

UNIVERZITA PARDUBICE  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2024

Mgr. Michaela Papoušková, DiS.

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií

Komunikační strategie všeobecných sester při komunikaci s umírajícím pacientem

Bakalářská práce

2024

Mgr. Michaela Papoušková, DiS.

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií  
Akademický rok: 2022/2023

# ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Mgr. Michaela Papoušková, DiS.**  
Osobní číslo: **Z21307**  
Studijní program: **B0913P360004 Všeobecné ošetřovatelství**  
Téma práce: **Komunikační strategie všeobecných sester při komunikaci s umírajícím pacientem**  
Téma práce anglicky: **Strategies of communication of nurses used in communication with dying patients**  
Zadávající katedra: **Katedra ošetřovatelství**

## Zásady pro vypracování

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

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

Seznam doporučené literatury:

ARNOLD, Elizabeth C., Underman Kathleen BOGGS. Interpersonal Relationship: Professional communication skills for nurses. Missouri: Elsevier, 2020. ISBN: 978-0-323-54480-1.  
BEDNAŘÍK, Aleš, Mária ANDRÁŠIOVÁ. Komunikace s nemocným: sdělování nepříznivých informací. Praha: Grada, 2020. ISBN: 978-80-271-2288-2.  
KÜBLER-ROSS, ELISABETH, David KESSLER. On grief and grieving: Finding the meaning of grief through the five stages of loss. New York: Scribner, 2005. ISBN: 978-0-7432-6628-4.  
MANNIX, KATHRYN. Naslouchej. Jak najít slova pro citlivý rozhovor. Praha: Cesta domů, 2022. ISBN: 978-80-88126-93-5.  
MORTON, Patricia, G., Paul THURMAN. Critical nursing practice. A holistic approach. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins/Wolters Kluwer, 2023. ISBN: 9781975174453.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Markéta Lorencová**  
Katedra ošetřovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2022**  
Termín odevzdání bakalářské práce: **30. dubna 2024**

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

L.S.

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

V Pardubicích dne 7. března 2024

## PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

Práci s názvem Komunikační strategie všeobecných sester při komunikaci s umírajícím pacientem jsem 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., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše. Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 22. 04. 2024

Mgr. Michaela Papoušková, DiS. v. r.

## **PODĚKOVÁNÍ**

Děkuji vedoucí bakalářské práce za poskytnuté konzultace, podporu a vedení při zpracovávání této práce.

## **ANOTACE**

Bakalářská práce je kvalitativní průzkumnou prací a zabývá se komunikací všeobecných sester s pacienty na standardních nemocničních odděleních. průzkumná práce měla za cíl odhalit, zda je komunikace s umírajícím pacientem pro všeobecné sestry více náročná, než komunikace s pacientem neumírajícím a přináší jim tak zátěž do výkonu jejich ošetrovatelské praxe, probíhající na nemocničních odděleních standardního typu.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

Komunikace, neverbální komunikace, verbální komunikace, paliativní péče

## **TITLE**

Strategies of communication of nurses used in communication with dying patients

## **ANNOTATION**

The bachelor's thesis is a qualitative research paper. The paper focuses on communication between nurses and patients in standard hospital wards. The aim of the research work was to reveal whether communication with a dying patient is more challenging for nurses than communication with a non-dying patient and thus it brings a burden to nurses in the performance of their nursing practice which takes place in standard hospital wards.

## **KEYWORDS**

Communication, non-verbal communication, verbal communication, palliative care

# OBSAH

Úvod .....	11
1 Cíle a metody práce .....	12
1.1 Cíl práce.....	12
1.2 Metody k dosažení cíle .....	12
Teoretická část.....	14
2 Úvod do komunikace.....	14
2.1 Komunikace v pomáhajících profesích .....	14
2.2 Verbální a neverbální komunikace .....	15
2.2.1 Verbální komunikace.....	16
2.2.2 Neverbální komunikace .....	17
2.3 Dobrá komunikace.....	17
3 Komunikace s pacientem.....	18
3.1 Pacient z pohledu psychologie .....	19
3.2 Právní vymezení komunikace ve vztahu pacient – sestra.....	20
3.3 Potřeby pacienta .....	21
3.4 Vyrovnávání se s nemocí.....	22
3.5 Komunikace s umírajícím pacientem .....	23
3.5.1 Specifické potřeby umírajícího pacienta .....	24
3.5.2 Specifika komunikace s umírajícím pacientem .....	24
3.5.3 Paliativní péče .....	25
Průzkumná (praktická) část .....	27
4 Metodika průzkumné (praktické) části .....	27
4.1 Cíle .....	28
4.1.1 Hlavní průzkumná otázka.....	28
4.1.2 Dílčí průzkumné otázky.....	28
4.2 Interpretace průzkumných dat .....	29



4.2.1	Komunikační strategie .....	29
4.2.2	Komunikace o závažné prognóze a smrti .....	32
4.2.3	Popis ošetrovatelské činnosti .....	33
4.2.4	Komfort pacienta .....	34
5	Diskuze .....	37
5.1	HPO .....	38
5.2	DPO .....	39
5.2.1	DPO 1 .....	39
5.2.2	DPO 2 .....	40
5.2.3	DPO 3 .....	43
6	Doporučení pro praxi .....	44
7	Závěr .....	45
8	Použitá literatura .....	46
8.1	Primární zdroje .....	46
8.2	Odborné články .....	48
8.3	Internetové zdroje .....	49

## **SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK**

Obrázek č. 1 Maslowova pyramida potřeb

Tabulka č. 1 respondenti – data

## SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

ČR	Česká republika
FZS	Fakulta zdravotnických studií
NPK	Nemocnice Pardubického kraje, a.s.
UPCE	Univerzita Pardubice
HPO	Hlavní průzkumná otázka
DPO	Dílčí průzkumná otázka
VFN	Všeobecná fakultní nemocnice v Praze

## ÚVOD

Bakalářská práce je kvalitativní průzkumnou prací a zabývá se komunikací všeobecných sester s pacienty na standardních nemocničních odděleních. Cílem bakalářské práce je zjistit, zda se užité komunikační strategie sester liší v závislosti na charakteru onemocnění pacienta, se kterým komunikace probíhá. Bakalářská práce konkrétně cílí na komunikaci sester s umírajícími pacienty na standardních nemocničních odděleních.

Průzkumná práce si klade za cíl odhalit, zda je komunikace s umírajícím pacientem pro všeobecné sestry více náročná a přináší jim tak zátěž do výkonu jejich ošetrovatelské praxe probíhající na nemocničních odděleních standardního typu.

Bakalářská práce je rozdělena do dvou dílčích částí, teoretické a průzkumné. Teoretická část bakalářské práce se zaměřuje na teoretické poznatky v oblasti komunikace, profesní komunikaci všeobecných sester v rámci ošetrovatelské praxe, role pacienta v komunikačním procesu a specifické role umírajícího pacienta v komunikačním procesu. Průzkumná část bakalářské práce obsahuje praktické poznatky získané v rámci kvalitativního průzkumného šetření a jejich interpretaci.

K výběru tématu komunikace všeobecných sester na standardních nemocničních odděleních s umírajícími pacienty mě vedla zkušenost v rámci vlastní praxe s komunikací mezi všeobecnými sestrami a umírajícími pacienty v nemocničním prostředí. Často se setkávám s rozporuplností v očekávání zdravotnických pracovníků od komunikace s umírajícími pacienty, a naopak očekávání umírajících pacientů od komunikace se zdravotnickými pracovníky. Pro účely průzkumného šetření jsem zvolila pohled všeobecných sester na komunikaci s umírajícími pacienty, které, dle Millerové a Considinové (2009, s. 405-410), komunikují s pacientem ve chvíli jeho největší zranitelnosti. Pacient zpravidla prožívá nepříjemné a těžké životní okamžiky (Miller, Considine, 2009, s. 405-410). Specifická situace pacientů odkazuje k myšlence autorů Kwame a Petrucké (2021, s. 2), kteří popisují přístup všeobecných zdravotních sester při komunikaci s pacienty. Jedná se o přístup, kdy všeobecné sestry při komunikaci s pacienty využívají přístupu zaměřeného na pacienta jako na individualitu se specifickými potřebami. Komunikace s pacientem je tak vždy dynamickým procesem a pacient je její aktivní složkou. Všeobecné sestry během komunikace dbají na vyjádření názorů pacienta, cílí na výměnu informací a vzájemné pochopení (Kwame, Petrucka, 2021, s. 2).

# 1 CÍLE A METODY PRÁCE

Bakalářská práce se zaměřuje na zkušenost všeobecných sester pracujících na standardních odděleních nemocnic v komunikaci s umírajícími pacienty. Cílem průzkumu je ověřit, zda se komunikační strategie používané v komunikaci s umírajícími pacienty oproti strategiím používaným v komunikaci s ostatními pacienty odlišují. Pro dosažení cíle průzkumu byl zvolen kvalitativní výzkum a sběr dat probíhal skrze polostrukturovaný rozhovor.

## 1.1 Cíl práce

Hlavním cílem práce je zjistit, zda se komunikační strategie všeobecných sester na standardních nemocničních odděleních s umírajícím pacienty liší od běžně užívaných komunikačních strategií s pacienty neumírajícími.

Dosažení cíle práce je zajištěno skrze získání odpovědí na hlavní průzkumnou otázku (HPO) a 3 dílčí průzkumné otázky (DPO):

- HVO: *Jak se liší komunikační strategie všeobecných sester na standardních nemocničních odděleních s umírajícím pacienty od běžně užívaných komunikačních strategií s pacienty neumírajícími?*
- DPO 1: *Jaké komunikační strategie všeobecné sestry užívají při komunikaci s pacienty?*
- DPO2: *Jaké komunikační strategie všeobecné sestry užívají při komunikaci s umírajícím pacienty?*
- DPO 3: *Vnímají všeobecné sestry komunikaci s umírajícím pacienty jako více náročnou oproti komunikaci s pacienty neumírajícími?*

Odpověď na HPO by měla přinést náhled na přístup všeobecných sester standardních oddělení při komunikaci s pacienty a zároveň odhalit, zda komunikace s umírajícími pacienty všeobecným sestram nepřináší do pracovního prostředí větší zátěž. Odpovědi na 3 dílčí průzkumné otázky by měly pomoci zjistit, jaké komunikační strategie všeobecné sestry užívají při komunikaci s pacienty, s umírajícími pacienty a zda všeobecné sestry vnímají komunikaci s umírajícím pacienty jako více náročnou oproti komunikaci s pacienty neumírajícími.

## 1.2 Metody k dosažení cíle

Dvě části bakalářské práce garantují dosažení stanoveného cíle práce. Jedná se o část teoretickou a průzkumnou. V teoretické části bakalářské práce jsou reflektovány poznatky z oblasti verbální a neverbální komunikace, profesní komunikace všeobecných sester s pacientem v rámci ošetrovatelské praxe, role pacienta a jeho potřeb v komunikačním procesu a specifické role

umírajícího pacienta v komunikačním procesu. Průzkumná část bakalářské práce se zaměřuje na poznatky z oblasti komunikace mezi všeobecnými sestrami a pacienty získané v rámci kvalitativního průzkumného šetření. Obsah průzkumných dat získaných z rozhovorů s respondenty je v této části bakalářské práce interpretován a propojen s poznatky získanými při reflexi odborné literatury v teoretické části práce.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 2 ÚVOD DO KOMUNIKACE

Komunikaci lze definovat jako přenos informace prostřednictvím vytvořené zprávy. Tento přenos informací existuje ve fyzickém prostředí a ovlivňují ho kulturní a sociální role i psychologické podmínky jedince (Kourkouta, Papathanasiou, 2014, s. 65-67). Vzniká v kontextu lidského chování ve společnosti, obsahuje soubor abstraktních symbolů definujících vědění, myšlenky, přesvědčení, reakce a další způsoby, jak jednotlivci zpracovávají informace z okolí. Způsob komunikace tedy nezávisí pouze na osobnosti jedince, je spíše určen prostředím, ve kterém se komunikující jedinci nacházejí, a jeho výběr je ovlivněn také funkcí komunikovaných informací (Jeanette, Basnight-Brown, 2022, s. 860-874).

Dle Vybírala (2005, s. 31-32) rozeznáváme pět základních funkcí komunikace, které se běžně překrývají a doplňují. *Informativní funkce*, jejímž účelem je předat informaci. Navést, naučit, či zasvětit je cílem *instruktážní funkce*. *Persuasivní funkce* má za cíl přesvědčit či manipulovat s druhým. Něco vyjednat, vyřešit anebo dojít k dohodě je účelem *operativní funkce*. Konečně *funkce zábavní*, jejímž cílem je pobavit, rozveselit či rozptýlit. Autor dále popisuje, že instruktážní či persuasivní funkce jsou mnohdy komunikujícím užívány skrytě, často za účelem manipulace (Vybíral, 2005, s. 31-32).

### 2.1 Komunikace v pomáhajících profesích

Pomáhající profese definujeme jako profese, ve kterých pracovník poskytuje služby tzv. „*lidského*“ či „*sociálního*“ charakteru. Svým klientům poskytují asistenci ve fyzických, psychických, sociálních či ekonomických oblastech jejich života. Pouze s použitím komunikačních technik je možné navázat přímý kontakt s klienty, ten je samozřejmostí pro poskytování služeb pomáhajících profesí (Miller, Considine, 2009, s. 405-410).

