických studií Západočeské univerzity

v Plzni (FZS ZČU) bylo 31 %. Největší podíl dotazovaných, tedy 45 % studovalo na Fakultě zdravotnických studií Univerzity v Pardubicích (FZS UPCE).

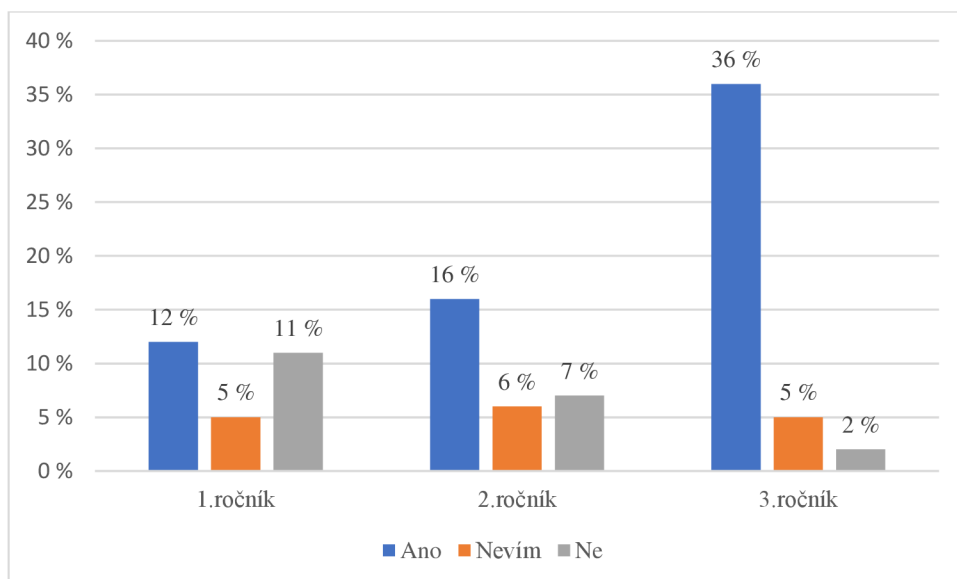
**Graf 5: Vliv teoretické výuky na přípravu studentů pro péči o pacienty v terminálním stádiu**



Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 5 v dotazníku zjišťovala, zda studenty teoretická výuka dostatečně připravila na péči o pacienty v terminálním stádiu. Graf 5 znázorňuje odpovědi všech dotazovaných studentů. Odpověď „ano“ v prvních ročnících zvolila pouhá 2 % respondentů. V druhých ročnících bakalářských programů ošetřovatelství odpověď „ano“ zvolilo 11 % studentů a ve třetích ročnících to bylo 32 % dotazovaných, což je nejpočetnější část všech oslovených studentů. 3 % studentů z prvních ročníků vybrala odpověď „nevím“. Možnost „nevím“ se objevila v zastoupení 4 % jak u studentů druhého, tak i třetího ročníku. Studenti prvních ročníků nejvíce odpovídali negativně na otázku týkající se teoretické připravenosti. 23 % z respondentů z 1. ročníků se cítí nepřipraveni po teoretické rovině. O něco méně, konkrétně 14 % respondentů druhých ročníků odpovědělo též negativně. Možnost „ne“ dotazovaní studenti ze třetích ročníků volili pouze v sedmi případech. Jejich zastoupení bylo tedy ve vzorku 7 %.

**Graf 6: Vliv praxe na přípravu studentů při péči o pacienty v terminálním stádiu**



Zdroj: vlastní výzkum

V Otázce č. 6 bylo zjišťováno, zda studenty praxe dostatečně připravila na péči o pacienty v terminálním stádiu. Z Grafu 6 je patrné, že studenti prvních ročníků volili odpověď „ano“ ve 12 případech, tedy 12 %. Z druhých ročníků si odpověď „ano“ vybralo 16 % respondentů. Největší část, konkrétně 36 %, z dotazovaných ze třetích ročníků volilo odpověď „ano“. Možnost „nevím“ si v prvních ročnících bakalářských programů ošetrovatelství vybralo 5 % studentů. Stejně tomu bylo i u ročníků třetích. Vedle toho studenti 2. ročníku volili odpověď „nevím“ v 6 %, což je velmi podobné ročníkům ostatním. Nepřipravenost na péči o pacienty v terminálním stádiu v důsledku praxe pociťuje 1. ročnících 11 %. U druhých ročníků je tento vzorek nižší – 7 % a u třetích ročníků klesá na pouhých 2 %. Celkově studenti považují praxi za dostatečně připravující na péči o pacienty v terminálním stádiu.

**Tabulka 1: Varianty, které by studentům pomohly v teoretické přípravě pro péči o pacienty v terminálním stádiu**

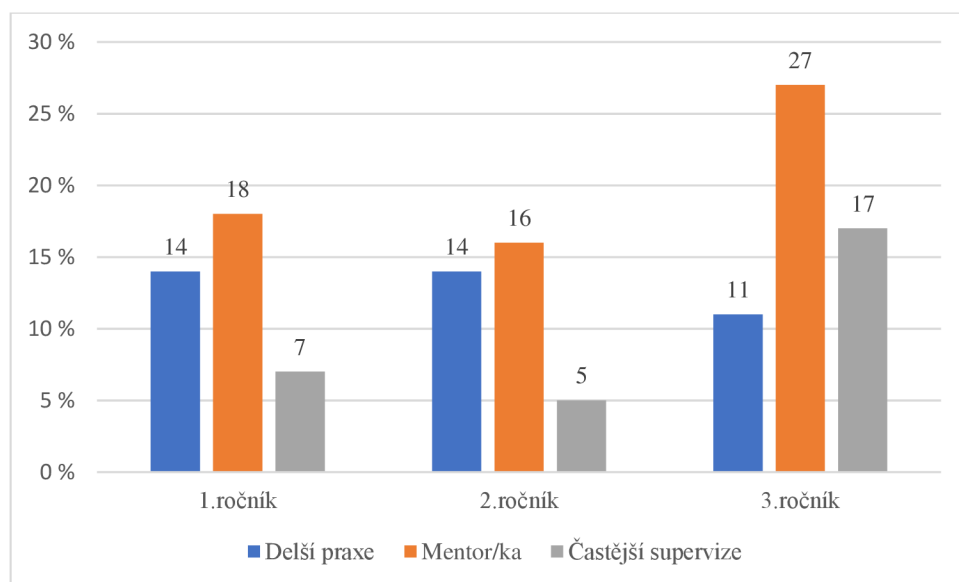
<b>ODPOVĚĎ</b>	<b>RESPONZÍ</b>	<b>RELATIVNÍ ČETNOST</b>
Diskuze na téma zvládání péče o pacienty v terminálním stádiu v menším počtu lidí	37	37 %
Modelové situace zaměřené na komunikaci s pacientem v terminálním stádiu	52	52 %
Kazuistiky zaměřené na péči o pacienty v terminálním stádiu	24	24 %
Realistická videa z prostředí terminálně nemocných pacientů	33	33 %
Přednášky vedené zkušenými sestrami, které se péči o pacienty v terminálním stádiu věnují řadu let	56	56 %
Exkurze do zařízení, které pečuje o pacienty v terminálním stádiu	46	46 %
Možnost setkat se a hovořit s terminálně nemocnými před nástupem na samotnou praxi	28	28 %
Předmět paliativní péče v prvním ročníku	28	28 %
Jiné	0	0 %

Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 7 zjišťovala, co by studentům z výše nabízených možností pomohlo při teoretické přípravě na péči o pacienty v terminálním stádiu. Respondenti měli možnost vybrat si jednu a více z osmi nabízených možností. Případně mohli sami doplnit jejich nápady, které by jim v přípravě na péči o pacienta v terminálním stádiu mohly pomoci.

Nejvíce respondentů, konkrétně 56 %, zvolilo možnost přednášek vedených zkušenými sestrami, které s terminálně nemocnými pacienty pracují již řadu let. 52 % z dotázaných považovalo za přínosné vedení modelových situací zaměřených na komunikaci s pacientem v terminálním stádiu. Možnost exkurze do zdravotnických zařízení, které pečují o terminálně nemocné, si zvolilo 46 % respondentů. Diskuzi na téma zvládání péče o pacienty v terminálním stádiu v menším počtu lidí by uvítalo 37 % dotazovaných. Pro odpověď realistická videa z prostředí terminálně nemocných pacientů se rozhodlo 33 % dotazovaných. Variantu, která popisovala možnost setkat se a hovořit s terminálně nemocnými před nástupem na samotnou praxi, zvolilo 28 % studentů. Stejně tak 28 % dotazovaných by uvítalo zařadit předmět paliativní péče do 1. ročníku studia. Nejméně respondentů, konkrétně 24 %, považuje za vhodnou variantu kazuistik, které by se zaměřovaly na péči o pacienta v terminálním stádiu. Žádný z respondentů se nerozhodl zvolit možnost „Jiné“, která umožňovala prezentovat svoji variantu, která by mohla zlepšit teoretickou přípravu na péči o pacienty v terminálním stádiu.

