

Komunikace s rodinou umírajícího pacienta aneb „Umíme to?“

Alexandra Machalíčková

Bakalářská práce 2013



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav ošetrovatelství

akademický rok: 2012/2013

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Alexandra MACHALÍČKOVÁ**

Osobní číslo: **H09277**

Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Komunikace s rodinou umírajícího pacienta aneb
"Umíme to?"**

Zásady pro vypracování:

Studium odborné literatury.

Vymezení pojmů v oblasti paliativní péče a komunikace s umírajícím pacientem.

Příprava metodiky průzkumné části.

Realizace průzkumu ve vybraných zdravotnických zařízeních pomocí dotazníkových šetření.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.

Prezentace výsledků šetření, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

O'CONNOR, Margaret a Aranda SANCHIA, 2005. Paliativní péče pro sestry všech oborů. Praha: Grada. ISBN 80-247-0279-7.

PAYNEYOVÁ, Sheila, Jane SEYMOUROVÁ a Christine INGLETONOVÁ, 2007. Principy a praxe paliativní péče. Brno: Společnost pro odbornou literaturu. ISBN 978-80-870-29-25-1.

PTÁČEK, Radek et al., 2011. Etika a komunikace v medicíně. Praha: Grada. ISBN 978-80-251-2173-3.

VORLÍČEK, Jiří, Zdeněk ADAM, Yveta POSPÍŠILOVÁ a kolektiv, 2004. Paliativní medicína. Praha: Grada. ISBN 80-247-0279-7.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.

Ústav aplikovaných společenských věd


Datum zadání bakalářské práce:

12. února 2013

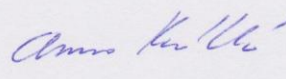
Termín odevzdání bakalářské práce:

24. května 2013

Ve Zlíně dne 12. února 2013


doc. Ing. Aněžka Lengálová, Ph.D.
děkanka




Mgr. Anna Krátká, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

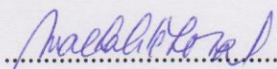
Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 5.4.2013


.....

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlázení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

(3) *Do práva autorského také nezahnuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).*

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Odpirá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Ve své bakalářské práci se zabývám problematikou komunikace všeobecných sester s rodinou umírajícího pacienta. V teoretické části se věnuji paliativní péči, její historii ve světě a v České republice. Popisuji obecnou a speciální paliativní péči a definuji klíčové termíny v paliativní péči. V další kapitole popisuji komunikaci s umírajícím pacientem a jeho rodinou.

Praktická část bakalářské práce obsahuje průzkumné šetření, které se zabývá komunikací všeobecných sester s umírajícím pacientem a jeho rodinou.

Klíčová slova:

Komunikace, umírání, pacient, rodina, péče

ABSTRACT

This thesis describes the communication among the nurse, patient, and family at the very end of life. Communication among healthcare providers, patients, and their families regarding end-of-life care is an important determinant in providing quality care in the setting of choice for patients with terminal illnesses.

The theoretical part deals with palliative care, history of palliative care in the world and in the Czech republic. The thesis defines terms of palliative care and educational opportunities in Czech republic.

Practical part identifies education of nurses in palliative care and ability of nurses in communicating with dying patients and their families.

Keywords:

Communicating, dying, patient, family, care

Děkuji vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Zlatici Dorkové, Ph.D. za cenné rady, podnětné připomínky, ochotu, vstřícnost a trpělivost při zpracování této práce.

Dále děkuji mé mamince a manželovi za oporu a pomoc při celé době studia.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 PALIATIVNÍ PÉČE	12
1.1 HISTORIE PALIATIVNÍ PÉČE	12
1.1.1 Historie paliativní péče ve světě.....	13
1.1.2 Historie paliativní péče v České republice.....	14
1.2 OBECNÁ PALIATIVNÍ PÉČE	14
1.2.1 Obecná paliativní péče v České republice.....	14
1.3 SPECIALIZOVANÁ PALIATIVNÍ PÉČE	16
1.3.1 Specializovaná paliativní péče v České republice.....	17
1.4 KLÍČOVÉ TERMÍNY V PALIATIVNÍ PÉČI	18
1.4.1 Pečování	18
1.4.2 Důstojnost	19
1.4.3 Uklidnění.....	20
1.4.4 Poznávání	20
1.4.5 Empatie	21
1.4.6 Podpora	21
1.5 VZDĚLÁVÁNÍ V PALIATIVNÍ PÉČI V ČESKÉ REPUBLICE	22
2 KOMUNIKACE V PALIATIVNÍ PÉČI	23
2.1 KOMUNIKACE S UMÍRAJÍCÍM PACIENTEM.....	24
2.1.1 Efektivní komunikace	24
2.1.2 Bariéry na straně pacienta	25
2.1.3 Bariéry na straně zdravotníků.....	25
2.2 KOMUNIKACE S RODINOU UMÍRAJÍCÍHO PACIENTA	27
2.2.1 Obavy rodiny	27
2.2.2 Podpora rodiny v paliativní péči	28
2.2.3 Vztahy v rodině	29
2.2.4 Potřeby rodiny v paliativní péči	30
2.2.5 Základní pravidla pro komunikaci s rodinou	32
II PRAKTICKÁ ČÁST	34
3 METODIKA PRÁCE	35
3.1 CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU.....	35
3.2 CÍLE PRŮZKUMU	35
3.3 METODIKA PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	35
3.4 CHARAKTERISTIKA POLOŽEK.....	36
3.5 ORGANIZACE ŠETŘENÍ	36
3.6 VYUŽITÍ VÝSLEDKŮ PRŮZKUMU	37
4 ZPRACOVÁNÍ VÝSLEDKŮ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ	38

5 DISKUZE	58
ZÁVĚR	60
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	61
SEZNAM TABULEK.....	63
SEZNAM GRAFŮ	64
SEZNAM PŘÍLOH.....	65

ÚVOD

„Nejdéle nežil člověk, který má nejméně let, ale ten, co svůj život nejméně prožil.“

Jean Jacques Rousseau

Existuje mnoho onemocnění, které jsou tak závažné, že na ně neexistují léky. Onemocnění, které pacienty bezprostředně ohrožují na životě. Ano, spoustu chorob ani dnešní medicína vyléčit nedokáže. Dokáže však zmírnit příznaky a přinést úlevu.

