

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2017

Stanislava Teplá

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Komunikace sestry s pacientem v paliativní péči

Stanislava Teplá

Bakalářská práce

2017

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2015/2016

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE (PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Stanislava Teplá**
Osobní číslo: **Z14100**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Název tématu: **Komunikace sestry s pacientem v paliativní péči**
Zadávající katedra: **Katedra ošetrovatelství**

Zásady pro vypracování:

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

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího

Rozsah pracovní zprávy: 35 stran

Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

1. BUŽGOVÁ, Radka. Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života. Praha: Grada, 2015, 168 s. ISBN 978-80-247-5402-4.
2. KRISTOVÁ, Jarmila. Komunikácia v ošetrovateľstve. Martin: Osveta, 2009, 182 s. ISBN 80-8063-160-3.
3. KUPKA, Martin. Psychosociální aspekty paliativní péče. Praha: Grada, 2014, 216 s. ISBN 978-80-247-4650-0.
4. MARKOVÁ, Monika. Sestra a pacient v paliativní péči. Praha: Grada, 2010, 128 s. ISBN 978-80-247-3171-1.
5. PAYNE, Sheila, Jane SEYMOUR a Christine INGLETON (eds.). Paliativní péče: principy a praxe. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007, 807 s. ISBN 978-80-87029-25-1.
6. SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA, Jiří VORLÍČEK et al. Paliativní medicína pro praxi. 2. nezměn. vyd. Praha: Galén, 2011, 363 s. ISBN 978-80-7262-849-0.

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Kateřina Horáčková, DiS.
Katedra ošetrovateľství

Datum zadání bakalářské práce: 1. prosince 2015

Termín odevzdání bakalářské práce: 21. července 2017


prof. MUDr. Josef Pásek, DrSc.
děkan

L.S.


PhDr. Kateřina Horáčková, DiS.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 8. března 2017

Prohlašuji, že jsem tuto práci vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 19. 5. 2017

Stanislava Teplá

PODĚKOVÁNÍ

Zvláštní poděkování bych chtěla věnovat vedoucí práce PhDr. Kateřině Horáčkové, DiS. za její odborné vedení, vstřícnost, trpělivost a cenné rady při zpracovávání mé bakalářské práce. Velké poděkování patří také všem ochotným dotazovaným, kteří se podíleli na výzkumu. V neposlední řadě bych ráda poděkovala své rodině a přátelům za jejich podporu při studiu.

ANOTACE

Bakalářská práce s názvem *Komunikace sestry s pacientem v paliativní péči* je rozdělena na část teoretickou a výzkumnou. Teoretická část popisuje paliativní péči a její rozdělení, fáze prožívání nevléčitelného onemocnění a specifika komunikace s nevléčitelně nemocným pacientem. Výzkumná část obsahuje výsledná zjištění z rozhovorů prováděných s pacienty v paliativní péči. Rozhovory byly zaměřeny na problematiku komunikace sester s pacienty.

KLÍČOVÁ SLOVA

komunikace, nevléčitelně nemocný, paliativní péče, sestra

TITLE

Nurse – patient communication in palliative care

ANNOTATION

The Bachelor thesis „*Nurse – patient communication in palliative care*“ is composed of a theoretical and an investigatory section. The theoretical part describes palliative care and its divisions, the stage of experiencing an incurable disease, and the specifics of communication with an incurably ill patient. The investigatory part contains the findings from interviews with patients in palliative care. The interviews focused on the issue of nursing communication with patients.

KEYWORDS

communication, an incurably ill patient, palliative care, a nurse

OBSAH

ÚVOD.....	12
Cíle bakalářské práce.....	13
I. TEORETICKÁ ČÁST	14
1 Paliativní péče	14
1.1 Definice paliativní péče	14
1.2 Rozdělení paliativní péče.....	14
1.3 Zařízení specializované paliativní péče.....	15
2 Pacient v paliativní péči.....	17
2.1 Fáze prožívání nevyléčitelného onemocnění dle E. K. Rossové	17
2.2 Potřeby nevyléčitelně nemocného pacienta.....	19
2.2.1 Potřeba mít pravdivé informace.....	19
2.2.2 Potřeba zachovat si svou identitu.....	20
2.2.3 Spirituální potřeby.....	20
3 Umírání a smrt.....	21
3.1 Proces umírání	21
3.2 Emocionální stav umírajícího pacienta	22
4 Komunikace v paliativní péči.....	23
4.1 Komunikace	23
4.2 Komunikační dovednosti.....	23
4.3 Komunikace s pacientem v paliativní péči	24
4.3.1 Informování pacienta o zdravotním stavu	25
4.3.2 Komunikační specifika v jednotlivých fázích pacientova prožívání nemoci	25
4.3.3 Komunikace s úzkostným pacientem.....	27
4.3.4 Komunikace s agresivním pacientem.....	27
4.3.5 Komunikace s pacientem postiženým afázií	28
4.3.6 Komunikace s pacientem o spirituálních tématech a o smrti	28

4.3.7	Komunikace s pacientem nacházejícím se ve fázi in finem	29
4.4	Komunikace v pečujícím týmu	30
4.5	Komunikace sestry s rodinou.....	30
4.6	Vzdělávání sester v komunikaci	31
II.	PRAKTICKÁ ČÁST	33
5	Výzkumné otázky.....	33
6	Metodologie výzkumného šetření	34
7	Organizace výzkumného šetření	35
7.1	Stanovení výzkumného vzorku.....	35
7.2	Realizace výzkumného šetření.....	36
8	Prezentace výsledků.....	37
8.1	Výzkumný vzorek	37
8.2	Kategorie č. 1 – Význam komunikace	38
8.3	Kategorie č. 2 – Hodnocení komunikace	40
8.4	Kategorie č. 3 – Komunikační nedostatky sester vnímané pacienty.....	44
8.5	Kategorie č. 4 – Důležité prvky v komunikaci sester s pacienty.....	46
8.6	Kategorie č. 5 – Nejčastější komunikační oblasti	50
9	Diskuze	52
10	Závěr	56
	Soupis bibliografických citací.....	59
	Přílohy	64

SEZNAM ILUSTRACÍ A TABULEK

Obrázek 1 Význam komunikace	38
Obrázek 2 Komunikace při sdělení diagnózy	40
Obrázek 3 Komunikace po sdělení diagnózy	42
Obrázek 4 Komunikační nedostatky	44
Obrázek 5 Důležité prvky v komunikaci sester s pacienty.....	46
Obrázek 6 Nejčastější komunikační oblasti.....	50
Tabulka 1 Soubor respondentů	37

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome
ČLS JEP	Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně
ČR	Česká republika
ČSPM	Česká společnost paliativní medicíny
ELNEC	End Of Life Nursing Education Consortium
LDN	Léčebna dlouhodobě nemocných
PNAP	Patient Needs Assessment in Palliative care
Sb.	Sbírka zákonů
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR
WHO	World Health Organization

ÚVOD

Paliativní péče je v dnešní době velice aktuální téma. Bužgová (2015, s. 22) na základě zahraničních studií konstatuje, že specializovanou paliativní péči potřebuje v posledním roce svého života nejméně 20 % onkologických pacientů a 5-10 % pacientů s jinými diagnózami. V ČR to je přibližně 6000 onkologických a 5000-10000 neonkologických pacientů. Na onkologické onemocnění v ČR každoročně umírá 27000 pacientů. Více než 50 % umírá v zařízeních akutní péče. V hospicích umírá 2400 onkologických pacientů za rok. V LDN nebo zařízeních následné péče umírá 2500 onkologických pacientů ročně (ÚZIS, 2013).

Tato čísla vypovídají o tom, kolik zemřelo pacientů, z jaké příčiny a na jakém místě. Neříkají však, jaká byla kvalita péče v závěru života, a zda místo péče, kde dožili, odpovídalo přáním a preferencím pacientů. Četné kazuistiky naznačují, že paliativní péče v zařízeních následné péče trpí vážnými nedostatky (Sláma, Švancara, 2017). V lůžkových zařízeních akutní a další následné péče není péče o pacienty v závěru života adekvátní. Nejčastějšími nedostatky jsou mimo jiné špatná komunikace, nedostatečná informovanost pacientů i jejich blízkých a malá pozornost věnovaná psychosociálním a spirituálním aspektům nemoci (Bužgová, 2015, s. 25).

Tato bakalářská práce je zaměřena na důležitou a aktuální problematiku, kterou je komunikace sestry s pacientem v paliativní péči.

Efektivní komunikace v paliativní péči by měla být cílem většiny zdravotníků; předpokládá se, že právě tato dovednost bude profesionálním pečovatelům vlastní, ale skutečnost může být opačná (Payne, Seymour, Ingleton, 2007, s. 153). Dle Vorlíčka (2012, s. 221) je otevřená a empatická komunikace zdravotníků s nevléčitelně nemocným a jeho blízkými základním předpokladem dobré paliativní péče. O'Connor (2005, s. 29) pohlíží na dobré komunikační dovednosti jako na hlavní aspekt ošetrovatelské péče o pacienta, kterému je poskytována paliativní péče. Zacharová (2016, s. 102) zdůrazňuje, že profesionální komunikace sestry je komplexní a velice náročná zručnost. Sestra si v této oblasti musí neustále rozšiřovat vědomosti a dovednosti o nové poznatky, jež potom aplikuje v praxi.

Teoretická část práce vysvětluje důvody, proč je správná a efektivní komunikace v paliativní péči důležitá a významná, a popisuje hlavní zásady a specifika komunikace s nevléčitelně nemocným pacientem. V praktické části práce je na základě výzkumného šetření zjištěno, co pro pacienty v paliativní péči komunikace se sestrou znamená, jak pacienti komunikaci se sestrou hodnotí, a co je pro ně v komunikaci důležité.

CÍLE BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

- Na základě literární rešerše charakterizovat paliativní péči, představit pacienta a jeho potřeby ve stavu nevléčitelného onemocnění a v procesu umírání, popsat význam, zásady a specifika komunikace sestry s pacientem v paliativní péči.
- Zjistit, jakou funkci plní komunikace sestry s pacientem ve stavu nevléčitelného onemocnění.
- Zjistit, zda jsou nevléčitelně nemocní spokojeni s komunikací sester v době sdělení jejich diagnózy a v období další léčebné či symptomatické péče.
- Uvést nejčastější komunikační oblasti v interakci sestry a pacienta.
- Zmapovat komunikační nedostatky sester pečované pacienty.
- Zjistit, jaké komunikační prvky sestry jsou pro pacienta důležité.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 PALIATIVNÍ PÉČE

1.1 Definice paliativní péče

Sláma a Vorlíček uvádějí definici paliativní péče takto: „*Paliativní péče je aktivní péče poskytovaná pacientovi, který trpí nevyléčitelnou chorobou v pokročilém nebo konečném stádiu. Cílem paliativní péče je zmírnit bolest a další tělesná a duševní strádání a udržet co nejvyšší kvalitu života*“ (Sláma, Kabelka, Vorlíček et al., 2011, s. 25). Podobnou definici uvádí Marková (2010, s. 19), která paliativní péči popisuje jako péči o nemocné s aktivním, postupujícím a pokročilým onemocněním, kde cílem této péče je kvalita života pacientů. Definice paliativní péče dle WHO je rozdílná v tom, že je chápána v širším pojetí a může být tak aplikována i v raném stádiu nemoci. WHO charakterizuje paliativní péči jako přístup zlepšující kvalitu života pacientů a jejich blízkých, kteří čelí problémům spojeným s život ohrožující nemocí, a to prostřednictvím předcházení a zmírňování utrpení, pomocí včasného zjištění a řešení bolesti a dalších fyzických, psychosociálních a duchovních potíží (Bužgová, 2015, s. 16-17). Definice paliativní péče je více, ale všem je společné to, že kladou důraz na kvalitu života nemocných s nevyléčitelnou diagnózou (Marková, 2010, s. 19).

1.2 Rozdělení paliativní péče

Dle rozsahu můžeme paliativní péči rozdělit na obecnou a specializovanou (Plevová a kol., 2011, s. 108).

Obecná paliativní péče

Obecnou paliativní péčí se rozumí dobrá klinická praxe ve stádiu pokročilého onemocnění. Základem je stálé sledování, rozpoznání a ovlivňování toho, co může významným způsobem ovlivnit kvalitu pacientova života (Šamánková a kol., 2006, s. 96). Všichni zdravotníci by s ohledem na svou odbornost měli být schopni tuto péči poskytnout (Bužgová, 2015, s. 19). Možnost poskytnutí této péče by měla být všude tam, kde se umírající pacienti vyskytují a kde si přejí být ošetřováni (Kalvach et al., 2010, s. 15). V ČR zatím nejsou k dispozici reprezentativní data o kvalitě obecné paliativní péče. Drobné sondy a soubory kazuistik ale ukazují, že v lůžkových zařízeních není péče o pacienty v závěru života často adekvátní. Mezi nejčastější nedostatky patří špatná komunikace s rodinou, nedostatečná léčba bolesti a dalších symptomů, vícelůžkové pokoje a malá pozornost věnovaná psychosociálním a spirituálním aspektům nemoci. Průzkum názorů reprezentativního vzorku laické a odborné veřejnosti

provedený agenturou STEM/MARK v roce 2011 prokázal, že se občané (potenciální pacienti) v ČR obávají, že v nemocnicích, a především v LDN nebude v závěru života dostatečně léčena jejich bolest a nebude věnována dostatečná pozornost jejich psychickým, sociálním a spirituálním potřebám a obtížím (Sláma, Kabelka, Špinková, 2013, s. 3-4).

Specializovaná paliativní péče

Tato péče je indikována v situaci, kdy obtíže pacienta a jeho rodiny přesahují možnosti poskytovatelů paliativní péče obecné (Sláma, Kabelka, Vorlíček et al., 2011, s. 30–31). Poskytuje úlevu od bolesti a dalších tělesných a duševních strádání (zvracení, dušnost, únava...). Obsahuje také psychologické a duchovní aspekty péče o nemocného a jeho blízké (Diakonie ČCE, 2016). Péče je poskytována na odborné a interdisciplinární úrovni. Aktivně se na ní účastní tým odborníků, který je vzdělán v otázkách paliativní péče (Bužgová, 2015, s. 19). Tým tvoří lékaři různých specializací, zdravotní sestry, sociální pracovník, rehabilitační pracovník, psychiatr, psycholog či duchovní. Výrazný podíl na péči mají rodinní příslušníci a přátelé pacienta. Neméně důležitou roli zaujímají dobrovolníci (Kupka, 2014, s. 26).

1.3 Zařízení specializované paliativní péče

Tato zařízení se plně věnují paliativní péči a mají také své požadavky. Vyžadují dobře vyškolený personál, jehož profesní kvalifikace je na vyšší úrovni, dalším požadavkem je větší počet zaměstnanců v poměru k počtu nemocných (Marková, 2010, s. 21). Organizačně řadíme mezi formy specializované paliativní péče lůžkové hospice, zařízení domácí mobilní paliativní péče, konziliární týmy paliativní péče, oddělení paliativní péče, denní stacionáře paliativní péče a specializované hospicové poradny (Sláma, Kabelka, Vorlíček et al., 2011, s. 31). Bužgová (2015, s. 19) uvádí jako jednu z forem specializované paliativní péče také ambulanci paliativní medicíny.

Zařízení domácí paliativní péče – mobilní hospice

Zařízení domácí paliativní péče poskytuje péči o pacienta v domácím nebo náhradním sociálním prostředí. Formou návštěv lékařů, sester, ošetřovatelů a dalších členů hospicového týmu probíhá u pacienta specializovaná paliativní péče (Sláma, Kabelka, Vorlíček et al., 2011, s. 31). Podle Markové (2010, s. 21) je tato forma specializované paliativní péče pro velkou část pacientů tou nejlepší volbou. Pacient je ošetřován v jemu dobře známém prostředí. Pro rodinu znamená tato forma péče často velkou fyzickou, psychickou a ekonomickou zátěž. Lze ji realizovat, pokud má pacient dobře fungující rodinné zázemí. Poskytovaná péče je nanejvýše individualizovaná a pacientovi zaručuje stálou dostupnost (Kupka 2014, s. 29).

V sousedním Německu a Rakousku dožije doma, v péči některého ze stovek mobilních hospiců, zhruba 10 % nevléčitelně nemocných lidí. Tato péče je zde plně hrazena ze zdravotního pojištění a v obou zemích na ni existuje zákonný nárok. Naproti tomu v ČR, kde není mobilní specializovaná paliativní péče hrazena ze zdravotního pojištění a dvacátka mobilních hospiců existuje jen díky darům, grantům a veřejným sbírkám, je mobilní paliativní péče dostupná jen v některých regionech a využít ji může na konci života jen zhruba jedno procento (to je asi 1600) nevléčitelně nemocných lidí (ČSPM, 2016).

Lůžkový hospic

Hlavním posláním hospice je péče o umírající pacienty. Péče zde ale není omezena pouze na kvalitní léčbu bolesti a ostatní zdravotnické úkony, ale nemocným i jejich rodinám je zde k dispozici také sociální poradenství a pomoc (Marková, 2010, s. 27). Nejčastěji jsou přijímáni pacienti, kteří jsou v terminálním stádiu nevléčitelného onemocnění a pacienti s ukončenou protinádorovou léčbou (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková et al., 2012, s. 234). Zařízení by mělo připomínat spíše domov, a je obvykle vybaveno jednolůžkovými pokoji, kde je přistýlka pro blízké umírajícího (Kupka, 2014, s. 28–29). Důraz je kladen na individuální potřeby a přání nemocného. Pečující tým se snaží vytvořit takové prostředí, ve kterém může pacient zůstat do konce svého života v těsném kontaktu se svými blízkými. Doba pobytu v hospici se většinou pohybuje v rozmezí tří až čtyř týdnů (Šamánková a kol., 2006, s. 97).