**Graf 7: Varianty, které by studentům pomohly v praxi při péči o pacienty v terminálním stádiu**



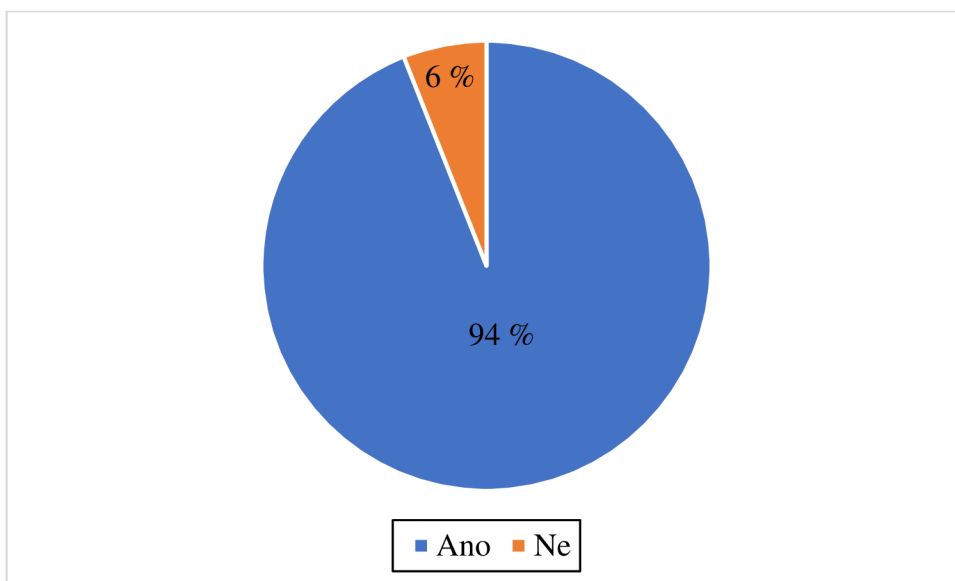
Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 8 se tázala, zda by studentům něco z nabízených možností pomohlo při praxi, během které pečují o pacienty v terminálním stádiu. Respondenti měli možnost výběru jedné a více odpovědí. Součástí otázky byla i otevřená odpověď, ve které mohli studenti doplnit svou myšlenku nebo námět čehokoliv, co by jim při praxi s terminálně



nemocnými klienty mohlo pomoci. Z Grafu 7 lze vyčíst, že 14 %, tedy 14 studentů, se rozhodlo zvolit odpověď „delší praxe“. Tyto výsledky se týkaly jak studentů prvních, tak i druhých ročníků. Variantu „delší praxe“ se rozhodlo zvolit 11 % dotazovaných ze třetích ročníků. Další možností, kterou studenti mohli volit, byla varianta „mentor/ka“. Pro tuto možnost se rozhodlo 18 % respondentů z 1. ročníků, 16 % ze druhých ročníků a ve větší míře se odpověď využít „mentora/ku“ objevovala u studentů 3. ročníků, konkrétně pak 27 %. Poslední nabízenou variantou byla „častější supervize“. První ročníky si tuto možnost vybraly v sedmi případech, tedy v 7 %. Nejméně, tedy 5 % dotázaných, by s častějšími supervizemi souhlasilo ve 2. ročnících. Nejvíce a to 17 % respondentů ze třetích ročníků si vybralo odpověď „častější supervize“. Ani jeden respondent ze všech dotazovaných fakult si nevybral možnost otevřené odpovědi, kde mohl vyjádřit vlastní myšlenku nebo námět, jakým způsobem by se mohlo studentům pomoci v praxi při péči o pacienty v terminálním stádiu.

**Graf 8: Péče studentů o pacienta v terminálním stádiu během dosavadní praxe**



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 8 znázorňuje, že naprostá většina studentů na vybraných zdravotnických fakultách se s péčí o pacienta v terminálním stádiu již setkala. Jednalo se konkrétně o 94 % respondentů. Pouze 6 % studentů, tedy 6 respondentů, uvedlo, že se za svou dosavadní praxi s pacienty v terminálním stádiu ještě neseťkali.

**Tabulka 2: Vliv setkání s pacienty v terminálním stádiu na studenty bakalářských programů ošetřovatelství**

<b>ODPOVĚĎ</b>	<b>RESPONDENTŮ</b>	<b>RELATIVNÍ ČETNOST</b>
Setkání s terminálně nemocnými pacienty mě nijak neovlivnilo	11	11 %
S terminálně nemocnými jsem se za svou dosavadní praxi ještě nesetkal/a	6	6 %
Psychicky náročné	20	20 %
Obavy z vlastního selhání	3	3 %
Uvědomění si důležitosti hospiců	1	1 %
Posílilo, zocelilo	3	3 %
Setkání s terminálně nemocnými pacienty prohloubilo mé vědomosti a dovednosti	5	5 %
Uvědomění si hodnoty vlastního života, i života ostatních	18	18 %
Postrádám více výuky	33	33 %

Zdroj: vlastní výzkum

Z Tabulky 2 lze vyčíst, že nejvíce, respektive 33 % studentů si uvědomilo, že postrádají více výuky, která by je na práci s pacienty v terminálním stádiu mohla lépe připravit. 20 % respondentů odpovědělo, že pro ně setkání s těmito pacienty bylo psychicky náročné. 18 % dotazovaných studentů odpovědělo, že si při setkání a péči o pacienty v terminálním stádiu uvědomili hodnotu vlastního života i života ostatních. Některé studenty setkání s pacienty v terminálním stádiu nijak neovlivnilo. Konkrétně se jednalo o 11 % z dotázaných. 6 % studentů odpovědělo, že se s péčí o pacienta v terminálním stádiu ještě nesetkali. Pro možnost prohloubení svých vědomostí a dovedností během

setkání s pacienty v terminálním stádiu se rozhodlo 5 % procent respondentů. Respondenti zastoupeni ve 3 % tvrdili, že při péči o pacienta v terminálním stádiu měli obavy z vlastního selhání, stejně tak 3 % studentů se cítila být po setkání s terminálně nemocnými pacienty posílena a zocelena. Pouhé 1 %, tedy 1 student odpověděl, že mu setkání s terminálně nemocnými pacienty pomohlo uvědomit si důležitost hospiců.

**Tabulka 3: Změna postoje studentů po předešlých zkušenostech v poskytování péče pacientům v terminálním stádiu**

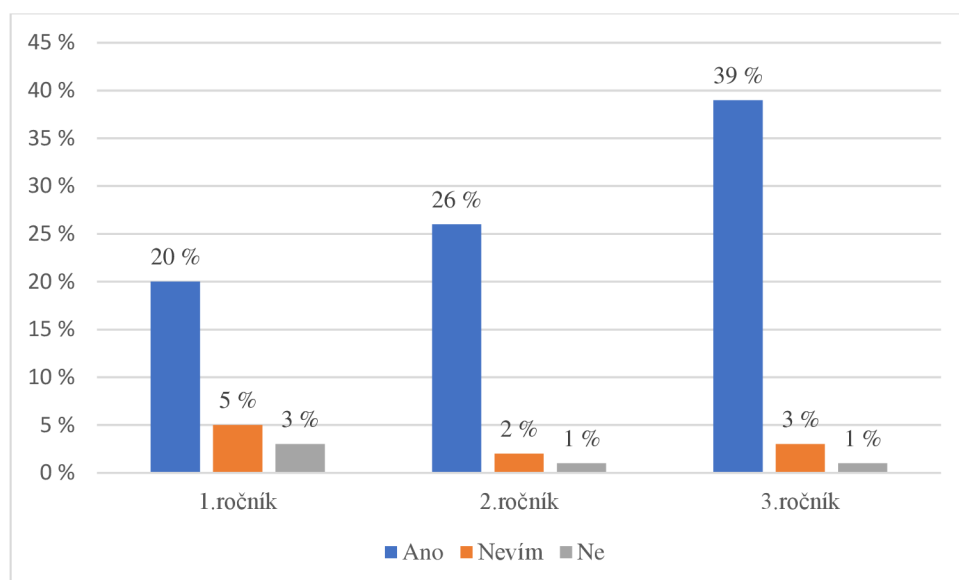
<b>ODPOVĚĎ</b>	<b>RESPONZÍ</b>	<b>RELATIVNÍ ČETNOST</b>
Můj postoj k poskytování péče terminálně nemocným pacientům se nijak nezměnil	32	32 %
Empatie	36	36 %
S terminálně nemocnými jsem se za svou dosavadní praxi ještě nesetkal	6	6 %
Uvědomění si důležitosti své práce	20	20 %
Setkání s terminálně nemocnými pacienty pro mě bylo náročné i po předešlých zkušenostech	6	6 %

Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 11 u studentů bakalářských programů ošetřovatelství zjišťovala, jak se změnil jejich postoj k poskytování péče pacientům v terminálním stádiu po předešlých zkušenostech a v Tabulce 3 jsou výsledky jejich odpovědí. Nejvíce respondentů, konkrétně 36 %, odpovědělo, že v nich opakované setkání s terminálně nemocnými

pacienty vyvolalo větší empatii. O něco menší počet studentů, 32 %, odpověděl, že se jejich přístup k terminálně nemocným pacientům po předešlých zkušenostech nijak nezměnil. 20 % dotazovaných studentů si uvědomilo důležitost své práce a svého budoucího povolání. V neposlední řadě bylo pro 6 % studentů setkání s terminálně nemocnými pacienty náročné, a to i po předešlých zkušenostech. Pouze 6 % studentů se s terminálně nemocnými pacienty za délku své dosavadní praxe ještě nesešlo, což bylo známo již z minulé otázky.

**Graf 9: Vliv předchozí zkušenosti s péčí o pacienty v terminálním stádiu na další péči o tyto pacienty**



Zdroj: vlastní výzkum

Na Otázku č. 12 měli respondenti možnost výběru z pěti nabízených odpovědí. Otázka prošetřovala, zda předešlá zkušenost s péčí o pacienty v terminálním stádiu pomohla s další takovou zkušeností. Výsledky jsou vyhodnoceny pomocí Grafu 9. První ročníky volily odpověď „ano“ ve 20 případech, tedy ve 20 %. Možnost „ano“ zvolilo 26 % dotazovaných studentů z druhých ročníků. Nejčastěji, ve 39 %, se odpověď „ano“ objevovala u studentů 3. ročníků. Neutrální odpověď „nevím“ volilo 5 % dotazovaných respondentů z prvních ročníků vybraných fakult, 2 % z druhých ročníků a obdobně tomu bylo i u studentů 3. ročníků, konkrétně 3 %. Odpověď „ne“ měla celkově nejmenší zastoupení. Pro ni se rozhodla 3 % respondentů z 1. ročníků, pouhé 1 % ze druhých ročníků a stejně tomu bylo i u studentů 3. ročníků.