Paliativní medicína se vyznačuje tím, že dokáže svými přístupy zlepšit kvalitu života nemocných a jejich rodin.

Nad otázkou, jak můžeme pomoci rodině umírajícího pacienta, jsem se začala zamýšlet v průběhu odborné praxe. Měla jsem službu v den, kdy lékař manželce pacienta oznámil, že její muž má karcinom žaludku v pokročilém stadiu a má před sebou půl roku života.

Stála potom dlouhou dobu u okna na chodbě a plakala. Jak se chovat k ženě, které někdo oznámil, že její život už nikdy nebude jako dřív? Že její tříletý syn přijde o svého tátu? Co můžu a co nemůžu říct? Jak se mám vlastně chovat? Co když se mě bude na něco ptát?

Bylo to mé první setkání s touto situací v nemocnici a přiznávám se, že jsem v té chvíli nevěděla.

Myslím si, že nejsem sama, kdo se necítil být na takovou situaci připraven. Rozhodla jsem se proto, že téma mé bakalářské práce se bude týkat komunikace v paliativní péči, se zaměřením na rodinu pacienta. Rozhodla jsem se, že vyhledám informace o tom, jaké jsou možnosti paliativní péče v České republice, jaké jsou možnosti vzdělání a jak komunikovat s pacientem i jeho rodinou. Chtěla jsem se také dozvědět, jaké jsou pocity všeobecných sester v praxi, jestli se cítily být připraveny na komunikaci s umírajícím pacientem a jeho rodinou.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 PALIATIVNÍ PÉČE

„Paliativní péče představuje aktivní celkovou péči o pacienta, jehož onemocnění neodpovídá na kurativní léčbu. Zásadně důležité je mírnění bolesti a dalších příznaků a sociálních, psychologických a duchovních problémů. Paliativní péče je ve svém přístupu interdisciplinární a do své působnosti zahrnuje pacienta, rodinu a komunitu. V jistém smyslu nabízí paliativní péče nejzákladnější koncepci péče - péči zaměřenou na naplnění pacientových potřeb a to bez ohledu na místo, kde pacient pobývá, ať doma, nebo v nemocnici. Paliativní péče ctí a chrání život. Umírání a smrt považuje za normální proces, smrt však ani neurčuje, ani neoddaluje. Usiluje o zachování maximální možné kvality života až do smrti.“
(*Standardy a normy paliativní péče v Evropě*, 2010, s. 14)

1.1 Historie paliativní péče

Po dlouhá staletí bylo mírnění lidského utrpení a provázení k dobré smrti hlavním posláním lékařů a posléze i ošetřovatelek (a sester). Zcela přirozeně a většinou v domácím prostředí, méně často ve špitálech se na paliativní péči vedle „zdravotníků“ a často i bez nich podílela především rodina, přátelé, duchovní. A tak můžeme již z tohoto důvodu hovořit o paliativní péči jako o multidisciplinární péči ověřené dějinami. (Marková, 2010, s. 13)

Ještě v období před druhou světovou válkou můžeme hovořit o tom, že bylo zcela normální a běžné dopečovat o svého umírajícího člena rodiny s pomocí a podporou rodinného lékaře, někdy placené ošetřovatelky, zavolat k nemocnému kněze pro udělení „posledního pomazání“ a rozloučit se v širší rodině.

V minulém století se podařilo vyrvat umírání z rodinného života. Umírání se stalo lékařskou záležitostí, patologií, něčím, co se mělo léčit za každou cenu až do úplného vyčerpání organismu. Tato patologie oddělila umírání od přirozeného lidského životaběhu.

Úspěchy medicíny na poli léčby infekčních chorob, plošný rozvoj očkování, velký pokrok v diagnostických a léčebných metodách (např. dialýza) umožnily zachraňovat lidské životy i při onemocněních do té doby považovaných za smrtelné. V celé společnosti a především u většiny zdravotníků tak vznikl dojem, že medicína opravdu může vše a má se snažit bojovat s nemocí až do, ne vždy vítězného, konce. Pro klidný průběh práce zdravotníků nebylo žádoucí, aby rodinní příslušníci rušili denní režim v nemocnicích, a tak umírající trávili své poslední chvíle většinou v úplném osamění. (Marková, 2010, s. 14)

1.1.1 Historie paliativní péče ve světě

Koncept celostní péče o těžce nemocného pacienta, tedy nejen o jeho tělo, ale také o jeho duši a sociální prostředí, byl v tradici medicíny přítomen již po staletí. Při některých klášte-rech vznikaly již ve středověku útulky pro těžce nemocné a zmrzačené. V roce 1842 založila Jeanne Garnier v Lyonu společenství žen, většinou vdov, které se staraly o nevléčitelně nemocné. V roce 1842 toto společenství otevřelo v Paříži první dům pojmenovaný hospic. V souvislosti s tím získalo slovo „hospic“ svůj význam jako místo, kde tráví své poslední chvíle pacienti na konci života. V roce 1878 zakládá v irském Dublinu Marie Aikenhead kongregaci Sester lásky, jejichž hlavním posláním je provázet umírající. Tato komunita založila několik hospiců v Irsku a Anglii, např. hospic sv. Josefa v Londýně. V tomto hospici pracovala po 2. světové válce Cicely Saunders, zpočátku jako všeobecná sestra, posléze jako lékařka. V 50. letech 20. století zde postupně formulovala zásady lékařské péče přiměřené potřebám a situaci nemocných, kterým medicína nemohla nabídnout vyléčení. (Vorlíček, Adam, Pospíšilová et al., 2004, s. 19). Napsala sérii šesti článků pro časopis Nursing Times, které vysvětlovaly základní principy péče o umírající. Tyto články měly velký ohlas především u ošetrovatelské veřejnosti, i když původním záměrem Saunders bylo zaujmout pro tuto problematiku lékaře. Tyto články vysvětlovaly základní principy péče o umírající a měly být inspirací pro praxi. V neposlední řadě připomínaly tradiční aspekty ošetrovatelské péče, které umožňovaly prožít umírajícímu klidný a důstojný závěr života bez bolesti a psychického strádání. Saunders se v člancích zaměřila také na praktickou ošetrovatelskou péči pomáhající umírajícímu a na tlumení bolesti. Její dlouhodobé zkušenosti byly základem pro vznik konceptu instituce pro umírající pacienty, která by se zaměřila na poskytování kvalifikované péče, kompetentní medicínu a fundovanou sociální práci včetně zapojení dobrovolníků. (Krátká, Kutnohorská, Cichá a kol., 2011, s. 152)