Autoři Kwame a Petrucká (2021, s. 2) popisují tzv. na pacienta orientovaný přístup, který hodnotí jako vhodný přístup při komunikaci mezi pacientem a sestrou vzhledem ke kvalitě poskytované péče o pacienta i kvalitě a rychlosti jeho zotavení. Jedná se o dvouproutý dialog mezi sestrou a pacientem jehož cílem je vyjádření názorů, výměna informací a vzájemné pochopení. Je též procesem, který aktivně zapojuje pacienta a jeho rodinu do rozhodování o péči na základě jejich individuálních potřeb (Kwame, Petrucka, 2021, s. 2). Dle autorů Arnoldové a Boggs (2020, s. 7-8) dosahujeme efektivního ošetrovatelského procesu pouze v případě, kdy sestra při poskytování péče spojuje své expertní znalosti a praktické dovednosti. Sestra je tedy na základě

teoretických znalostí schopná zhodnotit pacientův klinický stav a zacílit tak specifické ošetrovatelské techniky vedoucí k ošetření aktuálních problémů, anebo prevenci vzniku jiných klinických obtíží úzce souvisejících s aktuálním stavem či životosprávou pacienta, jeho rodiny i komunity (Arnold, Boggs, 2020, s. 7-8).

Sestry do kontaktu s pacienty mnohdy přichází ve chvíli, kdy je pacient více zranitelný, prožívá nepříjemné a těžké životní okamžiky spojené např. s diagnostikou závažného onemocnění. Volba komunikačních strategií velmi úzce souvisí i s motivy sestry k výkonu profese. Může se jednat o vnitřní morální pohnutky, které sestru k výkonu povolání vedly, mezi něž řadíme náboženské motivy, altruismus, jiné psychologické pohnutky či soucit k ostatním lidem (Miller, Considine, 2009, s. 405-410). Arnoldová a Boggs (2020, s. 7-8) charakterizují účinnou komunikaci v ošetrovatelské péči jako dvouproudou komunikaci sestry a pacienta, který je její aktivní součástí. Způsob komunikace sestry s pacientem je dle autorů ukazatelem kvality a způsobu poskytované ošetrovatelské péče (Arnold, Boggs, 2020, s. 7-8). Kwame a Petručka (2021, s. 2) navíc popisují, že respektující komunikace mezi sestrou a pacientem vede k redukci nejistoty u pacienta, a naopak zvyšuje zapojení pacienta do rozhodování o péči a dodržování doporučeného léčebného postupu, dále zvyšuje sociální podporu, bezpečí a spokojenost pacienta s péčí (Kwame, Petručka, 2021, s. 2). Arnoldová a Boggs (2020, s. 7-8) doplňují, že informace, které pacient se sestrou sdílí, jsou brány jako důležité pro nastavení personalizované péče, a pacient s jeho rodinou je posilován v rozhodování o způsobu poskytování péče. Skrze efektivní mezilidskou komunikaci jsou pacienti schopni lépe porozumět svému zdravotnímu stavu, a požádat tak o včasnou pomoc v případě jeho zhoršení. Taková komunikace dále ovlivňuje spokojenost pacientů s péčí a posiluje změny přispívající ke zdraví pacientů. Zlepšení zdravotní péče skrze efektivní komunikaci se také odráží v posílení dalších oblastí. Tedy ve vytvoření účinného partnerství v léčebném procesu, účinnější diagnostice a včasném rozpoznání zdravotních komplikací, lepším porozumění pacientovy situace, personalizovaných léčebných režimech, efektivnějším využívání zdravotních služeb a silnějších a déle trvajících pozitivních výsledcích (Arnold, Boggs, 2020, s. 7-8).

Komunikace může probíhat na verbální a neverbální úrovni, které jsou popsány v kapitolách níže.

## **2.2 Verbální a neverbální komunikace**

Bednařík a Andrášiová (2020, s. 30) popisují člověka jako sociálního tvora, který komunikuje s ostatními skrze zrcadlení, neverbálními projevy a emoce. Zrcadlení je nástrojem, kdy člověk v komunikaci s druhou osobou reflektuje její emoce. Z pohledu evoluce jsou lidé převážně



neverbálními tvory, dokážou mezi sebou číst rozličné neverbální projevy a analyzovat jejich významy. V neposlední řadě je člověk tvorem emočním. Emoce člověka jsou odpovědí na vzniklé situace a umožňují jedinci formovat rychlou odpověď zapojující celé tělo – útok, útěk nebo znehybnění. Vybíral (2005, s. 26-29) rozlišuje různé oblasti komunikace, které je možné hodnotit. Jedná se o způsob kódování komunikovaných informací do řeči, použité komunikační kanály, kapacitu komunikace, ruchy, redundance a statistické jazykové výskyty. Dále klade důraz na významy užitých slov, tedy zda stejná slova mají stejný význam pro všechny aktéry komunikace. V případě, že zvolená slova mají pro každého aktéra komunikace jiný význam, velmi snadno dochází k nedorozumění a poruchám při komunikaci. Význam slovům je aktéry komunikace v mnoha případech přiřazován automaticky na základě jejich předchozích zkušeností či očekávání. Volba významu slov je však ovlivněna i momentálním rozpoložením jedince. Také je možné hodnotit způsob porozumění příjemce komunikovanému. Konkrétně se jedná o fenomény komunikace, jakými jsou ovlivňování, přesvědčování, potvrzování, přijímání a odmítání komunikovaného, ale i sebepojetí jednotlivých komunikačních aktérů. Porozumění také ovlivňuje záměr komunikace. Ztížit komunikaci tedy může i předpoklad, že příjemce zprávy informaci automaticky porozumí stejným způsobem, jak odesílatel mínil, ačkoli tomu tak není. Nelze tedy tvrdit, že komunikované informace je možné vždy jasně pochopit, ba naopak nedorozumění a vyjasňování si nesrovnalostí je nedílnou součástí běžné komunikace (Vybíral, 2005, s. 26-29).

Z výše popsaných složek komunikace lze vyčíst, že sdělované informace i způsob jejich předání označujeme jako verbální a neverbální komunikaci. Techniky obou způsobů komunikace jsou popsány níže v návazných kapitolách.

### **2.2.1 Verbální komunikace**

Verbální komunikace probíhá skrze **jazyk**, který do velké míry ovlivňuje rozhodování jedince, zpracovávání emocí i kognitivní procesy. Jazyk je ovlivněn kulturou, ve které jedinec žije, a může tedy ovlivnit i způsob komunikace mezi jednotlivci i jejich sociální identitu. Rozdíly v jazyce jednotlivců mohou změnit myšlení či dokonce jednání jednotlivců (Jeanette, Basnight-Brown, 2022, s. 860-874).

Prostřednictvím slov jedinec sděluje obsah zpráv či informací, důležitá je kontrola věcné části sdělení, tedy toho, co a jak jedinec sděluje (Jeanette, Basnight-Brown, 2022, s. 860-874). Špatenková a Králová (2009, s. 35-37) zdůrazňují, že pro efektivní komunikaci je třeba informace sdělovat jasně, stručně a srozumitelně, přizpůsobovat jazyk pacientovu slovníku a využívat technik

aktivního naslouchání. Nejednoznačná nebo mnohoznačná slova či používání odborného jazyka vedou k nedorozuměním. Autorky popisují zásady efektivní komunikace s pacientem. Sestra by tedy měla při komunikaci s pacientem více poslouchat nežli mluvit, projevovat zájem o pacientovo sdělení, podporovat pacienta ve sdělení takových témat, která ho trápí, dále opatrně pomáhat pacientovi při formulaci jeho obsahů či přání, přání pacienta vždy respektovat, využívat technik oceňování, všimnout si změn u pacienta v čase a být v komunikaci pozitivní, avšak vždy volit slova obezřetně (Špatenková, Králová, 2009, s. 35-37).

### **2.2.2 Neverbální komunikace**

Ruku v ruce s verbálně sdělovanými informacemi jde komunikace neverbální. Jedná se o komunikaci tělem, jeho pohybem, postavením, úpravou vzhledu, výrazem obličeje, pohledem, doteky, postojem, ale také prostorem mezi komunikujícími či intonací hlasu. Jednodušeji řečeno se jedná o komunikaci probíhající beze slov (Špatenková, Králová, 2009, s. 28-34).

Venglářová (2006, s. 40-41) mezi neverbální komunikaci zařazuje následující oblasti: mimiku, proxemiku, posturologii, haptiku, kinetiku, gesta, pohledy a úpravu zevního vzhledu. (Venglářová, 2006, s. 40-41). Westlandová (2015, s. 12) vymezuje neverbální komunikaci jako způsob předávání verbálně sdělované informace. Tedy doplnění verbálního sdělení o postoj těla a jeho pohyby (např. pokrčení ramenou, překřížené nohy), gesta, výraz obličeje, doteky sebe či druhých, pohled i jiné personalizované pohyby. Dále do neverbální komunikace zařazuje i změny v dýchání, zabarvení kůže, mimovolní pohyby (třes při chladu nebo strachu). Dle autora jsou tyto neverbální projevy základem pro rozlišení pocitů druhého (Westland, 2015, s. 12).

### **2.3 Dobrá komunikace**

Lošťáková (2020, s. 21-26) hodnotí, že komunikace se neobejde bez emocí. Pro efektivní využití komunikačních technik a dosažení úspěšné komunikaci je však třeba s nimi umět pracovat. Pokud sestra či pacient komunikují pod vlivem silných emocí dochází v jejich interakci k využití neefektivních komunikačních strategií, tedy k protiútoky, obraně nebo ustrnutí (Lošťáková, 2020, s. 21-26). Pro dosažení efektivní komunikace je třeba, aby si sestra uvědomovala nejen své emoce, ale hodnotila také emoce pacienta a svůj komunikační projev tedy přizpůsobila komunikačnímu partnerovi a situaci, ve které spolu komunikují (Kelnarová, 2009, s. 17). V souvislosti s tím Vybíral (2005, s. 48) popisuje tzv. *komunikační kompetenci*, definuje ji jako technickou dovednost založenou na jazykové vybavenosti, rychlosti či dovednosti výběru slov. Jedná se však také o dovednost založenou na sebepojetí a sebevědomí

toho, kdo komunikuje. Tímto nahlížením komunikujícího na vlastní já je jeho dovednost komunikovat snižována či zvyšována. Ulutasdemirová (2017, s. 20-25) za dobrou komunikaci považuje takovou komunikaci, která je komplexním, cirkulárním a nevratným procesem, ve kterém jsou reflektovány celé osobnosti komunikujících a využití prvků aktivního naslouchání je nezbytné k jejímu dosažení. V rámci dobré komunikace by tedy sestra neměla přerušovat projev komunikujícího, naopak by měla projevit sounáležitost a snažit se pochopit sdělované. Dále by se měla soustředit na konverzaci, ale nenutit druhého do konverzace, pokud již komunikovat nechce. Také je důležité, aby sestra projevila zájem o obavy pacienta vhodnými technikami neverbální komunikace (např. náklonem ke komunikujícímu, doteky, očním kontaktem apod.), poskytovala faktické a stručné informace, tím dosáhla uvolnění úzkosti pacienta z dosud neznámého a nejasného. Měla by také reflektovat myšlenky a pocity sdělované komunikujícím, doptávat se ho otevřenými otázkami pro vyjasnění nejednoznačných informací, nevyrušovat pacienta, dokud sám sdělovanou myšlenku neukončí a být v komunikaci přesvědčivá. Komunikace sestry s pacientem by zároveň měla probíhat v tichém a nerušeném prostředí. (Ulutasdemir, 2017, s. 20-25).

Arnoldová a Boggs (2020, s. 35) definují efektivní komunikaci zjednodušeně jako komunikaci konkrétní a přesnou, jednoznačnou, stručnou, kompletní, důvěrnou a včasnou (Arnold, Boggs, 2020, s. 35).

### **3 KOMUNIKACE S PACIENTEM**

Komunikace s pacienty se od běžné komunikace odlišuje zejména obsahem sdělovaných informací. Mnohdy se jedná o informace nepříjemné, které i sestřím mohou způsobovat problémy při jejich sdělování. Je tedy třeba, aby komunikace sestry s pacientem byla empatická, připravena naslouchat a pomoci. Tyto nároky na sestry mnohdy nejsou naplňovány vzhledem k vysokému počtu pacientů a s tím souvisejícím nedostatkem času a prostoru pro komunikaci (Pospíchal, Šporcrová, 2020, s. 39). Při péči o pacienta se dle autorů Arnoldové a Boggse (2020, s. 8) setkáváme se dvěma způsoby komunikace – lineární a transakční. Volba způsobu komunikace je závislá zejména na obsahu sdělovaných informací a situaci, ve které probíhá. **Lineární komunikace** je jednoduchým komunikačním modelem, který se zaměřuje na odesílání a přijímání informací. Spoluutváření významů mezi komunikujícími výlučně není její součástí. Používá se zejména v krizových situacích, ve kterých je nejdůležitějším atributem čas. Komplexnějším modelem je **transakční komunikace**, kde se aktéři komunikace vzájemně

ovlivňují sdílenými myšlenkami. Tohoto modelu využíváme především za účelem vytváření vztahu s pacientem, získávání nových informací či změny v chování (Arnold, Boggs, 2020, s. 8).

### 3.1 Pacient z pohledu psychologie

*“Nemoc svým průběhem nebo ve svých důsledcích významně snižuje kvalitu našeho života. Je bez pochyby náročnou, jinak řečeno svízelnou životní situací. Nemoc znamená pro člověka radikální, byť dočasnou změnu sociální situace a prostředí, v němž se odehrává každodenní život. Je vnímána jako obtížně zvládnutelná, někdy jako nezvládnutelná.”* Tak popisuje roli nemocného Zacharová (2017, s. 23). Bednařík a Andrášiová (2020, s. 21-22) tvrdí, že stát se pacientem je pro jedince novou situací, do níž vstupuje se svou tělesnou i psychickou predispozicí. Temperament, emoční výbava, postojové a volní vlastnosti či intelekt hrají důležitou roli pro negativní i pozitivní prožívání nemoci, její zvládnutí i schopnost spolupráce při léčbě (Bednařík, Andrášiová, 2020, s. 21-22). Role pacienta zpravidla nebývá rolí vrozenou, častěji se jedná o roli získanou. Přináší s sebou negativní změny nejen v biologických funkcích, ale také v sociálních a psychologických oblastech. Nemocný člověk bývá dočasně nebo úplně vyloučen z výkonu zaměstnání a zpravidla u něho nedochází k uspokojování mnoha potřeb. (Zacharová, 2017, s. 22-23).