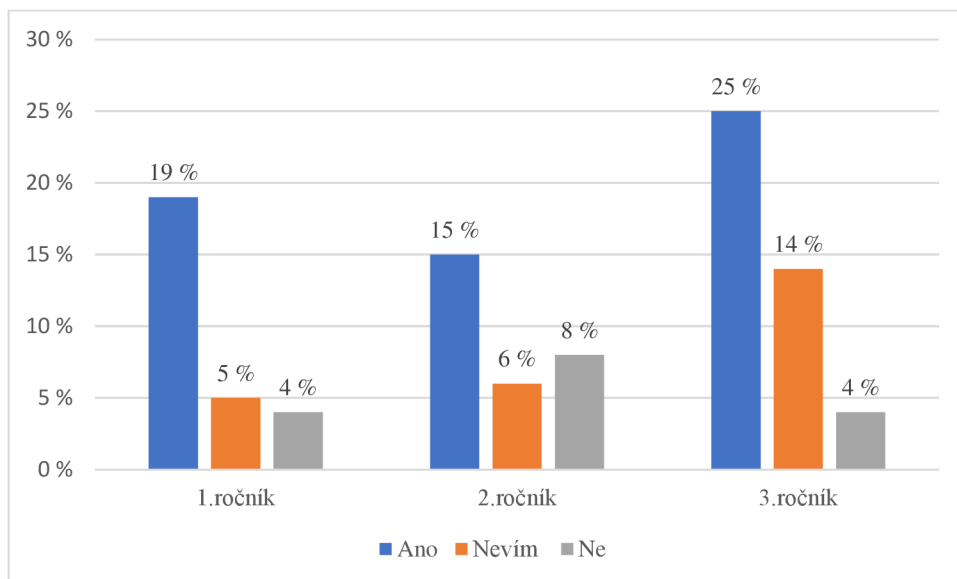
**Tabulka 4: Pocity, které studenti prožívali/prožívají při péči o pacienty v terminálním stádiu**

<b>ODPOVĚĎ</b>	<b>RESPONZÍ</b>	<b>RELATIVNÍ ČETNOST</b>
Smutek, lítost, bezmoc	35	35 %
Strach a obavy pečovat o terminálně nemocné	28	28 %
Empatie, potřeba zajistit důstojný odchod	21	21 %
Psychicky náročné, osudy pacientů jsem si bral k srdci	10	10 %
S terminálně nemocnými jsem za svou dosavadní praxi ještě nepečoval/a	6	6 %

Zdroj: vlastní výzkum

Dotazníková Otázka č. 13 u studentů ošetřovatelství zjišťovala, jaké pocity studenti prožívali nebo prožívají při péči o pacienta v terminální stádiu a Tabulka 4 vyobrazuje jejich odpovědi. Nejvíce studentů, konkrétně 35 %, odpovědělo, že v nich péče o pacienty v terminální stádiu vyvolala pocity smutku, lítost a bezmoc. 28 % z dotázaných mělo/má strach a obavy pečovat o terminálně nemocné. Dále 21 % respondentů odpovědělo, že v nich péče o terminálně nemocné vyvolala pocity empatie a potřebu zajistit důstojný odchod. Pro 10 % studentů byla a je péče o pacienty v terminální stádiu psychicky náročná a 6 % respondentů odpovědělo, že se s péčí o pacienty v terminálním stádiu za délku své dosavadní praxe zatím nesetkalo.

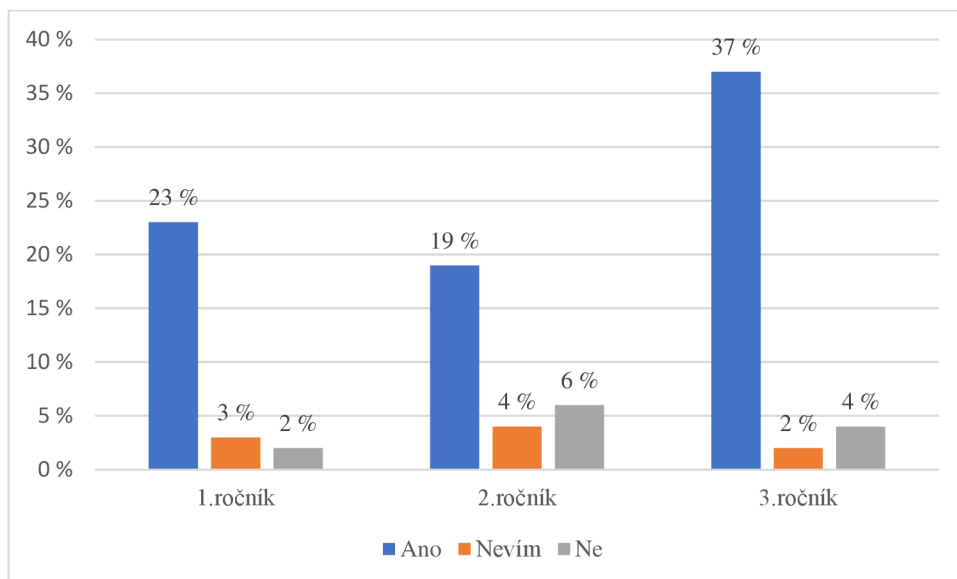
**Graf 10: Fyzická náročnost péče o pacienty v terminálním stádiu pro studenty bakalářských programů ošetřovatelství**



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 10 poukazuje na výsledky dotazování studentů, zda je pro ně péče o pacienty v terminálním stádiu fyzicky náročná. 19 % studentů z prvních ročníků volilo odpověď „ano“. Stejnou možnost volilo 15 % dotazovaných respondentů z druhých ročníků. Nejčastěji souhlasili s fyzickou náročností respondenti ze 3. ročníků, konkrétně pak 25 % z celkového počtu studentů. Pro neutrální odpověď „nevím“ se rozhodlo 5 % studentů z prvních ročníků. Druhé ročníky volily variantu „nevím“ v šesti případech, tedy 6 %. Pro možnost „nevím“ se rozhodlo 14 % respondentů ze třetích ročníků. Odpověď „ne“ se nejméně vyskytla u studentů 1. a 3. ročníků, konkrétně to byla 4 % z dotázaných. Pro stejnou variantu se rozhodlo také 8 % studentů ze 2. ročníků.

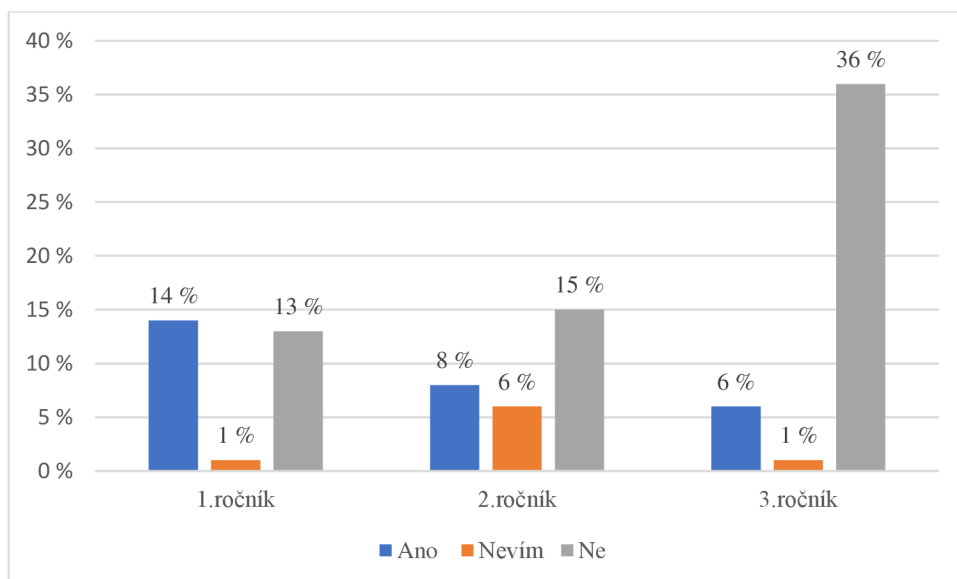
**Graf 11: Psychická náročnost péče o pacienty v terminálním stádiu pro studenty bakalářských programů ošetřovatelství**



Zdroj: vlastní výzkum

Problematiku psychické náročnosti péče o pacienty v terminálním stádiu hodnotila v dotazníku Otázka č. 15. 23 % studentů z prvních ročníků se domnívá, že je péče o pacienty v terminálním stádiu života psychicky náročná. Ze druhých ročníků se pro stejnou odpověď rozhodlo 19 % z dotázaných. Nejčastější souhlas s psychickou náročností se objevil u studentů 3. ročníků, konkrétně u 37 % ze všech dotázaných. 3 % studentů z prvních ročníků se rozhodla zvolit neutrální odpověď „nevím“. Pro stejnou možnost se rozhodla 4 % studentů z druhých ročníků. Variantu „nevím“ zvolila 2 % respondentů ze třetích ročníků. Méně častá byla odpověď „ne“. Konkrétně se objevila u 2 % studentů z 1. ročníku, u 6 % ze 2. ročníků a 4 % ze 3. ročníků.

**Graf 12: Náročnost vedení rozhovoru studentů na téma umírání**

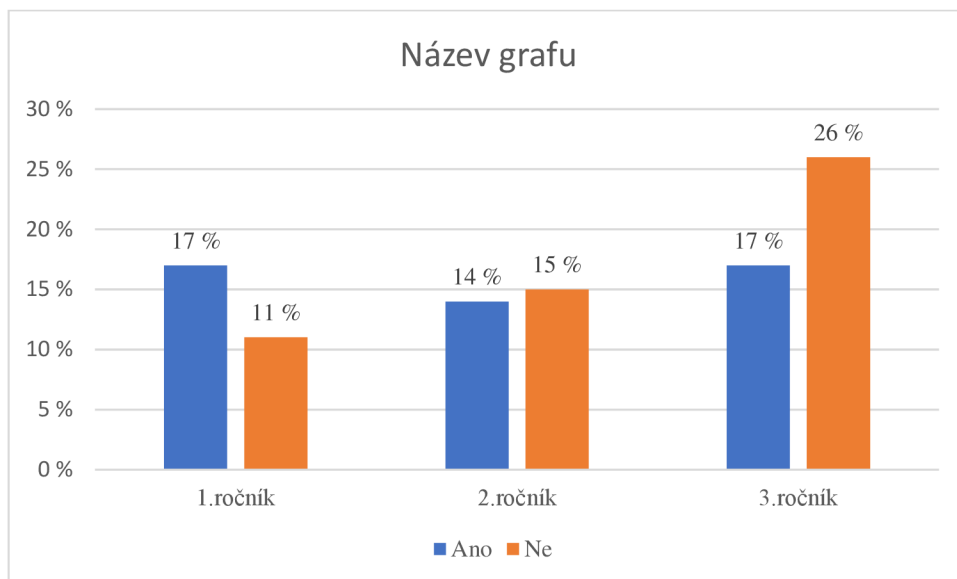


Zdroj: vlastní výzkum

Graf 12 je vyobrazením odpovědí na Otázku č. 16, která se ptala, zda je pro studenty těžké o tématu umírání mluvit. Z grafu lze vyčíst, že 14 % studentů prvních ročníků považuje vedení rozhovoru o smrti za náročné. Ze druhých ročníků to bylo už jen 8 % z dotazovaných, a nakonec pouze 6 % studentů ze třetích ročníků považuje rozhovor o smrti za náročný. Neutrální odpověď „nevím“ volilo pouze 1 % z dotazovaných z prvních i třetích ročníků. Variantu „nevím“ druhé ročníky volily v šesti případech, tedy 6 %. Zajímavá je stoupající tendence odpovědí, ze kterých je patrná menší náročnost vedení rozhovoru o smrti z pohledu studentů. V prvních ročnících nepovažuje vedení rozhovoru o smrti za náročné 13 % studentů, ve druhém ročníku to je již 15 % a nejčastěji o malé náročnosti rozhovorů o smrti hovoří 36 % studentů 3. ročníků.