Cicely Saunders založila první hospic, kde byla zajištěna péče o „celkovou bolest“ multi-disciplinárním týmem. Tento hospic, St. Christophers, byl otevřen v Londýně Sydenhamu ve Velké Británii v roce 1967. V roce 1974 byl otevřen první hospic v Americe v New Haven v Connecticutu.

Spolu s rozvojem hospiců dochází v 70. letech 20. století i k rozvoji paliativní medicíny jako samostatného lékařského oboru. (Marková, 2010, s. 15)

1.1.2 Historie paliativní péče v České republice

Po převratu v roce 1989 začaly pokusy o rozvoj paliativní péče u nás. Řada českých lékařů a sester měla možnost návštěvy zahraničního pracoviště, kde získali mnoho teoretických i praktických poznatků. Pod vlivem těchto zkušeností bylo v 90. letech 20. století vybudováno několik hospiců, které působí jako nestátní zdravotnická zařízení zřizována občanskými sdruženími nebo katolickou Charitou. První samostatný hospic, Hospic Anežky České, byl otevřen v roce 1995 v Červeném Kostelci. První oddělení paliativní péče bylo otevřeno v roce 1992 v nemocnici v Babicích nad Svitavou. Toto oddělení však bylo před několika lety změněno na oddělení léčebny dlouhodobě nemocných. Ve Fakultní nemocnici Brno působí od roku 2001 ambulance paliativní medicíny v rámci Oddělení léčby bolesti.

Celkově lze říci, že rozvoj zařízení specializované paliativní péče je v České republice oproti ostatním zemím (Polsko, Maďarsko) poměrně pomalá. (Vorlíček, Adam, Pospíšilová et al., 2004, s. 22)

1.2 Obecná paliativní péče

Obecná paliativní péče je klinická péče, kterou nevléčitelně nemocným pacientům poskytují zdravotníci různých odborností v rámci své rutinní činnosti. Na úrovni zdravotního systému jsou indikátory této péče vzdělání zdravotníků v paliativní péči, kvalita komunikace zdravotník-pacient, dostupnost základních léků k mírnění symptomů a ochota lékařů tyto léky předepisovat, reálná možnost volby, kde bude tato péče probíhat, kvalita služeb v lůžkových zdravotnických zařízeních, dostupnost psychologické péče atd. (Kabelka, Sláma, Špínková, 2013)

Jejím základem je sledování, rozpoznání a ovlivňování toho, co je významné pro kvalitu pacientova života. Obecnou paliativní péči by měli umět poskytnout všichni zdravotníci s ohledem na specifika své odbornosti. (*Obecná paliativní péče*, 2013)

1.2.1 Obecná paliativní péče v České republice

V České republice nejsou žádná reprezentativní data dokazující kvalitu péče v závěru života pacientů, drobné průzkumy a kazuistiky však dokazují mnohé nedostatky.

V oblasti primární péče nejsou lékaři dostatečně vzděláni v oblasti paliativní péče. Nejsou ochotni ani schopni koordinovat péči o pacienta v závěru jeho života. Často, v městských obvodech, nechodí po domácích návštěvách a vážne i ochota předepisovat potřebné léky (opioidy, analgetika, domácí parenterální hydrataci nebo obvazový materiál a další pomůcky). Často je na vině i nezkušenost praktických lékařů v paliativní péči. Pacienti jsou často odesíláni do zdravotnických zařízení, v České republice zemřou praktickému lékaři v domácím prostředí v průměru 4 pacienti, z nichž velká část zemře náhle a nečekaně, nejde tedy o dochování pacientů v režimu paliativní péče. Ve své podstatě tedy ani nelze předpokládat, že by měl být praktický lékař zkušený a kvalifikovaný v oblasti paliativní péče. (Sláma, Špínka, ©2004)

Ani lékaři specialisté nejsou dostatečně vzděláni v oblasti paliativní péče a problematice bolesti a dalších obtížných symptomů nevěnují příliš velkou pozornost. V posledních 10 letech byla v České republice vybudována síť ambulancí bolesti, která se však primárně zaměřuje výhradně na algeziologickou péči, nikoliv na komplexní paliativní péči. (Kabelka, Sláma, Špínková, 2013). Veřejností je však léčba bolesti vnímána jako nejlepší péče z celkové péče o umírající. (Sláma, Špínka, ©2004)

V České republice v současnosti působí mnoho agentur domácí péče, které poskytují ošetrovatelskou péči na základě doporučení praktického lékaře nebo lékaře specialisty. Tato služba je hrazena z veřejného zdravotního pojištění. Existují také tzv. domácí pečovatelské služby (pomoc s nákupem, vařením, praním, osobní asistence), které si klient hradí sám. Tato standardní ošetrovatelská péče o pacienty v závěru života však nemá statut multiprofesní týmové spolupráce, ošetřující lékař není součástí týmu a ani sestry nejsou specificky vyškoleny v oblasti paliativní péče. (Kabelka, Sláma, Špínková, 2013)

V zařízení sociální péče pro seniory je kvalita lékařské a ošetrovatelské péče velmi rozdílná, závisí na konkrétním zařízení. Obecně můžeme srovnat tato zařízení se zařízeními domácí péče, popsané výše.