Pohled na pacienta, nemoc a zdraví se v průběhu historie vyvíjí. Nemoc byla nejprve spojována s nadpřirozenými silami a jedinec nenesl odpovědnost za svůj zdravotní stav. V antice se ale pohled na člověka proměňuje a člověk je spatřován celostně. Jedinec v prostředí je determinantou svého zdraví i zdraví komunity, má vnitřní sílu ho ovlivnit. Návrat ke spojení nemoci s nadpřirozenými silami je patrný v průběhu celého středověku a odklon od tohoto pohledu zpět k jedinci znovu vidáme až od 17. století (Slováčková, 2008, s. 86-90).

V průběhu 19. a 20. století se rozšiřuje tzv. **biomedicínský pohled** na nemoc a zdraví (Slováčková, 2008, s. 86-90). Tento model nahlíží na pacienta jako výhradně fyzickou bytost a zdroj nemoci pacienta hledá v narušených fyzických procesech (Ogden, 2019, s. 6). Nemoc je vnímána jako záležitost čistě tělesná, oddělená od psychologických či sociálních procesů. Kontroverzí k biomedicínskému modelu se ve 20. století stává **psychosomatika**. Na člověka nahlíží jako na bio-psycho-sociální bytost, kdy nedostatky v těchto složkách ovlivňují fyzické zdraví jedince (Slováčková, 2008, s. 90-92). Postupem času se vyvíjí **behaviorální medicína**, která rozšiřuje psychosomatický pohled, kde fyzicky projevená nemoc může mít zdroj také v behaviorálním problému (Ogden, 2019, s. 6-8). Kompromisem mezi behaviorální medicínou a psychosomatikou je **psychologie zdraví** (Slováčková, 2008, s. 92). Na vzniklou

nemoc nazírá jako na důsledek kombinace nedostatků v bio-psycho-socio-spirituální oblasti a předpokládá, že léčba nemoci je stejně komplexním procesem a probíhá tedy skrze změny v jednání pacienta, podporou změn v jeho přesvědčení i copingových strategiích v kombinaci s lékařskými doporučeními. Pacient je odpovědnou a aktivní součástí tohoto procesu (Ogden, 2019, s. 6-8).

### **3.2 Právní vymezení komunikace ve vztahu pacient – sestra**

Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, vymezuje rozsah informací, které smí sestra pacientovi sdělovat. V § 4 této vyhlášky je zaznamenán rozsah činností sester, které se týkají ošetrovatelských úkonů, hodnocení celkového stavu pacienta a kontroly nad léčivými či zdravotnickými prostředky. Také jsou zde uvedeny činnosti související s komunikací sestry s pacienty. Dle vyhlášky sestra:

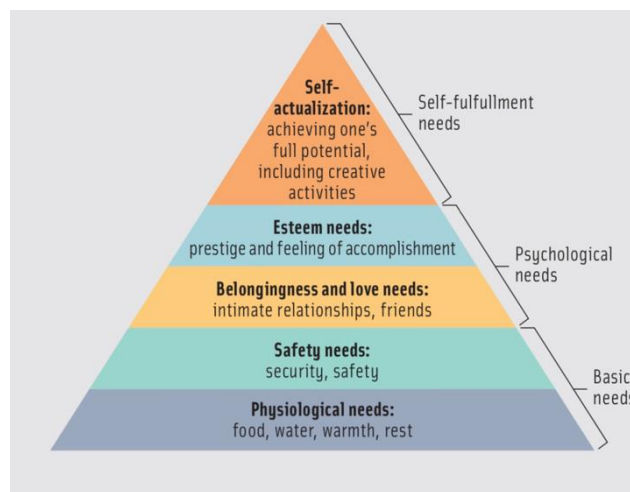
1. Vyhodnocuje potřeby pacientů a úroveň jejich soběstačnosti, zaměřuje se také na projevy onemocnění a rizikové faktory.
2. Pozoruje, hodnotí a zaznamenává stav pacienta.
3. Edukuje pacienty v ošetrovatelských postupech a připravuje informační materiály.
4. Orientačně hodnotí sociální situaci pacientů, rozpoznává potřebnost spolupráce se sociálním pracovníkem a zprostředkovává pomoc v sociálních a sociálně-právních záležitostech.
5. Poskytuje psychickou podporu umírajícím a jejich blízkým.
6. Zajišťuje činnosti v souvislosti s přijetím, překládáním a propouštěním pacientů (Česko, 2011).

Nevymahatelným dokumentem upravujícím činnosti sester související s komunikací sestra – pacient je Etický kodex sester vydaný Mezinárodní radou sester v roce 2000 (Česká asociace sester, 2000). Kodex upravuje normy etického chování sester při výkonu jejich povolání a ukládá jim základní povinnost pečovat o zdraví, předcházet nemocem, navracet zdraví a zmírňovat utrpení. Sestry jsou kodexem vázány respektovat lidská práva, důraz je kladen především na zachování života, důstojnosti a úcty k pacientovi, měly by poskytovat ošetrovatelskou péči bez jakékoli diskriminace pacienta. Kodex také upravuje činnosti spojené s podáváním informací pacientům, při němž by sestra měla dbát na vytvoření vhodného prostředí, ve kterém jsou:

- respektována lidská práva, hodnoty, zvyky, duchovní přesvědčení nejen pacientů, ale i jejich rodin a komunity.
- Poskytovány pacientovi dostatečné informace důležité pro poskytnutí souhlasu s péčí a terapií (Česká asociace sester, 2000).

### 3.3 Potřeby pacienta

Poston (2009, s. 347-353) identifikoval pacientské potřeby z pohledu Maslowovy pyramidy potřeb popsané ve 20. letech 20. století (viz. obrázek č. 1 Maslowova pyramida potřeb).



Obrázek č. 1 Maslowova pyramida potřeb (Poston, 2009, s. 348)

Dva pacienti z různých sociálních sfér se stejným onemocněním mohou v uspokojování potřeb dosáhnout stejné úrovně. Pacient bude jistě mezi uspokojováním potřeb prioritizovat. Tedy je zcela obvyklé, že ve stavu závažného onemocnění je uspokojování vyšších potřeb upřednostňováno před potřebami fyziologickými. Jakýkoli pacient v jakýkoli čas může v rámci pyramidy zažít regresi v uspokojování potřeb (Poston, 2009, s. 347-353).

Adam et al. (2022, s. 103-110) tvrdí, že důležitou potřebou člověka v situaci, kdy přejímá roli pacienta, je funkční a podporující sociální prostředí pacienta, ale i způsob zvládání stresových situací pacienta a jeho nejbližších. Sociální prostředí pacienta se během nemoci a léčby zpravidla mění. Negativní vliv na prognózu onemocnění má právě změna v sociálním prostředí pacienta, např. rozvod či separace. Autoři vyzdvihují zejména potřebu pacientů komunikovat a sdílet své emoce spojené s onemocněním. Velmi důležité také je, aby komunikace s pacientem probíhala v jeho tempu, které zpravidla vyžaduje čas a trpělivost. Centrem komunikace je pacient a jeho potřeby. Poskytnutí vhodného a klidného prostoru pro sdílení emocí vztahujících se k nemoci je velmi důležitým prvkem (Adam et al., 2022, s. 103-110).

Pacient je celistvá bio-psycho-socio-spirituální bytost a v rámci tohoto holistického přístupu je pacientův stav hodnocen dvěma pohledy. Sestra o pacienta pečuje jako o individualitu mající biologickou a sociální složku, reflektuje ale také široké spektrum dimenzí pacientova bytí a na nemoc nenazírá jako na jednoznačně definovanou. Sestra je schopna rozlišit mezi objektivním a subjektivním pohledem na onemocnění. Vztah pacienta a sestry je rovnoprávný, oba jsou obeznámeni s tím, co je důležité. Mají individuální schopnosti a právo vlastní volby při rozhodování (Papathanasiou et al., 2013, s. 1-5).

### 3.4 Vyrovnávání se s nemocí

Pacienti a jejich rodiny prožívající stres spojený s onemocněním volí autentické copingové strategie pro překonání momentálních zátěžových situací. Popisujeme je jako odezvu na vzniklé zátěžové situace. Volba copingové strategie závisí na osobnosti člověka prožívajícího stres a dříve osvojených technikách zvládnání stresu. Copingové strategie ovšem nemusejí být výlučně funkční, setkáváme se i s iracionálním chováním, které mnohdy doprovází nemocí vyvolané pocity strachu, paniku, šok nebo ztrátu naděje. V těchto situacích by měla sestra být schopna identifikovat pacientovy pocity a pomoci mu je verbalizovat (Morton, Thurman, 2023, s. 50).

Reakce pacienta na nemoc může být i nepřiměřená a nestandardní. Takové reakce celkové zvládnání nové zátěžové situace komplikují. Pacient může svoji situaci **bagatelizovat**, tedy podceňovat její závažnost. Setkáváme se také s postojem **repudiačním**, kdy pacient zapuzuje, potlačuje myšlenky na nemoc. Záměrné zkreslování či popírání projevů nemoci označujeme jako **disimulaci**. Někteří pacienti se naopak dostávají do **nozofobního** postoje k nemoci, které se nadměrně obávají a agravují i drobné obtíže. Vystupňovaným nozofobním postojem k nemoci je postoj **hypochondrický**, kdy se jedinec domnívá, že trpí závažným onemocněním, ačkoli onemocnění závažné není. **Nozofilním** postojem pacient na nemoc nazírá skrze příjemné oblasti, tedy např. že nemusí plnit povinnosti. Vystupňování nozofilního postoje pacient usiluje o získání soucitu, ohledu či úniku z nepříjemné situace. Postoj k nemoci se stává **účelový** (Zacharová, 2017, s. 24).

Bednařík a Andrášiová (2020, s. 21-22) popisují tři možné komplikované osobnostní rysy pacientů a strategie zvládnání zátěžové situace, které komplikují průběh léčby.

1. **Depresivní** pacient je rigidní osobnost, která má pasivní přístup ke zvládnání zátěžové situace. Volí známé strategie zvládnání zátěžových situací, které však nemusí být efektivní.
2. **Syndrom hopelessness – helplessness** je osobnost, která má sníženou schopnost řešení zátěžové situace. Takový pacient má tendenci rychle se vzdávat a nejednat. Syndrom

nemusí být pouze osobnostním rysem pacienta, ale může se také objevit v reakci na náhlou psychickou zátěž (např. sdělení závažné diagnózy).

3. **Nízké skóre hardiness.** Onemocnění vnímají jako životní prohru. Jsou pasivní, víru v uzdravení téměř postrádají (Bednařík, Andrášiová, 2020, s. 21-22).

Proces adaptace na novou zátěžovou situaci lze také popsat prostřednictvím pěti fází smutku E. K. Rossové (2015, s. 50-101), tedy popírání, hněvu, smlouvání, deprese a smíření. Sama autorka popisuje, že fáze slouží pouze k orientačnímu náhledu do možných reakcí jedince na nemoc. Jedinec tedy během adaptace na nemoc může projít pouze některou z fází, také se fáze mohou opakovat či prolínat. Nelze jasně tvrdit, že každý dosáhne fáze smíření.

1. *Fáze popírání* v sobě skrývá neschopnost uvěřit v závažnost či existenci onemocnění.
2. *Ve fázi hněvu* autorka popisuje konfrontaci jedince s vystupňovanými negativními pocity např. strachu, paniky, ublížení a samoty. Zástupně jsou tyto pocity manifestovány hněvem vůči sobě či druhým. Jedinec se tedy hněvem vyrovnává s těmito skrytými emocemi, hněv je tedy ozdravný a je nezbytnou fází v procesu smíření.
3. *Ve fázi smlouvání* jedinec především prožívá svoji situaci skrze myšlenky 'kdyby se tak jenom,' nebo 'co kdyby...'. A udělal by vše pro navrácení stavu před zátěžovou situací.
4. Jedinec zažívající prázdnotu, všeobjímající nekončící smutek, demotivaci ke všedním činnostem se nachází ve *fázi deprese*. Uvědomění si těchto pocitů a poskytnutí prostoru pro jejich odžití je důležitým krokem pro překonání zátěžové situace.
5. Poslední fází adaptace na zátěžovou situaci je *fáze smíření*. Nehovoříme však o stavu, kdy jedinec spatřuje svoji situaci jako správnou. Autorka popisuje fázi smíření jako proces, kdy se jedinec snaží s novou situací vyrovnat. Mění se jeho postoj k situaci, jedinec se psychicky uvolňuje a je schopen spolupráce vedoucí ke změně (Kübler-Ross, 2015, s. 50-101).

### 3.5 Komunikace s umírajícím pacientem

Z výzkumů provedených organizací Vital Talks mezi lety 2002-2019 v zemích USA vychází, že potřeba umírajících pacientů hovořit o závažném onemocnění se sestrou je v mnoha případech nedostatečně saturována. Taktéž výzkumy ukazují, že někteří pacienti v posledním měsíci jejich života nedostávají péči v souladu s jejich přáním (VitalTalks, 2019).



Jestliže chceme situaci pacienta porozumět, je třeba vést rozhovor citlivě. Takový rozhovor pravděpodobně odhalí chápání pacienta i jeho potřeby (Mannix, 2021, s. 27-30).

### **3.5.1 Specifické potřeby umírajícího pacienta**

Pro potřeby této bakalářské práce vymezují pojem umírající pacient dle Zavadové (2019b, s. 353-381), která popisuje terminální stav onemocnění následovně: *“Pojem terminální stav je definován jako období ireverzibilního poklesu funkčního stavu pacienta, které končí smrtí. K úmrtí většinou dochází během dnů. Časové rozpětí je 24 hodin až 14 dnů.”* Zhoršuje se klinický obraz pacienta, prohlubují se stávající symptomy a objevují se symptomy nové. Rozsah a místo poskytované péče by v tuto chvíli měly být ve shodě s preferencemi pacienta (Zavadová, 2019b, s. 353-381).