Konziliární týmy paliativní péče

Konziliární tým pracující na interdisciplinární úrovni, má expertní znalosti z oblasti paliativní péče. Ovlivňuje a posiluje kontinuitu a kvalitu paliativní péče (Sláma, Kabelka, Vorlíček et al., 2011, s. 31). Tým tvoří lékař a sestra, sociální pracovník, psycholog, pastorační pracovník, rehabilitační pracovník, dobrovolníci a další (Šamánková a kol., 2006, s. 96). Tito specialisté pracují buď ve specializovaném zařízení paliativní péče anebo jako konzultanti v akutních nemocnicích (O'Connor, Aranda, 2005, s. 15). Specializované paliativní týmy nejsou v ČR zatím příliš rozšířeny (Bužgová, 2015, s. 26). Tým paliativní péče působí například v Masarykově onkologickém ústavu v Brně. Služba tohoto týmu může mít povahu jednorázové konzultace s jedním nebo více členy týmu nebo převzetí do pravidelné ambulantní nebo konziliární péče ambulance podpůrné a paliativní onkologie. Tým paliativní péče úzce spolupracuje s ošetřujícím onkologem a ostatními odbornými pracovišti MOÚ. V případě ambulantní péče tým spolupracuje s registrujícím praktickým lékařem a s mobilní a lůžkovou hospicovou péčí. (MOÚ, 2016).

2 PACIENT V PALIATIVNÍ PÉČI

Kalvach et al. (2010, s. 15) uvádí tři okruhy pacientů, kteří vyžadují paliativní péči. Jsou to pacienti s onkologickým onemocněním – v tomto případě je to nejtypičtější a nejznámější paliativní problematika. Prognóza onkologického onemocnění je dnes relativně přesně odhadnutelná. Potom jsou to pacienti nacházející se v dlouhodobém nepříznivém a nezlepšitelném stavu, který se zhoršuje. Jsou to například pokročilá stádia demence, neurodegenerativních onemocnění, AIDS či imobilizačního syndromu. Třetí okruh představují pacienti, kteří se nachází v terminálních fázích nenádorového onemocnění. Jde hlavně o orgánová selhání, kde už je hemodialýza nebo transplantace nemožná.

„Bez ohledu na stupeň pokročilosti onemocnění lze vždy něco udělat pro zlepšení kvality zbývajících života“ (Sláma, Kabelka, Vorlíček et al., 2011, s. 27).

2.1 Fáze prožívání nevléčitelného onemocnění dle E. K. Rossové

Doktorka Elisabeth Kübler-Ross popsala reakce nevléčitelně nemocných a rozdělila je do pěti následujících fází: fáze šoku a popření, fáze hněvu a zlosti, fáze smlouvání, fáze smutku a deprese a fáze smíření, přijetí (Angenendt, Schütze-Kreilkamp, Tschuschke, 2010, s. 207). Tyto fáze zformulovala na základě mnoha rozhovorů s umírajícími pacienty a jejich blízkými (Heřmanová, Vácha, Svobodová, Zvoníčková, Slovák, 2012, s. 169). Těmito fázemi neprochází jen pacient, ale i jeho rodina a blízcí. Fáze nemusí vždy probíhat v takovémto časovém sledu, některé z nich se mohou opakovaně vracet a střídát. Délka trvání jednotlivých fází není vždy stejná a některá fáze může u nemocného i chybět (Plevová a kol., 2011, s. 117).

Eva Tothová (2013) se ve své bakalářské práci „Umírání a smrt v pojetí Elisabeth Kübler-Ross“ jednotlivými fázemi zabývá podrobněji. Nastihuje, jakým způsobem lidé v terminálním stádiu reagují a co prožívají v průběhu svého onemocnění. Ve své práci popisuje, jakým způsobem nahlížela na umírání a smrt E. Kübler-Ross, co bylo její podstatou a smyslem práce a proč se právě ona stala tak známou a proslulou osobností v oblasti umírání a smrti.

Fáze popření

Tato reakce nastává většinou bezprostředně po sdělení závažné diagnózy (Šamánková a kol., 2006, s. 99). Pacient důrazně odmítá uznat pravdivost informací i známky nemoci. Jedná se o vědomé, ale často i nevědomé jednání. Je to způsobeno obranným mechanismem, který je pro pacienta z hlediska zachování psychické celistvosti velice důležitý. U některých pacientů může tato fáze trvat velmi dlouho (Heřmanová, Vácha, Svobodová, Zvoníčková,

Slovák, 2012, s. 167). U nemocného lze pozorovat známky vnitřní i vnější citové strnulosti, která se dá srovnat s psychickým znehybněním (Angenendt, Schütze-Kreilkamp, Tschuschke, 2010, s. 208).

Fáze zlosti a hněvu

U umírajícího vyjadřují pocity hněvu a zlosti strach z ohrožení jeho bytí. Jsou projevem základního boje o přežití. Zlost je následkem velkého strachu ze smrti (Angenendt, Schütze-Kreilkamp, Tschuschke, 2010, s. 210). Pacient bývá často nazloben sám na sebe, vyčítá si, že nedbal na svůj zdravotní stav, neposlechl lékaře, nepřestal užívat alkohol. Jeho zlost může být však namířena proti těm, kteří jsou zdraví, proti zdravotnickým pracovníkům a často i proti rodině (Heřmanová, Vácha, Svobodová, Zvoníčková, Slovák, 2012, s. 167). Nemocný v této fázi řeší často při hospitalizaci banální záležitosti a podává stížnosti. Avšak zdravotníci by měli vědět, že za těmito projevy se skrývá pacientova hluboká životní krize, pocit křivdy a frustrace, zoufalství, úzkost a beznaděj z blížící se smrti (Kupka, 2014, s. 96).

Fáze smlouvání

Pacient se v této fázi pokouší hlavně získat čas (Heřmanová, Vácha, Svobodová, Zvoníčková, Slovák, 2012, s. 168) Nemocný může například smlouvat s Bohem. Často se pokouší usmlouvat čas s osobami, které o něho pečují a doprovázejí ho v těžké nemoci. Pacient intenzivně hledá nejlepší lékaře a nové léčebné metody. Na smíření se se smrtí potřebuje nemocný dostatek času (Angenendt, Schütze-Kreilkamp, Tschuschke, 2010, s. 209).

Fáze deprese

Ve fázi deprese poznává nemocný společně se svou rodinou pravdu. Chápe, že čas popírání a vyjednávání je nenávratně pryč. Je si plně vědom, že nemoc tu opravdu je a že se blíží její konečné stádium (Šamánková a kol., 2006, s. 100). Lékař by měl stanovit, zda se pacient v tomto stádiu loučí se světem, anebo zda u něho propukla patologická deprese. V obou případech ztrácí pacient velkou část své energie a lze na něm pozorovat odměřenost a zdánlivý nezájem vůči svému okolí (Angenendt, Schütze-Kreilkamp, Tschuschke, 2010, s. 210). Deprese se u nemocného také často vyznačuje bezmocí a beznadějí, pocitem viny a myšlenkami na sebepoškození (Payne, Seymour, Ingleton, 2007, s. 323).

Fáze přijetí, smíření

Podle Kübler-Rossové vzdali pacienti v této fázi svůj boj s nemocí. Už nemají pocity zlosti a zloby vůči okolnímu světu. Konec života očekávají tiše, s vědomím toho, že ztrácejí

všechno, co měli rádi (Heřmanová, Vácha, Svobodová, Zvoničková, Slovák, 2012, s. 169). Do popředí nyní přicházejí spirituální a náboženské otázky (Angenendt, Schütze-Kreilkamp, Tschuschke, 2010, s. 211). Pacient si často dává do pořádku své poslední důležité záležitosti (Kupka, 2014, s. 96). V mnohých případech se však nejedná o racionální a účelné reakce. Mnoho pacientů se se svým nevléčitelným onemocněním nesmíří nikdy (Vaňásek, Čermáková, Kolářová, 2013, s. 46).

2.2 Potřeby nevléčitelně nemocného pacienta

Pacient v paliativní péči, zejména v konečném období svého života, potřebuje komplexní holistický přístup (Bužgová, 2015, s. 41). Péče o pacienta vychází z jeho specifických potřeb. Zdravotníci by měli respektovat individualitu každého pacienta a podporovat ho v jeho přirozených vazbách a v jeho zdrojích naděje a radosti (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kol., 2012, s. 221).

U hospitalizovaného pacienta v terminálním stádiu nemoci je nutné a velmi důležité zjišťovat jeho potřeby – a to jak v oblasti biologické, tak i psychosociální a spirituální. Společně s pacientem by měla sestra stanovit jeho priority a podle toho si naplánovat následující péči (Bužgová, 2015, s. 46).

Následující upravené seřazení hodnot, které vychází z Maslowova trojúhelníku, ukazuje uspokojení a naplnění potřeb pacienta v těžké nemoci. **Seberealizace**, která ve své podstatě zaniká. Pacient si ale přeje být ujištěn tím, že nežil nadarmo a že mnoho vykonal. **Sebeúctu** můžeme v nemocném posílit tím, že mu dáme najevo, že péče o něho nás ani v nejmenším neobtěžuje. **Láska a pocit příslušnosti** – přizpůsobujeme se pacientovi a snažíme se uspokojit jeho potřeby, projevujeme o něho opravdový zájem. Pocit příslušnosti nemocného k určité skupině je závislý na tom, jak ho přijímají ostatní a nakolik jsou schopni pochopit jeho změněné potřeby. **Bezpečí a jistota** – nemocný chce mít jistotu, že nebude opuštěn, a že v případě potřeby dostane vše, co mu přinese úlevu. **Fyziologické potřeby** jsou velmi dlouhou dobu v popředí zájmu těžce nemocného pacienta. Poté zájem o tyto potřeby postupně mizí (Šamánková a kol., 2011, s. 36).

2.2.1 Potřeba mít pravdivé informace

Člověk potřebuje k uzavření svého života dostatek informací o sobě samém. Stále více se stává, že pacienti nejsou obeznámeni se svou diagnózou nebo prognózou. Jsou na konci svého života, umírají, a vlastně o tom vůbec nevědí. Dost často o tom ví jejich rodina a ostatní blízcí, jen oni sami ne. Tito pacienti se potom nemohou připravit na tak důležité období svého

života, jako je umírání, protože jejich veškerá energie a síla je věnovaná snaze uzdravit se (Marková, 2010, s. 70).

2.2.2 Potřeba zachovat si svou identitu

Pro pacienta je nezbytně důležité zůstat v době umírání sám sebou. Jedná se o potřebu zastávat svou sociální roli. Být mužem, ženou, manželem, manželkou, otcem, matkou, dědečkem, babičkou, kamarádem, kamarádkou... (Bužgová, 2015, s. 70). Jak uvádí Marková (2010, s. 65), s vědomím, že každý pacient je jedinečnou osobností, a s opravdovým zájmem o jeho osud a hodnoty k němu také musí přistupovat pečující tým.

2.2.3 Spirituální potřeby

Potřeby člověka se během nemoci mění, mění se také jejich priority. Na konci života se mezi prioritní potřeby mohou dostávat potřeby spirituální (Bužgová, 2015, s. 41). Spiritualitou myslíme oblast těch nejhlubších potřeb člověka (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kol., 2012, s. 232). Duchovní potřeby na konci života jsou dány existencionální úzkostí, pokud jsou tyto potřeby uspokojeny, napomáhá to k redukci existencionální tísně (Plevová a kol., 2011, s. 120). Zájem o tato témata se celkem často objevuje i u takových lidí, kteří se hovorům o duchovních věcech dříve snažili vyhýbat (Ptáček, Bartůněk a kol., 2011, s. 364).

I když se sestry nestanou odborníky na duchovní potřeby, jejich role v uspokojování těchto potřeb je velice důležitá. V duchovní péči nejde o nějaké izolované úkony, je součástí všech činností ošetrovatelské péče. V principu jde o to, že zdravotníci hodnotí, uznají a respektují pacientovu současnou situaci, jeho přesvědčení a vztahy (Plevová a kol., 2011, s. 121). Doktorka Linda Ross (2010) označuje duchovní péči za důležitou součást holistické péče o pacienta a představuje ji jako ústřední roli sestry.

O životních hodnotách a potřebách nemocných, kteří trpí nevyléčitelnou chorobou, píše Oldřich Hošek (2015) ve své diplomové práci „Percepce životních hodnot pacientů v terminálním stádiu nemoci“. Autor na základě výzkumného šetření konstatuje, že nevyléčitelná nemoc vedoucí ke smrti mění žebříček životních hodnot. Na vrchol životních hodnot se u nemocných dostává zdraví, víra a rodina. Vlivem onemocnění dochází u některých dotazovaných k uvědomění si hodnoty času a k upevnění vztahů v rodině. Autor také poukazuje na to, že respondentky, které byly ve fázi akceptace onemocnění, dokázaly ve své nemoci vidět význam. Oproti tomu dotazované, které se svým onemocněním smířené nebyly, neviděly v nemoci žádný význam.

3 UMÍRÁNÍ A SMRT

„Učit se dobře žít znamená učit se dobře umírat; a naopak učit se dobře umírat znamená učit se dobře žít.“ (Yalom, 2006, s. 40).

Umírání je nepopíratelně nejtěžším, nejsilnějším a tím nejsmutnějším obdobím v životě člověka. Vede člověka k uvědomění si jasného faktu, že smrt je součástí jeho života (Kristová, 2009, s. 147). Jak uvádí Bužgová (2015, s. 67), umírajícímu člověku se nemá vnucovat podmínka přijmout skutečnost konce. Uvědomění si toho, že tuto skutečnost je potřeba přijmout, je možné jen z vlastní svobodné vůle a z vlastního ujasnění situace.

Na základě zkušeností a výzkumů lze konstatovat, že lidé se bojí mnohem více období umírání než samotné smrti. Úkolem ošetrovatelství je, aby pacientům bylo zajištěno, důstojné a bezbolestné umírání (Ptáček, Bartůněk a kol., 2011, s. 245).

3.1 Proces umírání

Proces umírání se dělí na tři časově nestejně, ale výrazné a rozdílné etapy: pre finem, in finem a post finem (Kupka, 2014, s. 102).

Pre finem

Toto období začíná tehdy, když u pacienta dojde ke zjištění závažné nemoci, která s největší pravděpodobností skončí smrtí. Toto období může trvat týdny, měsíce a roky, ale někdy také pouhé dny (Kupka, 2014, s. 102).

In finem

V terminálním stavu dochází u nemocných k rychle postupujícím a nevratným poruchám důležitých funkcí organismu (Kupka, 2014, s. 102). Nejde ale jen o patofyziologický proces. Tato konečná fáze lidského života má svou jedinečnost, svůj psychologický, sociální a spirituální rozsah (Sláma, Kabelka, Vorlíček et al., 2011, s. 301). V tomto období je nutné zvážit, zda má smysl ještě nemocného překládat do hospice či jiného zařízení. Je však důležité mít na mysli, že každá manipulace s nemocným na sklonku jeho života pro něho může znamenat vysílení a mnohdy také trauma (Šamánková a kol., 2006, s. 99).

Těsně před smrtí můžeme u některých umírajících pacientů zaznamenat tzv. terminální neklid projevující se určitým chováním a psychickým neklidem. Někteří umírající jsou v závěru života akutně zmateni. Někdy může pár dní před smrtí nastat poslední rozkvět sil a energie

(Plevová a kol., 2011, s. 118). Jak uvádí Haškovcová (2000, s. 67) tento stav „euforie“ střídá smrtelné kóma, ve kterém se umírající vzdaluje životu, ke kterému již nemá žádné síly.

„Člověk, nacházející se již ve fázi umírání, nikdy není jen jakýmsi zbytkem biologické materie, s níž už není možno nic dělat. Zůstává osobou se vši svou důstojností, již je vždy možno pomáhat“ (Munzarová, 2005, s. 64-65).

Post finem

V tomto období je potřeba věnovat se problematice smutku a žalu, který však začíná často dříve, než pacient zemře (Kupka, 2014, s. 108). Cílem je pomoci pozůstalým smířit se s prožitou ztrátou a v průběhu času najít nový smysl života. Aby byla pozůstalým nabídnuta a poskytnuta kvalitní pomoc a péče, musí zdravotníci aktivně vyhledávat potřeby pozůstalých (O'Connor, Aranda, 2005, s. 241).

3.2 Emocionální stav umírajícího pacienta

Kupka (2014, s. 98) uvádí, že u nemocného, který se nachází v procesu umírání, je možno sledovat výraznou odezvu v jeho prožívání a myšlení.

Čas, vina, smutek, strach a potlačení sebe samého patří mezi hlavní témata umírajícího člověka (Angenendt, Schütze-Kreilkamp, Tschuschke, 2010, s. 201). **Čas** je pro nemocného tím nejdůležitějším, o co od začátku neúnavně bojuje. Musí se rozloučit, odpoutat se od života a od svých blízkých, a k tomu potřebuje dostatek času (Angenendt, Schütze-Kreilkamp, Tschuschke, 2010, s. 202). **Smutek** je běžnou odpovědí na ztrátu, často však může přejít do deprese (Bužgová, 2015, s. 63). Je důležité, aby měl pacient ve svém smutku naprostou volnost, a aby měl podporu a oporu v blízkém člověku (Kupka, 2014, s. 101). Na sklonku svého života může pacient pociťovat **vinu**, že něco neudělal správně, že měl něco zvládnout a nezvládl to, že se mu něco nepodařilo. Pokud má umírající tyto pocity, je důležité, aby u sebe měl někoho, s kým si o tom může v klidu promluvit (Kupka, 2014, s. 100). Pokud má pacient **strach** ze smrti, je to většinou kvůli tomu, že se bojí utrpení, které smrti bude předcházet. Má strach z bolesti, z bezmoci, ze závislosti na druhých. Bojí se, že ztratí svou důstojnost a svou roli, kterou doposud zastával (Bužgová, 2015, s. 62).

Zdravotníci by pacientovi měli pomoci se s těmito pocity vyrovnat. Měli by navodit atmosféru důvěry a dát mu najevo, že před nimi své pocity nemusí skrývat. Nemocný potom ví, že mu ostatní rozumí a je schopen si o svých pocitech a strachu promluvit s druhými. To mu potom přinese velkou úlevu (Kupka, 2014, s. 99).

4 KOMUNIKACE V PALIATIVNÍ PÉČI

V paliativní péči je správná a efektivní komunikace naprosto nezbytná (O'Connor, Aranda, 2005, s. 31). Efektivní komunikace může zlepšit spokojenost pacienta, umožňuje kontrolu bolesti, tvoří důvěru a vztah a je podporou pro pacienta (Debnath, 2010, s. 32). Pacienti paliativní péče si přejí být dostatečně informováni, a proto neustále vyžadují informace. Chtějí rozumět diagnóze, zvládat příznaky těžké choroby a řešit své specifické potřeby (Payne, Seymour, Ingleton, 2007, s. 154). Při péči o nevyлéčitelně nemocné přichází různé situace, které jsou z hlediska komunikace dosti obtížné, a přitom velice významné (Sláma, Kabelka, Vorlíček et al., 2011, s. 34).