Většina pacientů je v závěru svého života odkázaná na lůžková zdravotnická zařízení. V těchto zařízeních akutní, následné a dlouhodobé péče není péče o pacienty v závěru života často adekvátní. Nejčastějšími nedostatky jsou špatná komunikace s rodinou, nedostatečná léčba bolesti a dalších symptomů, vícelůžkové pokoje a malá pozornost věnovaná psychosociálním a spirituálním aspektům nemoci. (Kabelka, Sláma, Špínková, 2013)

1.3 Specializovaná paliativní péče

„Specializovaná paliativní péče je aktivní multiprofesní péče, kterou pacientům a jejich rodinám poskytuje tým odborníků, který je v oblasti paliativní péče speciálně vzdělán. Tato péče je tedy poskytována v lůžkových a mobilních hospicích, na odděleních a ambulancích paliativní péče.“ (Kabelka, Sláma, Špinková, 2013)

Multiprofesní tým tvoří řada odborníků různých profesí, kteří se vzájemně setkávají a diskutují jak nejúčinněji individuálně řešit problémy nemocného. Patří sem lékaři různých specializací, všeobecné sestry, dietní sestra, sociální pracovník, rehabilitační pracovník, psycholog, duchovní, další pracovníci dle potřeby. Nedílnou součástí jsou také členové rodiny, případně přátelé či dobrovolníci. (Vorlíček, Adam, Pospíšilová et.al, 2004)

Poskytování paliativní péče je pro tyto odborníky jejich hlavní pracovní náplní a předpokládá se 24 hodinová dostupnost zdravotnických členů multiprofesního týmu.

Základní formy specializované paliativní péče jsou:

- Zařízení domácí paliativní péče, tj. domácí, případně „mobilní“, hospic.
- Hospic jako samostatně stojící lůžkové zařízení poskytující specializovanou paliativní péči.
- Oddělení paliativní péče v rámci jiných lůžkových zdravotnických zařízení (tj. především v rámci nemocnic a léčeben).
- Specializovaná ambulance paliativní péče.

V zahraničí jsou budovány i další formy specializované paliativní péče:

- Konziliární tým paliativní péče v rámci zdravotnického zařízení (nemocnice nebo léčebny).
- Denní stacionář paliativní péče („denní hospicový stacionář“).
- Zvláštní zařízení specializované paliativní péče (např. specializované poradny a tísňové linky, zařízení určená pro určité diagnostické skupiny atd.). (*Co je paliativní péče*, 2013)

1.3.1 Specializovaná paliativní péče v České republice

Lůžkové hospice a zařízení paliativní péče jsou v České republice většinou nestátní zdravotnická zařízení, která existují samostatně, nikoliv jako součást jiného zdravotnického zařízení, např. nemocnice. V současnosti je v České republice 16 lůžkových hospiců. Kromě toho zde působí dvě oddělení paliativní péče v rámci jiných zdravotnických zařízení (v Nemocnici Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze a v Krajské nemocnici Jihlava). Tato zařízení disponují celkovým počtem 460 lůžek. (Kabelka, Sláma, Špínková, 2013)

Ambulantní paliativní péči rozumíme ambulance bolesti, kterých je v České republice 90. Pečují převážně o neonkologické pacienty s chronickou bolestí a komplexní paliativní péči neposkytují. Ve dvou onkologických centrech (v Brně a Hradci Králové) působí ambulance paliativní onkologie, vedené specialisty na paliativní medicínu, kteří poskytují ambulantní paliativní péči onkologickým pacientům. (Kabelka, Sláma, Špínková, 2013)

V domácí hospicové péči se předpokládá multiprofesní týmová práce: ambulance lékaře specialisty na paliativní péči, speciálně vyškolené sestry a úzká spolupráce s psychologem a sociálním pracovníkem. (Kabelka, Sláma, Špínková, 2013) Tato multiprofesní práce je podrobněji popsána ve Standardech paliativní péče (2013, s. 9) formou počtu pracovních úvazků na 30 lůžek: lékař 2 (z toho vedoucí lékař se zvláštní odbornou způsobilostí v paliativní medicíně nebo paliativní medicíně a léčbě bolesti), lékaři sloužící na telefonu z domova 4 (DPP), sestra 5, psycholog 0,2 nebo DPP, terénní sociální pracovník 0,6, poradenský pracovník 1,0, kaplan 0,1, koordinátor dobrovolníků v terénu 1,0.

Hospicová péče je v České republice někde na pomezí zdravotní a sociální oblasti a jen těžko se prosazuje v zaběhnutém systému. Zastáncům hospiců se po deseti letech podařilo, aby se takzvaná paliativní péče o umírající v domácích podmínkách dostala do zákona o zdravotních službách. Navíc se v sazebníku výkonů objevily dva nové kódy určené pro činnost mobilního hospice. Pokud má hospic smlouvu s pojišťovnou, zaplatí mu zdravotnické úkony. Sociální či psychologickou pomoc však musí provozovatel hradit třeba z darů či dotací.

Největší spor se nyní vede mezi příznivci hospicové péče a agentur domácí péče, které mají podporu pojišťoven. Agentury však posílají všeobecnou sestru k pacientům jen přes den. Jinak k nim musí záchranka. Zastánci hospicové péče namítají, že jejich služba je nepřetr-

žitá, levnější a více specializovaná, protože mobilní hospice mají v týmu odborně zaměřeného lékaře, sestru, sociálního pracovníka i psychologa. (Tůmová, 2012)

1.4 Klíčové termíny v paliativní péči

Mezi důležité termíny v paliativní péči patří pečování, důstojnost, uklidnění, poznávání, empatie a podpora.