Nejčastějšími nežádoucími symptomy onemocnění řešenými v paliativní péči jsou dle škály ESAS *bolest, únava, ospalost, nevolnost, nechutenství, dušnost, deprese, úzkost* a další (např. zácpa) (Sláma et al., 2019, s. 96-104). Priority umírajících pacientů a ošetřujícího lékaře se však mohou lišit. Prioritou ošetřujícího lékaře je ukončení neúčelné a nepřiměřené léčby, nezahajuje se již žádná další, avšak přetrvává snaha o zachování co nejlepší *kvality života*, se kterou se pojí rozhovor s pacientem o jeho potřebách v závěru života, zároveň se zaměřuje na řešení nežádoucích projevů onemocnění (Zavadová, 2019b, s. 353-381). Avšak priority umírajících pacientů nemusí být zaměřeny jen na řešení symptomů onemocnění. Kalvach a kol. (2019, s. 19) popisuje potřeby umírajících pacientů jako velice individuální. Často se jedná o priority umírajících pacientů spojené s potřebami *nestrádat* (tlumení bolesti a utrpení), *neoddalovat smrt, umírat v kontaktu s blízkými, být autonomní a soběstačný, zachovat si sebeúctu a důstojnost, a být v bezpečí* (Kalvach, a kol., 2019, s. 19). Péče o umírajícího pacienta se tak zaměřuje na udržení co nejvyšší kvality zbývajících života, kterou pacient sám subjektivně hodnotí. Jedná se především o zhodnocení oblastí tělesného a psychického komfortu, samostatnosti a nezávislosti, spirituality a náboženství, prostředí a vztahů (Sláma, 2019, s. 96-104). Dále se jedná o řešení symptomů pokročilého onemocnění. Fyzické symptomy se projevují i v psychické a sociální rovině. U pacienta můžeme vidat pocity strachu, studu, ohrožení vlastní důstojnosti či představu pacienta o negativním hodnocení ze strany okolí (Dostálová, 2016, s. 72).

### **3.5.2 Specifika komunikace s umírajícím pacientem**

Komunikace s umírajícím pacientem má svá specifika. Zacharová (2017, s. 132-133) popisuje, že by sestry měly při komunikaci s umírajícím pacientem uplatňovat nedirektivní přístup. Pokud si pacient nepřeje jinak, poskytujeme mu pravdivé informace o jeho stavu, nicméně informace o diagnóze i prognóze onemocnění předává vždy lékař, sestra však tyto informace

doplňuje. Nikdy neodhadujeme čas, který nemocnému zbývá a nepoužíváme slova posilující strach a úzkost. Respektujeme naději na zlepšení zdravotního stavu nebo jeho vyléčení, jsme ohleduplní a taktní jak k pacientovi, tak k jeho blízkým osobám, kterým umožňujeme fyzickou přítomnost i tělesný kontakt s pacientem. U pacienta i jeho blízkých detekujeme fázi prožívání závěru života dle E. K. Rossové. Fázi, ve které se pacient či jeho blízcí nachází, respektujeme a přizpůsobujeme jí způsob komunikace. Rodině poskytujeme dostatek informací i odbornou pomoc (Zacharová, 2017, s. 132-133).

Komunikace s umírajícím pacientem cílí na ozřejnění toho, jak pacient rozumí svému stavu. Současně vede k oboustrannému porozumění problému umírajícího pacienta, jehož řešení probíhá v kontextu jeho hodnot a preferencí. Také cílí na objasnění psychosociálního kontextu umírajícího pacienta a povzbuzení jeho spolupráce v rozhodování o dalším postupu (Zavadová, 2019a, s. 14-26). Rozhovor s umírajícím pacientem je tedy rozhovorem nesoudícím a nehodnotícím, jsou zde využívány tiché pauzy s cílem zklidnění hovoru a umožnění o tématu přemýšlet více do hloubky. V průběhu rozhovoru je ověřováno vzájemné porozumění za využití otevřených otázek, parafrázování sdělovaného, zrcadlení pocitů a nakonec shrnutí rozhovoru. Důležité je také mít na paměti, že při komunikaci s pacientem nemusíme vědět, jak na citlivá témata reagovat, či jak problém vyřešit. Mnohem důležitější je pacientovi aktivně naslouchat, a tím budovat vztah důvěry (Mannix, 2021, s. 27-30).

### **3.5.3 Paliativní péče**

Definice paliativní péče je popisována napříč mnoha autory. Kalvach a kol. (2019, s. 14) říká, že paliativní péče je: „...cílevědomá, ucelená (komplexní) kvalifikovaná podpora lidí se závažným, příčinně neléčitelným a život zkracujícím onemocněním (zdravotním stavem) a podpora jejich rodin.“ Vychází z humanistické psychologie. Jejím cílem je podpora umírajícího člověka, zmenšení jeho utrpení, respekt k životu a naději, posilování smyslu života a zajištění kontaktu s nejbližšími lidmi. Je poskytována pacientům, kteří očekávaně a neodvratně umírají v domácím prostředí, v pobytových zařízeních sociální péče či zdravotnických zařízeních (Kalvach a kol., 2019, s. 14-19). Hallenbeck (2022, s. 9) popisuje, že v dnešní době se na paliativní péči nenahlíží pouze jako na péči poskytovanou umírajícím pacientům, ale spíše jako na péči o pacienty se závažným, život limitujícím nebo chronickým onemocněním a poskytování paliativní péče je pro pacienta výhodné v jakékoli fázi závažného onemocnění (Hallenbeck, 2022, s. 9).

Skála et. al. (2011, s. 4) rozdělují paliativní péči na obecnou a specializovanou. Obecná paliativní péče je popisována jako klinická praxe u pacienta s pokročilým onemocněním. Zahrnuje vstřícnou, otevřenou a empatickou komunikaci s pacientem i rodinou, léčba i péče je orientována na kvalitu života, léčbu symptomů a psychosociální podporu. Poskytují ji lékaři všech odborností ve spolupráci s rodinou nemocného, jinými ambulantními specialisty, agenturami domácí ošetrovatelské péče a domácími pečovatelskými službami. Specializovaná paliativní péče je aktivní týmovou spoluprací odborníků vzdělaných a zkušených v této oblasti. Plynulý přechod ke specializované paliativní péči je organizovaný u pacientů a jejich rodin, kde komplexnost jejich obtíží přesahuje možnosti poskytovatelů obecné paliativní péče (Skála et. al., 2011, s. 4)

V České republice je dle Cesty domů z.s. 377 poskytovatelů paliativní a hospicové péče. Specializovaná paliativní péče je poskytována domácími hospici, lůžkovými hospici, na paliativních lůžkách a rodinných pokojích, konziliárními paliativní týmy, ambulancemi paliativní medicíny a agenturami domácí péče pro pre/terminální pacienty. Specializovaná paliativní péče je také poskytována 32 konziliárními paliativními týmy při nemocnicích (Cesta domů, 2023).

# PRŮZKUMNÁ (PRAKTICKÁ) ČÁST

## 4 METODIKA PRŮZKUMNÉ (PRAKTICKÉ) ČÁSTI

Bakalářská práce se zaměřuje na zkušenost všeobecných sester pracujících na standardních odděleních nemocnic v komunikaci s umírajícími pacienty. Cílem průzkumu je ověřit, zda se komunikační strategie používané v komunikaci s umírajícími pacienty oproti strategiím používaným v komunikaci s ostatními pacienty odlišují.

Pro výběr respondentů je zvolena tzv. metoda záměrného výběru. Ta je dle Miovského (2006, s. 156) nejrozšířenější metodou výběru průzkumného vzorku. Specifickými kritérii výběru respondentů jsou definovány následující:

1. Všeobecné sestry pracují na nemocničních odděleních standardního typu.
2. Všeobecné sestry neabsolvovaly komunikační kurzy ani kurzy zaměřené na péči o umírající pacienty.

Konečný počet respondentů je šest všeobecných sester vybíraných řetězovým výběrem respondentů, tzv. sněhová koule. Sběr dat probíhal skrze polostrukturovaný rozhovor (Hendl, 2023, s. 49-55).

<b>Respondent</b>	<b>Věk</b>	<b>Délka praxe v letech</b>	<b>Vzdělání</b>
R1	22	1	Bakalářské
R2	25	3	Bakalářské
R3	24	2	Bakalářské
R4	27	5	Magisterské
R5	22	2	Bakalářské
R6	24	2	Bakalářské

Tabulka č. 1 respondenti – data

Rozhovory obsahovaly 7 otázek popsanych níže, dle odpovědí respondentů byly tyto otázky rozšířeny o další doplňující otázky.

1. Představte si svůj běžný den na oddělení a Vaše rozhovory s pacienty. Jak asi vypadá Váš běžný den, zaměříte-li se na interakce s pacienty?

2. O čem nejčastěji s pacienty komunikujete?
3. Představte si nejběžnější ošetrovatelský úkon, který během dne provádíte. Jak s pacienty provádění tohoto úkonu komunikujete?
4. Osvědčily se Vám v komunikaci s pacienty nějaké konkrétní kroky/techniky, které používáte?
5. Pečovala jste během své praxe o pacienta umírajícího?
6. Nyní si představte, že o takového pacienta pečujete (*umírajícího*). Jak byste s tímto pacientem nejběžnější ošetrovatelský úkon komunikovala?
7. Jaké to pro Vás je, přemýšlet o péči o umírajícího pacienta?

## **4.1 Cíle**

Hlavním cílem práce je zjistit, zda se komunikační strategie všeobecných sester na standardních nemocničních odděleních s umírajícím pacienty liší od běžně užívaných komunikačních strategií s pacienty neumírajícími.

### **4.1.1 Hlavní průzkumná otázka**

Odpověď na hlavní průzkumnou otázku (HPO), tedy: *Jak se liší komunikační strategie všeobecných sester na standardních nemocničních odděleních s umírajícím pacienty od běžně užívaných komunikačních strategií s pacienty neumírajícími?*, by měla přinést náhled na přístup všeobecných sester standardních oddělení při komunikaci s pacienty a zároveň odhalit, zda komunikace s umírajícími pacienty všeobecným sestřám nepřináší do pracovního prostředí větší zátěž.

Přínosem této práce do praxe všeobecných sester by mělo být nalezení vhodného řešení případné zátěže související s komunikací s umírajícími pacienty. Moje anticipovaná představa o žádoucím stavu je schopnost všeobecných sester užívat takové komunikační strategie, které vedou k vyrovnání této možné zátěžové situace spojené s komunikací s umírajícími pacienty. Jinými slovy, všeobecná sestra je schopna poskytovat péči umírajícímu pacientovi bez větší zátěže související s nároky kladenými na komunikaci s těmito pacienty. Z toho vyplývá, že všeobecná sestra disponuje dostatkem znalostí v oblasti komunikace s umírajícím pacientem a v oblasti péče o umírající pacienty, které vedou k naplňování vlastních očekávání v těchto oblastech.

### **4.1.2 Dílčí průzkumné otázky**

Dílčí průzkumné otázky (DPO) mají pomoci zjistit:

1. Jaké komunikační strategie všeobecné sestry užívají při komunikaci s pacienty?

2. Jaké komunikační strategie všeobecné sestry užívají při komunikaci s umírajícím pacienty?
3. Vnímají všeobecné sestry komunikaci s umírajícím pacienty jako více náročnou oproti komunikaci s pacienty neumírajícími?

## **4.2 Interpretace průzkumných dat**

Zásadní součástí kvalitativního průzkumu je obsah rozhovorů s respondenty a jeho interpretace. Tato interpretace je vždy výtvorem výzkumníka a závisí na jeho životním kontextu a jeho předchozích zkušenostech (Řiháček, et al., 2013, 9-44). Závěrem proběhlé interpretace dat jsou jednotlivé kategorie, které jsou tvořeny podobnými tématy plynoucími z rozhovorů s respondenty. Také je patrné, že některá témata jsou nadřazená tématům jiným, podtématům.

Po přepisu jednotlivých rozhovorů s respondenty proběhla analýza jejich obsahu. Vyhodnocením podobností a odlišností zkoumaných dat vyplynula z rozhovorů hlavní témata, která respondenti v souvislosti s komunikací s pacienty probíhající během jejich ošetrovatelské praxe popisují. Napříč rozhovory se setkáváme s hlavními tématy rozhovorů mezi všeobecnými sestrami a pacienty, kterými jsou:

1. Komunikační strategie
2. Komunikace o závažné prognóze a smrti
3. Popis ošetrovatelské činnosti
4. Komfort pacienta

Z analýzy dat také vyplývá, že některá hlavní témata obsahují rozmanité informace. Tyto informace byly rozděleny do podtémat se stejným obsahem. Hlavní téma komunikační strategie bylo dále členěno na podtémata: odvedení pozornosti pacienta, neverbální komunikaci a projevení zájmu o pacienta. Do dílčích podtémat bylo také rozděleno hlavní téma komfort pacienta. Jeho podtémata jsou: spánek, bolest, pohyb, psychika a důstojnost.

Závěry z analýzy témat jsou popsány níže v textu.

### **4.2.1 Komunikační strategie**

Komunikačními strategiemi jednotlivých respondentů popsaných v průběhu rozhovorů jsou odvedení pozornosti (od nepříjemných úkonů, závažné dg., nepříjemných pocitů), neverbální komunikace a dotek a projevení zájmu o pacienta.