**Graf 13: Pomoc mentora studentům ve zvládnání praxe při péči o pacienty v terminálním stádiu**



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 13 znázorňuje odpovědi na Otázku č. 17, ve které bylo cílem zjistit, zda mentor při praxi studentům pomohl ve zvládnání péče o pacienty v terminálním stádiu. U prvních ročníků převažovala odpověď „ano“, a to u 17 %. Negativní ohlas na pomoc mentora se vyskytl u 11 % z dotázaných studentů 1. ročníku. Oproti tomu u 3. ročníků převažovala s 26 % odpověď „ne“, a pouze 17 % studentů 3. ročníků bylo s pomocí mentora spokojeno. Odpovědi studentů 2. ročníku jsou celkově nerozhodné, jelikož 14 % respondentů považuje pomoc mentora za užitečnou a vedle toho 15 % nikoliv.

**Tabulka 5: Čím pomohl mentor**

ODPOVĚĎ	RESPONZÍ	RELATIVNÍ ČETNOST
Komunikací	36	36 %
Vedením při praxi	24	24 %
Ochotou	19	19 %
Přátelským přístupem	27	27 %

Motivací	12	12 %
Pochvalou	15	15 %
Pomocí	24	24 %
Podporou	28	28 %
Předáváním zkušeností	39	39 %
Rozhovorem	12	12 %
Povzbuzením	10	10 %
Pozitivním přístupem	16	16 %
Seznámením s oddělením a se specifickou péčí o pacienty v terminálním stádiu	25	25 %
Jinak, doplňte...	0	0 %

Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 18 vyhodnocovala, čím studentům mentor při praxi, kde pečovali o pacienty v terminálním stádiu, pomohl. Respondenti měli možnost vybrat jednu a více z nabízených odpovědí. Na otázku odpovídali pouze studenti, kteří se s péčí o pacienta v terminálním stádiu setkali. Tabulka 5 znázorňuje, kolik studentů si danou odpověď zvolilo. Možnost komunikace si vybralo 36 % studentů. Variantu vedení při praxi se rozhodlo zvolit 24 % dotazovaných. Ochota se objevila u 19 % dotazovaných. Přátelský přístup zvolilo 27 %. 12 % respondentů souhlasilo s odpovědí motivace. 15 % studentů se rozhodlo zvolit variantu pochvalou. Pro možnost pomoci se rozhodlo 24 % dotazovaných. 28 % studentů zvolilo variantu podporou. 39 % respondentů se klonilo k předávání zkušeností. Pro možnost rozhovorem se rozhodlo 12 % studentů. Odpověď povzbuzením si vybralo 10 % respondentů. 16 % odpovědělo variantou pozitivního přístupu. Seznámení se s oddělením a se specifickou péčí o pacienty v terminálním stádiu zvolilo 25 %

studentů. Otevřenou odpověď „Jinak“, kde studenti mohli vyjádřit své zkušenosti, jak jim mentor pomohl/pomáhá při zvládnutí péče o pacienty v terminálním stádiu, nevyužil ani jeden z dotázaných.

**Tabulka 6: Míra pomoci supervize studentům při péči o pacienty v terminálním stádiu**

	-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5	
Vůbec	5	3	3	1	3	14	11	16	20	6	12	Velmi

Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 19 zjišťovala, jak studentům pomohla supervize, když pečovali o pacienty v terminálním stádiu. Na otázku odpovídali pouze studenti, kteří se s péčí o pacienta v terminálním stádiu již setkali. U této otázky studenti využívali škálu, na které si mohli zvolit, jak moc jim supervize při péči o pacienty v terminálním stádiu pomohla. Hodnota -5 znamenala „vůbec nepomohla“, hodnota 0 zastávala neutrální odpověď a na druhé straně hodnota 5 vyjadřovala tvrzení „pomohla velmi“. Z Tabulky 6 lze vyčíst následující údaje. Hodnotu -5 vybralo 5 % studentů, hodnoty -4 a -3 zvolila vždy 3 % studentů ošetrovatelství, pro odpověď -2 se rozhodl jediný student, tedy 1% ze sta dotazovaných. Možnost -1 zaškrtnula 3 % studentů. Velká část respondentů, konkrétně 14, se rozhodla pro neutrální odpověď s hodnotou 0. Nabízenou možnost 1 si vybralo 11 % dotazovaných studentů, pro možnost 2 se rozhodlo 16 % respondentů, odpověď 3 zvolilo 20 % dotazovaných, nabízenou odpověď 4 využilo 6 % studujících a pro možnost 5 se rozhodlo přesně 12 % dotazovaných respondentů.

**Tabulka 7: Možnosti, kterými supervize pomohla studentům při péči o pacienty v terminálním stádiu**

ODPOVĚĎ	RESPONZÍ	RELATIVNÍ ČETNOST
Možností rozhovoru o pocitech v souvislosti s péčí o pacienty v terminálním stádiu	35	35 %
Možností rozebírat své obavy týkající se profesní přípravy na péči o pacienty v terminálním stádiu	33	33 %

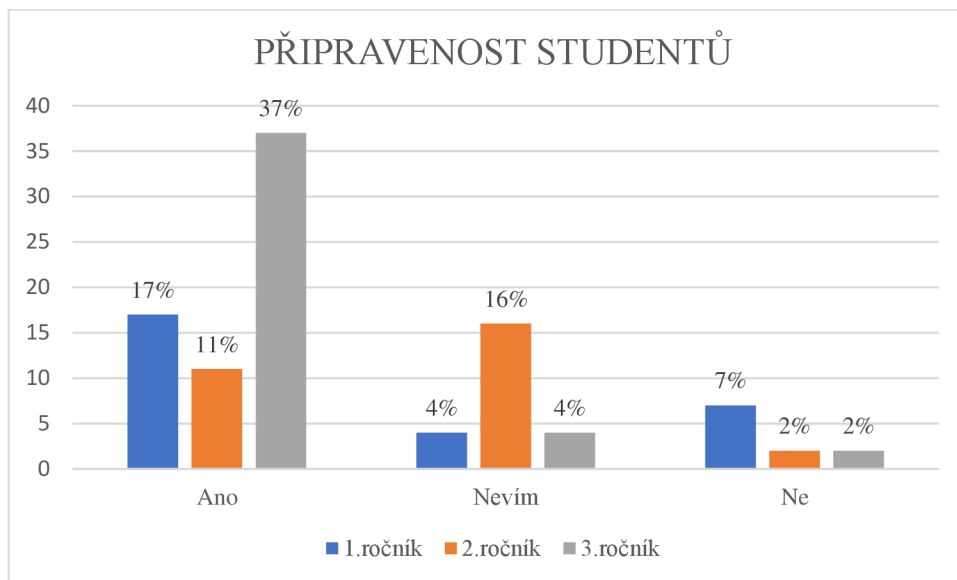
Podporou	21	21 %
Předáním zkušeností	43	43 %
Doporučením	18	18 %
Inspirací k novým postupům	14	14 %
Prohlubováním vědomostí	27	27 %
Prohlubováním dovedností	14	14 %
Motivací	14	14 %
Přátelským přístupem	16	16 %
Jinak, doplňte...	0	0 %

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 7 znázorňuje výsledky vztahující se k Otázce č. 20, která zjišťovala, čím studentům pomohla supervize při zvládnutí péče o pacienty v terminálním stádiu. Na tuto otázku mohli odpovídat pouze studenti, kteří se s péčí o pacienta v terminálním stádiu již setkali. U této otázky respondenti mohli vybrat jednu nebo více nabízených odpovědí. Možnost hovoru o pocitech v souvislosti s péčí o pacienty v terminálním stádiu vybralo 35 % studentů. Možnost rozebírat své obavy týkající se profesní přípravy na péči o pacienty v terminálním stádiu se rozhodlo zvolit 33 % dotazovaných. Odpověď podporu využilo 21 % studentů. K variantě předání zkušeností se klonilo 43 % respondentů. 19 % dotazovaných vybralo možnost doporučení. Inspiraci k novým postupům si zvolilo 14 % studentů. 27 % respondentů využilo variantu prohlubování vědomostí. Prohlubování dovedností se objevilo u 14 % dotazovaných. Stejný počet studentů, tedy 14 %, odpovědělo možnostmi motivací. 16 % respondentů zvolilo variantu přátelským přístupem. Žádný z dotázaných

studentů nevyužil možnost „Jinak“, ve které mohl vyjádřit svou vlastní myšlenku nebo zkušenost, čím studentům pomohla supervize při zvládnání péče o pacienty v terminálním stádiu.

**Graf 13: Připravenost studentů na péči o pacienty v terminálním stádiu**



Zdroj: vlastní výzkum

V poslední otázce dotazníku, tedy Otázce č. 21 se zjišťovalo, jak si studenti myslí, že jsou připraveni na péči o pacienta v terminálním stádiu. Respondenti měli možnost si vybrat jednu z pěti nabízených možností. První ročník zvolil odpověď „ano“ v 17 %, u studentů 2. ročníku to bylo jen 11 % respondentů. Nejlépe připraveni se cítí studenti 3. ročníků, u kterých bylo zastoupení 37 %. Pro neutrální odpověď „nevím“ se rozhodla 4 % respondentů z prvních i třetích ročníků a 16 % studentů z druhých ročníků. Nepřipravenost na péči o pacienta v terminálním stádiu byla celkově málo zastoupena. V 1. ročníku to bylo 7 % z dotázaných a ve 2. a 3. ročníku pouze 2 % dotázaných studentů.

## 4.2 Statistické zpracování hypotézy

Pro ověření stanovené hypotézy bylo provedeno statistické zpracování pomocí testu „chí kvadrát“. Nulová hypotéza byla testována proti alternativní hypotéze na základě hladiny významnosti 0,05 (5 %). Došlo k porovnání hladiny významnosti společně s výslednou hodnotou chí kvadrát testu. V případě, že byl výsledek chí kvadrát testu nižší než hladina významnosti, nulová hypotéza byla zamítnuta. V případě, že byl výsledek chí kvadrát testu vyšší nebo roven 0,05 (5 %), nulová hypotéza nebyla zamítnuta.