1.4.1 Pečování

„Pečování“, ať už ze strany neformálních pečujících nebo profesionálních ošetřovatelů, má kromě fyzického „postaráni se“ další prvky, které bývají chápány méně. „Pečování nespočívá v plnění specifických úkolů, ale v kvalitě a typu udržovaného vztahu. Ten zahrnuje „fyzickou, duševní a citovou starost o potřeby druhého a přijetí odpovědnosti za jeho výživu, růst a léčbu“. (Payneová, Seymourová, Ingletonová, 2004, s. 66)

V paliativní péči jsou časté příležitosti pro vznik trvalých vztahů s pacienty a tyto vztahy budou pravděpodobně na velmi intenzivní emoční úrovni. Pro mnoho ošetřovatelů vazba mezi nimi a jejich pacientem skončí teprve, až tato osoba zemře, a k tomu může dojít za mnoho měsíců, ne-li let po jejich prvním setkání.

Ve snaze objasnit způsob, kterým ošetřovatelé v hospicích zvládají emoce spojené s pečováním tak, aby jim zbyl „prostor“ pro běžnou rutinní práci a pro plnění požadavků konkrétního pracovního prostředí, užívá James (1989), který rozvíjí myšlenky Hochschilda (1983), termín „emoční práce“. „Emoční práce působí jako forma regulace projevů emocí, zároveň však paradoxně napomáhá i vyjadřování emocí, které je nezbytné pro vykonávání funkce pečovatele ve smyslu „dobrého“ ošetřování.“ (Payneová, Seymourová, Ingletonová, 2004, s. 66)

Bowdenová (1997), která rozvíjí práci Tisdaleové (1986), poznamenává, že část emoční práce pečovatelů při ošetřování pacientů spočívá v učení se, jak „se lehce pohybovat“ mezi protikladnými póly „tíživé emoční identifikace a distancování se od osoby v bolestech, které vytvářejí rozkol v prožívání ošetřovatele“. To je pravděpodobně základní morální a etický problém, který sužuje ošetřovatele pracující v paliativní péči a zdaleka není adekvátně řešen. Ale tam, kde se daří nastolit mezi těmito póly rovnováhu, emoční a fyzické

jednání nabízí ošetřovatelům příležitost chránit a posilovat důstojnost pacientů i jejich rodin. (Payneová, Seymourová, Ingletonová, 2004, s. 67)

1.4.2 Důstojnost

Je nutno zvážit, co znamená zacházet s někým důstojně a jaké ošetřovatelské postupy důstojnost podporují či naopak ohrožují. Walsh a Kowanková (2002) ve fenomenologické studii pacientů a ošetřovatelů v nemocnici ukazují, že se vzájemně shodují v tom, jaké jsou základní prvky důstojnosti a jaké typy ošetřovatelských postupů ji podporují nebo omezují. V této studii je ve výpovědích ošetřovatelů i pacientů ústředním tématem tělo, způsob, jak se s ním zachází a jeho odhalování, a s vnímáním úcty, vážnosti a osobní integrity je nerozlučně spojováno udržování soukromí.

Pocit ohrožení důstojnosti pramení z přezíravých postojů k pacientům a jejich tělu. Například, když ošetřovatelé zapomněli nebo dovolili jiným lidem zapomenout vztáhnout každodenní zdvořilosti (jako je pozdrav nebo zdvořilá žádost při vstupu do pokoje), které jsou v běžném životě samozřejmostí, také na pacienty. Pochybení tohoto typu, která se mohou zdát poměrně triviální, vedou k závažnějším porušením integrity osobnosti, jako je ponechání pacienta napospas cizím pohledům, nevyžádání jeho svolení provádět procedury, které ho mohou uvádět do rozpaků, před studenty medicíny nebo jiné přehlížení pacientových pocitů. (Payneová, Seymourová, Ingletonová, 2004, s. 68)

Udržování důstojnosti pacientů je snad zvláště obtížné v kontextu komplexní a paradoxní povahy požadavků, jež jsou kladeny na odborníky současné zdravotní péče, kteří mají odpovědnost za péči o umírající lidi a jejich léčbu. V této oblasti dochází k rychlým změnám a zdroje, které zajišťují ošetřovatelské funkce, jsou skrovné. Je proto důležité pochopit, jak konstatuje De Raeveová (1996), že uchování důstojnosti nezávisí jen na typu sociální interakce mezi ošetřovateli, pacienty a lidmi, kteří o ně pečují. Závisí také na institucionálních strukturách, kultuře zařízení a sociálních opatřeních, které dovolují ošetřovatelům vážit si práce, kterou dělají, a tak pečovat o pacienty způsobem, který chrání a pozvedá jejich důstojnost. (Payneová, Seymourová, Ingletonová, 2004, s. 69)

1.4.3 Uklidnění

Uklidnění se zmiňuje jako cíl ošetrovatelské péče již více než sto let a bylo vždy spojováno s „dohledem, přítomností, empatií, dotykem a soucitem jakožto základními prvky ošetrovatelské péče.

Payneová, Seymourová a Ingletonová (2004, s. 70) kladou důraz na to, že přinášení uklidnění pacientům trpícím pokročilou chorobou, která může mít těžko kontrolovatelné symptomy a kteří mohou mít hluboké emoční či existenciální úzkosti, s sebou nese konkrétní úkoly. Poskytovat uklidnění zmírněním problémů takových pacientů a úlevou od nich je základním principem paliativní péče. Je důležité se zaměřit jednak na péči na léčbu, jednak na péči zaměřenou na uklidnění a útěchu pacienta i jeho rodiny. Důležité je i to, aby sám pacient pochopil opatření nezbytná pro poskytování úlevy a že bude pokládat za správné, aby roli „utěšitelů“ vykonávali ošetrovatelé.