#### 4.2.1.1 Odvedení pozornosti pacienta

O odvedení pozornosti (od nepříjemných úkonů, závažné dg., nepříjemných pocitů apod.) se během rozhovorů zmiňují respondenti R2, R3, R4 a R6. Respondenti R2 a R6 odvedení pozornosti uvádí pouze v souvislosti s komunikací s neumírajícími pacienty při výkonu nepříjemných či bolestivých ošetrovatelských úkonů. R2: *No, takže se s nima snažim při těch odběrech komunikovat, kor u lidí, kteří se odběrů bojí. Jo jako, tak to si povídáme právě o těch věcech: ‚Tak mi třeba něco povídejte o rodině.‘ Jo a najednou ti lidi jako změněj a zapomenou, že se něco děje kolem nich.*“ U pacientů umírajících pak tuto komunikační techniku odvedení pozornosti popisují respondenti R3 a R4. R4: *„My se bavíme jako o běžných věcech. Protože některý pacienti na svou diagnózu reagujou dobře a některý jsou jako takový rezignovaní a nechtěj se o tom bavit. A jsou takový jako hodně zabubřelý a tak. Ty pacienti, kteří jsou takový zabubřelý, tak se s nima snažim povídat jako třeba o něčem hezkým.*“

Tuto komunikační strategii respondenti také zmiňují v podtématu komunikace sester s umírajícími pacienty o nepříznivé prognóze či umírání. Detailněji je toto téma zpracováno v kapitole 3.2.2 Komunikace o závažné prognóze a smrti.

#### 4.2.1.2 Neverbální komunikace

Důležitost neverbální komunikace, především doteků uvádí respondenti R1, R2, R3 a R5. R1: *„A určitě jsou důležitý občas i dotyky. A takovej ten fyzickej kontakt. Třeba když jde ten člověk na nějakou operaci a bojí se, tak je třeba kolikrát lepší než kolikrát něco říkat ho třeba chytnout za ruku. Že ty lidi se pak kolikrát víc uklidněj, ...“* Respondenti R3 a R5 užití doteků při komunikaci zmiňují zejména při kontaktu s umírajícími pacienty. R3: *„Ale kolikrát vidím, že i víc je to, že toho pacienta člověk chytí třeba jenom za ruku, že ho pohladí. A že tam je s ním. A to je fakt pravda, že i to kolikrát stačí. A oni se usmějou a váží si toho.*“

V souvislosti s neverbální komunikací respondenti R1 a R3 také mluví o zkušenosti, kdy si neverbálními projevy pacientů ověřují jejich pocity nebo pochopení sdělovanému. Respondent R1 kontrolu neverbální komunikace provádí zejména při komunikaci s umírajícími pacienty v reakci na prováděné ošetrovatelské úkony. R1: *„Protože jsme si všimli, že třeba u těchto lidech na morfinech, kteří jsou takový spavější, nevnímaj, že pak reagujou nějakým způsobem, když jim řekneme něco. Že reagujou mnohem líp, než když jim to neřeknem a většinou u těchto lidí se to projevuje různýma grimasama v obličejí, mimikou hlavně, nebo třeba oni mají často takový ty, že ti vystřelej najednou rukou.“* Respondent R3 oproti tomu uvádí, že sledování neverbální komunikace pacientů mu napomáhá při ověření, zda pacienti

rozumí sdělovanému. R3: „*Sleduju to vlastně na jejich výrazu, jestli, člověk to vidí z očí. A taky se jich zeptám: „Rozuměla jste mi? Chápete, co jsem vám teďka říkala?“ A oni: „jo“, „ne“ nebo mlčej, takže člověk třeba ví, že fakt neslyšeli. Tak se jim to snažím znova zopakovat. Abych věděla, že jako vědí, co jdu dělat.“*

Důležitost neverbální komunikace respondenti spatřují napříč celou jejich praxí. Z výpovědí respondentů je patrné, že dotek jako komunikační strategii používají zejména při komunikaci s umírajícími pacienty. Nicméně celkově lze zhodnotit, že pro využití technik neverbální komunikace pro respondenty není důležité, zda je pacientem osoba umírající či neumírající.

#### **4.2.1.3 Projevení zájmu o pacienta**

Další komunikační strategii pro navázání efektivní komunikace a vztahu s pacientem vyplývající z rozhovorů s respondenty je snaha o projevení zájmu o pacienta. Respondenti R1, R5 a R6 uvádí, že zájem o pacienta projevují při poskytování péče pacientům umírajícím i neumírajícím. Respondent R3 se v tomto tématu odkazuje výlučně na komunikaci s pacienty umírajícími. R1 takovou komunikaci s pacienty popisuje skrze poskytnutí prostoru pro vyjádření pacientových obav či myšlenek souvisejících s jeho zdravotním stavem. R1: „*Že jako je taky hodně důležitý toho pacienta správně edukovat, a hlavně ho vyslechnout. ... A ten pacient má třeba otázku, ať je to sebevíc blbá otázka, logická, jednoduchá otázka, tak pro toho pacienta je to zásadní, ač pro mě je to logický, že když jsem měla ucpaný střeva, tak že si nedám nějaký to zelí, tak pro toho pacienta je to takový, že doted' mu to nedělalo problémy, proč bych si to nemohl dát znovu.“* Respondenti R5 a R6 sdělují, že projevení zájmu o pacienta probíhá prostřednictvím rozhovorů o neformálních tématech, o která pacient sám jeví zájem. R5: „*Ale takhle když se jakoby propojím s tím pacientem, tak je to zas o něco jiný, že tam třeba přijdu. A oni: „Jo, to jste vy, co malej?“ Já se taky zeptám, že jo. Protože většinou tam jsou starší ročníky, takže už maj vnoučata pravnoučata, takže tak. Já se zeptám, jak se jmenujou, takže oni mě řeknou: „Tak co Jeníček?“ a já řeknu: „No a co Toníček?“ a to a je to takový...“*

Respondenti R1 a R3 se také zmiňují o potřebě projevit zájem o pacienta umírajícího. V komunikaci s takovými pacienty také navazují na neformální a osobní témata týkající se pacienta. R1: „*Mně to přijde takový lepší s ním komunikovat o běžnejch věcech. A třeba říct: „Paní Nováková, kdybyste viděla, jakej krásnej obrázek vám vnučka přinesla!“ A třeba začnu popisovat ten obrázek, při tý hygieně. Mně přijde, že ten člověk je pak klidnej, leží si prostě, pohoda. Není nějakým způsobem rozrušený.“*



Závěrem lze říct, že z rozhovorů s respondenty vyplývá, že zájem o pacienta není podmíněn tím, jestli je pacient umírající či nikoli.

#### 4.2.2 Komunikace o závažné prognóze a smrti

Respondenti během rozhovorů uváděli téma komunikace s pacienty o závažné prognóze onemocnění a smrti. Z podstaty obsahu tohoto tématu respondenti komunikaci o závažné prognóze onemocnění a smrti zmiňují pouze v souvislosti s umírajícími pacienty. Z rozhovorů obecně vyplývá, že respondenti komunikaci na toto téma s pacienty aktivně neotevírají a je pro ně v ošetrovatelské praxi spíše zátěží. Pouze respondenti R1 a R6 uvádí, že téma závažné prognózy či umírání jim větší zátěž nečiní a odkazují se tedy přímo na komunikační techniky, které při takových rozhovorech s pacienty využívají. R1: *„Pro mě je důležitý toho člověka připravovat, jako nelhat mu: ‚Vy tady budete ještě dalších 10 let.‘ To mi přijde zbytečný, když ten člověk mi řekne: ‚Ale já vim, že mi zbývají poslední dva měsíce života. Jako neříkejte mi to, když já to stejně vím.“* Respondenti R1 a R6 popisují, že při komunikaci s umírajícími pacienty zjišťují jejich preference a přání a na jejichž základě probíhají další rozhovory s pacienty i péče o ně. R1: *„... ačkoli nejsem v nějakém paliativním týmu nebo to, tak ale třeba kolikrát ty lidi řeknou: ‚Kam já půjdu?‘ Tak třeba jim dát myšlenku, že existuje nějaký ten hospic, mobilní hospic, že existují nějaký charity, který jim prostě pomůžou, se zlepšením.“*

Další respondenti popisují, že komunikace s umírajícími pacienty o nepříznivé prognóze a umírání jim při výkonu ošetrovatelské praxe zátěž činí. Z výpovědí vyplývá, že tato zátěž pramení z obavy sester, že na položené otázky, či myšlenky pacientů k těmto tématům budou nesprávně reagovat. Respondenti R2, R3 a R4 popisují pocity strachu z ublížení pacientovi nevhodnou reakcí na jeho myšlenky a otázky. R4: *„Jojo, protože nevím, jak se s nima mám bavit o tom umírání. Že se bojím, abych tam neřekla něco špatného, tím smyslem, že ten pacient pak bude psychicky dekompenzovaný.“* Respondenti R2 a R5 popisují, že při otázkách pacientů na tato témata raději ve své komunikaci volí únik z nekomfortní situace. R2: *„Jo, že to je ten můj největší problém. Takže pak se těm lidem člověk i nevědomky vyhýbá. Vim, že se mě tam nechce na ten pokoj v tu chvíli chodit. Jo, protože nevím, co mi řeknou, abych jim neublížila, abych neřekla nějakou blbost.“*

Z výpovědí jednotlivých respondentů lze tedy vyčíst, že komunikace s umírajícími pacienty na téma nepříznivé prognózy onemocnění a umírání není pro některé sestry tématem příjemným a téma jim v komunikaci činí zátěž.

### 4.2.3 Popis ošetrovatelské činnosti

Nejběžnějším obsahem komunikace s pacienty, který respondenti zmiňují je popis výkonu jejich ošetrovatelské praxe. R5: „*Takže vlastně tam přijdu, že jo s tou infuzí a povím jim: „Tak vám jdu kapat antibiotika máte je od tolika do tolika. Položte se ...“ A třeba ať se jdou vyčurat a že jestli pak budou potřebovat jít na velkou na malou, tak prostě ať zazvoní, že jim to bude kapat třeba dvě hodinky.*“ R4: „*Jestli někdo něco nepotřebuje, nebo jestli se něco neděje. Hlavně ty pacienti jsou poučeni, že kdyby se něco dělo, něco se nezdálo, tak mají zazvonit, nebo přijít na sesternu.*“

Respondent R1 během rozhovoru popisuje, že efektivní komunikace mezi sestrou a pacientem ovlivňuje spokojenost pacientů s péčí a posiluje změny přispívající k jejich zdraví: „*A popisuju i to, co by ten pacient ani nemusel vědět: „Ted'ka ruším podtlak, aby vás to vytahování nebolelo.*“ Pak říkám: „*Budeme počítat do tří. Na tři se pořádně nadechnete a já to vytáhnu.*“ ... *A je fakt, že mi už nespočet pacientů řeklo, že je to fakt vůbec nebolelo. A že už to měli třeba podruhé, a že jim tohle ještě nikdo neřekl, že se musí nadechnout a bolelo je to.*“ R1 také popisuje, že dialog s pacientem o probíhajícím ošetrovatelském úkonu napomáhá k vytvoření účinného partnerství v léčebném procesu, účinnější diagnostice a včasném rozpoznání zdravotních komplikací. R1: „*Občas ten pacient řekne: „Mě to bolí.*“ A to je takový jakože, když ho to bolí tak ten doktor tam sáhne ve sterilních rukavicích do toho břicha a zjistí, že je tam další dutinka, hnis, že se to musí vyčistit. Přijde mi, že když se s tím pacientem komunikuje, tak upozorní na ty věci, kterých by si ten doktor kolikrát ani nevšiml.“ Respondenti také dodávali, že komunikace o ošetrovatelském úkonu je důležitá i za předpokladu, že od pacienta nedostávají verbální odezvu. Pacient tedy v tomto případě není aktivně komunikující a nachází se v terminálním stavu onemocnění.

Z výpovědí respondentů R1, R2, R3 a R5 zároveň vyplývá, že popisem ošetrovatelských úkonů navazují vztah s pacienty a posilují jejich důvěru. R3: „*A pak teda následně provádím ten odběr krve, kdy prostě jim říkám: „Ted' vám zaškrtnu ruku. Podívám se na obě ruce, kde ta žilka bude lepší. Šlo by to třeba tady.*“ I se jich ptám, na který ruce pravidelně odebíraj, jestli s tím nemaj třeba problém, jestli se jim nedělá špatně. To si hlídám. Pak teda zaškrtnu tu ruku, samozřejmě a snažím se během toho odběru zase popisovat, co jdu dělat. S tím, že teda to trochu bude štípat, píchne to, odeberem to. ... Tak u těch, kteří nereagujou, tak vlastně i tak se snažím chovat se k nim jako kdyby vnímali. ... Vždycky taky při úkonu přijdu, sáhnu na rameno, pohladím, oslovím. A pořád vysvětluju, co jdu dělat.“

Závěrem je důležité konstatovat, že sestry vnímají popis ošetrovatelské činnosti pacientovi jako nedílnou součást své praxe nezávisle na zdravotním stavu pacienta.

#### 4.2.4 Komfort pacienta

Rozsáhlým tématem rozhovorů s respondenty je komfort pacientů. Respondenti popisují 5 specifických oblastí komfortu pacientů: **spánek, bolest, pohyb, psychiku a důstojnost pacientů**. Respondenti R1 a R3 ve svých výpovědích reflektují nejen uspokojování fyzických potřeb pacientů, ale i vyšší potřeby pacientů. R3: *„Tak třeba takový ty oblasti. Třeba bolest, nebo i pocity, jak se maj. Jestli nemaj nějaký psychický potíže třeba. To pak zahrnuje i to, jestli nejsou nějaký rodinný problémy.“* Stejní respondenti také reflektují, že důležitou součástí komfortu pacientů je i jejich sociální prostředí. R1: *„Takže pro nás je hodně důležitý mluvit fakt o těch pocitech, jak se cejtěj, co jim chybí. U různých případů řekneme, ať si klidně zavolají rodinu i mimo návštěvní den.“* Respondenti R3 a R6 také popisují, že umírající pacienti a jejich potřeby jsou středobodem komunikace. R6: *„Jako vyloženě pokavad' ten člověk už je umírající a už je v takovém stavu v jakým je, tak si myslím, že pro mě je důležitější, aby von byl jako spokojenější, než aby abych já měla perfektně doplněný oddělení, ...“* V případě neumírajících pacientů respondenti R2, R5 a R6 spíše udávají nedostatek času na komunikaci s pacienty i navazování vztahu důvěry. R5: *„Takže většinou prostě tady máte léky, ty si zapijte, zkontrolovat, pak třeba když je nějaký čas, tak zeptat jako jak se máte nebo tak ... ale ten čas tam jako moc není.“*

Z výše popsaného vyplývá, že zájem sester o komfort pacientů nezávisí na skutečnosti, zda je pacientem umírající či neumírající osoba. Nicméně, více času na komunikaci a řešení komfortu pacienta si sestry nachází v případě umírajících pacientů. Sestry spatřují, že naplňování potřeb umírajících pacientů je důležitou součástí jejich pracovního dne, mnohdy důležitější než ostatní pracovní činnosti.