**H1: Existují rozdíly ve zvládnání péče o pacienty v terminálním stádiu studenty bakalářských programů ošetrovatelství podle ročníků studia.**

H0: Hodnocení připravenosti zvládnání péče o pacienta v terminálním stádiu studenty bakalářských programů ošetrovatelství je stejné.

HA: Hodnocení připravenosti zvládnání péče o pacienty v terminálním stádiu studenty bakalářských programů ošetrovatelství je různé.

K H1 se vztahuje Otázka č. 21, ve které měli respondenti možnost výběru z pěti nabízených odpovědí, konkrétně „Absolutně připraven“, „Spíše připraven“, „Nevím“, „Spíše nepřípraven“ a „Absolutně nepřípraven“. Při statistickém zpracování pomocí testu „chí kvadrát“ bylo nutno na základě malých skupin sloučit odpovědi, konkrétně na „Ano“, „Ne“ a „Nevím“. Z níže uvedené Tabulky 8 je zřejmé, že výsledná hodnota „chí kvadrát“ testu je nižší než 0,05 (5 %), proto je H0 zamítnuta. H1 byla potvrzena na základě zvolené hladiny významnosti 0,05 (5%). Hladina významnosti v našem výzkumném šetření vyšla 0,10%. Z výzkumného šetření je patrné, že se připravenost studentů liší podle jednotlivých ročníků. Nejpřípraveněji se cítí třetí ročníky, první ročníky svou připravenost hodnotí sebejistěji než druhé ročníky, a druhé ročníky jsou si svou připraveností nejméně jistí.

**Tabulka 8: Výsledky připravenosti studentů bakalářských programů ošetřovatelství na péči o pacienty v terminálním stádiu**

Ročník	Připravenost			Celkem
	Ano	Nevím	Ne	
první	17	4	7	<b>28</b>
druhý	11	16	2	<b>29</b>
třetí	37	4	2	<b>43</b>
<b>Celkem</b>	<b>65</b>	<b>24</b>	<b>11</b>	<b>100</b>
první	61%	14%	25%	<b>100%</b>
druhý	38%	55%	7%	<b>100%</b>
třetí	86%	9%	5%	<b>100%</b>
<b>Celkem</b>	<b>65%</b>	<b>24%</b>	<b>11%</b>	<b>100%</b>
<b>Chí-kvadrát test</b>			0,10%	

## 5 Diskuze

Bakalářská práce se zabývá tématem zvládnání péče o pacienty v terminálním stádiu studenty bakalářských programů ošetrovatelství. Cílem závěrečné práce bylo zmapovat rozdíly ve zvládnání péče o pacienty v terminálním stádiu u studentů v jednotlivých ročnících studia bakalářských programů ošetrovatelství.

V praktické části bakalářské práce bylo využito kvantitativní šetření a metoda dotazování pomocí nestandardizovaného dotazníku (viz Příloha 1). Pro zapojení do výzkumné části bakalářské práce bylo osloveno osm zdravotnických fakult z celé ČR. Z osmi oslovených fakult nám tři nabídly spolupráci, a sice účast na výzkumu. Do výzkumného šetření byly zahrnuty 1., 2., a 3. ročníky bakalářských programů ošetrovatelství, konkrétně ze Zdravotně sociální fakulty v Českých Budějovicích, Fakulty zdravotnických studií v Plzni a Fakulty zdravotnických studií v Pardubicích. Na dotazník odpovědělo 100 respondentů.

Pro výzkum bakalářské práce byla zvolena následující hypotéza: „*Existují rozdíly ve zvládnání péče o pacienty v terminálním stádiu studenty bakalářských programů ošetrovatelství podle jednotlivých ročníků studia*“. Pro zhodnocení připravenosti mezi ročníky byl použit test chí kvadrát a pro potvrzení hypotézy byla testována Otázka č. 5. Hypotéza byla potvrzena na základě zvolené hladiny významnosti 0,05 (5 %).

První část výzkumného souboru byla zaměřena spíše na obecné informace o studentech. Zjišťovalo se pohlaví, věk, ročník studia nebo například fakulta, kterou respondenti navštěvují. Ženské pohlaví mělo ve výzkumu největší zastoupení, žen bylo 92 %, což odpovídá současnému zastoupení žen, a sice všeobecných sester v českém zdravotnictví. Mužů bylo pouze 8%. Dle mého názoru mají muži při výběru budoucího povolání zájem spíše o technické obory. Respondenti byli nejčastěji ve věku 20 – 21 let. Kvantitativního šetření se nejvíce zúčastnily třetí ročníky bakalářských programů ošetrovatelství a nejvíce reakcí od studentů bylo získáno z Fakulty zdravotnických studií v Pardubicích.

Druhá část dotazníku zjišťovala například to, jak si studenti myslí, že je teoretická výuka připravila na praxi, při které budou pečovat o pacienta v terminálním stádiu. Tyto informace zjišťovala Otázka č. 5. Z odpovědí začínajících prvních ročníků je zřejmé, že pro ně je teoretická příprava na péči o pacienta v terminálním stádiu nedostatečná. Tuto informaci mohu potvrdit i z vlastních zkušeností, jak pro mě, tak pro mé spolužáky, či



studenty z jiných škol, se kterými jsem se v praxi setkala, byla teoretická příprava nedostačující, hlavně v prvních letech studia. Z výzkumu je patrné, že studenti ve vyšších ročnících jsou teoretickou výukou na praxi mnohem více připraveni než studenti v nižších ročnících. Dle proběhlého výzkumu nejvíce postrádají teoretickou přípravu první ročníky, což dokazuje 23 % negativních odpovědí týkající se teoretické přípravy studentů. Čím vyšší ročník, tím jistější si studenti jsou svou teoretickou přípravou na péči o pacienty v terminálním stádiu. Vávrová společně s Polepilovou (2010) ve svém výzkumu uvedly, že vzdělání v oblasti thanatologie a paliativní péče je nedostačující, a toto tvrzení tento výzkum jen potvrzuje. Dle mého názoru by stálo za zvážení případné zařazení teoretické přípravy související s paliativní péčí již v nižších ročnících studia, jelikož dostatečná příprava by mohla předcházet svízelným a velice stresujícími situacím, kterým jsou nepřipravení studenti vystavováni.

Výzkum dále sbíral informace o tom, zda se studenti třech ročníků zmiňovaných zdravotnických fakult domnívají, že je praxe ve zdravotnických zařízeních dostatečně připravila na péči o pacienty v terminálním stádiu. Tyto informace v dotazníku sbírala Otázka č. 6. Z odpovědí je patrné, že studenty bakalářských programů ošetřovatelství na péči o pacienty v terminálním stádiu lépe připravuje samotná praxe než teoretická výuka. Kratochvílová (2020) ve svém výzkumu odhalila slabiny u studentů, které se týkají uplatnění teoretických znalostí o paliativní péči v praxi. V našem výzkumu se nejvíce připraveni samotnou praxí ve zdravotnických zařízeních cítí třetí ročníky. Při pročitání odpovědí je zřejmé, že až samotné hodiny praxe a předešlé zkušenosti studenty nejlépe připraví na péči o pacienty v terminálním stádiu. Z tohoto důvodu by bylo vhodné studenty více připravovat jak teoreticky, tak prakticky, například modelovými situacemi, které by se zaměřovali na komunikaci s terminálně nemocnými klienty a samotnou péči o pacienty v terminálním stádiu, nepochybně pak i přípravu na vedení rozhovoru s rodinou nemocného.

Jedna z otázek výzkumného šetření, konkrétně Otázka č. 7, měla studenty iniciovat k předložení návrhů, které by mohly teoretickou přípravu na vysokých školách zlepšit, a tak i studenty lépe připravit na setkání s realitou, ve které se s terminálně nemocnými pacienty budou běžně setkávat. Návrhů bylo osm a dotazovaní měli možnost svůj návrh připsat. V otázce mohli respondenti vybrat jednu nebo více nabízených odpovědí. Největší přízeň si získal návrh přednášek, které by byly vedené zkušenými sestrami, které s terminálně nemocnými pacienty pracují již řadu let. Tuto odpověď si vybralo 56 %

studentů. Dle mého názoru je tato možnost velice vhodná a přínosná. Sama bych ji při studiu ráda uvítala. Domnívám se, že člověk, který s klienty v paliativní péči pracuje, může studentům předat ty nejcennější rady a zkušenosti, které mohou být užitečné a mohou sloužit pro představu, jak o klienty pečovat, jak s nimi jednat a hlavně komunikovat. Dále byl největší zájem o modelové situace, které by byly zaměřené na komunikaci s pacientem v terminálním stádiu. Tuto možnost si vybralo 52 % dotazovaných. Již výše zmiňuji, že by nácvik modelových situací mohl studentům při přípravě na péči o pacienty v terminálním stádiu velmi pomoci. Pro dotazované byl atraktivní i návrh exkurze do zdravotnických zařízení, které se o terminálně nemocné pacienty starají. Pro některé studenty by toto setkání s realitou mohlo být psychicky náročné, ale určitě přínosné. 37 % studentů by bylo rádo za možnost, kdy by toto svízelné téma mohli ve škole probírat v menším počtu lidí. 33 % respondentů uvedlo, že by jejich teoretickou výuku obohatila realistická videa z prostředí terminálně nemocných pacientů. Předmět paliativní péče v prvním ročníku studia by uvítalo 28 % dotazovaných. Pro stejný podíl studentů, tedy 28 %, by bylo obohacující, kdyby měli možnost se před samotným nástupem na praxi setkat a hovořit s terminálně nemocnými pacienty. Domnívám se, že nejpříjemnější řešení by bylo, kdyby si studenti vyslechli přednášku od vzdělaných zdravotnických pracovníků, kteří mají s terminálně nemocnými pacienty bohaté zkušenosti, dále pak, aby si o tématu umírání a smrti měli možnost promluvit v menším počtu lidí. Poté bych navrhla nacvičovat rozhovory a modelové situace z prostředí terminálně nemocných pacientů v menším počtu studentů. Až po osvojení různých komunikačních technik bych navrhla exkurzi do zdravotnických zařízení, kde se o terminálně nemocné klienty pečují. Teprve po těchto zkušenostech bych studenty zapojila do samotné praxe, kde se s terminálně nemocnými klienty budou běžně setkávat. Možná by to pro studenty zdravotnických oborů nebyl takový psychický nátlak a šok, kdyby na takové situace byli připraveni a zaškoleni. Z dalších nabízených možností by 24 % respondentů do své výuky rádi zařadili kazuistiku, které by se na péči o pacienty v terminálním stádiu přímo zaměřovaly.