Zda pacienti vždy očekávají od ošetrovatelů, že budou vykonávat roli uklidňovatelů či obhájců, a chtějí to od nich, a jak chápou vlastní roli vzhledem k těmto otázkám, není zcela jasné. Určité doklady naznačují, že pacienti a ošetrovatelé se liší v názorech na poskytování psychické a emoční podpory, která je pro uklidňování velmi důležitým aspektem. Pacienti budou spíše přikládat mnohem větší význam odborné způsobilosti a znalostem ošetrovatelů, než jejich emočně podpůrným intervencím.

1.4.4 Poznávání

Pacient postupem času přestal být pouhým pasivním objektem lékařské pozornosti. Vnímáme ho jako osobnost s reálnou zkušeností nemoci, tyto zkušenosti nám sděluje a podílí se tak na péči odborníků. To má pro ošetrovatelskou praxi určité důsledky- nutnou podmínkou dobré péče se stalo zkoumání „soukromého“ světa a povahy pacienta.

„Poznávání“ se tak neoddělitelně propojilo s „pečováním“, „uklidněním“ a „emoční prací.“ (Payneová, Seymourová, Ingletonová, 2004, s. 73)

Existují i takové názory odborníků, které říkají, že tyto představy jsou příliš idealistické a že není v moci ošetrovatelů všem těmto potřebám vyhovět.

Na základě vlastních zkušeností však můžu říct, že v každém zařízení v rámci praxe byl čas se věnovat i poznávání pacienta. V důsledku tohoto poznávání byla i celá ošetrovatelská péče o něco snadnější.

1.4.5 Empatie

Wisemanová (1996), která shrnuje rozsáhlou literaturu o empatii, uzavírá, že empatie v praktickém smyslu znamená vidět svět, jak ho vidí jiní, zdržet se soudů, být schopen porozumět pocitům druhého a umět toto porozumění sdělit. Konstatuje, že empatie je pro ošetrovatelskou praxi a všechny pomocné vztahy zásadní dovednost a zdůrazňuje, že základním předpokladem pro rozvoj empatie je sebeuvědomění. (Payneová, Seymourová, Ingletonová, 2004, s. 74)

1.4.6 Podpora

Seymourová (2004, s. 77) říká, že pomocí studií se zjistilo, že podporou rozumí ošetrovatelé soubor termínů jako sociální péče, naslouchání, povídání, uklidnění, pomoc a rady v průběhu času, který s pacienty a jejich rodinami stráví. Zároveň se ukázalo, že zaměstnancům přijde důležitý i vztah s ostatními specialisty, kteří se na péči o umírající podílí.

V článku od Skilbeckové a Payneové (2003), který se zabýval emoční podporou v odborné paliativní péči, se uvádí, že neodmyslitelnou součástí úspěšného poskytování emoční podpory jsou komunikační dovednosti a emoční práce.

Seymourová (2004, s. 77) uvádí, že mnoho pacientů je předáváno do zařízení paliativní péče, aby jim zde byla poskytnuta podpora. Nikde však není uvedeno, co přesně se tím myslí a jaká očekávání zde mají být splněna. Proto ve své publikaci definuje termín „podpůrná péče“.

Podpůrná péče

Centrum podpůrné péče Lékořice tímto pojmem rozumí takové činnosti a aktivity, které do procesu léčby zapojují celou osobnost pacienta, zohledňují jeho životní kontext, přispívají k psychické pohodě, motivují k uzdravení či přijetí zdravotního stavu. Je motivována snahou o zvýšení kvality života pacienta, rozšiřuje léčebný proces a předpokládá dopad na jeho efektivitu. Je určena nejen pacientům, ale také jejich příbuzným a zdravotnickému personálu. (Pospíšilová, 2013)

Podle Evropské asociace pro paliativní péči znamená podpůrná péče prevenci a léčbu negativních projevů nádorového onemocnění a onkologické léčby. Mezi tyto projevy patří tělesné a psychosociální symptomy, ale také vedlejší účinky léčby, a to v celém průběhu nádorového onemocnění od stanovení diagnózy, včetně rehabilitace a péče o pacienty po

úspěšné onkologické léčbě. Výraz podpůrná péče by se neměl používat jako synonymum pro paliativní péči. Podpůrná léčba je součástí onkologické péče, zatímco paliativní péče je samostatná oblast a zahrnuje všechny pacienty s onemocněním ohrožujícím jejich život, a to i neonkologickým. (Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě, 2010, s. 16)

1.5 Vzdělávání v paliativní péči v České republice

V České republice není na oblast paliativní péče pohlíženo jako na svébytnou oblast poskytování zdravotní a sociální péče, která vyžaduje koncepční přístup.

Vzdělávání v oblasti paliativní péče je však základním předpokladem růstu a další expanze paliativních postupů v českém prostředí. Institut paliativní medicíny (jehož základním posláním je podpora a organizace vzdělávání v oblasti obecné i specializované paliativní péče, nabízí rovněž poradenské služby orgánům správy a samosprávy, zdravotním pojišťovnám i zdravotnickým zařízením v oblasti organizace a poskytování paliativní péče, zajišťuje také teoretickou část v rámci specializační přípravy v oboru Paliativní medicína) usiluje o rozšíření paliativních postupů do všech oborů zdravotního personálu a rovněž do všech situací, ve kterých by jí bylo třeba.

Na straně lékařů je možno využít zařazení do vzdělávacího programu IPVZ - funkční specializace v paliativní medicíně.

Všeobecné sestry mohou využít vzdělávacích aktivit NCO NZO (Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů) nebo transferovaných kurzů ELNEC (End Of Life Nursing Education Course).

Další variantou jsou kurzy pořádané přímo ČSPM (Česká společnost paliativní medicíny).