##### 4.2.4.1 Spánek

Respondenti R1, R2, a R6 v rozhovorech popisují, že komunikace ohledně spánku pacientů bývá většinou uvítacím tématem při prvním ranním kontaktu s pacienty. R2: *„Tak první, co začíná že jo, že je pozdravíš, ptáš se jich, jak se vyspali, abys nějak navázala konverzaci.“* Respondenti R1, R2 a R3 udávají, že o pacienta pečují jako o individualitu se širokým spektrem dimenzí a na nemoc nenazírají jako na jednoznačně definovanou. Respondenti se tedy nezaměřují pouze jednu problematickou oblast, ale nahlíží na pacienta komplexně a jeho obtíže řeší

individualizovanými způsoby. R1: „*Já si s těmi pacienty povídám, řeším to, jak se vyspali, jestli měli klid, jestli jim pacient vedle dělal celou noc bordel, vykřikoval, ...*“

Z výše uvedených výpovědí respondentů vyplývá, že v komunikaci ohledně spánku respondenti neudávají žádné rozdíly mezi pacienty umírajícími a neumírajícími.

#### **4.2.4.2 Bolest**

Všichni respondenti udávají, že bolest je jedním z nejčastějších, ne-li dokonce nejčastějším tématem, o kterém s pacienty komunikují. R4: „*No, nejčastěji řešíme samozřejmě bolest, žejo.*“ Bolest a její řešení je tématem, které s pacienty respondenti probírají opakovaně v průběhu celého dne. R1: „*... a jediný co, tak obcházím a ptám se, jestli něco nepotřebujou jestli je něco nebolí.*“ Respondenti zároveň reflektují, že ke komunikaci o bolesti a jejímu řešení přistupují odlišně v případě umírajících pacientů, kdy je komunikace otevřenější, sestry se více doptávají a zároveň se při řešení bolesti více ohlíží na potřeby jednotlivých pacientů než na doporučené postupy. Reagují tak na zhoršení klinického obrazu pacienta a prohlubující se symptomy onemocnění. Takto přístup k bolesti umírajících pacientů popisují respondenti R1, R3 a R6. R6: „*Pak už je to teda individuální a asi bych u něj zvolila jako formu komunikace, že u něj už bych zrovna se zeptala spíš, jestli to bolí, protože vim, že je jakoby jeho nezajímá, jestli to zabralo ráno. Prostě když ho to bolí, tak to bolí. Záleží jako reálně jaký je, v jakým je stavu, co mu je a asi bych jako u něj zvolila víc takovou jako přímější komunikaci, že jestli ho to bolí, tak mu prostě na bolest dám. Neohlížela bych se na to, že prostě před třema hodinama dostal injekci. ... Asi bych tam i upřednostnila tu konverzaci, co se týče jako jeho problémů, jestli by mu něco jako pomohlo, že já nevím, i třeba jako zvednout pod hlavou nebo polštář, ... aby ten člověk byl jako spokojenej co se týče jako pohodlí a polohy a takhle. Ale když už tam ten člověk je, tak to prostě udělá a asi bych si dala o trošku víc času s ním na tu komunikaci asi určitě.*“

Komunikace o bolesti je rozsáhlým tématem rozhovorů sester a pacientů nehledě na skutečnost, zda je pacient umírající či nikoli. Avšak sestry spíše volí jiný způsob komunikace i řešení bolesti u pacientů umírajících a snaha sester o úlevu od bolesti u těchto pacientů je větší.

#### **4.2.4.3 Pohyb**

Respondenti R1 a R6 také popisují, že důležitou součástí komfortu pacientů je zachování a posilování jejich pohyblivosti. R1: „*A během toho odpoledne už je ten kontakt s těma lidma menší, tak už ten kontakt mají většinou spíš sanitárky, který mobilizujou ty pacienty, chodí s nima*

*v chodítku, takže tam to taky hraje zásadní roli, že občas ty lidi potřebujou vylízt z té postele a bavit se o normálních věcech, a ne o tom, co je zrovna bolí, proč zvraceli, co zvraceli.*

Oblast pohybu pacientů je pro tyto respondenty důležitá především u pacientů neumírajících. Pohyb u pacientů umírajících respondenti nezmiňují ani v jednom případě.

#### **4.2.4.4 Psychika**

Respondenti R1, R3 a R6 během rozhovorů popisují dialogy s pacienty zaměřující se na jejich pocity. R3: *„Třeba bolest, nebo i pocity, jak se maj. Jestli nemaj nějaký psychický potíže třeba. ... Člověk to pozná na tom pacientovi, pokud se třeba něco děje, tak i na to se snažím hodně zaměřovat. Aby prostě, pokud je tam nějaký psychický problém, tak aby se to dál řešilo třeba s psychologem, dál to předáváme lékařce, aby to věděla.“* Respondenti také zmiňují, že stav psychiky umírajících pacientů úzce souvisí s nepříznivou prognózou a v souvislosti s tímto tématem respondenti reflektují i svoje pocity z rozhovoru o prognóze onemocnění či umírání. Nejsilnějším pocitem respondentů R2, R3 a R4 je strach z jejich nevhodné reakce na vyřčené myšlenky umírajících pacientů. R2: *„Vím, že některý lidi nemaj rádi takový to politování, takže se snažim k nim chovat stejně pokud vidim, že ten pacient potřebuje třeba politovat, nebo nějak to. Furt se to snažim jim to nějak dát tu potřebu. Ale vim, že se zároveň bojim, abych ji víc neublížila, abych jim neřekla něco, co jim ublíží.“* Respondenti R2, R4 a R5 uvádí, že jako řešení této nekomfortní situace volí vyhýbavé chování. Respondenti R2 a R5 poté popisují snahu se hovorům a péči o umírající pacienty fyzicky vyhnout. R5: *„Já se tady těm věcem (péči o umírající pacienty) snažim tak jako vyhýbat. Jako jo, když to tam je v té práci, tak se chovám prostě tak, jako podle nejlepšího vědomí a svědomí, ale úplně mně to nedělá dobře.“* Respondent R4 hovor směřuje k jiným, pozitivním tématům. R4: *„Snažim se právě tou komunikací, že jim ukazuju i že to, že mají špatnou diagnózu, nebo že třeba umíraj. Že ty dny si můžou užít i jinak. Že proč být naštvanej, že někam odejdeš, když to může bejt jako v pohodě. Nebo se můžeš smát. Já se snažim smát, povídat si s nima o různých věcech, jako třeba o té rodině a tak.“* Oproti tomu respondenti R3 a R5 uvádí, že využívají technik aktivního naslouchání a neverbální komunikace k podpoře pacientů ve vyjádření jejich pocitů. Respondent R3 popisuje neverbální komunikaci jako nástroj k vyjádření sounáležitosti pacientům v jejich situaci. R5: *„Ale všechno, co jsem s ní prováděla, tak jsem vždycky k ní přišla, chytla jsem ji za ruku nebo prostě nějak jsem jí jako oslovila jménem, aby věděla, že tam jsem a než jsem to udělala, tak jsem jí to všechno vysvětlila: ‚Teď vám vykapu oči, vytrů vám ústa.‘ Tušila jsem, že mě nevnímá, ale přijde mi to takový humánní.“*

Respondent R6 na druhou stranu pacientům dává prostor pro rozhodnutí se, zda o nepříjemných tématech chtějí hovořit, či nikoli. R6: „*Záleží fakt, jak ten člověk je, ale pokavad' by na to neměl náladu nebo by komunikovat nechtěl, tak ho ujistím, že kdyby cokoliv potřeboval, tak ať zazvoní nebo že se prostě potom stavím, když by si to rozmyslel. A jako by nenutila bych ho do toho.*“

Ačkoli někteří respondenti komunikaci s umírajícími pacienty týkající se umírání a nepříznivé prognózy odmítají, jiní respondenti svými výpověďmi potvrzují opačné. Na rozhovory s pacienty týkající se umírání a nepříznivé prognózy onemocnění nahlíží jako na součást ošetrovatelské praxe.

#### **4.2.4.5 Důstojnost**

Posledním podtématem komfortu pacienta, které respondenti v průběhu rozhovorů zmiňují, je důstojnost pacienta. Důstojnost je jednotlivými respondenty definována jinak. Respondent R1 popisuje důstojnost pacientů zejména v souvislosti s jejich oslovováním. R1: „*Já neříkám, taky mám občas takový to, že říkám: ‚Broučku‘. Ale jako vim, že si to u toho člověka můžu dovolit, že mu to nevadí. Ale když vidím nabručenýho dědu, a když vidím, jak mu někdo řekne ‚broučku‘ a vidím, jak on se zatváří, tak už bych si to jako nedovolila.*“ Respondent R1 obdobně reflektuje i přístup k umírajícím pacientům, který by měl zachovávat jejich důstojnost. R1: „*A myslím si, že když tam leží doktor nějaký, kterej měl celej život respekt, lidi k němu vzhlíželi a teďka tak přijde sestra a řekne mu: ‚No, co ty dědulo.‘ No tak myslím si, že to není důstojný a ten člověk podle mě, já mám ten pocit, že ten člověk pořád slyší...*“ Respondenti R2 a R4 dále zmiňují důstojnost pacientů pouze v souvislosti s péčí o umírající pacienty. R2: „*Takže si vždycky říkám, že jim chci dát to nejlepší, nebo to co umím, co zvládnu. A na co mám kompetence jim dát. Aby, když už odcházej z toho světa, aby odcházeli nějak důstojně, aby prostě to dožití aspoň měli trošičku hezký, důstojný.*“

Z výpovědí respondentů tedy vyplývá, že se při péči o pacienty více zaměřují na zachování důstojnosti u umírajících pacientů než pacientů neumírajících.

## **5 DISKUZE**

Ze závěrů plynoucích z interpretace průzkumných dat lze vyhodnotit, že stanovené cíle bakalářské práce byly naplněny. Rozhovory s respondenty přinesly odpověď na hlavní průzkumnou otázku (HPO), taktéž odpovědi na dílčí průzkumné otázky DPO 1-3. Z rozhovorů také vyplynula odpověď na stanovený cíl, zda komunikace s umírajícími pacienty všeobecným sestram nepřináší do pracovního prostředí větší zátěž.

## 5.1 HPO

Odpověď na HPO, tedy: *Jak se liší komunikační strategie všeobecných sester na standardních nemocničních odděleních s umírajícím pacienty od běžně užívaných komunikačních strategií s pacienty neumírajícími?*, lze z výše interpretovaných dat shrnout následovně. Volba komunikačních strategií sester s pacienty záleží na individuálních potřebách jednotlivých pacientů i sester. Respondenti popsali 3 oblasti komunikace s pacienty: *komunikace o závažné prognóze onemocnění a smrti, popis ošetrovatelské činnosti a komfort pacienta*. Komunikace o závažné prognóze onemocnění a smrti se týká pouze umírajících pacientů, zda se tedy komunikace odlišuje v případě umírajících a neumírajících pacientů v této oblasti nelze zhodnotit. Při popisu ošetrovatelské činnosti respondenti neodlišují od pacientů umírajících či neumírajících. Teprve v oblasti komfortu pacienta volí sestry při komunikaci s neumírajícími pacienty jiné komunikační strategie než při komunikaci s pacienty umírajícími. Respondenti také popsali, že komunikační strategie *odvedení pozornosti pacienta, neverbální komunikaci a projevení zájmu o pacienta* užívají více v souvislosti s péčí o umírající pacienty.

Rozhovory s respondenty také měly za cíl odhalit, zda komunikace s umírajícími pacienty všeobecným sestrám nepřináší do pracovního prostředí větší zátěž. Z rozhovorů s respondenty R1 a R6 vyplývá, že komunikace s umírajícími pacienty jim do ošetrovatelské praxe větší zátěž nepřináší, zároveň odkazují přímo na komunikační strategie využívané při takových rozhovorech. Jsou jimi *pravdivá komunikace a zjištění preferencí a přání pacientů*, dle kterých rozhovory i další péče probíhají. Tímto respondenti potvrzují závěry Zacharové (2017, s. 132-133), která ideální komunikaci s umírajícími pacienty shledává jako nedirektivní rozhovor mezi sestrou a pacientem. Pokud nejsou přání pacienta jiná, sestry by pacientovi měly poskytovat pravdivé informace o jeho stavu. (Zacharová, 2017, s. 132-133). Tato tvrzení jsou zároveň v souladu se závěry Zavadové (2019a, s. 14-28), která udává, že cílem komunikace s umírajícími pacienty je ozřejnění toho, jak pacient rozumí svému stavu a oboustranné porozumění problému umírajícího pacienta, jehož řešení probíhá v kontextu jeho hodnot a preferencí (Zavadová, 2019a, s. 14-28). Z rozhovorů s ostatními respondenty naopak vyplynulo, že komunikace s umírajícími pacienty o nepříznivé prognóze a umírání jim činí zátěž, která pramení z obav sester, že na položené otázky či myšlenky pacientů k těmto tématům budou nesprávně reagovat. Dle Mannixové (2021, s. 27-30) jsou však techniky aktivního naslouchání pacientovi a budování vztahu s pacientem důležitější, než správné reakce na citlivá témata nebo řešení problémových situací (Mannix, 2021, s. 27-30).