Z dotazníkového šetření je patrné, že by studenti lépe zvládali praxi s terminálně nemocnými, pokud by se jim v průběhu praxe více věnoval mentor. Tuto informaci zjišťovala Otázka č. 8, která se ptala, co by studentům pomohlo v praxi, při které pečují o pacienty v terminálním stádiu. Studenti v této otázce dostali tři návrhy, které by jim v praxi mohly pomoci. Jednalo se o návrh delších praxí, výše zmiňovaný mentor/ka či

častější supervize. Studenti měli možnost v této otázce vyjádřit svůj vlastní návrh pro to, co by jim v praxi při péči o pacienty v terminálním stádiu pomohlo. Již teoretická část zmiňuje myšlenky Venglářové (2013), která popisuje, že role mentora byla do procesu ošetrovatelského vzdělání dosazena již v roce 1970. Mentor pomáhá při adaptaci nových studentů či pracovníků na pracovišti, napomáhá osobnímu rozvoji vlastního potenciálu, schopností a kariéry. Mentor se snaží zvyšovat odbornou kvalifikaci jednotlivce, snaží se co nejlepším a nejefektivnějším způsobem studentům pomáhat při osvojování znalostí a dovedností. V dotazníkovém šetření měli respondenti možnost vybrat si jednu nebo více nabízených odpovědí a pro možnost mentora se rozhodlo 61 % respondentů, z čehož bylo 18 % studentů 1. ročníku, 16 % studentů 2. ročníku a 27 % studentů 3. ročníku. Na první pohled se může zdát, že studenti ze třetích ročníků jsou na péči o pacienty v terminálním stádiu připraveny kompletně, jak teoreticky, tak prakticky, ale z výzkumu můžeme pozorovat, že největší potřebu mentora mají právě třetí ročníky z dotazovaných fakult. 39 % studentů by ve zvládnutí péče o pacienty v terminálním stádiu nejvíce pomohlo více stráveného času na praxi právě s těmito pacienty. Tuto odpověď zvolilo 14 % studentů z prvních i druhých ročníků a 11 % dotazovaných studentů ze třetích ročníků. 29 % studentů by při své praxi uvítalo častější supervize, aby mohli vyjádřit své pocity a obavy z paliativní péče o nemocné pacienty v terminální fázi onemocnění. Venglářová (2013) tvrdí, že supervize je proces, kterého se účastní jedinec, skupina nebo tým pracovníků. Supervize se zaměřuje na reflexi profesní role, činnosti a aktivity spojené s pracovní pozicí. Často se využívá v zaměstnání, kde dochází ke kontaktu s lidmi, tedy i ve zdravotnictví a sociálních službách. Pro možnost supervize se rozhodlo 7 % dotazovaných z prvních ročníků, 5 % respondentů z druhých ročníků a 17 % studentů ze třetích ročníků. K mému překvapení největší zastoupení odpovědí pro supervizi měly třetí ročníky. Je možné, že je ke studentům třetích ročníků přistupováno jako k nejzocelenějším, a k těm, kteří možná už nemají takovou potřebu o svých pocitech, které prožívají při péči o pacienta v terminálním stádiu, mluvit. Výzkum ale tuto myšlenku vyvrací.

Praktická část se zaměřuje i na to, jaký vliv má na studenty setkání a samotná péče o terminálně nemocné. Tuto problematiku zkoumala Otázka č. 10. Z výzkumu je patrné, že velké množství studentů postrádá výuku, která by je na danou problematiku mohla více připravit. Pro mnoho studentů je setkání a následně i samotná péče o tyto pacienty velice psychicky náročná. Je zajímavé, že si studenti zdravotnických fakult při péči o pacienty

v terminálním stádiu uvědomují hodnotu svého života, ale i života ostatních lidí. Někteří dotazovaní ve svých odpovědích popisovali obavy z vlastního selhání, ale i to, že je péče o tyto nemocné zocelila. Studenti ve svých odpovědích zmiňovali fakt, že jim péče o pacienty v terminálním stádiu prohloubila vědomosti a dovednosti. Pouze jeden z dotazovaných poukázal na to, že si právě díky praxi s těmito nemocnými začal vážit hospiců a všech dalších zařízení, které o tyto pacienty pečují. Tím je zřejmé, že kladl důraz na jejich nezastupitelnost v českém zdravotnictví. Coyle (2015) ve své publikaci představuje cíl a poslání hospice. Dle jeho názoru by měl pacient po celou dobu své poslední fáze života žít plnohodnotně a důstojně v doprovodu svých nejbližších osob. Zaměřuje se na uspokojování potřeb nemocných jak v oblasti fyzické, psychické, sociální, tak i spirituální. Hospic se dále snaží o zmírnění dopadu ztráty na pozůstalé, poskytuje jim podporu a poradenství v tíživých situacích. Zařízení poskytuje kvalitní péči, při které pacient nemusí trpět bolestí a jeho cesta nemusí být doprovázena strachem a utrpením. Základní činností již výše zmíněného hospice je pochopení jedinečnosti člověka a úcta k jeho osobnosti.

Výzkumné šetření se mimo jiné zabývalo otázkou, zda předešlé setkání studentů s terminálně nemocnými nějak ovlivnilo další takové setkání s těmito pacienty. Tuto informaci zjišťovala Otázka č. 12. Práce s pacienty v poslední fázi života ve studentech i po předešlých zkušenostech vyvolávala velkou míru empatie. Možná právě proto pro ně byla i opakovaná péče o pacienty v terminálním stádiu podstatně velmi psychicky náročná. 20 % studentů ve svých odpovědích popisovalo, že si kvůli péči o terminálně nemocné uvědomili důležitost a nezastupitelnost své profese. Mezi nejčastější pocity studentů při péči o terminálně nemocné pacienty patří strach, bezmoc a smutek, dále také i obavy z vlastního selhání. Mnoho respondentů popisovalo potřebu zajistit důstojný odchod. Špinková (2005) ve své publikaci poukazuje na to, že součástí doprovázení pacientů v poslední fázi života je hlavně komunikace založená na důvěře a respektu.

Studenti byli dotazováni, zda je pro ně práce s pacienty v terminálním stádiu fyzicky náročná. Tyto informace sbírala Otázka č. 14. Z výzkumu je patrné, že je pro studenty péče o pacienty v terminálním stádiu fyzicky náročná. Z praxe tuto informaci mohou potvrdit, neustále se na trhu objevují novinky v podobě pomůcek, které by měly zdravotnickým pracovníkům ulehčit manipulaci nejen s pacienty v terminálním stádiu. Na základě toho je zřejmé, že je péče o pacienty nejen v terminálním stádiu velmi fyzicky náročná a proto jsou tyto pomůcky přínosné. Již výše se zmiňujeme, že se zastoupení žen

ve zdravotnictví prohlubuje, ale z praxe mohu potvrdit, že pomůcky pro manipulaci s pacienty rádi využívá i zdravotnický personál mužského pohlaví. Práce s pacienty v terminálním stádiu je tedy fyzicky náročná jak pro muže, tak pro ženy.

Na otázku fyzické náročnosti navazovala i otázka cílená pouze na psychickou náročnost. Otázka č. 15 se v dotazníku ptala, zda je pro studenty práce s pacienty v terminálním stádiu psychicky náročná. 79 % studentů odpovědělo ano, 23 % z nich bylo z prvních ročníků, 19 % z druhých ročníků a k mému údivu 37 % ze třetích ročníků. Není tedy nutně dáno, že v čím vyšším ročníku studenti jsou, tím lépe pečí o pacienty v terminálním stádiu snášeji.

Výzkumné šetření v neposlední řadě zjišťovalo, zda je pro studenty náročné o tématu umírání mluvit. Tuto informaci zjišťovala Otázka č. 16. Ze získaných dat je zjevné, že studenti z největší části nemají problémy na téma umírání mluvit. Z výzkumného šetření lze vypožorovat, že nejvíce připraveni vést rozhovor na téma umírání jsou třetí ročníky z dotazovaných fakult.

Z výzkumných otázek výše vyplývá fakt, že mentor je pro studenty při praxích velice důležitý. Respondenti na mentorovi s největším zastoupením obdivují zkušenosti, které předává, dále také způsob komunikace, podporu a přátelský přístup při vedení praxe ve zdravotnických zařízeních. Tyto odpovědi zjišťovala otázka č. 18. Při supervizích je pro studující nejvíce důležité, stejně tak jako při mentoringu, předávání zkušeností. Velké množství studentů si pochvaluje možnost promluvit si o svých pocitech a obavách, které při doprovázení nemocných v poslední fázi jejich života prožívají.

Bakalářská práce si stanovila jednu hypotézu a sice, že existují rozdíly ve zvládnání péče o pacienta v terminálním stádiu studenty bakalářských programů ošetrovatelství podle jednotlivých ročníků studia. Z výzkumného šetření je patrné, že se připravenost studentů liší podle jednotlivých ročníků. Nejpřípraveněji se cítí třetí ročníky, první ročníky svou připravenost hodnotí sebejistěji než druhé ročníky, druhé ročníky jsou si svou připraveností nejméně jistí. Tyto odpovědi zkoumala Otázka č. 20.

## 6 Závěr

Bakalářská práce pojednává o zvládnání péče o pacienty v terminálním stádiu studenty bakalářských programů ošetrovatelství. Cílem práce bylo zmapovat rozdíly ve zvládnání péče o pacienty v terminálním stádiu u studentů v jednotlivých ročnících studia bakalářských programů ošetrovatelství.

Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Praktická část bakalářské práce obsahuje výzkumné šetření formou kvantitativního šetření a metodou dotazování pomocí nestandardizovaného dotazníku, ve kterém se nacházely otevřené, polouzavřené i uzavřené otázky (viz. Příloha 1). Do výzkumného šetření byly zahrnuty 1., 2., a 3. ročníky bakalářských programů ošetrovatelství ze tří fakult, a to konkrétně ze Zdravotně sociální fakulty v Českých Budějovicích, Fakulty zdravotnických studií v Plzni a Fakulty zdravotnických studií v Pardubicích. Na dotazník odpovědělo 100 respondentů. Pro bakalářskou práci byla zvolena následující hypotéza: *„Existují rozdíly ve zvládnání péče o pacienty v terminálním stádiu studenty bakalářských programů ošetrovatelství podle jednotlivých ročníků studia.“* Pro zhodnocení připravenosti mezi ročníky byl použit test chí kvadrát. Hypotéza byla potvrzena na základě zvolené hladiny významnosti 0, 05 (5 %). Z výzkumného šetření je patrné, že se připravenost studentů liší podle jednotlivých ročníků. Nejpřipraveněji se cítí třetí ročníky, první ročníky svou připravenost hodnotí mnohem sebejistěji než druhé ročníky a druhé ročníky jsou si svou připraveností nejméně jistí.