4.1 Komunikace

Komunikace je označována jako proces, při kterém verbálně či neverbálně probíhá výměna informací a myšlenek mezi jednotlivci. Ať již komunikace probíhá jakýmkoliv způsobem, komunikující zdravotník by měl být schopen efektivně vyjádřit své myšlenky, protože pacienti i jejich blízcí jsou na informacích od zdravotnického personálu závislí (Payne, Seymour, Ingleton, 2007, s. 154).

Verbální komunikace

Za verbální komunikaci považujeme dorozumívání se pomocí slov, popřípadě jinými znakovými symboly. Mezi kritéria úspěšné verbální komunikace řadíme jednoduchost, stručnost, zřetelnost, vhodné načasování a přizpůsobivost reakcím nemocného (Venglářová, Mahrová, 2006, s. 24).

Neverbální komunikace

To, jakým způsobem sestra s pacientem komunikuje, nesděluje jen verbálně, ale také pomocí mimiky, pohybu, postoje, pohledem, oblečením, nasloucháním, prostou přítomností, dotekem, ale také například hrou na hudební nástroj (Filatova a kol., 2014, s. 13). Tím vším sestra sděluje svůj vnitřní postoj k pacientovi (Marková, 2010, s. 51). Honzák (2015, s. 133) zdůrazňuje, že v úrovni neverbální komunikace probíhá mnohem více informací než ve slovním sdělení. Neverbální i verbální komunikace probíhají většinou současně a vzájemně se doplňují (Vévoda, 2013, s. 67-68).

4.2 Komunikační dovednosti

Pokud chce sestra navázat dobrý kontakt s pacientem i jeho blízkými, musí být na její straně opravdový zájem. Protože jinak není možné vytvořit prostor pro další kvalitní a efektivní

komunikaci (Marková, 2010, s. 52). Sestra by měla být schopna přizpůsobit své komunikační dovednosti jednotlivcům i situacím. Měla by si být vědoma překážek komunikace a umět je překonávat (Debnath, 2010, s. 32).

Mezi specifické komunikační techniky a dovednosti patří empatie, aktivní naslouchání a zpětná vazba, mlčení, vysvětlení, naprostý respekt, zájem o pacienta, porozumění a rady (Kristová, 2009, s. 81-82). Mezi další dovednosti významné pro dobrou komunikaci patří zajištění soukromí, navození atmosféry důvěry, dostatek času, schopnost získávat informace od pacienta, analýza verbálních a neverbálních projevů pacienta a zajištění další potřebné péče, jako například doporučení ke specialistovi (O'Connor, Aranda, 2005, s. 35).

Empatie

Janáčková (2008, s. 33) označuje empatii jako schopnost, která je prvním předpokladem pro porozumění pacientovi. Kristová (2009, s. 85-86) uvádí, že sestra, která je schopná empatie, poskytuje pacientovi bezpečí a jistotu. Empatie jako jedna z důležitých komunikačních dovedností znamená, že se sestra dovede vcítit do duševního stavu pacienta. Je to schopnost, která umožňuje vnímat vnitřní svět nemocného, dívat se na jeho obtíže a současnou situaci jeho očima.

Aktivní naslouchání

Aktivní naslouchání je interaktivní proces mezi sestrou a pacientem. Sestra pacientovi naslouchá, plně vnímá to, co jí pacient sděluje a reaguje na to zpětnou vazbou. Do určité míry musí sestra při naslouchání pacientovi upozadit své vlastní myšlenky (Špatenková, 2013, s. 74). Názorněji toto popisují Motsching a Nykl (2011, s. 41), kteří charakterizují aktivní posluchače jako takové, kteří odloží vlastní úhel pohledu a dovedou brát ohled na úhel pohledu komunikující osoby. Venglářová a Mahrová (2006, s. 34) označují aktivní naslouchání za jednu z nejdůležitějších komunikačních dovedností. Jde v něm o to, že sestra pacienta nejen slyší, ale také ho chápe a rozumí mu.

4.3 Komunikace s pacientem v paliativní péči

Pacienti v zařízeních paliativní péče neočekávají od zdravotníků pouze to, že budou mít pod kontrolou symptomy jejich nemoci, ale že je budou schopni emočně a psychicky podpořit prostřednictvím dobré a účelné komunikace (Payne, Seymour, Ingleton, 2007, s. 155). Někdy nastávají situace, kdy se zdá, že není východiska. Potom jsou zdravotníci často ti jediní, kteří s nevyлéčitelně nemocným pravdivě a bez marného utěšování komunikují (Marková, 2010,

s. 61). K efektivní komunikaci jsou potřebné znalosti. Je důležité, aby sestry znaly příčiny pacientovy stísněnosti a byly schopny odhadnout jeho skryté obtíže a obavy (O'Connor, Aranda, 2005, s. 31).

Dotazník potřeb pacientů v paliativní péči (PNAP) pokrývá velkou část nejčastěji měřených potřeb i doporučení plynoucí ze směrnic pro měření potřeb v paliativní péči, které byly vytvořeny na základě vědeckých důkazů. Na základě výsledků pilotního šetření v ČR patřily mezi nejčastěji uvedené důležité potřeby pacientů v paliativní péči: řešení bolesti, únavy, dušnosti, vyrovnání se s nemocí, **komunikace se zdravotníky a jejich podpora**, rozhodování, respekt a úctu při ošetřování, vnitřní klid, naděje a smysl života. Autorky nabádají k tomu, aby se tyto potřeby staly předmětem ošetřovatelských intervencí. (Bužgová, Hajnová, Sikorová, Kozáková, 2013, s. 633)

4.3.1 Informování pacienta o zdravotním stavu

Jedna z desatera zásad pro sdělování onkologické diagnózy je, že informaci o diagnóze má podávat vždy lékař (Sláma, Kabelka, Vorlíček et al., 2011, s. 35). Jakým způsobem a v jakém rozsahu se diagnóza a prognóza pacientovi sdělí, záleží na jeho celkovém duševním stavu (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková, s. 221). Ačkoliv sestry nejsou kompetentní k tomu, aby pacientům sdělovaly diagnózu, je jim toto téma velmi blízké. Jsou to totiž hlavně ony, koho se pacienti často ptají na závažnost své choroby, a to buď přímo, nebo pomocí otázek ohledně dalšího vyšetřování a další léčby (Heřmanová, Vácha, Svobodová, Zvoníčková, Slovák, 2012, s. 171). Pokud probíhá komunikace o diagnóze citlivým způsobem, je to pro pacienta prospěšné. Může potom rozhodovat ohledně své nastávající léčby a péče, než se jeho zdravotní stav natolik zhorší, že už za něho budou muset rozhodovat druzí (Payne, Seymour, Ingleton, 2007, s. 318-319).

4.3.2 Komunikační specifika v jednotlivých fázích pacientova prožívání nemoci

Je důležité vždy vnímat a respektovat aktuální „fázi“, v níž se nemocný i jeho blízcí nachází, a podle toho s nimi komunikovat (Sláma, Kabelka, Vorlíček et al., 2011, s. 34).

Fáze popření

Dle doporučení E. K. Rossové by pacienti v této fázi neměli být násilně směřováni do reality (Heřmanová, Vácha, Svobodová, Zvoníčková, Slovák, 2012, s. 167). V tuto těžkou dobu se pacient často neobejde bez pomoci druhých. Na jedné straně potřebuje pacient pomoc prostřednictvím aktivně nabízených rozhovorů, ale na druhé straně je mu zapotřebí klidu, který mu pomáhá se s těžkou situací vyrovnat. Proto je zapotřebí, aby byl zdravotník schopen

v plném respektu a pochopení k pacientovi v této situaci nalézt správnou rovnováhu (Angenendt, Schütze-Kreilkamp, Tschuschke, 2010, s. 208). V této fázi je užitečné trvale a přesně pacientovi vysvětlovat výsledky všech vyšetření, podporovat ho a snažit se snížit jeho sebeobviňování za vznik současné nemoci (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková, 2012, s. 433).

Fáze zlosti a hněvu

Pro zdravotníky je velice důležité, aby si nebrali pacientovy projevy hněvu a zlosti osobně a nereagovali na to toutéž odvetou. Protože pokud budou s pacientem jednat stejným způsobem, jenom tím zhorší současnou situaci (Heřmanová, Vácha, Svobodová, Zvoníčková, Slovák, 2012, s. 168). Toto zdůrazňuje také Kristová (2009, s. 148), zdravotník by měl být schopen se od agresivních útoků pacienta zcela odosobnit. Zvyšování hlasu, poučování o slušném chování a odmítání pacienta nepovede nikdy k atmosféře důvěry a porozumění. Aby zdravotníci lépe pochopili pacientův hněv, navrhuje jim E. K. Rossová, aby si představili svou vlastní reakci, kdyby se ocitli ve stejné situaci jako pacient. Jejich reakce by byla dost možná stejná (Heřmanová, Vácha, Svobodová, Zvoníčková, Slovák, 2012, s. 168). Při rozhovoru s nemocným by se měla sestra snažit mluvit zcela klidně a konkrétně, čímž může snížit jeho napětí a negativitu (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková, 2012, s. 432).

Fáze smlouvání

V této fázi se zdravotníci v komunikaci s nemocným snaží posilnit jeho naději a respektovat jeho víru (Kristová, 2009, s. 148). Sestra by měla vážně a upřímně vyslechnout pacienta, podpořit jeho přání a víru a dobře si všímat jeho neverbálních projevů (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková, 2012, s. 434). Pacient si často přeje dožít se nějaké události. Například svatby nebo promoce. Je samozřejmě důležité, aby s ním ošetřující personál jeho radostná očekávání sdílel (Heřmanová, Vácha, Svobodová, Zvoníčková, Slovák, 2012, s. 168) Avšak pacient nesmí být podporován ve falešných nadějích, protože zklamání, které potom přijde, nese nemocný velmi těžce (Vaňásek, Čermáková, Kolářová, 2013, s. 46).

Fáze deprese

Komunikace s pacientem nacházejícím se ve fázi deprese je nesmírně těžké. Hlavně proto, že sestra nemusí tuto fázi hned rozpoznat. Ale také kvůli tomu, že se pacient může v průběhu onemocnění ocitát v patologických stavech deprese vícekrát (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková, 2012, s. 434). V této fázi je pro pacienta velmi důležité, aby u sebe měl blízkého

člověka, který je ochoten vyslechnout jeho trápení, obavy a starosti. Je nevhodné odbývat nemocného frázemi, že vše bude dobré. Taktéž není na místě snažit se nemocného v každém případě rozveselit. Může to v něm vyvolat pocity nepochopení z naší strany nebo pocity sebeobviňování z prožívání jeho vlastní situace (Heřmanová, Vácha, Svobodová, Zvoníčková, Slovák, 2012, s. 169). Nejlepší a nejvhodnější komunikací jsou podpůrná slova plná empatie a porozumění (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková, 2012, s. 434).

Fáze přijetí, smíření

Kristová (2009, s. 149) popisuje toto konečné stádium jako loučení. Toto loučení může být různě dlouhé a plné bolesti a utrpení. Sestra často pro umírajícího představuje posla naděje. Takové naděje, která dovede utišit a zmírnit bolest a utrpení. V tomto období má velký význam neverbální komunikace, lidská účast a ticho. Jako možnost psychické opory v tomto období uvádí Janáčková (2008, s. 72) i zprostředkování duchovní a pastorační péče. V této fázi je také velmi důležitá pomoc rodině a pozůstalým (Venglářová, Mahrová, 2006, s. 114).

4.3.3 Komunikace s úzkostným pacientem

Intenzivní úzkost působí zúžení vnímání a pozornosti. Pacient poté není v stavu řešit sám určitou situaci nebo nějaký problém. Komunikace je silně narušena, protože úzkostný nemocný vyžaduje stále pozornost sestry, zaměřuje se na nepodstatné maličkosti a vyžaduje informace, které mu už vícekrát říkala (Kristová, 2009, s. 134). Pacient chce mít jistotu, bezpečí, ochranu a podporu stále a všude, což sestry často vede k odmítavému postoji. Důležitým pravidlem je, že čím více informací se takovému pacientovi poskytne, tím více se sníží jeho úzkost (Kristová, 2009, s. 135). Úzkostnému pacientovi by měla dát sestra při rozhovoru najevo, že pro něho má dostatek času, klidně a ochotně se mu věnovat. Měla by hovořit pomalu a klidným hlasem a podat vyčerpávající informace (Janáčková, 2008, s. 40).

4.3.4 Komunikace s agresivním pacientem

Aby sestry mohly získávat znalosti a dovednosti nutné ke komunikaci s agresivním pacientem, je důležité, aby byly sociálně zralé (Ptáček, Bartůněk a kol., 2011, s. 244). Útok ani útek nepředstavují profesionálně vyzrálé jednání (Honzák, 1999, s. 105). Mezi specifika komunikace s agresivním pacientem patří akceptace jeho hněvivého postoje a zaměření se na příčiny vedoucí k agresivitě, a ne na její projevy (Kristová, 2009, s. 130). Sestra by neměla pacientovo chování posuzovat a odsuzovat. Měla by s nemocným v klidu a srozumitelně zhodnotit jeho situaci a snažit se nalézt řešení. Pokud není možné splnit pacientovy požadavky, je důležité mu sdělit důvody, proč tomu tak být nemůže (Ptáček,

Bartůněk a kol., 2011, s. 244). Mezi důležitou zásadu komunikace s agresivním pacientem patří nenechat se vyprovokovat. Pokud si sestra není zcela jistá, zda ze své strany situaci zvládne, je dobré od pacienta odejít a za nějaký čas se k němu vrátit s cílem zjistit důvod jeho rozladěnosti (Kristová, 2009, s. 130).

Pokud je sestra v komunikaci opravdu profesionálem, tak dovede zklidnit atmosféru kolem pacienta, mírnit projevy jeho chování a navázat s ním dobrou spoluprací pomocí technik asertivního chování (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková, 2012, s. 432).

4.3.5 Komunikace s pacientem postiženým afázií

Umět komunikovat s takto postiženým pacientem je v paliativní péči velice důležité, protože afatická porucha je častou komplikací nádorů CNS. Stejně tak důležité je najít prostředek pro komunikaci s takovými pacienty, kteří kvůli vysílení z nemoci nemohou již mluvit. Základem je umožnit jinou komunikaci než verbální (Marková, 2010, s. 54).

Mezi zásady komunikace s těmito pacienty patří mimo jiné například komunikace tváří v tvář, jednoduché otázky a hledání jakýchkoliv možností vzájemného porozumění – například zavést tzv. komunikační pravidlo jako přikývnutí, zamrknání, stlačení ruky, dvě stlačení ruky a další. Sestra, která s takovýmto pacientem jedná, by si měla být vědoma toho, že pacient v mnohých případech slyší a rozumí, i když sám nemluví (Kristová, 2009, s. 123).

4.3.6 Komunikace s pacientem o spirituálních tématech a o smrti

Pacienti považují sestru často za osobu, s níž si mohou o všem popovídat. Hlavně o svých pocitech, které nechtějí svěřit nikomu jinému, dokonce ani členům rodiny (O'Connor, Aranda, 2005, s. 237). Rozmluva o niterných tématech probíhá většinou až tehdy, když pacient sestře plně důvěřuje a je přesvědčen, že mu bude rozumět (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kol., 2012, s. 233). U pacienta vyvstávají otázky smrti, smyslu života, samoty, zodpovědnosti, svobody, volby a pocitu vlastní hodnoty (Plevová a kol., 2011, s. 120). Sestra by na tyto otázky měla být připravena a neměla by je zlehčovat (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková, 2012, s. 221). Pokud je pacientům umožněno, aby své pocity vyjádřili a o nich hovořili, může jim to pomoci vyrovnat se s náhle vzniklou nemocí, s umíráním a se smrtí. Věřící pacienti si pro povzbuzení jejich víry mohou přát čtení z Bible, modlitby a zpívání duchovních písní (Ptáček, Bartůněk a kol., 2011, s. 365).

Pro pacienty i pro zdravotníky je většinou dost těžké mluvit o umírání a o smrti. Přesto je velmi důležité pacientovi pomoci i v tomto smutném období jeho života (Heřmanová, Vácha, Svobodová, Zvoníčková, Slovák, 2012, s. 173). Při komunikaci s umírajícím

pacientem respektuje sestra jeho osobnostní vlastnosti, typ osobnosti, povolání, věk, celkovou předcházející kvalitu života a duchovní orientaci (Kristová, 2009, s. 147-148).

Rozhovory s nevléčitelně nemocnými a umírajícími pacienty vyžadují velmi dobré komunikační schopnosti (O'Connor, Aranda, 2005, s. 35). Pečující musí být schopen čekat, až pacient bude „zralý“ o tématech umírání a smrti mluvit (Angenendt, Schütze-Kreilkamp, Tschuschke, 2010, s. 201). Dobrý paliativní ošetřovatel je ochoten s nemocným mluvit o blížící se smrti a řešit s ním problémy jeho života. Pacient potom postupně nachází ve smrti smysl (Payne, Seymour, Ingleton, 2007, s. 663).

Je nutné brát opravdu vážně situace, kdy nemocný vyslovuje přání, aby už vše skončilo. Taková přání jsou často následkem úplného vyčerpání, únavy a beznaděje. Může to být také důsledek nedostatečně léčených tělesných symptomů. Někdy je třeba vytvořit situaci, ve které by nemocný mohl vyjádřit i své negativní emoce (Sláma, Kabelka, Vorlíček et al, 2011, s. 37). Zprostředkování nových myšlenek a pocitů je pro umírající často velkou pomocí. Mohou se pak dostat ven z bludného kruhu vlastních zničujících myšlenek a úvah (Angenendt, Schütze-Kreilkamp, Tschuschke, 2010, s. 196).

Pokud zdravotníci cítí, že nejsou schopni rozhovoru na toto téma, měli by to přiznat a nemocnému podle jeho přání zprostředkovat partnera k takovému rozhovoru (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková, s. 221).