## 5.2 DPO

Rozhovory s respondenty také měly za cíl odpovědět na 3 dílčí průzkumné otázky:

DPO 1 Jaké komunikační strategie všeobecné sestry užívají při komunikaci s pacienty?

DPO 2 Jaké komunikační strategie všeobecné sestry užívají při komunikaci s umírajícím pacienty?

DPO 3 Vnímají všeobecné sestry komunikaci s umírajícím pacienty jako více náročnou oproti komunikaci s pacienty neumírajícími?

### 5.2.1 DPO 1

Komunikačními strategiemi, které respondenti v průběhu rozhovorů popisovali, jsou: *odvedení pozornosti pacienta, neverbální komunikace, projevení zájmu o pacienta, popis ošetrovatelské činnosti, pravdivá komunikace a zjištění preferencí a přání pacienta při rozhovorech o prognóze onemocnění či smrti s umírajícím pacientem.*

#### 5.2.1.1 Odvedení pozornosti

Individualizovaná komunikační technika odvedení pozornosti od nepříjemných úkonů je sestrami užívána při péči o pacienty, kteří mají strach z nepříjemných ošetrovatelských úkonů.

#### 5.2.1.2 Neverbální komunikace

Neverbální komunikaci respondenti vyhodnocují jako velmi důležitou součást komunikace s pacienty, tím reflektují Ulutasdemirovou (2017, s. 20-25), která popisuje, že vhodnými technikami neverbální komunikace sestra projevuje zájem o obavy pacienta a spolu s poskytnutím faktických a stručných informací dosahuje uvolnění úzkosti pacienta z dosud neznámého a nejasného (Ulutasdemir, 2017, s. 20-25). Neverbální komunikace také sestře pomáhá při ověření pocitů pacienta nebo toho, zda pacient porozuměl sdělovanému (Westland, 2015, s. 12). S touto myšlenkou respondenti svými výpověďmi souhlasí.

#### 5.2.1.3 Projevení zájmu o pacienta

Zájem o pacienta je komunikační strategií popisovanou nejen respondenty, ale také Pospíchálem a Šporcrovou (2020, s. 39). Autoři vyhodnocují, že efektivní komunikace sestry dosáhne empatií a připraveností naslouchat a pomoci pacientovi (Pospíchal, Šporcrová, 2020, s. 39). Role pacienta s sebou přináší změny v základních potřebách a není výjimkou, že závažně nemocný pacient upřednostňuje uspokojování vyšších potřeb před potřebami fyziologickými (Poston, 2009, s. 347-353). Závěrem rozhovorů s respondenty je, že poskytnutí prostoru pro rozhovory o tématech neformálního obsahu vede k uspokojování vyšších potřeb pacientů, kterými jsou dle Postona (2009, s. 347-353) např. potřeba uznání, sounáležitosti nebo potřeba sociálního kontaktu



(Poston, 2009, s. 347-353). Z rozhovorů s respondenty také vyplývá, že sestry projevují celkový zájem o pacienty a nehodnotí pouze jejich zdraví/nemoc. Sestry tedy při ošetrovatelské praxi a komunikaci s pacienty využívají psychologii zdraví, na nemoc nahlíží celistvě a v potaz berou nedostatky v bio-psycho-socio-spirituální oblastech (Ogden, 2019, s. 6-8).

#### **5.2.1.4 Popis ošetrovatelské činnosti**

Komunikace o ošetrovatelské praxi je v souladu s vyhláškou č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Sestry mají dle vyhlášky kompetence k edukaci pacientů o ošetrovatelských postupech (Česko, 2011). Účelem popisu ošetrovatelské činnosti je předání informací i návodů a naučení či zasvěcení pacientů do vykonávaných ošetrovatelských úkonů. Taková komunikace má tedy informativní a instruktážní funkci (Vybíral, 2005, s. 31-32). Dle Arnoldové a Boggse (2020, s. 7-8) jsou informace sdílené pacientem pro sestru důležité při nastavení personalizované péče, efektivní komunikace mezi sestrou a pacientem ovlivňuje spokojenost pacientů s péčí a posiluje změny přispívající ke zdraví pacientů (Arnold, Boggs, 2020, s. 7-8). Uvedené svými výpověďmi potvrzují i respondenti.

#### **5.2.1.5 Pravdivá komunikace, zjištění preferencí a přání umírajících pacientů při rozhovorech o prognóze onemocnění či smrti**

Tyto komunikační strategie jsou již popsány v kapitole 4.1 HPO.

### **5.2.2 DPO 2**

V předchozí kapitole jsou popsány komunikační strategie *odvedení pozornosti pacienta, využití způsobů neverbální komunikace, projevení zájmu o pacienta, popis ošetrovatelské činnosti, pravdivá komunikace a zjištění preferencí a přání při rozhovorech o prognóze onemocnění či smrti s umírajícím pacientem*. Stejně komunikační strategie respondenti popisují i při komunikaci s umírajícími pacienty. Kromě strategie zjištění preferencí a přání pacientů při rozhovorech o prognóze onemocnění či smrti respondenti nepopisují specifitější komunikační strategie, které by zároveň nepoužívali i při komunikaci s pacienty neumírajícími.

#### **5.2.2.1 Odvedení pozornosti pacienta**

Odvedení pozornosti umírajících pacientů při komunikaci o nepříznivé prognóze onemocnění či umírání lze vyhodnotit spíše jako neefektivní komunikační strategii. Mannixová (2021, s. 27-30) udává, že efektivního rozhovoru s umírajícím pacientem dosahuje sestra tehdy, kdy pacienta nesoudí a nehodnotí, využívá tiché pauzy s cílem zklidnění hovoru a umožňuje pacientovi o tématu přemýšlet více do hloubky. V průběhu rozhovoru sestra ověřuje vzájemné porozumění otevřenými otázkami, parafrázováním sdělovaného, zrcadlením pocitů, a nakonec shrnutím rozhovoru.

Důležité je, aby sestra pacientovi aktivně naslouchala a tím budovala vztah důvěry (Mannix, 2021, s. 27-30). Pokud pacient o těchto tématech nepříznivé prognózy onemocnění a umírání chce hovořit, ale sestra se ho od témat odvádí, neposkytuje mu prostor pro přemýšlení o tématech a také s pacientem nebuduje vztah důvěry. Mortonová a Thurman (2023, s. 50) dále popisují, že pacienti prožívající stres spojený s onemocněním volí vlastní copingové strategie pro překonání momentálních zátěžových situacím a sestra by měla být schopna identifikovat pacientovy pocity a pomoci mu je verbalizovat (Morton, Thurman, 2023, s. 50). Kelnarová (2009, s. 17) dodává, že pro efektivní komunikaci jsou důležité nejen emoce pacienta, ale i emoce sestry, která by si je měla uvědomovat. Vyhodnocení těchto oblastí pomáhá sestře k přizpůsobení komunikace komunikačnímu partnerovi a situaci, ve které spolu komunikují (Kelnarová, 2009, s. 17). V případě negativistického ladění pacienta by tedy sestry měly pacienta podněcovat k dalšímu zamyšlení se nad jeho emocemi i celou jeho aktuální situací a tím mu pomoci v odhalení funkčních copingových strategií, spíše než odvádět jeho myšlenky k jiným, pozitivním tématům.

#### **5.2.2.2 Neverbální komunikace**

Respondenti uvádí důležitost neverbální komunikace při komunikaci s umírajícími pacienty, především pak dotek, kterým projevují zájem o obavy pacientů z dosud neznámého a nejasného (Ulutasdemir, 2017, s. 20-25). Neverbálními projevy pacientů respondenti R1 a R3 zároveň ověřují jejich pocity nebo pochopení sdělovaného. Závěry respondentů potvrzuje ve své knize i Westland (2015, s. 12).

#### **5.2.2.3 Projevení zájmu o pacienta**

Z rozhovorů s respondenty vyplývá, že projevení zájmu o umírající pacienty probíhá skrze komunikaci o neformálních a osobních tématech týkající se jednotlivých pacientů, také vytvořením prostoru pro vyjádření pacientových obav a myšlenek, které souvisejí s jeho zdravotním stavem.

#### **5.2.2.4 Popis ošetrovatelské činnosti**

Komunikace o ošetrovatelském úkonu je pro respondenty důležitá i za předpokladu, že sestry od pacientů nedostávají verbální odezvu a jedná se tedy o pacienty v terminálním stavu onemocnění. Popis ošetrovatelské činnosti u takových pacientů je důležitý pro navázání vztahu s pacienty, posiluje jejich důvěru, která se zakládá na pravdivé komunikaci. Respondenti těmito výpověďmi reflektují tzv. „dobrou komunikaci“ dle Ulutasdemirové (2017, s. 20-25). Z rozhovorů

s respondenty vyplývá, že sestry vnímají popis ošetrovatelské činnosti pacientům jako nedílnou součást své praxe i v případě péče o umírající pacienty.

### 5.2.2.5 Uspokojování potřeb pacienta

Respondenti spatřují, že naplňování potřeb umírajících pacientů a komunikace s nimi jsou důležitou součástí jejich pracovního dne. Snaha o vytvoření času pro komunikaci a péči o umírající pacienty je pro ně důležitější než v případě pacientů neumírajících. Respondenti svými výpověďmi nepřímo souhlasí s autory Adam et al. (2022, s. 103-110) v myšlence, že nejdůležitějším článkem komunikace je pacient a jeho potřeby (Adam et al., 2022, s. 103-110). Při komunikaci s umírajícími pacienty respondenti nejčastěji mluví o komunikaci a uspokojování následujících potřeb: *tišení bolesti, psychiky pacientů a zachování důstojnosti pacientů*.

- *Bolest* je jedním z nejčastějších témat, o kterém sestry s pacienty komunikují. Rozhovory s umírajícími pacienty o bolesti jsou dle respondentů více otevřené, více se pacientů doptávají a zároveň se při řešení bolesti více ohlíží na potřeby pacientů než na doporučené postupy. Reagují tak na zhoršení klinického obrazu pacienta a prohlubujících se symptomů onemocnění, které popisuje Zavadová (2019b, s. 353-381). Respondenti popisují, že jejich snaha o úlevu od bolesti u pacientů umírajících je větší, než snaha o úlevu od bolesti u pacientů neumírajících.
- V souvislosti s řešením *psychické* pohody umírajících pacientů respondenti hodnotí i vlastní pocity. Nejčastějším pocitem respondentů je strach z jejich nevhodné reakce na vyřčené myšlenky umírajícího pacienta, ačkoli Mannixová (2021, s. 27-30) popisuje, že při komunikaci s pacientem sestra nemusí vědět, jak na citlivá témata reagovat, či jak problém vyřešit. Důležitější je aktivní naslouchání a tvorba vztahu důvěry (Mannix, 2021, s. 27-30). Někteří respondenti nechávají rozhodnutí, zda taková témata otevírat či nikoli na pacientovi. Lze tedy vyhodnotit, že ačkoli někteří respondenti komunikaci s umírajícími pacienty týkající se nepříznivé prognózy onemocnění a umírání odmítají, jiní respondenti poskytují tzv. obecnou paliativní péči, která dle Skály et al. (2011, s. 4) zahrnuje i vstřícnou, otevřenou a empatickou komunikaci s pacientem i rodinou (Skála et. al., 2011, s. 4).
- Sestry jsou vázány k respektování lidských práv, důstojnosti a úctě k pacientovi Etickým kodexem sester Mezinárodní rady sester (Česká asociace sester, 2000). Právě *důstojnost pacienta* je poslední oblastí týkající se komfortu umírajících pacientů, o které respondenti v průběhu rozhovorů mluví. Respondenti v rozhovorech hodnotí, že důstojnost je u každého pacienta definovaná jinak a přístup k umírajícím pacientům by ji měl

zachovávat. Stejně popisují Kalvach a kol. (2019, s. 19), kteří spatřují potřeby umírajících pacientů jako velmi individuální. Zachování sebeúcty a důstojnosti je však jejich nedílnou součástí (Kalvach a kol., 2019, s. 19).

### **5.2.3 DPO 3**

Z rozhovorů s respondenty dále vyplynulo, že některým sestřím komunikace s umírajícími pacienty činí větší zátěž zejména v okamžiku, kdy se jedná o rozhovory o nepříznivé prognóze a umírání. Větší zátěž tito respondenti pocítují z důvodu obav, že reakcí na položené otázky, či myšlenky pacientů v pacientech probudí negativní emoce, se kterými sestry dále neumí pracovat. V obecném pohledu lze tedy konstatovat, že sestry nemají osvojené techniky aktivního naslouchání, které dle Mannixové (2021, s. 27-30) vedou k budování vztahu s pacientem. Z jejího pohledu tedy řešení problémových témat či správné reakce na citlivá témata nejsou nejdůležitější částí komunikace (Mannix, 2021, s. 27-30). Dva respondenti se oproti tomuto výroku vyhrazují. Téma nepříznivé prognózy a umírání, či práci s emocemi pacienta hodnotí jakou součást rozhovorů s umírajícími pacienty a ve výpovědích naráží na tzv. „dobrou komunikaci“ dle Ulutasdemirové (2017, s. 20-25).

Respondenti dále komunikaci s umírajícími pacienty hodnotí spíše jako komunikaci obsáhlejší, na kterou si během pracovního dne spíše vytvoří prostor než na komunikaci s pacienty neumírajícími.