Výsledky bakalářské práce lze využít jako informační materiál pro studenty, ale i pro akademické pracovníky, jelikož poukazují na to, jak moc je teoretická i praktická příprava studentů na péči o pacienty v terminálním stádiu důležitá. Je potřeba si uvědomit, že studenti jsou budoucími zdravotníky a je proto stěžejní, aby je nedostatečná příprava na tyto svízelné situace neodradila od budoucího povolání.

## 7 Seznam použitých zdrojů

1. BUŽGOVÁ, R., 2015. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada Publishing, s.15-16. ISBN 978-80-247-5402-4.
2. CLARK, D., 2007. Historie paliativní péče, kulturní a genderové vlivy v jejím rozvoji. In PAYNE, S. a kol. *Paliativní péče: principy a praxe*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu. s.47-62. ISBN 978-80-87029251.
3. COLLINS, E. et al., 2020. Applying transformational leadership in nursing practice.[online], *Nurs Stand*. Apr 29;35(5):59-66.[cit. 2023-04-26]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31840443/>
4. COYLE, N., 2015. *Introduction to palliative nursing care*. In: Ferrell BR, Coyle N, Paice JA, eds. *Oxford Textbook of Palliative Nursing*. 4th ed. New York, NY: Oxford University Press, 3-10., bez ISBN.
5. Domáci hospic sv. Veroniky České Budějovice, neuvedeno, *Domáci hospic sv Veroniky* [online] [cit. 2023-04-26]. Dostupné z: <https://www.hospicveronika.cz/>
6. DRISCOLL, J. et al., 2019. Enhancing the quality of clinical supervision in nursing practice.[online], *Nurs Stand*. Apr 26;34(5):43-50.[cit. 2023-04-26]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31468814/>
7. EVANS, MM. et al., 2020. Developing Nurses Through Mentoring: It Starts in Nursing Education.[online]. *Nurs Clin North Am*. Mar;55(1):61-69.[cit. 2023-04-26]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32005366/>
8. GOTT, M. et al., 2013. Palliative care need and management in the acute hospital setting: a census of one New Zealand Hospital. *BMC Palliative Care*. vol.12, issue 1, p. 15-22. ISSN 1472-684X.

9. HAINES, ER. et al., 2021. An actionable needs assessment for adolescents and young adults with cancer: the AYA Needs Assessment & Service Bridge (NASB).[online], *Support Care Cancer*. Aug;29(8):4693-4704. [cit. 2023-04-26]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33511477/>
10. HAKL, M., 2013. *Zásady podávání analgetik* [online]. *Praktické lékařství*, 9(4-5): 173-176s. [cit. 2023-04-26]. Dostupné z: <https://farmaciepropraxi.cz/pdfs/lek/2013/04/05.pdf>
11. HAŠKOVCOVÁ, H., 2007. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 2., přepr. vyd. Praha: Galén. 244s. ISBN 978-807-2624-213.
12. Hospic Anežky České, © 2023. *Hospic se představuje* [online]. [cit. 2023-04-26], Dostupné z: <https://www.hospic.cz/hospic-se-predstavuje.html>
13. Hospic sv. Jana N. Neumanna Prachatice, nevedeno. *Lůžkový hospic sv. Jana N. Neumanna* [online] [cit. 2023-04-26]. Dostupné z: <https://www.hospicpt.cz/jan>
14. Hospicová péče sv. Kleofáše, 2021, *O nás* [online] [cit.2023-04-26]. Dostupné z: <https://www.kleofas.cz/o-nas>
15. IBRAHIM, H. et al., 2022, Medical student experiences and perceptions of palliative care in a middle eastern country.[online], *BMC Med Educ* 22, 371, [cit. 2023-04-26]. Dostupné z: <https://bmcmmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-022-03448-x>
16. JANSSEN, DJA. et al., 2018. Palliative care needs assessment in chronic heart failure.[online], *Curr Opin Support Palliat Care*. Mar;12(1):25-31. [cit. 2023-04-26]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29206704/>
17. KELNAROVÁ, J. a kol., 2014. *Psychologie 2. díl - pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3600-6.



18. KNAPOVÁ, J., 2019. *Ošetrovatelský proces a potřeby člověka*: výukový materiál [online] [cit. 2023-04-26]. Dostupné z: <https://www.vovcr.cz/odz/zdrav/499/page00.html>
19. KRATOCHVÍLOVÁ, I., 2020. *Připravenost studentů na setkání s péčí o umírající pacienty a se smrtí* [online]. České Budějovice: Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. [cit. 2023-08-06]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/2spr3h/>.
20. LIU, Z. et al., 2022. The Study of Maslow's Hierarchy of Needs Theory in the Doctor-Nurse Integration Teaching Method on Clinical Interns.[online], *J Healthc Eng.* Apr 18;2022:6388068. [cit. 2023-04-26]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35480149/>
21. LOWEY, S., 2015. *Nursing care at the End of Life*, Milne Library, State University of New York at Geneseo, Geneseo, NY 14454: Open SUNY Textbooks. ISBN 978-1-942341-19-2.
22. MACHON, M. et al, 2019. Innovation in Nursing Leadership: A Skill That Can Be Learned.[online], *Nurs Adm Q.* Jul/Sep;43(3):267-273. [cit. 2023-04-26]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31162346/>
23. MARKOVÁ, A. a kol., 2015. *Hospic do kapsy – příručka pro domácí paliativní týmy*. Praha: Cesta domů. ISBN 978-80-905809-4-7.
24. MASON, S. et al., 2020. Palliative care for all: An international health education challenge. [online], *Palliat Support Care.* Dec;18(6):760-762. [cit. 2023-04-26]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32209143/>
25. McGRATHM L. et al., 2013. *Cost Effectiveness of a Palliative Care Program in a Rural Community Hospital*. *Nursing Economic.* vol. 31, issue 4, p. 176-183. ISSN 0746-1739.

26. Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2022, *Pilotní projekt paliativní péče přinesl základy pro standardizaci a rozvoj paliativní péče v ČR* [online]. MZČR. [cit. 2023-04-26]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/tiskove-centrum-mz/pilotni-projekt-paliativni-pece-v-nemocnicich-prinesl-zaklady-pro-standardizaci-a-rozvoj-paliativni-pece-v-cr/>
27. NANDA International, Inc., 2020. *Ošetrovatelské diagnózy: Definice a klasifikace 2018-2020*, II. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0710-0.
28. Národní zdravotnický informační portál, 2023. *Volba paliativní medicíny jako klinického oboru*, [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, [cit. 2023-04-26]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/465-volba-paliativni-mediciny-jako-klinickeho-oboru>, ISSN 2695-0340.
29. ORTIZ, J., 2016. New graduate nurses' experiences about lack of professional confidence. [online], *Nurse Educ Pract.* Jul;19:19-24.[cit. 2023-04-26]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27428687/>
30. PLEVOVÁ, I. a kol., 2011. *Ošetrovatelství II. komunikace-etika-člověk, jeho motivace a potřeby-paliativní péče-transkulturní ošetrovatelství-výchova ke zdraví*. Praha : Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3558-0.
31. PLEVOVÁ, I. a kol., 2012. *Management v ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3871-0.
32. POKORNÁ, A. a kol., 2013. *Ošetrovatelství v geriatricii*. Praha: Grada Publishing. 200 s., ISBN 978-80-247-4316-5.
33. REZENDE, L. et al., 2013. Therapeutic communication between nurses and patients in pre-operative during an admission in a medical surgical unit. [online], *J. Nurs. UFPE*. Line. 7(8):5280–5287.[cit. 2023-04-26]. Dostupné z: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/11804/14186>

34. ROBINSON, J. et al., 2013. *Patient and family experiences of palliative care in hospital: What do we know? An integrative review*. Palliative Medicine. vol. 28, issue 1, p. 18-33. ISSN 1477-030X.
35. SARTORI, P., 2010. Spirituality 1: should spiritual and religious beliefs be part of patient care? [online]. *NursingTimes.net* [cit. 2023-04-26]. Dostupné z: <http://www.nursingtimes.net/nursing-practice/clinical-zones/management/spirituality-1-should-spiritual-and-religious-beliefs-be-part-of-patient-care/5017359.article>.
36. SCOTLAND-COOGAN, D., DAVIS, E., 2016. Relaxation Techniques for Trauma. [online], *J Evid Inf Soc Work*. Sep-Oct;13(5):434-41. [cit. 2023-04-26]. Dostupné z : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27119722/>
37. SEZER, H., ŞAHIN, H., 2021. Faculty development program for coaching in nursing education: A curriculum development process study.[online], *Nurse Educ Pract*. Aug;55:103165. [cit. 2023-04-26]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34392230/>
38. SCHAEFER, KG. et al., 2014. Raising the bar for the care of seriously ill patients: results of a national survey to define essential palliative care competencies for medical students and residents.[online], *Acad Med*. 2014 Jul;89(7):1024-31. doi: 10.1097/ACM.0000000000000271.[cit. 2023-04-26]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4077186/>
39. SLÁMA, O. a kol., 2011. *Paliativní medicína pro praxi*. 2., nezměn. vyd. Praha: Galén, 363 s. ISBN 978-807-2628-490.
40. SLÁMA, O., 2013. Paliativní péče v ČR v roce 2013: perspektiva České společnosti paliativní medicíny ČLS JEP. Paliativní medicína [online]. Brno: ČLS JEP [cit. 2020-04-26]. Dostupné z: [https://www.paliativnimedicina.cz/sites/www.paliativnimedicina.cz/files/users/simicek/paliativni\\_medicina\\_v\\_cr\\_v\\_roce\\_2013.pdf](https://www.paliativnimedicina.cz/sites/www.paliativnimedicina.cz/files/users/simicek/paliativni_medicina_v_cr_v_roce_2013.pdf)