V neposlední řadě jsou to stáže a praktické nácviky paliativních postupů, které je možno absolvovat v akreditovaných a certifikovaných zařízeních a institucích. (Vzdělávání, stáže, 2013)

2 KOMUNIKACE V PALIATIVNÍ PÉČI

„Komunikace obecně je zjednodušeně chápána jako proces předávání informací mezi dvěma či více komunikujícími subjekty. Znamená prakticky základ všech lidských vztahů. Jde o proces sdělování (také sdílení), přenosu a výměny významů a hodnot, zahrnující nejen oblast informací, ale také další projevy a výsledky lidské aktivity. Komunikace se vytváří jako vztah mezi minimálně dvěma subjekty, které o sobě vědí a společně subjektivně sdílejí, prožívají a zaujímají stanovisko k určité objektivní situaci. Objektem komunikace je potom to, jak na tuto situaci reflektují, jak ji řeší a jak na ni společně reagují. Jde tedy o transakční proces, ve kterém každá osoba může fungovat současně jako mluvčí i posluchač. Ve stejném okamžiku, kdy vysílá sdělení, může také přijímat sdělení ze své vlastní komunikace i z reakcí druhé osoby.“ (Pokorná, 2010, s. 11)

Verbální komunikace

Do verbální komunikace patří vyjadřování pomocí slov a symbolů. Je úzce spjata s myšlenkovými procesy a emocemi člověka. Při vedení vzájemné komunikace bychom měli vždy dbát na to, aby komunikace byla jednoduchá, výstižná, dobře načasovaná a přizpůsobená schopnostem a znalostem člověka, se kterým ji vedeme. Při slovním projevu musíme mít vždy na paměti, proč komunikujeme (neodbíhat od tématu), ke komu mluvíme (laik, odborník), kde, kdy a jako dobu máme na komunikaci vyhrazenou.

Předávání informací prostřednictvím verbální komunikace by mělo být vždy uspořádané, srozumitelné a zajímavé pro druhou stranu komunikace. Při verbální komunikaci používáme zvukové prostředky, které mohou u posluchače vyvolat libé nebo nelibé pocity (hlasitost, výška tónu řeči, rychlost řeči, pomlky, přítomnost „slovních parazitů“, délka projevu). (Juřeníková, 2010, s. 16)

Nonverbální komunikace

Uskutečňuje se mimoslovními prostředky. Zpravidla probíhá na neuvědomělé úrovni. Pomocí nonverbální komunikace vyjadřujeme svoje postoje, prožívání, emoce, doplňujeme verbální projev a zesilujeme tím jeho účinek. Nonverbální i verbální komunikace je ovlivněna kulturou. K nonverbální komunikaci se řadí proxemika, mimika, gotika, optika, kinetika, pohled z očí do očí, posturologie a úprava zevnějšku. (Juřeníková, 2010, s. 18)

2.1 Komunikace s umírajícím pacientem

V literatuře o paliativní péči se stále častěji vyskytuje důraz na komunikační dovednosti jako jeden z hlavních faktorů optimálního uspokojení potřeb pacienta. V minulosti sestry a další zdravotničtí pracovníci používali výrazy „poradenství“ a „komunikace“ libovolně, jakoby měly stejný význam. Používání slova „poradenství“ v běžném vztahu sestry-pacient však není správné. Vhodnějším termínem je „terapeutická komunikace“ ve smyslu záměrného, vědomého a účelového použití verbálních a neverbálních komunikačních dovedností v průběhu interakce mezi sestrou a pacientem. Cílem je zhodnocení problémů, emocionálních projevů a zjištění pacientových obav a starostí. I když je takováto terapeutická komunikace prvním krokem při zjišťování a vyjasnění problémů pacienta, zdůrazňuje se, že v další fázi může být nezbytné zajistit profesionální intervenci, například psychologa. (Aranda, O'Connor, 2005, s. 30)

Nedostatečné vzdělání, nedostatek dovedností a času komplikují komunikaci v mnoha zdravotnických zařízeních. Komunikace v zařízeních paliativní péče je často náhodná při interakci sestry s pacientem a postrádá jakýkoliv účel.

Existují důkazy, že mnohé sestry, ale i další zdravotničtí pracovníci, nemají dostatečné komunikační dovednosti k tomu, aby pomohli pacientům diskutovat o jejich problémech. Jen velmi málo sester získá více než základní vzdělání v psychologii a vzdělání, které získají, se obvykle zabývá poradenstvím a psychiatrií jen velmi povrchně. Vzdělávání sester (základní i nadstavbové se vzácně zabývá rozvojem znalostí a dovedností, které jsou nutné pro péči o pacienty v psychickém stresu způsobeném náročnou životní situací. Z toho vyplývá, že většina sester získává patřičné dovednosti metodou pokusu a omylu v prostředí, které často zabraňuje efektivní komunikaci. (Aranda, O'Connor, 2005, s. 30)

2.2 Efektivní komunikace

Efektivní komunikace je nezbytná. Aby mohli pacienti i jejich rodiny rozhodovat o možnostech léčby, o své péči, prognóze a vedlejších účincích, potřebují dostatečné množství informací a profesionálních rad, které jim mohou pomoci při rozhodování, sníží nejistotu ohledně výsledků léčby, umožní reálně zhodnotit vlastní situaci a kognitivně a emocionálně se připravit na budoucnost.

Efektivní komunikace však vyžaduje znalosti. Sestry potřebují znát možné příčiny pacientovy tísně v dané situaci a musí být schopny odhadnout skryté problémy či obavy.

2.2.1 Bariéry na straně pacienta

Z různých důvodů se pacienti nechtějí sestram svěřovat. Dělá jim problém mluvit o psychických záležitostech. Častým důvodem je pocit, že sestry mají příliš mnoho práce na to, aby se staraly o něco jiného než o fyzické aspekty pacientovy nemoci a léčby.

Možná s ohledem na povahu terminálního onemocnění si pacienti myslí, že psychické problémy jsou neoddelitelnou součástí jejich aktuálního stavu a nic se s tím nedá dělat.