4.3.7 Komunikace s pacientem nacházejícím se ve fázi in finem

Umírající pacient hledá komunikaci a výměnu myšlenek s lidmi okolo sebe ještě zoufaleji než jiní pacienti (Ondřiová, 2010, s. 31). Právě prostřednictvím komunikace může sestra pacientovi ulehčit jeho situaci. To, jakým směrem se bude tato komunikace ubírat, určuje pacient. Jde tu především o tzv. „citovou komunikaci“, mezi jejíž projevy patří rozhovor o tom, co umírajícího zajímá, akceptace jeho názoru a ticho jako projev účasti (Kristová, 2009, s. 147). Sestra by měla v umírajícím udržovat pocit sebedůvěry, sebeúcty, jistoty a důstojnosti (Dučaiová, Litvínová, 2011, s. 49). Někteří lidé si přejí být v posledních chvílích o samotě, jiní si přejí, aby byl přítomen člen rodiny nebo jiný blízký člověk. Ten, kdo umírajícího doprovází, by měl jeho přání vždy plně respektovat.

„Psychologická pomoc u lůžka umírajícího spočívá především v poskytování sebe jako člověka, nikoliv jako profesionálního experta.“ (Janáčková, 2008, s. 72).

Umírající pacient cítí, zda se o něho sestra stará z pouhé povinnosti a nutnosti, anebo z vnitřního přesvědčení doprovázet ho na jeho poslední cestě (Kristová, 2009, s. 147).

Lenka Fišerová (2007) se doprovázením umírajících zabývá ve své bakalářské práci s názvem „Možnosti paliativní péče s důrazem na smysl doprovázení umírajících a utváření životních postojů a hodnot“. V teoretické části práce se zabývá paliativní péčí, hospicovou péčí a doprovázením umírajících. Ve výzkumné části se zaměřuje na přednosti a kladné stránky hospicové péče a možnosti a smysl doprovázení umírajících. Na základě výzkumu autorka stanovila, že doprovázení snižuje negativní dopady nemoci na psychický stav jak nemocných, tak i doprovázejících a mění jejich názory na život a jeho hodnoty směrem k větší pozornosti a ohledům k ostatním. Z výzkumu vyplývá, že doprovázející i nemocní oceňují hospic a jeho režim a upřednostňují ho před nemocnicí. V hospici probíhá aktivní doprovázení nemocných, protože je zde větší možnost věnovat se klientům, je zde jiná atmosféra zařízení, možnost neomezených návštěv nebo trvalého pobytu některého z blízkých.

4.4 Komunikace v pečujícím týmu

Jedním z klíčů k efektivní komunikaci v paliativní péči je multidisciplinární týmová práce (Payne, Seymour, Ingleton, 2007, s. 169). Komunikace v pečujícím týmu by měla být partnerská, protože všichni členové vědí, že informaci o nemocném může přinést kdokoliv z nich. V týmu se může komunikovat jak formální, tak i neformální formou (Marková, 2010, s. 36). To, jakým způsobem týmová komunikace probíhá, je velice významné, protože veškeré neshody a nejasnosti mezi členy týmu se odráží v péči o pacienta, který to velmi dobře pocítí (Dostálová, 2016, s. 33). Jak uvádí Špatenková (2013, s. 65); „Dobrá komunikace mezi zdravotnickými pracovníky vede k účinné týmové spolupráci a kvalitní péči o pacienta.“

4.5 Komunikace sestry s rodinou

Sestra v paliativní péči si musí být jasně vědoma toho, že pacient je nedílnou součástí své rodiny a že celá rodina je jeho onemocněním zasažena a trpí spolu s ním. Sestra by měla být schopna rodině podat citlivým způsobem pravdivé informace o umírání a o tom, čím jejich blízký právě prochází. Musí respektovat hodnoty a komunikační styly rodiny a její vzájemné vztahy s pacientem. Musí se naučit také zvládat projevy smutku a umožnit pozůstalým projít procesem truchlení (Marková, 2010, s. 55-56). Při rozhovoru s pozůstalými je třeba především aktivně naslouchat, projevit soustrast a bezpodmínečně nepospíchat k vyřešení problému (Kupka, 2014, s. 124).

4.6 Vzdělávání sester v komunikaci

Zákon 96/2004 Sb. uvádí mezi jinými formami celoživotního vzdělávání také e-learningové a certifikované kurzy (§54 odst. 1). Tyto kurzy slouží mimo jiné též jako efektivní prostředek pro rozšiřování kompetencí zdravotníků podle potřeb praxe (Vévoda a kol., 2013, s. 118).

Jednou z možností vzdělávání sester v komunikaci v paliativní péči je v současné době unikátní vzdělávací kurz ELNEC (End Of Life Nursing Education Consortium) s mezinárodní licencí. Cílem tohoto intenzivního kurzu je vzdělat sestry v základních dovednostech a znalostech potřebných k péči o nevléčitelně nemocné a umírající pacienty. Ve výuce jsou využívány metody interaktivního přístupu, nácviku modelových situací a reálných kazuistik. Jedním z velkých témat kurzu je komunikace, která je klíčovou složkou paliativní péče. Účastníci si v rámci kurzu mohou procvičit různé komunikační techniky a postupy, které jim potom pomáhají v náročných komunikačních situacích. Nejbližší další termín kurzu je stanoven na 23. – 26. 5. 2017 (Centrum paliativní péče, 2016).

Kurzy komunikace v paliativní péči pořádají také například oddělení vzdělávání Diecézní charity Brno (Diecézní charita Brno, 2016) nebo Česká společnost paliativní medicíny (ČSPM, 2016).

Aby byl zdravotník v komunikaci opravdu odborníkem, potřebuje sebereflexi a disciplínu. Jak bylo ale zjištěno, nácvik těchto dovedností nepřináší trvalou změnu chování. Jde o to, že se zdravotník sám musí chtít změnit. K takové změně musí mít ale dostatek motivace a podpory (O'Connor, Aranda, 2005, s. 35-37).

SHRnutí TEORETICKÉ ČÁSTI

Teoretická část práce „Komunikace sestry s pacientem v paliativní péči“ obsahuje teoretická východiska ke klíčovým tématům této práce.

Cílem paliativní péče je udržet co nejvyšší kvalitu života pacienta, který je nevléčitelně nemocen. Možnost poskytnutí obecné paliativní péče by měla být všude tam, kde se nevléčitelně nemocní pacienti nacházejí. Avšak v situaci, kdy obtíže pacienta přesahují možnosti poskytovatelů této péče, je indikována paliativní péče specializovaná. Nemocní, kteří vyžadují paliativní péči, mají většinou onkologickou diagnózu, často se ale jedná i o jiná onemocnění, jako například konečná stádia orgánových selhání, neurodegenerativní onemocnění či AIDS. Pacienti, kteří jsou informováni o své diagnóze, prožívají spolu se svými blízkými těžké období, které na základě svého výzkumu popsala E. K. Rossová. Toto období se dělí na určité fáze a nemusí být stejné u všech pacientů. V tomto čase, kdy přichází samotné zjištění diagnózy, následující život s nemocí, ale i realita umírání a přítomnost smrti, vstupuje na scénu řada nejrůznějších prožitků a emocí pacienta. Každý pacient reaguje jinak, ale většinou přichází velký šok, po kterém může následovat agrese, vztek, vzpoura, úzkost, lítost, strach, smlouvání, deprese... a ne každý pacient se se svým onemocněním smíří. Péče o pacienta v tomto období vychází z jeho specifických potřeb. Naprosto nezbytná je v paliativní péči efektivní komunikace. V mnohých případech představuje správná komunikace nejdůležitější součást péče. A kdo je pacientovi a jeho rodině v této době více nablízku, než sestra? Právě ona by měla být schopna poznat a respektovat pacientovu aktuální „fázi“ prožívání onemocnění, a podle toho s ním komunikovat. Je důležité, aby si sestra osvojila dovednosti a specifika v komunikaci s nemocným, a nadále se v tom i vzdělávala.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Výzkumná otázka č. 1

Jaký význam má pro pacienty v paliativní péči komunikace se sestrou?

Výzkumná otázka č. 2

Jsou nevléčitelně nemocní pacienti v období sdělení diagnózy a v období následném spokojeni s komunikací sester?

Výzkumná otázka č. 3

O čem mají pacienti potřebu hovořit a o čem s nimi nejčastěji sestry hovoří?

Výzkumná otázka č. 4

Co považují pacienti za komunikační nedostatky u sester?

Výzkumná otázka č. 5

Které komunikační prvky ze strany sestry jsou pro pacienta důležité?

6 METODOLOGIE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

K dosažení stanovených cílů byla zvolena kvalitativní metoda výzkumného šetření.

Kvalitativní výzkum spočívá v analýze zkoumaných jevů, odhalení jejich elementárních složek, odhalení závislostí a spojení mezi nimi, v charakteristice jejich celostní struktury, interpretaci smyslu nebo funkce, kterou plní (Kutnohorská, 2009, s. 22). Výhodou kvalitativního výzkumu je získání hloubkového popisu případů. Tento typ výzkumu získává podrobný popis a vhled při zkoumání určitého fenoménu, zkoumá fenomén v přirozeném prostředí a umožňuje studovat procesy a navrhopvat teorie. Poskytuje také podrobné informace o tom, proč se daný fenomén objevil (Hendl 2005, s. 52-53). Kutnohorská (2009, s. 20) tvrdí, že v ošetrovatelství je vhodnější se přiklonit ke kvalitativnímu výzkumu, protože vychází z holistického přístupu k člověku.

Výzkumným nástrojem byl polostrukturovaný rozhovor skládající ze dvanácti otázek, které byly zaměřené na problematiku komunikace sestry s pacientem v paliativní péči dle teoretických východisek.

Rozhovor patří mezi nejobtížnější, ale také mezi nejvýhodnější techniky pro získání kvalitativních dat (Kutnohorská, 2009, s. 39). V polostrukturovaném rozhovoru je cíl a směr pevně určen, uvolňuje se ale taktika jeho vedení (Šnýdrová, 2008, s. 104). U tohoto typu rozhovoru mají velký význam také vnější okolnosti, za kterých rozhovor probíhá. (Kutnohorská, 2009, s. 40).

Poté proběhla transkripce rozhovorů a byly vytvořeny instrumentální případové studie.

Instrumentální případová studie je považována za příklad obecnějšího jevu. Výzkumník volí nějaký jev, potom vyhledá několik případů, které tento jev reprezentují, a podrobně je zkoumá. V tomto typu studie je cílem zjistit, jak a proč fenomén funguje (Hendl, 2005, s. 107).

Získaná data byla hodnocena pomocí obsahové analýzy dat a kategorizací jednotlivých oblastí pomocí kódování. Analýza kvalitativních dat probíhá tak, že jsou výsledná data uspořádána do teoretických nebo tematických kategorií. (Kutnohorská, 2009, s. 68). Kódování je ústředním bodem analýzy a pomáhá popsat data. Kód je symbol, který je přiřazený k úseku dat, a tím ho kategorizuje, nebo klasifikuje. Kódy mají relevanci k výzkumným otázkám či konceptům. (Hendl, 2005, s. 228).

7 ORGANIZACE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

7.1 Stanovení výzkumného vzorku

Pro výběr respondentů byla stanovena následující kritéria:

- Pacienti v paliativním režimu
- Pacienti jsou seznámeni a smířeni se svou diagnózou
- Optimální stav kognitivních funkcí
- Ochota spolupráce
- Podepsání informovaného souhlasu

Hlavním kritériem bylo, aby se jednalo o pacienty s nevléčitelnou chorobou v pokročilém či terminálním stádiu, u kterých probíhá paliativní péče. Co to paliativní péče je a pro které pacienty je určena, je podrobněji rozepsáno v teoretické části na stranách 14 a 17.

Podmínkou bylo také to, že pacienti byli seznámeni a smířeni se svou diagnózou. Toto bylo ověřeno rozhovorem s dotyčným pacientem a pozorováním pacienta před zahájením samotného výzkumného rozhovoru.

Dalším kritériem byla ochota pacientů spolupracovat. Před samotným zahájením rozhovoru byli pacienti seznámeni s obsahem bakalářské práce a s cílem výzkumu. Respondenti byli informováni o nahrávání rozhovoru, o analýze zvukového záznamu a jeho přepisu. Byli také ujisti o tom, že veškerá data o jejich osobě budou využita pouze k sepsání bakalářské práce.

Před zahájením rozhovoru byl s respondenty proveden MiniCog test z důvodu potvrzení stavu kognitivních funkcí. Tento test se skládá ze tří úkolů jdoucích po sobě. Respondent musel nejprve zopakovat kombinaci tří slov, poté zakreslil ciferník hodin a do něho určitý čas, který mu byl nadiktován. Nakonec byl vyzván, aby řekl kombinaci tří slov, kterou musel opakovat v první části testu. Respondenti tak museli prokázat dobrou úroveň kognitivních funkcí, aby byla zajištěna relevantnost a validita jejich výpovědí. MiniCog test je uveden v příloze D na straně 71.

Pokud respondenti splňovali všechny tyto podmínky a souhlasili s průběhem výzkumu, podepsali informovaný souhlas o dobrovolné účasti ve výzkumném šetření. Vzor informovaného souhlasu je uveden v příloze C na straně 70.

Předpokládaný počet účastníků výzkumu byl 10 respondentů.

7.2 Realizace výzkumného šetření

Výzkumné šetření probíhalo v nemocnici krajského typu na interním oddělení a v hospicovém zařízení.

Nejprve byla oslovena vrchní sestra interního oddělení, která poskytla souhlas výzkumem. Poté byl výzkum schválen oddělením pro vzdělávání. Na interním oddělení probíhal výzkum od ledna 2017 do března téhož roku.

Výzkumné šetření v hospicovém zařízení probíhalo od března 2017 do května téhož roku. V tomto zařízení byla opět o spolupráci požádána vrchní sestra a hlavní lékařka, které udělily souhlas s výzkumem.

Před samotným udělením souhlasu s výzkumem byly vrchním sestřám a oddělení vzdělávání dány k dispozici teze bakalářské práce a rozhovory v tištěné podobě, které byly s respondenty vedeny.

Na interním oddělení byli pacienti vytipováni vrchní nebo staniční sestrou. V hospicovém zařízení hlavní lékařkou, která je o výzkumu také nejprve informovala. Na interním oddělení bylo vytipováno sedm pacientů, ale pouze dva z nich splňovali kritéria k provedení výzkumného šetření. Proto byli osloveni pouze tito dva pacienti. Oba dva pacienti s rozhovorem souhlasili a rozhovor s nimi byl také dokončen. V hospicovém zařízení bylo osloveno sedm pacientů a se všemi byl rozhovor zahájen. Dokončen byl u šesti respondentů. Jedna respondentka rozhovor vzhledem k citlivosti tématu v průběhu ukončila. Bylo tedy provedeno osm rozhovorů.

Před samotným zahájením výzkumného rozhovoru bylo nutné přihlídnout k aktuálnímu stavu respondentů vzhledem k jejich onemocnění. Před počátkem rozhovoru museli být zohledněny i jiné aspekty, například, aby nebylo rozhovorem zasaženo do návštěvy rodinných příslušníků pacienta, nebo aby nebyl narušen terapeutický režim. Dále bylo nutné vytvořit si s respondentem vztah, navodit přátelskou atmosféru a získat důvěru. Respondenti byli plně seznámeni s výzkumem. Dále byli poučeni o tom, že nemusí odpovídat na všechny otázky v rozhovoru, a o možnosti rozhovor kdykoliv ukončit. Před zahájením rozhovoru podepsali respondenti informovaný souhlas. Rozhovor probíhal na pokoji pacienta bez přítomnosti dalších osob. Pouze při jednom rozhovoru byla na přání respondentky přítomna rodina. Celý průběh rozhovoru byl zaznamenán na diktafon a následně byla provedena doslovná transkripce rozhovorů.

8 PREZENTACE VÝSLEDKŮ

Pro sběr dat byl zvolen polostrukturovaný rozhovor, kterého se zúčastnilo osm respondentů. Získaná data byla hodnocena pomocí analýzy dat a kategorizací jednotlivých oblastí pomocí kódování. Bylo vytvořeno celkem pět následujících kategorií; význam komunikace, hodnocení komunikace, komunikační nedostatky sester vnímané pacienty, důležité prvky v komunikaci sester s pacienty a nejčastější komunikační oblasti. Jednotlivé kategorie mají relevanci k výzkumným otázkám.

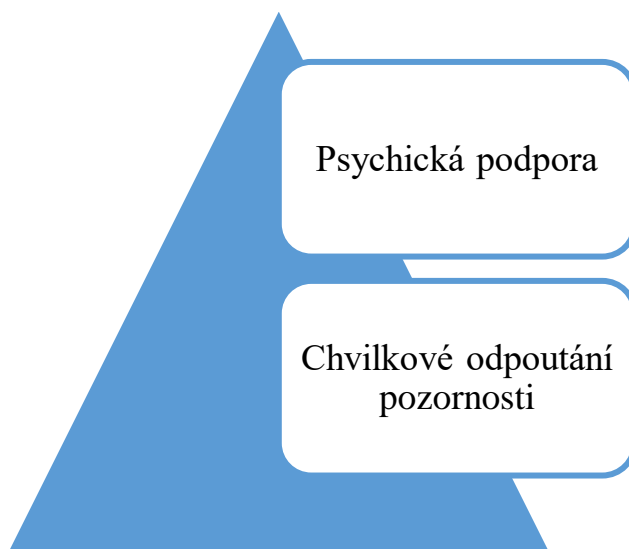
8.1 Výzkumný vzorek

Výzkumný vzorek respondentů tvořilo šest pacientů z hospicového zařízení a dva pacienti z interního oddělení. Z toho tři muži a pět žen. Jejich průměrný věk byl 72 let. Všichni respondenti měli diagnostikované nevyléčitelné onemocnění a probíhala u nich paliativní péče. Hlavní diagnózy u jednotlivých pacientů jsou vypsány v následující tabulce.

Tabulka 1 Soubor respondentů

Pohlaví	Věk	Hospitalizace	Hlavní diagnóza
Muž	71	Interní oddělení	Akutní lymfoblastická leukémie
Žena	78	Hospic	Karcinom těla děložního
Žena	59	Hospic	Maligní tumor mozku
Žena	72	Hospic	Maligní tumor prsu
Žena	77	Hospic	Karcinom trachey, melanom trupu
Muž	81	Hospic	Duktální adenokarcinom pankreatu
Muž	59	Interní oddělení	Chronická myeloidní leukémie
Žena	82	Hospic	Karcinom pochvy, karcinom vulvy

8.2 Kategorie č. 1 – Význam komunikace



Obrázek 1 Význam komunikace

Pro většinu respondentů představuje komunikace se sestrou velkou psychickou podporu v jejich těžkém onemocnění.