41. SLÁMA, O., VAFKOVÁ, T., 2020. *Analgetický žebříček WHO* [online] Masarykova univerzita [cit. 2023-04-26]. Dostupné z: [https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/lf/ps19/paliativni\\_pece/web/pages/03\\_07\\_zebricek\\_who.html#stupen1](https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/lf/ps19/paliativni_pece/web/pages/03_07_zebricek_who.html#stupen1)
42. SOÓSOVÁ, M., 2022. *Péče o duchovní potřeby nemocných v ošetrovatelské praxi*, Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-3242-3.
43. ŠPINKOVÁ, M., GÄRTNEROVÁ, A., 2005. *Jak být nablízku*. Praha: Cesta domů, ISBN 978-80-904516-5-0
44. ŠPIRUDOVÁ, L., 2015. *Doprovázení v ošetrovatelství II. -doprovázení sester sestrami, mentorování, adaptační proces, supervize*, Praha: Grada publishing. ISBN 978-80-247-5711-7.
45. TOMOVÁ, Š. a kol., 2016. *Komunikace s pacientem v intenzivní péči*. Praha: Grada Publishing. 136 s. ISBN 978-80-271-9540-4.
46. TRACHTOVÁ, E. a kol., 2018. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu: učební texty pro vyšší zdravotnické školy, bakalářské a magisterské studium, specializační studium sester*, čtvrté rozšířené vyd., Brno: NCO NZO. ISBN 978-80-7013-590-7.
47. VÁVROVÁ S., POLEPILOVÁ R., 2010. Výzkumné šetření o vzdělávání studentů pomáhajících profesí v oblasti thanatologie. *Sociální práce*; 2: 71–80. [online]. [cit.2023-04-26]. Dostupné z: [http:// www.socialniprace.cz/index.php?sekce=2&ukol=detail&id=39&clanekid=452](http://www.socialniprace.cz/index.php?sekce=2&ukol=detail&id=39&clanekid=452).
48. VÁVROVÁ, S., 2012. *Doprovázení v pomáhajících profesích*, Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0087-1.
49. VENGLÁŘOVÁ, M. a kol., 2013. *Supervize v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4082-9.

50. VÉVODA, J. a kol., 2013. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4732-3.
51. Vyhláška č. 39/2005 Sb., Vyhláška, kterou se stanoví minimální požadavky na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání, © AION CS, s.r.o. 2010-2023. [online]. [cit. 2023-04-26]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2005-39>
52. VYTEJČKOVÁ, R. a kol., 2013. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II.*, Praha: Grada, 288 s. ISBN: 978-80-247-3420-0
53. WHO, 2014, *Strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course*, [online], Rezoluce WHA67.19., [cit. 2023-04-26]. Dostupné z: [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA67/A67\\_R19-en.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_R19-en.pdf)
54. WINDLE, S. et al., 2021. Teaching Guided Imagery and Relaxation Techniques in Undergraduate Nursing Education.[online], *J Holist Nurs.* Jun;39(2):199-206. [cit. 2023-04-26]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32633610/>
55. WŁOSZCZAK-SZUBZDA, A., JAROSZ, M.J., 2013. Professional communication competences of nurses – a review of current practice and educational problems. [online], *Ann. Agric. Environ. Med.*, 20(1):183–188.[cit. 2023-04-26]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23540236/>
56. YARBROUGH, S. et al., 2017. Professional values, job satisfaction, career development, and intent to stay.[online], *Nurs Ethics.* Sep;24(6):675-685. [cit. 2023-04-26]. Dostupné z:<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26811397/>
57. ZACHAROVÁ, E. a kol., 2007. *Zdravotnická psychologie : teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada Publishing. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5.
58. ZACHAROVÁ, E., 2016. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing. 121 s. ISBN 978-80-271-0156-6

59. Zákon č. 96/2004 Sb., Zákon o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), © AION CS, s.r.o. 2010-2023. [online]. [cit. 2023-04-26]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96?text=96%2F2004>
60. ZHANG, M. et al., 2021. Physical relaxation for occupational stress in healthcare workers: A systematic review and network meta-analysis of randomized controlled trials.[online], *J Occup Health*. Jan;63(1):e12243. doi: 10.1002/1348-9585.12243.[cit. 2023-04-26]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34235817/>

## **8 Přílohy**

Příloha 1: Otázky pro polostrukturovaný dotazník

## Příloha 1: Otázky pro polostrukturovaný dotazník

Dobrý den,

ráda bych Vás požádala o vyplnění krátkého a zcela anonymního dotazníku, jehož výsledky použiji výhradně ve své bakalářské práci, která je zaměřena na téma: Zvládání péče o pacienty v terminálním stádiu studenty bakalářských programů ošetřovatelství. Dotazník se skládá z 21 otázek. Vyplnění dotazníku by Vám nemělo zabrat více než 5 minut.

Děkuji Vám za Váš čas,

Kateřina Mašková,

Studentka Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích

1.

Jaké je Vaše pohlaví?

- a) Žena
- b) Muž

2.

Kolik Vám je let?

- a) 18 – 19let
- b) 20 – 21let
- c) 22 – 23let
- d) 24 a více let

3.

Jaký ročník studujete?

- a) 1.ročník
- b) 2.ročník
- c) 3.ročník

4.

Jakou fakultu studujete?

- a) Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích – Zdravotně sociální fakulta
- b) Západočeská univerzity v Plzni – Fakulta zdravotnických studií
- c) Univerzita Pardubice – Fakulta zdravotnických studií

5.

Domníváte se, že Vás teoretická výuka připravila dostatečně na péči o pacienty v terminálním stádiu?

- a) ano



- b) spíše ano
- c) nevím
- d) spíše ne
- e) ne

6.

Domníváte se, že Vás praxe ve zdravotnických zařízeních dostatečně připravila pro péči o pacienty v terminálním stádiu?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) nevím
- d) spíše ne
- e) ne

7.

Pomohlo by Vám něco z níže nabízených možností v teoretické přípravě na péči o pacienty v terminálním stádiu? Prosím, vyberte jednu nebo více odpovědí.

- a) diskuze na téma zvládnutí péče o pacienty v terminálním stádiu v menším počtu lidí
- b) modelové situace zaměřené na komunikaci s pacientem v terminálním stádiu
- c) kazuistiky zaměřené na péči o pacienty v terminálním stádiu
- d) realistická videa z prostředí terminálně nemocných pacientů
- e) přednášky vedené zkušenými sestrami, které se péči o pacienty v terminálním stádiu věnují řadu let
- f) exkurze do zařízení, které pečují o pacienty v terminálním stádiu
- g) možnost setkat se a hovořit s terminálně nemocnými před nástupem na samotnou praxi
- h) předmět paliativní péče v prvním ročníku studia
- ch) jiné, doplňte...

8.

Pomohlo by Vám něco z níže nabízených možností lépe zvládat péči o pacienty v terminálním stádiu v praxi? Prosím, vyberte jednu nebo více odpovědí.

- a) delší praxe na oddělení nebo v zařízení, kde se pečují o terminálně nemocné pacienty
- b) mentor/ka při praxi na oddělení nebo v zařízení, kde se pečují o terminálně nemocné pacienty
- c) častější supervize při praxi na odděleních nebo v zařízeních, kde se pečují o pacienty v terminálním stádiu

9.

Pečovali jste během své dosavadní praxe o člověka v terminálním stádiu?

- a) ano
- b) ne

10.

Jak Vás ovlivnilo setkání a péče o pacienty v terminálním stádiu? Prosím, doplňte.

.....

11.

Jak se změnil Váš postoj k poskytování péče o pacienty v terminálním stádiu po předešlých zkušenostech? Prosím, doplňte.

.....

12.

Pomohla Vám zkušenost s péčí o pacienty v terminálním stádiu vyrovnat se lépe s další takovou zkušeností?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) nevím
- d) spíše ne
- e) ne

13.

Jaké pocity jste prožíval/a nebo prožíváte při péči o pacienta v terminálním stádiu? Prosím, doplňte.

.....

14.

Je pro Vás péče o pacienty v terminálním stádiu fyzicky náročná?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) nevím
- d) spíše ne
- e) ne

15.

Je pro Vás péče o pacienty v terminálním stádiu psychicky náročná?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) nevím
- d) spíše ne
- e) ne

16.

Je pro Vás těžké o tématu umírání mluvit?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) možná
- d) spíše ne
- e) ne

17.

Pomohl Vám mentor při praxi ve zvládnání péče o pacienty v terminálním stádiu? Pokud ano, odpovězte na otázku č. 18

- a) ano
- e) ne

18.

Čím Vám mentor pomohl při zvládnání péče o pacienty v terminálním stádiu v praxi? Vyberte, prosím jednu nebo více odpovědí

- a) Komunikací
- b) Vedením při praxi
- c) Ochotou
- d) Přátelským přístupem
- e) Motivací
- f) Pochvalou
- g) Pomocí
- h) Podporou
- ch) Předáváním zkušeností
- i) Rozhovorem
- j) Povzbuzením
- k) Pozitivní přístupem
- l) Seznámením s oddělením a se specifickou péčí o pacienty v terminálním stádiu
- m) Učením se novým věcem
- n) Jiné, doplňte....

19.

Jak moc Vám pomohla supervize při péči o pacienty v terminálním stádiu? Škála -5 až 5, -5 nejméně (Vůbec nepomohla), 5 nejvíce (Velmi pomohla)

20.

Čím Vám supervize pomohla při péči o pacienty v terminálním stádiu? Prosím, vyberte jednu nebo více odpovědí.

- a) možností rozhovoru o pocitech v souvislosti s péčí o pacienty v terminálním stádiu
- b) možností rozebírat své obavy týkající se profesní přípravy na péči o pacienty v terminálním stádiu
- c) podporou
- d) předáním zkušeností
- e) doporučením
- f) inspirací k novým postupům
- g) prohlubováním vědomostí
- h) prohlubováním dovedností
- ch) motivací
- i) přátelským přístupem

21.

Jak si myslíte, že jste připraveni na péči o člověka v terminálním stádiu?

- a) absolutně připraven
- b) spíše připraven
- c) nevím
- d) spíše nepřipraven
- e) absolutně nepřipraven

## **9 Seznam zkratek**

WHO – Světová zdravotnická organizace

MZČR – Ministerstvo zdravotnictví České republiky

NPP – Nemocniční paliativní péče

KTPP – Konziliární týmy paliativní péče

ČSPM – Česká společnost pro paliativní medicínu

ČLS JEP – Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně

ZSF JČU – Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity v českých Budějovicích

FZS ZČU – Fakulta zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni

FZS UPCE – Fakulta zdravotnických studií Univerzity v Pardubicích