## 6 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Na základě dat získaných z rozhovorů spatřuji vhodnost absolvování základních komunikačních kurzů pro praxi sester se zaměřením na komunikaci s pacienty. V nabídce jsou obecné komunikační kurzy, ale také kurzy specializovanější, které se zaměřují na komunikaci s umírajícími pacienty. Z průzkumu vyplynulo, že respondenti poukazují na skutečnost, že se hovorů s umírajícími pacienty obávají a tato obava pramení z jejich nevědomosti, jak na projevované emoce pacientů reagovat. Všichni respondenti také reflektují, že během své ošetrovatelské praxe se s umírajícím pacientem na standardním oddělení setkávají. Kurzy zaměřující se na základy paliativní péče považují pro všeobecné sestry pracující na standardních odděleních za vhodné. Sestry jsou na těchto kurzech seznámeny nejen s komunikačními technikami, ale zároveň i s technikami efektivního vyrovnávání se se stresem využitelnými v praxi.

Komunikační kurzy sester s umírajícími pacienty nabízí několik organizací zaměřujících se na paliativní péči v České republice. Jedná se zejména o Centrum paliativní péče, které nabízí mnoho kurzů zaměřených na péči a komunikaci s umírajícím pacientem i jeho rodinou (Centrum paliativní péče, 2024). Další organizací je například Centrum pro rozvoj paliativní péče při VFN. V současné době toto centrum nabízí především komunikační kurz Kroky k dobré komunikaci, který je nabízený jednotlivcům, či konkrétním zařízením, a to v jejich vlastním prostředí na míru (Centrum pro rozvoj paliativní péče, 2024). V nabídce jsou však i další kurzy nabízené jinými organizacemi.

Nezanedbatelným pomocníkem pro vyrovnávání se se zátěžovými situacemi pro sestry je také supervize. Povinnost supervize jako podpory nezávislého kvalifikovaného pracovníka pro zaměstnance v přímé péči je však dosud zákoně ukotvena pouze pro zaměstnance sociálních služeb, a to ve Vyhlášce č. 505/2006, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, v příloze č. 2, bodu 10., písmenu e) (Česko, 2006). Zřizovatelé zdravotních zařízení tuto povinnost doposud uloženou nemají.

## 7 ZÁVĚR

Závěrem bakalářské práce lze zhodnotit, že dříve vytyčené cíle byly naplněny. HPO i DPO 1-3 byly během sběru dat zodpovězeny.

Sestry volí komunikační strategie na základě potřeb vlastních i potřeb pacienta. Z průzkumu vyplynulo, že komunikační strategie užívané v rozhovorech o *závažné prognóze onemocnění a smrti* jsou užívané výlučně při rozhovorech s umírajícími pacienty. Oproti tomu komunikační strategie užívané při *popisu ošetrovatelské činnosti* jsou užívány bez rozdílu zdravotního stavu pacienta. Nicméně výběr komunikačních strategií pro zajištění *komfortu pacienta* je vždy závislý na skutečnosti, zda je pacient umírající či nikoli. Sestry v této oblasti volí jiné způsoby komunikace.

Komunikace s umírajícími pacienty některým sestrám činí větší zátěž, jiným sestrám naopak větší zátěž při výkonu ošetrovatelské praxe nečiní. Vzhledem k této skutečnosti lze téma uzavřít následovně. Hodnocení respondentů nedokázalo jasně stanovit, zda komunikace s umírajícím pacientem je více zátěžová či nikoli, vždy záleží na osobnosti sester i pacienta, také na předchozí zkušenosti sester s komunikací s umírajícím pacientem. Komunikační schopnost sester s umírajícím pacientem může tedy záviset na *nastavených copingových strategiích* jak pacienta, tak sester, které ale dle Mortonové a Thurmana (2023, s. 50) nemusejí být vždy funkční (Morton, Thurman, 2023, s. 50), a zároveň na *fázi smutku* dle E. K. Rossové (2015, s. 50-101), ve které se pacient nachází. Přirozeně, pro sestry je nejhůře uchopitelná komunikace s pacientem, který o prognóze onemocnění a umírání otevřeně mluví, ale do hovoru vnáší i jiné negativní emoce a nachází se tedy ve fázi hněvu, smlouvání či deprese.

Ze závěrů průzkumu také vyplynulo, že sestry při komunikaci s umírajícími pacienty reflektují Skálu et. al. (2011, s. 4) a lze hodnotit, že při ošetrovatelské praxi poskytují umírajícím pacientům obecnou paliativní péči alespoň v některé její oblasti. Některé využívají technik vedoucích ke vstřícné, otevřené a empatické komunikaci s pacientem i rodinou. Především je jejich ošetrovatelská péče orientována na kvalitu života pacienta, léčbu symptomů a psychosociální podporu pacientů (Skála et. al., 2011, s. 4).

V rozhovorech opakovaně zmiňované obavy všeobecných sester z komunikace s pacienty o umírání či nepříznivé prognóze onemocnění mohou být vhodně řešeny v rámci supervizí či na zmíněných komunikačních kurzech zaměřených na paliativní péči.

## 8 POUŽITÁ LITERATURA

### 8.1 Primární zdroje

ARNOLD, Elizabeth C. a BOGGS, Underman Kathleen, 2020. *Interpersonal Relationship: Professional communication skills for nurses*. Missouri: Elsevier. ISBN: 978-0-323-54480-1.

BEDNAŘÍK, Aleš a ANDRÁŠIOVÁ, Mária, 2020 *Komunikace s nemocným: sdělování nepříznivých informací*. Praha: Grada. ISBN: 978-80-271-2288-2.

DOSTÁLOVÁ, Olga, 2016. *Péče o psychiku onkologicky nemocných*. Praha: Grada. ISBN: 978-80-247-5706-3.

HALLENBECK, L. James, 2022. *Palliative care perspectives*. New York: Oxford university press. ISBN: 9780197542910.

HENDL, Jan. 2023. *Kvalitativní výzkum. Základní metody a aplikace*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1968-2

KALVACH, Zdeněk, a kol., 2019. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty*. Praha: Cesta domů. ISBN 978-80-88126-54-6.

KELNAROVÁ, Jarmila, 2009. *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty – 4. Ročník*. Praha: Grada. ISBN: 978-80-247-2831-5.

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

LOŠŤÁKOVÁ, Olga, 2020. *Empatická a asertivní komunikace. Jak zvládat obtížné komunikační situace*. Praha: Grada Publishing a.s. ISBN 978-80-271-2227-1.

MANNIX, Kathryn, 2022. *Naslouchej. Jak najít slova pro citlivý rozhovor*. Praha: Cesta domů. ISBN: 978-80-88126-93-5.

MILLER, Katherine I. a CONSIDINE, Jennifer R., 2009. Communication in the Helping Professions. In: LAWRENCE R. Frey a CISSNA Kenneth N. *Routledge Handbook of Applied Communication Research*. New York: Routledge, s. 405-428. ISBN: 9780203871645.

MIOVSKÝ, Michal, 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada. ISBN: 80-247-1362-4.

- MORTON, Patricia G. a THURMAN Paul, 2023 *Critical nursing practice. A holistic approach*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins/Wolters Kluwer. ISBN: 9781975174453.
- OGDEN, Jane, 2019. *Health psychology, sixth edition*. London: McGraw-Hill Education. ISBN: 13 9781526847126.
- ŘIHÁČEK, Tomáš; ČERMÁK, Ivo; HYTYCH, Roman a kol., 2013. *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Brno: Masarykova Univerzita. ISBN 978-80-210-6382-2.
- ŠPATENKOVÁ, Naděžda a KRÁLOVÁ, Jaroslava, 2009. *Základní otázky komunikace: Komunikace (nejen) pro sestry*. Praha: Galén. ISBN: 978-80-7262-599-4.
- SKÁLA, Bohumil; SLÁMA, Ondřej; VORLÍČEK, Jiří; KABELKA, Ladislav, 2011. *Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci. Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře*. Praha: Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře. ISBN: 978-80-86998-51-0
- SLÁMA, Ondřej, 2019. Praktický přístup k symptomům pokročilého nádorového onemocnění. In: SOCHOR, Marek; ZÁVADOVÁ, Irena; SLÁMA, Ondřej, 2019. *Paliativní péče v onkologii*. Praha: Mladá fronta. ISBN: 978-80-204-4223-9. s. 14-28.
- ULUTASDEMIR, Nilgun, 2018. *Nursing, Edited by Nilgun Ulutasdemir*. London: IntechOpen. ISBN: 8-1-78923-775-7.
- VENGLÁŘOVÁ, Martina a MAHROVÁ Gabriela, 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada. SBN: 978-80-247-1262-8.
- VYBÍRAL, Zbyněk, 2005. *Psychologie komunikace*. Praha: Portál. ISBN: 80-7178-998-4.
- WESTLAND, Gill, 2015. *Verbal and Non-Verbal Communication in Psychotherapy*. New York – W. W. Norton & Company, Inc. ISBN: 978-0-393-70924-7.
- ZACHAROVÁ, Eva, 2017. *Zdravotnická psychologie – Teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-271-0155-9.
- ZÁVADOVÁ, Irena, 2019a. Komunikace v kontextu paliativní péče. In: SOCHOR, Marek; ZÁVADOVÁ, Irena; SLÁMA, Ondřej, 2019. *Paliativní péče v onkologii*. Praha: Mladá fronta. ISBN: 978-80-204-4223-9. s. 14-28.



ZÁVADOVÁ, Irena, 2019b. Péče o pacienta v terminálním stavu. In: SOCHOR, Marek; ZÁVADOVÁ, Irena; SLÁMA, Ondřej, 2019. *Paliativní péče v onkologii*. Praha: Mladá fronta. ISBN: 978-80-204-4223-9. s. 353-381.

## 8.2 Odborné články

ADAM, Zdeněk; KLIMEŠ, Jeroným; BOLELOUCKÝ, Zdeněk, 2022. Sociální a psychické vlivy na průběh nemoci. Monoklonální gamapatie. Online. *Onkologie*. 16 (Suppl. B), říjen 2022, s. 103-110. Dostupné z: <https://doi.org/10.36290/xon.2022.05> [cit. 2024-04-17].

JEANETTE, Altarriba a BASNIGHT-BROWN, Dana, 2022. The psychology of communication: The interplay between language and culture through time. Online. *Journal of Cross – Cultural Psychology*. Vol. 53. August/September 2022, 53(7-8), s. 860-874. Dostupné z <https://doi.org/10.1177/00220221221114046>. [cit. 2024-04-17].

KOURKOUTA, Lambrini a PAPATHANASIOU, Ioanna V., 2014. Communication in nursing practice. Online. *Mater Sociomed*. February 2014, 26(1), s. 65-75. Dostupné z: <https://doi.org/10.5455/msm.2014.26.65-67>. [cit. 2024-04-17].

KWAME, Abukari a PETRUCKA, Pammla M., 2021. A literature-based study of patient-centered care and communication in nurse-patient interactions: barriers, facilitators, and the way forward. Online. *BMC Nursing* 20. September 2021, 158, s. 20-30. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00684-2>. [cit. 2024-04-17].

PAPATHANASIOU, Ioanna; SKLAVOU, Melachrini; KOURKOUTA, Lambrini, 2013. Holistic nursing care: theories and perspectives. Online. *American journal of nursing science*. Vol. 2. February 2013. 2 (1), s. 1-5. Dostupné z: <https://doi.org/10.11648/j.ajns.20130201.11>. [cit. 2024-04-17].

POSPÍCHAL, Martin a ŠPORCROVÁ Ivona, 2020. Sdělování špatných zpráv pacientům a náročná komunikace v onkologické praxi. Online. *Onkologie*. Leden 2020. 14 (Suppl. C), s. 39-42. DOI: 10.36290/xon.2020.055. Dostupné z: <https://www.onkologiecs.cz/pdfs/xon/2020/91/07.pdf>. [cit. 2024-04-17].

POSTON, Bob, 2009. An Exercise in Personal Exploration: Maslow's Hierarchy of Needs. Online. *Association of surgical technologists*. August 2009, s. 347-353. Dostupné z: <https://www.ast.org/pdf/308.pdf>. [cit. 2024-04-17].

SLOVÁČKOVÁ, Zuzana, 2008. Zdraví – historie a současnost. Online. *Sborník prací Filozofické fakulty brněnské univerzity. P, Řada psychologická*. Vol. 56. s. 85-97. Dostupné z: <https://hdl.handle.net/11222.digilib/114381>. [cit. 2024-04-17].

### 8.3 Internetové zdroje

CENTRUM PALIATIVNÍ PÉČE, 2024. *Vzdělávání*. Online. Dostupné z: <https://paliativnicentrum.cz/vzdelavani> [cit. 2024-04-17].

CENTRUM PRO ROZVOJ PALIATIVNÍ PÉČE, 2024. *Kurzy a vzdělávání*. Online. Dostupné z: <https://www.paliace.cz/kurzy-vzdelavani/> [cit. 2024-04-17].

CESTA DOMŮ, 2023. *Adresář služeb. Aktualizovaný seznam služeb pro nevléčitelně nemocné a jejich blízké na území ČR a v Praze*. Online. Dostupné z: <https://www.umirani.cz/adresar-sluzeb#8/49.883/15.491>. [cit. 2023-03-23].

ČESKO, 2011. *Vyhláška č. 55/2011 Sb. ze dne 1. března 2011, o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků*. Online. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55> [cit. 2023-02-07].

ČESKO, 2006. *Vyhláška č. 505/2006 Sb. ze dne 29. listopadu 2006, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách*. Online. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-505> [cit. 2024-03-12].

ČESKÁ ASOCIACE SESTER, 2000. *Etický kodex sester vypracovaný Mezinárodní radou sester*. Online. Dostupné z: <https://www.cnaa.cz/icn-eticky-kodex/> [cit. 2023-02-07].

VITALTALKS, 2019. *Literature Review – One-pager and References Summary*. Online. Dostupné z: <https://www.vitaltalk.org/wp-content/uploads/Literature-Review-References.pdf> [cit. 2023-03-23].