Respondentka č. 2: *„Komunikace se sestrou je pro mě jednoznačně velká psychická podpora, nevím, jak bych to tady bez nich jinak zvládala.“*

Respondentka č. 3: *„Tady je to úplně úžasná podpora. Neskutečně mi to pomáhá v mé těžké nemoci. Sestřičky jsou úplně úžasné.“*

Respondentka č. 4: *„S někým mluvit, komunikovat – to je přesně to, co teď potřebuji a je to teď tak úžasná podpora. A to jak od sestřiček, tak i od rodiny. Když za mnou přijdou a povídají si se mnou – pomáhá mi to víc než cokoliv jiného.“*

Respondentka č. 5: *„Pro mě znamená teď každé milé slovo něco velkého. Je to opravdu velká psychická podpora.“*

Respondent č. 7: *„Když se se mnou sestra pobaví, je to pro mě velká podpora. Já vím, že tady nemají moc čas, ale vážím si toho, když přijdou. Znamená to pro mě mnoho.“*

Respondentka č. 8: *„Je to opravdová podpora, hned se potom cítím lépe.“*

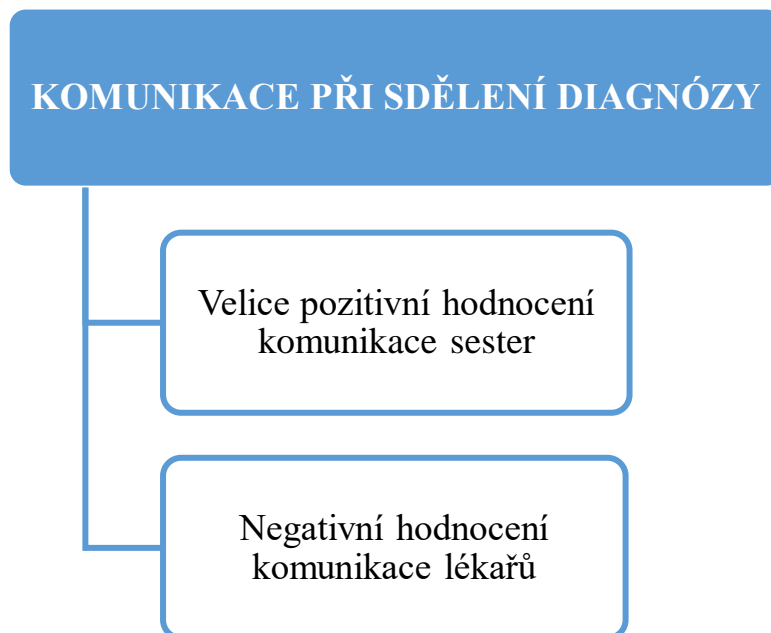
Pouze jeden respondent vnímal a hodnotil komunikaci se sestrou jako chvilkové odpoutání pozornosti od myšlenek na svou nemoc a svůj momentální zdravotní stav.

Respondent č. 6: „*Vnímám to jako odvedení od myšlenek na nemoc. Když sem přijde sestra, nebo nějaká stážistka a povídá si se mnou, tak aspoň chvíli nemusím myslet na to, co mně je.*“

Jeden respondent uvedl, že sestry s ním komunikují minimálně.

Respondent č. 1: „*Ani to tak nějak nevnímám. Bylo by to dobré, kdybych se sestrami mohl víc komunikovat, ale tady je to o tom, že mi řeknou, že si mám vzít prášky. Pobaví se se mnou úplně výjimečně. Maximálně se zeptají, jestli mě něco nebolí.*“

8.3 Kategorie č. 2 – Hodnocení komunikace



Obrázek 2 Komunikace při sdělení diagnózy

Komunikaci ze strany sester v období sdělení diagnózy hodnotili respondenti velice pozitivně.

Respondent č. 1: *„Jejich přístup byl velice pěkný a komunikace také dobrá.“*

Respondentka č. 2.: *„Na to si nemůžu stěžovat. Naprostá spokojenost. Chovaly se ke mně moc pěkně.“*

Respondentka č. 3: *„Sestřičky byly výborné. Nemůžu si na nic stěžovat. Už od začátku, co jsem chodila po vyšetřeních. No a potom, když jsem se dozvěděla diagnózu, tak také. Byly jednoduše úžasné.“*

Respondentka č. 4: *„Sestry byly velmi milé a chápavé, na rozdíl od lékařky.“*

Respondent č. 6: *„Sestřičky byly výborné.“*

Respondent č. 7: *„Musím říct, že jsem byl překvapen, jak sestry byly milé a vstřícné.“*

Respondentka č. 8: *„Sestřička u pana doktora, který mi diagnózu řekl, byla moc hodná.“*

Pouze jedna respondentka nebyla s komunikací sester spokojena a vnímala ji velice negativně.

Respondentka č. 5: *„Když mi oznámili diagnózu, ležela jsem zrovna v nemocnici na oddělení. Chování sester bylo hrozné. Vůbec se o mě nezajímaly, nedaly mi žádné informace, žádná psychická podpora z jejich strany, nic!“*

Více než polovina respondentů negativně hodnotila to, jakým způsobem jim lékaři sdělili diagnózu a jak s nimi komunikovali. Na většině z nich bylo patrné, že jim to značně ublížilo, protože od lékaře očekávali profesionální chování a respekt. U některých z nich to zapříčinilo dočasnou ztrátu důvěry k lékařům a ostatním zdravotníkům.

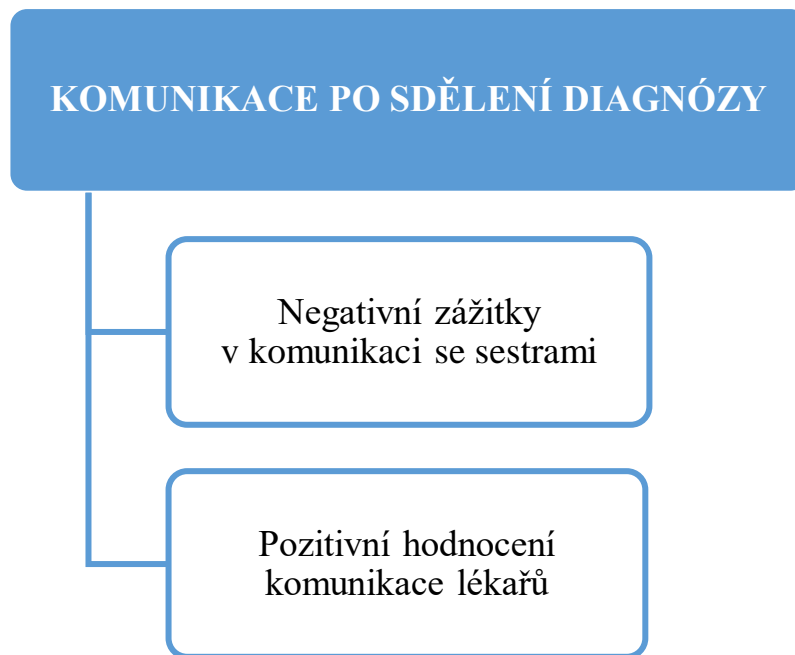
Respondentka č. 2: *„Bylo to dost těžké, šla jsem z jednoho oddělení na druhé a doktoři mě už nechtěli ani vidět, přehazovali si mě mezi sebou a nevěděli, co se mnou...aspoň mně to takhle přišlo. Přišlo mi, že jim jsem dost na obtíž.“*

Respondentka č. 4: *„Nikdy nezapomenu na to, jakým hrozným způsobem mi lékařka sdělila, že mám rakovinu prsu. Řekla mi to přímo na mamografii, a to hrozným způsobem. Starala jsem se v té době o manžela, který byl sedmnáct let po mrtvici. Paní doktorka mi řekla, že jestli nedám hned manžela do ústavu, tak mě ta rakovina brzo zabije. Nejdřív mi hned na rovinu řekne, že mám rakovinu a hned nato, že mám dát svého manžela do ústavu. Jako by nás zabila v té chvíli oba. Měla jsem strach, co to s manželem a dcerou udělá...“*

Respondent č. 5: *„Řekli mi to na oddělení. Chování lékařů bylo hrozné. Nikdo se o mě nezajímal. Ztratila jsem úplně důvěru. Až tady na tom oddělení začínám zdravotníkům pomalu zase věřit.“*

Respondent č. 6: *„Velmi mě mrzelo, že mi lékař řekl jenom půl pravdy..., a vůbec, že mi nedal skoro žádné informace. Šel jsem domů s tím, že mi vlastně nic moc není. A potom jsem se dozvěděl od syna, že mám nemoc, která je nevyléčitelná... a hrozná. Vadí mi, že jsem si o tom s lékařem nemohl podrobněji promluvit...co bude dál a tak.“*

Respondent č. 7: *„...No, já vím na jednu stranu, že to je její práce, ale nemyslel jsem si, že nám to paní doktorka řekne takhle natvrdo. Byli jsme z toho s manželkou dost v šoku. Jednak z té diagnózy a jednak z toho, jakým způsobem nám to řekla. Je mi z toho do teď dost těžko.“*



Obrázek 3 Komunikace po sdělení diagnózy

Komunikaci a přístup sester v následném období po sdělení diagnózy hodnotila pozitivně pouze část respondentů.

Respondentka č. 3: „Prošla jsem si peklem, ale díky těm sestřičkám, které jsem měla kolem sebe, jsem to zvládla. Všude, na všech odděleních a za každé situace, byly prostě skvělé.“

Respondentka č. 4: „Nebylo to vždy ideální, ale nemůžu si stěžovat. Když jsem chodila na sérii ozařování a chemoterapií, potkávala jsem spoustu sester. A co mi udělalo opravdu dobře, bylo to, že se mnou navázaly přátelský vztah. Znaly mě, pamatovaly na mě, přišly si popovídat. Nebraly mě jen jako dalšího pacienta a svou práci. To mi hodně pomáhalo.“

Respondent č. 7: „Sestřičky opravdu obdivuji. Kolik ony mají s námi práce, a přesto jsou stále tak milé. Samozřejmě, že tu jsou i sestry, které takové nejsou, ale všude se najde něco.“

Tři respondenti popisovali v komunikaci se sestrami negativní zážitek.

Respondent č. 1: „Dostával jsem chemoterapie. Kapala mi zrovna ta červená. A potom jsem na chvíli usnul. Potom přišla sestra a já jsem se vzbudil. Trhnul jsem sebou, protože jsem se jí lekl. A ona se tomu zasmála. Tenkrát mě to dost rozčililo. Nebylo mi dobře, teď všechno ostatní k tomu, a ještě se mi sestra směje. Myslím, že jsem na ni i zakřičel a vynadal jsem jí.“

Vím, že se nesmála mně, ale tomu, jak jsem se lekl. Bylo to tenkrát takový těžký. Omluvil jsem se jí. Ale myslím, že mne nepochopila...proč mě to tak rozčílilo.“

Respondentka č. 5: „Doktoři si mě předávali z oddělení na oddělení a pro sestry jsem byla prostě ležák. Nezajímaly se o mne, skoro si mě nevšímalý, a to mě dodělalo jak fyzicky, tak i psychicky.

Respondent č. 6: „V nemocnici ten přístup sester nebyl vůbec pěkný. Kdyby byly alespoň trochu pozornější.“

Většina respondentů byla velmi spokojená s přístupem a komunikací lékařů v období další péče po sdělení diagnózy.

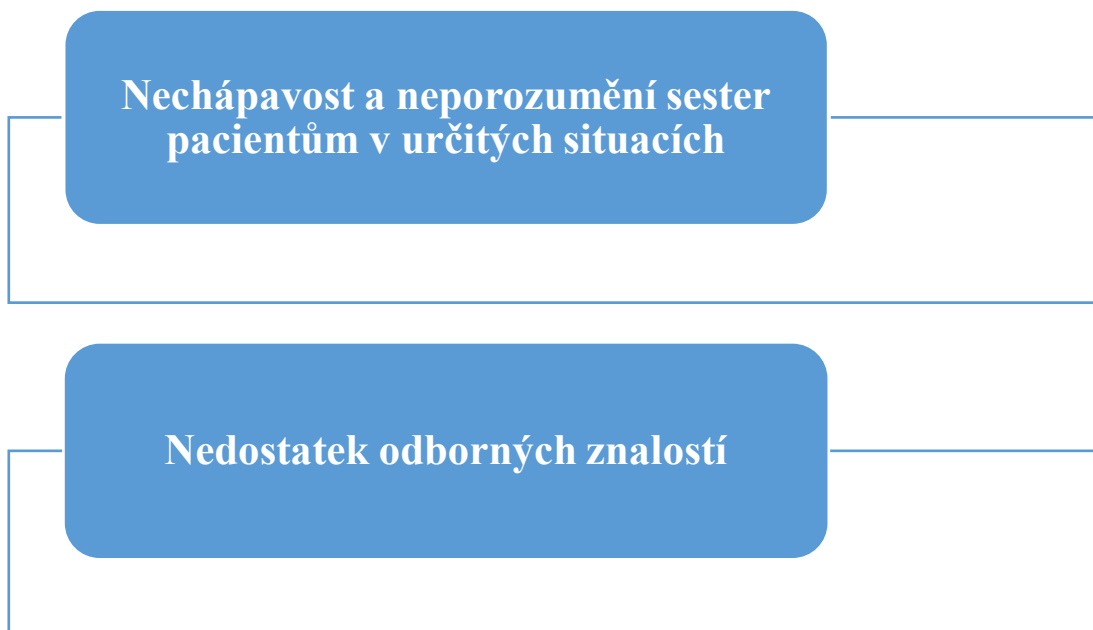
Respondent č. 1: Paní doktorka tady mi vysvětlila tu mou nemoc - jako malému dítěti, ale já tomu konečně rozumím. Jsem za to opravdu vděčný. A doktoři tady jsou výborní, všechno mi vysvětlí, pomůžou, povzbudí mě, mám od nich opravdu psychickou podporu

Respondentka č. 3: „Během toho pekla, které jsem zažila, jsem kolem sebe měla úžasné lékaře.“

Respondentka č. 4: „V té další péči mám s lékaři samé dobré zkušenosti. Jsou vstřícní a milí, všechno vysvětlí.“

Respondent č. 7: „Lékaři jsou tu skvělí.“

8.4 Kategorie č. 3 – Komunikační nedostatky sester vnímané pacienty



Obrázek 4 Komunikační nedostatky

Respondenti si jsou vědomi toho, že nemoc mění jejich potřeby, vnímání a chování. Ze strany ošetřujících sester by proto uvítali více chápavosti vzhledem k jejich celkovému fyzickému i psychickému stavu.

Respondent č. 1: „Vím, že se nesmála mně, ale tomu, jak jsem se lekl. Bylo to tenkrát takový těžký. Omluvil jsem se jí. Ale myslím, že mne nepochopila...proč mě to tak rozčílilo.“

... „byl bych rád, kdyby mě dovedla tak nějak chápat...ve všem – protože jsem v té nemoci takový omezený, musím mít třeba bažanta, protože po chemoterapii jsem dost slabý.“

Respondentka č. 3: „Přiznám se, že kvůli tomu nádoru na mozku a všem operacím se cítím taková hloupější. Potřebuji, aby mi sestry stále všechno opakovaly, co po mě chtějí. Je to pro mě důležité, protože já to jinak zapomenu, - ne vždy, ale někdy ano. Ta nemoc mi to všechno změnila.“

Respondent č. 6: „Nemoc mě mění, sám to na sobě vidím. Často ztrácím soudnost a moje reakce nejsou nejlepší, ale mrzí mě, že si to sestra bere osobně a nepochopí, že jí to nedělám naschvál.“

Pro některé respondenty bylo důležité, když si se sestrou mohli promluvit o svém onemocnění (jak je uvedeno v kategorii č. 6). Avšak polovina z nich nepovažovala sestry za kompetentní k tomu, aby jim o onemocnění podávaly informace odborné.

Respondentka č. 2: *„Ptám se hlavně doktorů, vždyť sestra to ani nemůže vědět.“*

Respondentka č. 3: *„Ano, toto si opravdu chválím, i když vím, že sestry tohle vlastně nemusí všechno vědět. Ať se to týká onemocnění, nebo jiných věcí, dostanu vždy na všechno odpověď.“*

Respondentka č. 4: *„Vím, že od toho jsou tady doktoři, ptám se na to jich. Nechci tím sestry zatěžovat. Nejsem si jistá, jestli by mi na to odpověděly a taky proč? Je to věc doktorů.“*

Respondentka č. 6: *„Se sestrou nemoc takhle neprobírám, promluví si o tom s doktorkou. Ta mi všechno vysvětlí.“*

Dle druhé poloviny respondentů by ale sestra měla být schopna podat základní odborné informace. Dotyční respondenti byli nespokojeni s tím, že jim sestra nedovede zodpovědět dotazy, které se týkají jejich diagnózy či průběhu onemocnění.

Respondent č. 1: *„Myslím si, že je důležité, když mi sestra dovede vysvětlit to, na co se jí ptám ohledně mé nemoci. Vždyť ani nevěděla, proč musím jet na to vyšetření. Stejně mi to většinou musí říct až doktor nebo doktorka.“*

Respondentka č. 5: *„Nedovedly mi odpovědět vůbec na nic, na co jsem se ptala.“*

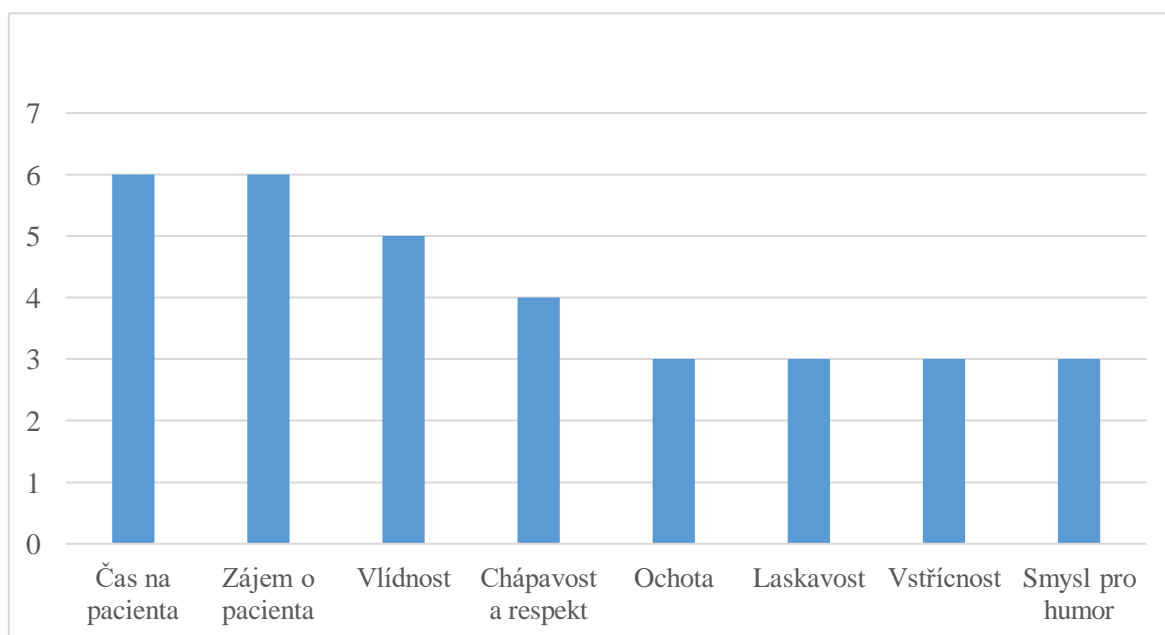
Respondent č. 7: *„Potřebuji teď informace, informace, potřebuji mluvit o té nemoci, ale když se zeptám na něco ohledně své nemoci sester, tak mi většinou nic neřeknou. Asi nevědí...tak s tím musím na doktorku.“*

8.5 Kategorie č. 4 – Důležité prvky v komunikaci sester s pacienty

Většina respondentů se ve značné míře shodovala v tom, co je pro ně v chování sestry při vzájemné komunikaci důležité a významné, a jaké vlastnosti považují u ošetřující sestry za nezbytné. (Názorně je to vyznačené na obr. č. 5).

V několika oblastech se odpovědi respondentů odlišovali. Například, pokud šlo o otázku důvěry mezi sestrou a pacientem nebo o to, jakým způsobem povzbudí sestra pacienta v jeho situaci. Právě na tyto otázky byly dávány individuální odpovědi, které plynuly z rozdílných potřeb a hodnot jednotlivých respondentů. Svou roli v tom hrálo také to, jakého byl respondent povahového založení.

Většina respondentů se soustředila na chování, vlastnosti a neverbální projev sestry. Pouze tři respondenti hodnotili jako důležité také to, jaký je verbální projev sestry. A to vzhledem ke svým potřebám ve svém aktuálním zhoršeném zdravotním stavu. Důležité pro ně bylo to, aby na ně sestra nespěchala, mluvila zřetelně, pomalu a vše trpělivě vysvětlovala.



Obrázek 5 Důležité prvky v komunikaci sester s pacienty

Čas na pacienta

Respondentka č. 2: „Když si pro mě sestra udělá chvilku čas, přijde a pobaví se se mnou. Ono mi to také dost pomáhá.“

Respondentka č. 3: „Když sestřičky přijdou a chvíli si se mnou popovídají.“

Respondentka č.4: „Pro mě je nejdůležitější, když tady sestra je. Tady u mě. A když sem chodí často – to je pro mě moc důležité.“

Respondentka č. 5: „Pro mě je důležité, když si na mě udělá chvilku čas, přijde a vzájemně si můžeme poradit, smějeme se, povídáme.“

Respondent č. 6: „Pro mě je důležité, když si na mě sestra udělá chvíli čas. Před týdnem tu byla jedna studentka na praxi. Přišla za mnou, sedla si a povídala si se mnou. Vyprávěla a já zase vyprávěl jí. Byla z města, které já dobře znám, a tak jsme si dobře rozuměli. A je to takové jiné, když si na vás udělá někdo čas a přijde si popovídat. Udělalo mi to dobře.“

Respondent č. 7: „Když se se mnou sestra pobaví, je to pro mě velká podpora. Já vím, že tady nemají moc čas, ale vážím si toho, když přijdou. Znamená to pro mě mnoho.“

Zájem o pacienta

Respondent č. 1: „Je to pěkné, když člověk vidí, že o něho má sestra opravdový zájem.“

Respondentka č. 2: „Zájem, - když vidím, že o mě má sestra zájem. Že mě nebere jen tak, jako práci. To je pro mě důležité.“

Respondentka č. 3: „Já si myslím, že je důležité, když sestra má o pacienta zájem, a když je k němu vstřícná.“

Respondentka č. 4: „Pro mě je důležité, když mi sestra dává najevo opravdový zájem. Že se se mnou nebaví jen proto, že musí. Když vidím, že o mě má někdo zájem, že tady pro mě někdo je, tak to je potom lepší.“

Respondentka č. 5: „Když to sestra nebere jen jako práci a povinnost, že se mnou má promluvit. Ale když se se mnou baví proto, že o mne má zájem, bere mne jako kamarádku.“

Respondent č. 7: „Když mají sestry o člověka opravdový zájem. To je pro mě důležitý.“

Vlídnost

Respondentka č. 2: „Já velmi oceňuji, když je sestra vlídná. To je pak člověku líp, když vidí, že se na něj sestra usměje a že to nebere tak, že ji otravuju,“

Respondentka č. 3: „Pro mě je důležitý, když se mnou jedná vlídně. Není to se mnou vždycky jednoduchý.“

Respondentka č. 4: „Když je sestra vlídná a milá, tak to je super.“

Respondent č. 6: „Pro mě je důležitý, když je sestra vlídná a hodná.“

Respondent č. 7: „Když jsou na mě vlídné. To člověku v tý nemoci tak nějak dovede pomoci.“

Chápavost a respekt

Respondent č. 1: „Myslím si že je důležitý, aby sestra člověka chápala, aby ho brala takovýho, jaký je. Aby pochopila, že když je unavený, nebo po vyšetření, tak že potřebuje víc pomoci, že jim úmyslně nepřidělává práci. Někdy se mi to stane, že to sestry tak berou. Ale já myslím, že k tomu dojdou. Že se k tomu vypracujou všechny, když v tom mají pořádk praxi.“

Respondentka č. 3: „Chápavost a laskavost.“

Respondentka č. 5: „Když mě sestra chápe, ... tak vím, že mně pak i pomůže tak, jak potřebuju.“

Respondent č. 6: „Myslím si, že ze stran sester je důležitá chápavost a vstřícnost. Nemoc mě mění, sám to na sobě vidím. Často ztrácím soudnost a moje reakce nejsou nejlepší, ale mrzí mě, že si to sestra bere osobně a nepochopí, že jí to nedělám naschvál.“

Respondenti jmenovali mnoho další vlastností, které považují u sestry za důležité, jako je například ochota, laskavost, vstřícnost, smysl pro humor, radost z pomáhání druhým, trpělivost, statečnost a profesionální chování.

Respondentka č. 3: „Mám ráda smích, optimismus, humor. Nejradši se bavím se sestrami, které jsou pozitivně naladěné.“

Respondentka č. 5: „Velmi u sester cením statečnosti a profesionálního chování. Že, i když mají třeba doma problémy, tak to nepřenáší na nás, na pacienty.“

Respondent č. 6: „Humor, odvedení od myšlenek na nemoc, to je to, co potřebuji.“

Důvěra mezi sestrou a pacientem

Respondent č. 1: *„Jestli můžu sestře důvěřovat poznám podle toho, jaká celkově je. Ale hlavně podle toho, jak se se mnou baví. Když se mnou tak nějak hezky mluví.“*

Respondentka č. 2: *„Já si musím sestru nejprve ořuknout. Jaká je, jak se na mě dívá, jak na mě působí, jak navazuje kontakt. Jsem na tohle opatrná. Ono to dělá hodně. Někdy na sestře na první pohled vidím, co si o mě myslí. Mně to pár dnů trvá, než si k sestře najdu cestu.“*

Respondentka č. 3: *„Jaká sestra je, to poznám už na první pohled. Tady jsou všechny úžasné.“*

Respondentka č. 5: *„Je to dost o tom, jak na mě působí na první pohled. To, co ze sestry vyzařuje – úsměv, komunikativnost. A postupně k sobě potom nacházíme cestu.“*

Podpora, povzbuzení, dodání odvahy

Respondent č. 1: *„Když vidím, že o mě má sestra zájem, tak to mi pomůže.“*

Respondentka č. 2: *„Když mi dá najevo, že si mě váží. A nejenom sestra. Třeba nedávno za mnou přišel doktor, sednul si vedle mě a bavil se se mnou jako se sobě rovným. Nemohla jsem to pochopit, ale vážně mě to potěšilo. Vždyť já jsem jenom dělnice.“ ...*

Respondentka č. 3: *„Tady mě sestry povzbudí vším. Už jenom tím, že za mnou přijdou na pokoj.“*

Respondentka č. 4: *„Když se na mě sestra usměje, tak mi to dodá nové síly“*

Respondentka č. 5: *„Když se sestra se mnou pobaví o rodině, o dětech – když vidím důvěru na její straně. Když cítím, že tady jsem ještě k něčemu – že jsem to ve své rodině zažila také a mohu ji třeba poradit. To mi dodává novou sílu a mám potom také o čem přemýšlet.“*

Respondent č. 6: *„Když mi řekne něco krásného, třeba jako dneska – že půjdu na víkend domů, už se nemůžu dočkat. Doufám, že mi bude aspoň celkem dobře.“*

Respondent č. 7: *„Pomůže mi, když si se mnou sestra popovídá o mé nemoci.“*

8.6 Kategorie č. 5 – Nejčastější komunikační oblasti



Obrázek 6 Nejčastější komunikační oblasti

Sestry s pacienty nejčastěji hovoří o lécích, jídle, bolesti a ostatních věcech, které se týkají přímé péče o jejich zdravotní stav. Méně už s nimi hovoří o věcech z denního života, rodině, soukromých věcech a ostatním, i když by to pacienti velice uvítali.

Respondent č. 1: „Přinesou mi tablety, řeknou, že je mám sníst. Potom mi naberou krev, mluví něco kolem toho. No a maximálně se třeba optají, jestli mě něco nebolí...“

Respondentka č. 2: „No nejčastěji jde o ty její věci, léky a tak. Ale někdy se pobavíme třeba o počasí nebo o čemkoliv jiným.“

Respondentka č. 3: „No, tak samozřejmě, že často jde o ty zdravotnické věci, potom se dost bavíme o jídle – představte si, oni mi dají vybrat, na co mám chuť...ale jinak se bavíme o čemkoliv. Vždycky, když přijde sestřička na pokoj, tak se pobavíme o něčem hezkém.“

Respondentka č. 4: „Jde dost o ty zdravotnický věci, ale já jsem vděčná za každou informaci. Někdy si se mnou popovídají ale i mimo jídlo, mytí, tablety... ale hlavně jde o tu jejich práci.“

Respondentka č. 5: „O lécích, o jídle, a tak, o těch věcech, které oni potřebují vědět. Ale také o čemkoliv. Bavíme se o všem.“

Respondent č. 7: *„Když si to tak vezmu, tak jde nejčastěji o její práci. Když mi například bere krev a říká mi proč, nebo když mi zavádí kanylu a tak, většinou mi vysvětluje proč.“*

Pacienti měli potřebu hovořit o tom, co je nejvíce naplňovalo, co je zrovna potkalo, co je celý život nejvíce zajímalo... U některých respondentů to byla rodina, u někoho práce, někdo se rád bavil o čemkoliv. Většina respondentů by ráda hovořila o své nemoci, o jejím průběhu... Pouze dva respondenti uvedli, že o své nemoci hovořit nechtějí.

Respondent č. 1: *„Se svou nemocí se nijak netajím a rád si o tom promluvím s ostatními. A potom moje rodina, domov. Jsem tak rád doma.“*

Respondentka č. 2: *„Ráda se pobavím se sestrou o všem. O nemoci, o práci, o jídle... a tak.“*

Respondentka č. 3: *„Já mluvím o všem. Mám ráda optimismus, smích a humor.“*

Respondentka č. 5: *„Mám zájem o všechno, ráda proberu tu svou nemoc. A potom rodina, děti, a to kolem nich“*

Respondent č. 6: *„O mé práci. Mou práci jsem miloval a miluju. Rád si popovídám i o jiných věcech, o rodině, o městech a tak, ale práce u mě jednoznačně vede. Je to moje oblíbené téma a vždy mě nabudí.“*

Respondent č. 7: *„Já si velmi rád popovídám o své nemoci. Je mi jedno s kým. S doktorkou, se sestrou. Možná to úplně nechápete, ale mě to neskutečně pomáhá, když si o tom s někým promluvím.“*

9 DISKUZE

Výzkumná otázka č. 1

Jaký význam má pro pacienty v paliativní péči komunikace se sestrou?

Vorlíček (2012, s. 221) uvádí, že otevřená a empatická komunikace zdravotníků s nevyлéčitelně nemocným a jeho blízkými je základním předpokladem dobré paliativní péče.

To se naprosto shoduje s tím, co vyplynulo z mého výzkumného šetření; pacienti vnímají komunikaci se sestrou jako velkou psychickou podporu v jejich onemocnění a současném stavu. To je totožné s tím, co uvádí Debnath (2010, s. 32): Efektivní komunikace může zlepšit spokojenost pacienta, tvoří důvěru a vztah a je podporou pro pacienta. Jedna respondentka uvedla, že si nedovede představit, jak by svou nemoc bez takovéto komunikace se sestrami zvládala. Z výzkumu je zřejmé, že pro nevyлéčitelně nemocné pacienty znamená komunikace se sestrami velmi mnoho.

Z odpovědí dotazovaných také vyplynulo, že komunikace se sestrou výrazně přispívá ke zlepšení jejich psychického i fyzického stavu. Uváděli například, že komunikace „pomáhá více, než cokoliv jiného“, nebo že „se cítí hned lépe.“ Podobné zjištění uvádí také O'Connor (2005, s. 29): Podle výsledku výzkumu ovlivňuje dobrá komunikace nejen psychický stav a kvalitu života nevyлéčitelně nemocných, ale může také napomoci ke zmírnění tělesných symptomů. Skutečnost, že správná a efektivní komunikace ze strany sester může svým způsobem ovlivnit léčbu, potvrzuje také Marková (2010, s. 51). Dle zmíněné autorky je vhodná komunikace zásadní dovedností pro to, aby bylo vytvořeno „optimální léčebné prostředí“.

Výzkumná otázka č. 2

Jsou nevyлéčitelně nemocní pacienti v období sdělení diagnózy a v období následném spokojeni s komunikací sester?

Komunikace sester při sdělení diagnózy je hodnocena všemi pacienty velice pozitivně. Překvapivé je, že pacienti sami také hodnotí komunikaci a přístup lékařů. A to velice negativně. Pacienti jsou nespokojeni převážně s tím, jakým způsobem jim byla lékařem sdělena diagnóza. V první řadě jde o špatný psychologický přístup lékařů k pacientům. Prim. MUDr. Irena Zavadová (2016) k tomuto tématu uvádí, že české lékaře nikdo neučí, jak

se k pacientovi chovat, jak s ním mluvit. Podotýká, že situace na katedrách lékařské etiky není ideální, a že lékaři často nemají žádné klinické zkušenosti, protože výuka je příliš teoretická (Umírání.cz, 2016). Dále jde dle výzkumného šetření o nedostatek času lékaře pro pacienta a podání omezených nebo nedostatečných informací o diagnostikovaném onemocnění. Tato skutečnost vyplývá také z výzkumu, provedeného v roce 2013 agenturou STEM/MARK, kdy se laická i odborná veřejnost shodla na tom, že lékaři na vážný rozhovor s pacientem a jeho rodinou nemají čas. Zdravotníci si jsou vědomi toho, že v nemocnici není dostatek soukromí, ani klidu pro sdělování vážných zpráv. Ideální čas pro srozumitelné a citlivé sdělení špatné zprávy by měl být dle dotazovaných zdravotníků 37 minut. V realitě je to ale pouhých 14 minut (Umírání.cz, 2016).

V období po sdělení diagnózy byla s komunikací sester spokojena pouze část pacientů. Tři pacienti uvádí negativní zážitek v komunikaci se sestrami a jeden pacient je naprosto nespokojen. Tato zjištění se neshodují úplně s výsledky výzkumu Jany Plecerové (2010), který prováděla v rámci své bakalářské práce. Dle jejího zjištění byli všichni pacienti (19) s komunikací ošetřujících sester spokojeni.

Výzkumná otázka č. 3

O čem mají pacienti potřebu hovořit a o čem s nimi sestry nejčastěji hovoří?

Payne (2007, s. 156) popisuje studii, ve které bylo zjištěno, že většina interakcí mezi ošetřujícím personálem a pacientem se týkala hlavně léčby, symptomů a sociálních otázek. K rozhovorům o životě doma, o diagnóze a prognóze docházelo zřídka.

Podobné zjištění vychází také z mého výzkumného šetření. Většina dotazovaných by si ráda pohovořila o své diagnóze. Pacienti potřebují informace o svém onemocnění. Pro některé je to opravdovou podporou, když si o nemoci mohou promluvit. Dále pacienti uvítají, když mohou promluvit o rodině, domově, nebo o věcech denního života.

Shodné zjištění je také v tom, o čem s pacienty nejčastěji hovoří sestry. Dle odpovědí dotazovaných jde nejčastěji o léky, jídlo, bolest a ošetřovatelské úkony. Pacienti ale nevyklučují, že s nimi sestry o nemoci, rodině a jiných věcech nemluví. Pouze v mnohem menší míře, než by si přáli.

Pouze dva pacienti uvádějí, že s nimi sestra hovoří jen o věcech, týkajících se její práce. Jsou to právě pacienti z interního oddělení. Důvodem může být zjištění z výzkumu, který popisuje

Wilkinsová (2007). Uvádí, že určitá část ošetřovatelů postrádá potřebné komunikační dovednosti a znemožňuje tak pacientům, aby hovořili o svých zájmech. Z tohoto výzkumu vzešlo také zajímavé zjištění, že nejdůležitějším faktorem, který rozhoduje o komunikačním stylu a komunikačních dovednostech ošetřovatelů, je oddělení, na němž pracují. Dále to je jejich odpovědnost, postoj ke smrti a náboženská víra (Payne, Seymour, Ingleton, 2007, s. 157).

Výzkumná otázka č. 4

Které komunikační nedostatky vnímají pacienti u sester?

To, co pacientům ze strany sester někdy chybí, je chápavost a porozumění v určitých situacích. Jde o to, že pacienti jednájí v důsledku onemocnění často jinak a většinou si toho jsou vědomi. Ale velmi citlivým a rozhodujícím bodem je pro ně právě to, jak na jejich chování reagují sestry. Lze konstatovat, že toto úzce souvisí s tím, jak je sestra empatická. Zacharová (2007, s. 71) charakterizuje empatii právě jako „*schopnost sestry pochopit stav a pocity pacienta a oznamovat mu, že mu rozumí*“. Nestačí jen to, že se sestra vcítí do citového stavu pacienta, ale že pochopí situaci komplexně, uvažuje o ní, a umí správným způsobem reagovat na potřeby nemocného.

Dalším zajímavým zjištěním je to, že polovina dotazovaných vyjadřuje nespokojenost s tím, že sestra nechce, nebo nedovede zodpovědět dotazy, které se týkají jejich diagnózy či průběhu onemocnění. Myslí si, že sestra by měla být schopna podat základní odborné informace o jejich nemoci. Heřmanová (2012, s. 171) potvrzuje skutečnost, že to jsou právě sestry a nikoliv lékaři, koho se pacienti často ptají na závažnost své choroby, a to buď přímo, nebo pomocí otázek ohledně dalšího vyšetřování a další léčby. Zacharová (2016, s. 97-99) uvádí, že v současné klinické praxi se klade důraz na to, aby měl zdravotník dostatek odborných vědomostí. Sestra by měla být schopna podporovat a udržovat správnou komunikaci, protože často na tom závisí úspěch léčby a spokojenost obou stran. Potvrzuje také to, co je zmíněno ve výzkumné otázce č. 2, totiž, že stížnosti a stesky pacientů se nejčastěji týkají právě toho, že nebyli informováni tak, jak by si přáli. Na druhou stranu ale Zacharová jasně zdůrazňuje to, že sestra nesmí poskytovat informace o zdravotním stavu ani o průběhu léčby pacientovi či rodinným příslušníkům.

Výzkumná otázka č. 5

Které komunikační prvky ze strany sestry jsou pro pacienta důležité?

Jana Plecerová (2010) na základě svého výzkumu prováděném v rámci bakalářské práce uvádí, že polovina pacientů neví, co je pro ně v komunikaci se sestrou prioritní. V mém výzkumném vzorku měli v tomto bodě jasno všichni dotazovaní pacienti. Nejdůležitější je pro ně to, když si na ně ošetřující sestra udělá čas. O'Connor (2005, s. 35) toto označuje za důležitou dovednost, která vede k efektivní komunikaci.

Dále je pro pacienty důležité, když o ně sestra projeví opravdový zájem, je vlídná, chápavá a pacienty plně *respektuje*. Ve výzkumu „Preference potřeb pacientů“ uvádějí respondenti *respekt od zdravotnických pracovníků* na prvním místě. Bužgová (2015, s. 51). Mezi další vlastnosti sester, které považují dotazovaní pacienti za důležité, patří ochota, laskavost, vstřícnost, smysl pro humor, radost z pomáhání druhým. Pro pacienty ve výzkumném šetření Jany Plecerové je ze strany sestry nejdůležitější ochota komunikovat, naslouchání a vlídné slovo.

10 ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývá problematikou komunikace sestry s pacientem v paliativní péči.

V teoretické části práce je věnována pozornost paliativní péči, tomu, jak se tato péče dělí a ve kterých zařízeních je poskytována. Dále je představen pacient v paliativní péči, fáze prožívání nevléčitelného onemocnění a potřeby nevléčitelně nemocného pacienta. Stručně je zde nastíněna problematika umírání a smrti. Podrobně se teoretická část zabývá samotnou komunikací v paliativní péči. Je zde zdůrazněn význam komunikace sestry s nevléčitelně nemocným pacientem a komunikační specifika v jednotlivých oblastech a situacích. Dále jsou popsány zásady a specifika komunikace v jednotlivých situacích.

Výzkumná část je tvořena na základě osmi rozhovorů s pacienty, kteří trpí nevléčitelným onemocněním v pokročilém či terminálním stádiu a probíhá u nich paliativní péče. V úvodních kapitolách tohoto úseku jsou představeny výzkumné otázky a je zde popsána metodologie, organizace a realizace výzkumného šetření. Velkou část tvoří prezentace výsledných zjištění, která jsou uvedena v jednotlivých kategoriích.

Cílem výzkumného šetření bylo zjistit, jakou funkci plní komunikace sestry s pacientem ve stavu nevléčitelného onemocnění. Zjistit, zda jsou nevléčitelně nemocní s komunikací sester spokojeni. Dále uvést nejčastější komunikační oblasti v interakci sestry a pacienta, zmapovat komunikační nedostatky sester vnímané pacienty a zjistit, jaké komunikační prvky ze strany sestry jsou pro pacienta důležité.

Pro pacienty v paliativní péči je dobrá komunikace se sestrou jednoznačně velkou psychickou podporou. Jak vyplynulo z výzkumu, komunikace se sestrou pomáhá, léčí, povzbuzuje, tvoří vztah, dodává sílu, vyvolává úsměv na tváři a dovede mnoho dalších „úžasných věcí“.

Komunikace sestry s nevléčitelně nemocným pacientem „pomáhá více, než cokoli jiného“, jak uvedla jedna pacientka. A všichni pacienti právě takovou komunikaci potřebují. Ať už se nacházejí v období, kdy jim byla šokující diagnóza sdělena a zažívají čas pláče, nespravedlnosti a křivdy, nebo v období dalšího boje s nemocí, kdy prožívají pocity zklamání, vyčerpání, ale i tichého očekávání konce. Výzkumné šetření ukazuje, že i když je s komunikací sester převážná část pacientů spokojena, vyskytly se i negativní zážitky, ze kterých lze konstatovat, že sestrám v určitých situacích chybí potřebné porozumění a důležité komunikační dovednosti. Smutné je, že pacienti sami od sebe hodnotili velice negativně to, jakým způsobem jim lékař sdělil diagnózu.

Sestry pacientovi často říkají, že musí více pít, aby mu nemusely kapat infuze, že mu musí zavést kanylu, že mu lékařka přidala další tablety, aby nezvracel, a tak dále. Toto všechno je samozřejmě nutné a důležité, ale pacienti chtějí slyšet také něco jiného, chtějí si popovídat o něčem jiném. Z výzkumného zjištění je patrné, že každý pacient má jiné potřeby, každý je „naplněn“ něčím jiným. Někteří pacienti si rádi promluví o své nemoci, jsou vděční za každou informaci a za každou sdílenou zkušenost. Někdo rád povypráví o své rodině, o své celoživotní práci a někdo je vděčný za to, když se s ním sestra dovede zasmát nad obyčejnou věcí z denního života. Je ale důležité, aby sestra dala pacientovi najevo opravdový zájem a prostor k vyjádření jeho myšlenek.

Pokud sestra pečuje o nevléčitelně nemocné pacienty, je nutné, aby měla potřebné odborné znalosti a komunikační dovednosti. Aby například věděla, že pacient, kterému je sdělena diagnóza nevléčitelného onemocnění, prochází různými fázemi, které ovlivňují jeho myšlení i chování. Potom je sestra také schopna pacientovi porozumět a adekvátně reagovat na jeho změněné chování.

Pro pacienty je velmi důležité, když si na ně sestra udělá čas, projeví o ně zájem, je vlídná, chápe, respektuje je. Velmi oceňují, když je sestra ochotná, vstřícná, laskavá a má smysl pro humor.

Sestra v paliativní péči komunikuje s nevléčitelně nemocnými pacienty. Jejím úkolem je podporovat je za každé okolnosti a přivést je ke smíření s onemocněním. Dále komunikuje s rodinou, což je často mnohem obtížnější než se samotným pacientem. Velkou úlohu má také při komunikaci v pečujícím týmu. Na sestru pracující v paliativní péči jsou z hlediska komunikace kladeny opravdu velké nároky. A mým doporučením pro praxi je, aby se sestra v komunikaci neustále vzdělávala a rozvíjela, protože **dobrá komunikace je skutečně základem dobré paliativní péče.**

V mém výzkumu je komunikace hodnocena pouze ze strany pacientů. To je na jedné straně velký základ, protože komunikace se má odvíjet právě od jejich potřeb. Ale na druhé straně zde chybí pohled ošetřujících sester. Pokud by byla tato problematika hodnocena také z jejich strany, mohlo by se například zjistit, jakou důležitost připisují sestry správné komunikaci, proč dochází k určitým komunikačním chybám, a co podle sester dobrou komunikaci ovlivňuje, nebo narušuje.

Na závěr bych chtěla citovat autorky Annabel Pollard a Kathleen Swift:

„Paliativní sestry jsou úžasní lidé. Mohou zásadní měrou pomoci pacientům vyrovnat se s jejich těžkým obdobím a vyřešit některé z jejich problémů. Paliativní sestry provázejí pacienta a jeho rodinu na cestě, která znamená vyrovnávání se s pokročilým onemocněním, sníženou kvalitou života, nejistotou, zármutkem, ztrátou a smrtí. Pacienti a jejich rodiny stojí často před výzvou „mluvit o nesdělitelném“. Pokud si paliativní sestry osvojí nezbytné komunikační dovednosti, mají ideální možnost k tomu, aby pacientům a jejich rodinám pomohly tuto výzvu naplnit.“ (O’Connor, Aranda, 2005, s. 40).

SOUPIS BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ

1. ANGENENDT, Gabriele, Ursula SCHÜTZE-KREILKAMP a Volker TSCHUSCHKE. *Psychoonkologie v praxi: psychoedukace, poradenství a terapie*. Praha: Portál, 2010, 326 s. ISBN 978-80-7367-781-7.
2. BALDACCHINO, Donia. *Spiritual care: being in doing*. Malta: Preca Library, 2010, 350 s. ISBN 9789990954586.
3. BUŽGOVÁ, Radka. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada, 2015, 168 s. ISBN 978-80-247-5402-4.
4. DEBNATH, Rita. *Professional skills in nursing: a guide for the common foundation programme*. Los Angeles: Sage, 2010, 218 s. ISBN 978-1-84787-397-2.
5. DOSTÁLOVÁ, Olga. *Péče o psychiku onkologicky nemocných*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2016, 168 s. ISBN 978-80-247-5706-3.
6. DUČAIOVÁ, Jarmila a Blažena LITVÍNOVÁ. Úloha sestry v péči o smrtelně nemocného. *Sestra: Odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. 2011, **21**(10), 49. ISSN 1210-0404.
7. FILATOVA, Renáta a kol. *Paliativní péče třetího tisíciletí*. Frýdek-Místek: JOKL, 2014, 75 s. ISBN 978-80-905419-7-9.
8. FIŠEROVÁ, Lenka. *Možnosti paliativní péče s důrazem na smysl doprovázení umírajících a utváření životních postojů a hodnot*. Brno, 2007. Bakalářská práce. Masarykova univerzita. Vedoucí práce Mgr. Tomáš Dvořáček, DiS.
9. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 1. vyd. Praha: Galén, 2000, 191 s. ISBN 80-7262-034-7.
10. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005, 407 s. ISBN 80-7367-040-2.
11. HEŘMANOVÁ, Jana, Marek VÁCHA, Hana SVOBODOVÁ, Marie ZVONÍČKOVÁ a Jan SLOVÁK. *Etika v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 200 s. ISBN 978-80-247-3469-9.
12. HONZÁK, Radkin. *Komunikační pasti v medicíně: praktický manuál komunikace lékaře s pacientem*. 2., dopl. vyd. Praha: Galén, 1999, 165 s. ISBN 80-7262-032-0.
13. HONZÁK, Radkin. *Svépomocná příručka sestry*. Praha: Galén, 2015, 257 s. ISBN 978-80-7492-142-1.

14. HOŠEK, Oldřich. *Percepce životních hodnot u pacientů v terminálním stádiu nemoci*. Pardubice, 2015. Diplomová práce. Univerzita Pardubice. Vedoucí práce PhDr. Kateřina Čermáková, DiS.
15. JANÁČKOVÁ, Laura. *Základy zdravotnické psychologie*. Praha: Triton, 2008, 104 s. ISBN 978-80-7387-179-6.
16. KALVACH, Zdeněk. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty: pomoc při rozhodování v paliativní nejistotě*. Praha: Cesta domů, 2010, 136 s. ISBN 978-80-904516-4-3.
17. KRISTOVÁ, Jarmila. *Komunikácia v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, 2009, 182 s. ISBN 80-8063-160-3.
18. KUPKA, Martin. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada, 2014, 216 s. ISBN 978-80-247-4650-0.
19. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatel'ství*. Praha: Grada, 2009, 175 s. ISBN 978-80-247-2713-4.
20. MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada, 2010, 128 s. ISBN 978-80-247-3171-1.
21. MOTSCHNIG, Renate a Ladislav NYKL. *Komunikace zaměřená na člověka: rozumět sobě i druhým*. Praha: Grada, 2011, 176 s. ISBN 978-80-247-3612-9.
22. MUNZAROVÁ, Marta. *Eutanazie, nebo paliativní péče?* 1. vyd. Praha: Grada, 2005, 108 s. ISBN 80-247-1025-0.
23. O'CONNOR, Margaret a Sanchia ARANDA. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. Vyd. 1. české. Praha: Grada, 2005, 324 s., ISBN 80-247-1295-4.
24. ONDRIOVÁ, Iveta. Možnosti prevencie syndrómu vyhorenia u zdravotníckych pracovníkov pri ošetrovaní chorých v terminálnom štádiu ochorenia. *Sestra: Odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. 2010, **6**(7-8), 29-33. ISSN 180-464X.
25. PAYNE, Sheila, Jane SEYMOUR a Christine INGLETON (eds.). *Paliativní péče: principy a praxe*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007, 807 s. ISBN 978-80-87029-25-1.
26. PLECEROVÁ, Jana. *Efektivní komunikace v paliativní péči*. České Budějovice, 2010. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Vedoucí práce Mgr. Judita Soukupová Maříková.
27. PLEVOVÁ, Ilona a kolektiv. *Ošetrovatel'ství II: komunikace – etika – člověk, jeho motivace a potřeby – paliativní péče – transkulturní ošetrovatel'ství – výchova ke zdraví*. Praha: Grada, 2011, 223 s. ISBN 978-80-247-3558-0.

28. PTÁČEK, Radek, Petr BARTŮNĚK a kolektiv. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, 2011, 528 s. ISBN 978-80-247-3976-2.
29. SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA, Jiří VORLÍČEK et al. *Paliativní medicína pro praxi*. 2., nezměn. vyd. Praha: Galén, 2011, 363 s. ISBN 978-80-7262-849-0.
30. ŠAMÁNKOVÁ, Marie a kolektiv. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada, 2011, 134 s. ISBN 978-80-247-3223-7.
31. ŠAMÁNKOVÁ, Marie a kolektiv. *Základy ošetrovatelství*. Praha: Karolinum, 2006, 353 s. ISBN 80-246-1091-4.
32. ŠNÝDROVÁ, Ivana. *Psychodiagnostika*. Praha: Grada, 2008, 138 s. ISBN 978-80-247-2165-1.
33. ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Poradenství pro pozůstalé: principy, proces, metody*. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Ilustroval Jitka ŘENČOVÁ. Praha: Grada, 2013, 223 s. ISBN 978-80-247-3736-2.
34. TOTHOVÁ, Eva. *Umírání a smrt v pojetí Elisabeth Kübler-Ross*. České Budějovice, 2013. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Vedoucí práce Mgr. Tomáš Veber, Th.D.
35. VAŇÁSEK, Jaroslav, Kateřina ČERMÁKOVÁ a Iveta KOLÁŘOVÁ. *Paliativní péče v onkologii*. Vyd. 1. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2013, 61 s. ISBN 978-80-7395-586-1.
36. VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2006, 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
37. VENGLÁŘOVÁ, Martina a kolektiv. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 184 s. ISBN 978-80-247-3174-2.
38. VÉVODA, Jiří. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2013, 160 s. ISBN 978-80-247-4732-3.
39. VORLÍČEK, Jiří, Jitka ABRAHÁMOVÁ, Hilda VORLÍČKOVÁ a kolektiv. *Klinická onkologie pro sestry*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2012, 328 s., ISBN 978-80-247-3742-3.
40. ZACHAROVÁ, Eva. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2016, 121 s. ISBN 978-80-271-0156-6.
41. YALOM, Irvin D. *Existenciální psychoterapie*. Přeložil Ivo MÜLLER. Praha: Portál, 2006, 520 s. ISBN 80-7367-147-6.

Internetové odkazy

42. Ať se lékařům za rozhovor s pacienty platí. *Umírání.cz* [online]. 2016 [cit. 2017-05-24].
Dostupné z: - <http://www.umirani.cz/clanky/at-se-lekarum-za-rozhovor-s-pacienty-plati>
43. BUŽGOVÁ, Radka, Erika HAJNOVÁ, Lucie SIKOROVÁ a Radka KOZÁKOVÁ. Pilotní testování dotazníku PNAP "hodnocení potřeb pacientů v paliativní péči" na onkologickém oddělení. *Ošetrovatelství a porodní asistence: Recenzovaný vědecký časopis* [online]. 2013, 4(3), 628-633 [cit. 2017-02-16]. ISSN 1804-2740. Dostupné z: http://periodika.osu.cz/osetrovatelstviaporodniasistence/dok/2013-03/5_buzgova_kol.pdf
44. Centrum paliativní péče: *ELNEC: Unikátní vzdělávací kurz s mezinárodní licencí pro zdravotní sestry*. [online]. [cit. 2016-12-18]. Dostupné z: <http://paliativnicentrum.cz/cs/elnec>
45. Česká společnost paliativní medicíny: *Pilotní program mobilní specializované péče*. [online]. [cit. 2017-02-16]. Dostupné z: <http://www.paliativnimedicina.cz/pilotni-program-mobilni-specializovane-pece/>
46. Česká společnost paliativní medicíny: *Specializační kurzy a konference pořádané ČSPM: komunikace v paliativní péči* [online]. [cit. 2016-12-18]. Dostupné z: <https://vzdelavani.paliativnimedicina.cz/>
47. ČESKO. Zákon č. 372 ze dne 8. 12. 2011 o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. In: *Sbírka zákonů*. 2011. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>
48. ČESKO. Zákon č. 96 ze dne 3. 3. 2004 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. In: *Sbírka zákonů*. 2004. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96>
49. Diakonie Českobratrské církve evangelické: *Specializovaná paliativní péče* [online]. [cit. 2017-02-20]. Dostupné z: <http://www.citadela.cz/nase-sluzby/specializovana-paliativni-pece/>
50. Diecézní charita Brno – oddělení vzdělávání: *Akreditované kurzy MPSV – specifika komunikace v paliativní péči* [online]. [cit. 2016-12-16]. Dostupné z: <http://vzdelavaniidchb.charita.cz/akreditovane-kurzy/komunikace/specifika-komunikace-v-paliativni-peci/>
51. Masarykův onkologický ústav: *Tým paliativní péče* [online]. 2016 [cit. 2017-02-20]. Dostupné z: <https://www.mou.cz/tym-paliativni-pece/c19#chapter=1>

52. Nejnovější data o postojích veřejnosti a zdravotníků k umírání a smrti: Máme na to deset minut. Potřebovali bychom alespoň půl hodiny. *Umírání.cz* [online]. 2016 [cit. 2017-05-24]. Dostupné z: <http://www.umirani.cz/data#uvazovani-rozhodovani>
53. SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA a Martina ŠPINKOVÁ. *Paliativní péče v ČR v roce 2013: perspektiva České společnosti paliativní medicíny ČLS JEP* [online]. 1-8 [cit. 2017-02-16]. Dostupné z: <http://www.paliativnimedicina.cz/paliativni-pece-v-cr-v-roce-2013/>
54. SLÁMA, Ondřej, Martina ŠPINKOVÁ a Ladislav KABELKA. *Standardy paliativní péče 2013: Česká společnost paliativní medicíny České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně* [online]. 4-10 [cit. 2016-12-22]. Dostupné z: http://www.paliativnimedicina.cz/wp-content/uploads/2016/11/standardy-pp_cspm_2013_def.pdf
55. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [online]. [cit. 2017-05-24]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/akce/Zprava-z-workshopu-dlouhodobá-následná-paliativní-péče>
56. Paliativní péče: Principy paliativní péče. *Umírání.cz* [online]. 2016 [cit. 2017-05-25]. Dostupné z: <http://www.umirani.cz/rady-a-informace/paliativni-pece>

PŘÍLOHY

Příloha A – Sestra v paliativní péči.....	65
Příloha B – Rozhovor s respondentem č. 6.....	67
Příloha C – Informovaný souhlas.....	70
Příloha D – MiniCog test.....	71

Příloha A – Sestra v paliativní péči

Dle zákona 372/2011 Sb. je úkolem ošetrovatelské péče zmírňovat utrpení nevy léčitelně nemocných, zajistit klidné umírání a důstojnou přirozenou smrt (§5 odst. 2) Pacient má právo na to, aby mu zdravotní služby byly poskytovány na náležitě úrovni. A sestra má povinnost pacientovi tyto služby na náležitě úrovni poskytovat a řídit se etickými principy (§28 odst. 2 a §49 odst. 1). Dle zákona 96/2004 Sb. mají všichni zdravotníci povinnost se celoživotně vzdělávat (§53 odst. 2). *Rozsah a obsah celoživotního vzdělávání musí být takový, aby sestra byla skutečně schopna vykonávat své povolání na náležitě odborné úrovni.*“ (Vévoda a kol., 2013, s. 117). ČLS JEP předložila v roce 2013 odborné i laické veřejnosti standardy paliativní péče, které jsou koncipovány jako popis cílového stavu, o který je třeba usilovat. Jedním ze standardů je to, že by měli být všichni členové multiprofesního paliativního týmu podporováni v kontinuálním vzdělávání, ke kterému by jim měly být vytvořeny podmínky (Sláma, Špinková, Kabelka, 2013, s. 10). Podrobně se vzděláváním všeobecných sester v paliativní péči zabývá ve své diplomové práci Michaela Kaňová (2013).

Psychická zátěž v paliativní péči

Pečovat o těžce nemocné, trpící a umírající pacienty je pro sestry velkou psychickou zátěží (O'Connor, Aranda, 2005, s. 43). Práce v paliativní péči je pro ně situací trvalého stresu (Kupka, 2014, s. 36). Tento stres, kterému jsou sestry stále vystaveny, se projevuje únavou ze soucitu, trvalým zármutkem a syndromem vyhoření (Payne, Seymour, Ingleton, 2007, s. 652). Na sestry má zármutek, se kterým se denně u umírajících a pozůstalých setkávají, velký dopad a často se stane jejich trvalým společníkem. Zahrnuje zlost, pocity viny, beznaděje a zoufalství, může být soustředěn do jednoho dne a týkat se více nemocných či rodin (O'Connor, Aranda, 2005, s. 236).

Syndrom vyhoření

Syndrom vyhoření je reakce na mimořádně zatěžující práci. Člověk je celkově vyčerpan a sám dochází k závěru, že již nemůže dál (Kupka, 2014, s. 39). Charakteristickým znakem pro syndrom vyhoření je, že se projevuje hlavně v psychice postiženého (Venglářová a kol., 2011, s. 23). Mezi časté příznaky syndromu vyhoření patří specifická emoční únava, dlouhotrvající depresivní ladění a zvýšená podrážděnost (Kupka, 2014, s. 39). Postižený zdravotník pociťuje životní nenaplnění, má pocity zmarnění, přestane vnímat smysluplnost vlastní práce, často se stane otupělým vůči sobě i ostatním a neraduje se z vlastního úspěchu (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kol., 2012, s. 438). Psychickou zátěží v paliativní péči

se podrobně zaměřuje Martina Petrová (2011) ve své diplomové práci - „Psychická zátěž v paliativní péči – syndrom vyhoření“.

Zvládání těžkých situací

Pro zdravotníka může být doprovázení nemocných v těžkém období jejich života obohacující zkušeností. Avšak neustálá péče o trpící a umírající pacienty má často špatný dopad na psychiku zdravotníků, pokud si neuvědomí, že musí pečovat také o sebe samé (O'Connor, Aranda, 2005, s. 43). Velkým uměním zdravotníků je, když kvalitně pracují, a přitom si zachovávají potřebnou citlivost k nemocným a k jejich situaci. Pro to je ale nutné, aby o sebe dobře pečovali a naplňovali své potřeby (Ptáček, Bartůněk a kol., 2011, s. 371).

Zdravotník musí mít značně rozvinuté vědomí sebe sama, aby byl schopný udržovat určitou rovnováhu mezi pozitivním ovlivňováním života umírajících pacientů a přijetím faktu, že vše, čeho může dosáhnout, má své hranice. Toto může posilovat a prohlubovat například sebereflexí nebo klinickou supervizi (Payne, Seymour, Ingleton, 2007, s. 665-666).

Sebereflexe

Cílem reflexe je, aby si zdravotníci uvědomili, co a jak dělají, jaké při tom mají pocity, v čem jsou silní a v čem slabí a proč jsou pro ně některé situace obtížně zvládnutelné (Marková, 2010, s. 47). Honzák (2008, s. 81) uvádí, že prvním preventivním opatřením proti vyhoření je kritická sebereflexe a realistické nastavení požadavků na sebe i na ostatní. Jak to popisuje také Schütze-Kreilkamp (2010, s. 197), častou chybou zdravotníků je považování vlastních hodnot a zkušeností za ty jediné odpovídající a správné. Potom dochází k tomu, že už nejsou schopni vidět hranice mezi svou vlastní zkušeností a „neutrálním“ terapeutickým postojem.

Supervize

Supervize je formálně daný čas a prostor pro reflexi vlastní vykonané práce. Jejím cílem je v interakčním vztahu supervizora a supervidovaných zlepšit schopnost pomáhat lidem (Marková, 2010, s. 47). Je to také účinný způsob, jak dosáhnout dobrých individuálních komunikačních dovedností a také takových dovedností, které zdravotníkům umožní řešit v zařízeních paliativní péče složité a často závažné situace (O'Connor, Aranda, 2005, s. 39). U některých pracovníků z pomáhajících profesí přetrvává ze supervize stále určitý strach, protože ji vnímají jako kontrolu, a ne jako pomoc ke zlepšení vlastní situace (Špatenková, 2013, s. 26).

Příloha B – **Rozhovor s respondentem č. 6**

Pacient č. 6

Iniciály: J. T.

Pohlaví: muž

Věk: 81 let

Stav: ženatý

Hlavní diagnóza: Duktální adenokarcinom pankreatu, inoperabilní

Vedlejší diagnózy: sekundární DM, městnavé selhávání srdce, arteriální hypertenze

Pacient v hospici, přijat k paliativní péči.

Rozhovor

Co pro Vás nyní ve vašem onemocnění znamená komunikace se sestrou?

Vnímám to jako odvedení od myšlenek na nemoc. Když sem přijde sestra, nebo nějaká stážistka a povídá si se mnou, tak aspoň chvíli nemusím myslet na to, co mně je. Kontakt, promluvení si, odvedení myšlenek, podpora, humor... hlavně vše pozitivně. Řekli mi, že psychika může hodně pomoci, tak se snažím na nějakou diagnózu úplně zapomenout. Snažím se myslet pozitivně a zaměstnávat se jinými věcmi. Hlavně ne mou nemocí. Vím, jakou mám prognózu, i co mě asi tak může čekat, ale odsunul jsem to pryč a nechci na to myslet. A musím říci, že mi je zatím dobře.

Jak byste ohodnotil chování a komunikaci sester v době sdělení Vaší diagnózy?

Na sestřičky si nemohu vůbec stěžovat. Ty byly výborné. Ale velmi mě mrzelo, že mi lékař řekl jenom půl pravdy..., a vůbec, že mi nedal skoro žádné informace. Šel jsem domů s tím, že mi vlastně nic moc není. A potom jsem se dozvěděl od syna, že mám nemoc, která je nevyléčitelná... a hrozná. Vadí mi, že jsem si o tom s lékařem nemohl podrobněji promluvit...co bude dál a tak. Ale jsem rád, že to aspoň teď vím. Že mi syn všechno řekl.

Jak byste ohodnotil chování a komunikaci sester v období následující péče či terapie

V nemocnici ten přístup sester nebyl vůbec pěkný. Kdyby byly alespoň trochu pozornější. Musím teda říci, že tady v hospici jsou mnohem pozornější než v nemocnici. (Tam jsem ležel dva týdny před tím). V nemocnici se chovají jinak, ale taky se třeba zeptaly, jestli mě něco nebolí. Jinak to tak nějak nezkoumám.

O čem s Vámi sestra nejčastěji hovoří?

O čemkoliv, jen ne o mé nemoci. O tom nepadne slovo. Ale jinak si popovídáme o čemkoliv. Třeba o mé práci.

O čem nyní nejraději hovoříte vy?

O mé práci. Mou práci jsem miloval a miluju. Rád si popovídám i o jiných věcech, o rodině, o městech a tak, ale práce u mě jednoznačně vede. Je to moje oblíbené téma a vždy mě nabudí. Pracoval jsem jako projektant. Projektovat jsem elektriku po celé České republice. Pavilony nemocnice v Hradci Králové, v Praze, nemocnice Motol – to je moje. Celé hodiny a dny bych se dovedl bavit o mé práci. Měl jsem i velmi dobré vztahy se všemi mými podřízenými a kolegy – a vyplatilo se mi to. Dodnes mě jezdí navštěvovat. Tady už také byli. A s nimi se o tom také bavím. No a potom, když jsem šel v 76 do důchodu, tak jsem pracoval doma. Baví mě stále vylepšovat dům. Jsem workoholik. Nevydržím bez práce. Rád si popovídám i o jiných věcech, ale práce u mě vede. Začnu se bavit o čemkoliv a vždy sklouznu k práci. (smích)

Je něco, o čem byste si rád se sestrou pohovořil, ale nemáte na to odvalu? Co?

Ne, nic takového není. Zeptal bych se jich na všechno.

V čem by se, podle Vás, měly sestry v komunikaci zlepšit?

Já myslím, že v ničem. Já jsem spokojený.

Jak poznáte na sestrách, že jim můžete důvěřovat a svěřit se jim se svými obavami?

Já toto tak nějak nezkoumám, ale tady jsou všechny sestry fajn.

Co považujete za důležité při tom, když s Vámi sestra mluví?

Pro mě je důležitý, když je vlídná a hodná.

Co je pro Vás důležité v chování sestry při rozhovoru s Vámi?

Pro mě je důležité, když si na mě sestra udělá chvíli čas. Před týdnem tu byla jedna studentka na praxi. Přišla za mnou, sedla si a povídala si se mnou. Vyprávěla a já zase vyprávěl jí. Byla z města, které já dobře znám, a tak jsme si dobře rozuměli. A je to takové jiné, když si na vás udělá někdo čas a přijde si popovídat. Udělalo mi to dobře.

Jakým způsobem Vás sestra povzbudí, dodá odvahu?

Když mi řekne něco krásného, třeba jako dneska – že půjdu na víkend domů, už se nemůžu dočkat. Doufám, že mi bude aspoň celkem dobře.

Jaké vlastnosti u sestry považujete za důležité?

Chápavost. Nemoc mě mění, sám to na sobě vidím. Často ztrácím soudnost a moje reakce nejsou nejlepší, ale mrzí mě, že si to sestra bere osobně a nepochopí, že jí to nedělám naschvál. Cítím, že vlivem nemoci ztrácím občas soudnost. A proto si myslím, že u sester je nejdůležitější, aby chápaly toho druhého člověka – to, že je nemocný, a proto se tak chová. (smutně) A potom slušnost a vstřícnost.

Je sestra schopna zodpovědět vaše otázky týkající se vašeho onemocnění.

Se sestrou nemoc takhle neprobírám, promluví si o tom s doktorkou. Ta mi všechno vysvětlí.

Příloha C – Informovaný souhlas

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Název bakalářské práce: Komunikace sestry s pacientem v paliativní péči

Autor bakalářské práce: Stanislava Teplá

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Kateřina Horáčková, DiS.

Já,, níže podepsaný/á stvrzuji svým podpisem, že souhlasím a dobrovolně chci spolupracovat na výzkumné části bakalářské práce Stanislavy Teplé s názvem Komunikace sestry s pacientem v paliativní péči. Dávám výzkumníkovi souhlas, aby materiál, který jsem poskytl/a, použil za účelem sepsání bakalářské práce či jakékoliv další odborné publikace a prezentace vycházející z tohoto výzkumu.

Souhlasím i se způsobem, jak bude zachována důvěrnost a jak bude má identita chráněna během i po skončení výzkumu. Autorka se zavazuje, že nahraný rozhovor neposkytne třetí osobě. Dále dávám souhlas s nahráváním mého rozhovoru výzkumníkem, s analýzou výsledného zvukového záznamu a jeho přepisu. Rozumím tomu, že pokud se v průběhu rozhovoru objeví pro mne obtížná témata, mohu odmítnout odpovědět na jakoukoliv otázku nebo kdykoliv ukončit celý rozhovor.

Datum a místo:

Podpis respondenta:

Podpis výzkumníka:

Příloha D – MiniCog test

MiniCog

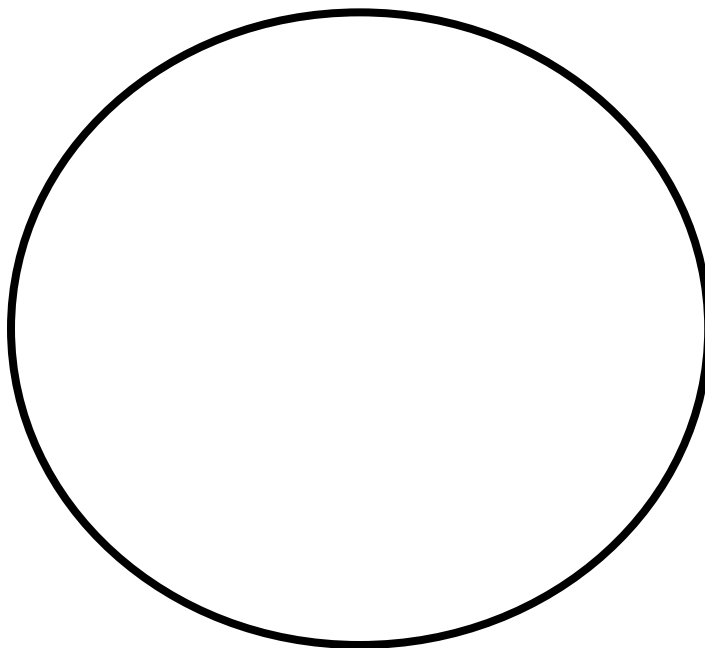
A. Zdravotnický pracovník dá pacientovi pokyn, aby pečlivě naslouchal a poté zopakoval kombinaci tří slov. Řešitel vybere jednu z těchto kombinací:

- | | | |
|-------------|---------|---------|
| 1. jablko | koruna | dveře |
| 2. klíč | mrkev | střecha |
| 3. auto | talíř | komín |
| 4. knoflík | obraz | most |
| 5. hruška | lampa | plot |
| 6. skříň | rajče | kolo |
| 7. slepice | židle | autobus |
| 8. šátek | kočka | letadlo |
| 9. konev | houska | pes |
| 10. silnice | deštník | vejce |

B. Test hodin: zdravotnický pracovník přečte pacientovi pokyny:

„Dovnitř kruhu nakreslete ciferník hodin, tak jak by jej dítě nakreslilo. Umístěte ručičky hodin tak, aby ukazovaly čas „za deset minut půl deváté“.

Pacient doplní dle pokynů:



C. Pacient je zdravotnickým pracovníkem požádán, aby zopakoval kombinaci tří slov (viz krok A).

Zdroje:

BARTOŠ, A. et al., 2010. *Poznejte demenci správně a včas – příručka pro klinickou praxi*. Praha: Mladá fronta. 182 s. ISBN 978-80-204-2282-8.

BORSON S. et al., 2000. The mini-cog: a cognitive 'vital signs' measure for dementia screening in multi-lingual elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 15(11):1021–1027.

DOERFLINGER, D. et al., 2007. Mental Status Assessment of Older Adults: The Mini-Cog. *Try This: Best Practise in Nursing Care to Older Adults* [online]. [Cit. 11.04.2016]. Dostupné z: <http://www.wai.wisc.edu/pdf/phystoolkit/screeningtools/mini-cog.pdf>.

Petra Mandysová

Pro výzkum s Bc. Nedvědovou