Rozhovor o psychických problémech není příjemný. Může vyvolat bolestné pocity, které mohou lidé s terminálním onemocněním považovat za velmi ohrožující, proto se s nimi nechtějí svěřit rodině ani pečovatelům. Pokud však zůstanou tyto emocionální problémy skryté, můžou vyústit ve stavy úzkosti, deprese, sociální izolace a beznaděje.

Sestry v paliativní péči mají klíčovou roli v přípravě pacienta na umírání. To, že pomohou pacientům hovořit o jejich pocitech a strachu, může mít velmi pozitivní vliv na kvalitu života pacientů. (Aranda, O'Connor, 2005, s. 30)

2.2.2 Bariéry na straně zdravotníků

Aranda a O'Connor (2005, s. 33) uvádí několik faktorů, které omezují komunikaci zdravotníků s umírajícím pacientem:

- Prostá neochota zabývat se problémy jiných.
- Strach, že se před pacientem neovládnu.
- Strach z umírání a neznámého.
- Nedostatek komunikačních dovedností.
- Ignorování emocionálních projevů pacienta (např. pláče).
- Změna v tématu hovoru nebo zaměření se pouze na praktické úkony. Neschopnost rozpoznat problém.
- Nedostatek znalostí o tom, čeho se pacienti obvykle obávají.
- Strach, že nebudou moci odpovědět na otázky pacienta.

Velký problém je, že zdravotníci si své nedostatky často neuvědomují a přeceňují své schopnosti. Komunikace obecně není jednoduchá, natož komunikace s umírajícím pacientem.

Nabízí se otázka, jaké je řešení této situace? Snad účast na kurzech paliativní péče zaměřených na komunikaci, samostudium. Protože terapeutická komunikace se neobejde bez odborných znalostí a praktických dovedností.

Prvním krokem by mohl být vzorový plán ke zlepšení komunikačních dovedností:

Tabulka č. 1: Vzorový plán ke zlepšení komunikačních dovedností

Supervize	Požádejte zkušenou osobu o supervizi.
Spolupráce s pacientem a jeho rodinou	Pravidelně se ptejte pacientů, zda jste hovořili o všech jejich problémech.
Pracovní deník	Zaveďte si deník, do kterého si budete zapisovat své zkušenosti, co si myslíte, že jste udělali dobře a v čem se potřebujete zlepšit.
Podpora ze strany kolegů	Při rozhovorech s pacienty požádejte o pomoc zkušenou kolegyni a konzultujte s ní své zápisky v deníku.
Semináře	Pokud pořádáte na pracovišti odborné semináře, zařaďte do programu kazuistiky zaměřené na komunikaci.
Ujasnění problémů	Při každém kontaktu s pacientem si ověřte, zda víte o všech jeho problémech.
Konzultace specialisty	Na poradách pravidelně diskutujte o tom, zda vaši pacienti nevyžadují pomoc specialisty.
Vzdělávání	Udržujte a pravidelně si doplňujte potřebné znalosti a dovednosti.
Duševní rovnováha	Dejte si do pořádku vlastní život. Naučte se relaxovat.

(Aranda, O'Connor, 2005, s. 40)

Všeobecné sestry v paliativní péči provázejí pacienta a jeho rodinu na cestě, která znamená vyrovnávání se s pokročilým onemocněním, sníženou kvalitou života, nejistotou, zármut-

kem, ztrátou a smrtí. V této situaci mají pacienti i jejich rodiny často potřebu položit otázky, které jsou pro ně bolestivé a špatně se vyslovují. Pokud si sestry v paliativní péči osvojí nezbytné komunikační dovednosti, mají ideální možnost k tomu, aby pacientům a jejich rodinám pomohly tuto výzvu zdárně naplnit. (Aranda, O'Connor, 2005, s. 30)

2.3 Komunikace s rodinou umírajícího pacienta

Velká část příslušníků pečujících profesí si navykla pohlížet na své pacienty určitým způsobem, který nemusí být vždy ku prospěchu věci. Samotná skutečnost, že někoho označíme za „pacienta“, vymezuje určitý odstup mezi ním a námi. To může být užitečné pro naši objektivitu, ale velmi rychle se to může stát problémem, pokud to vede k vytvoření bariéry v komunikaci nebo nám zabrání pochopit hledisko pacienta. Může to vést k posílení majetnického přístupu, kdy budeme s pacientem zacházet jako s objektem péče, a ne jako s lidskou bytostí.

Naše vnímání rodiny je odlišné. „O pacientovi hovoříme jako „našem“. Skutečnost, že máme majetnické pocity k „naším“ pacientům, může snadno přivodit konflikt s rodinou, která o „našem“ pacientovi také uvažuje jako o „svém“. Abychom udrželi rodinu v „bezpečné vzdálenosti“, zavedeme pravidla, která jejich zásahy omezí: omezení délky nebo času návštěv nebo nepsaná, ale o to více vyžadovaná pravidla, že se rodina bude muset chovat submisivně a bude muset respektovat naše rozhodnutí. I na odděleních, kde rodinní příslušníci nejsou považováni za veřelce, musí hovořit potichu, být zdvořilí a nezařazovat sestry a lékaře. Kvůli těmto očekáváním, i když ne neodůvodněným, je velmi nepravděpodobné, že by se pacientova rodina cítila v nemocnici jako „doma“, nebo že by měla pocit, že má i nadále nějakou roli v péči o pacienta.“ (Parkes, Relfová, Couldricková, 2007, s. 96)

Je velmi důležité mít k rodině pacienta respekt a zacházet s ní tak, aby věděli, že i oni jsou kompetentní osoby v léčbě pacienta. Musíme si uvědomit, že jsme tady proto, abychom (mimo jiné) doplňovali pomoc rodiny, ne ji nahrazovali.

2.3.1 Obavy rodiny

Když se pacientův stav začne zhoršovat a s velkou pravděpodobností může nastat smrt, musí personál uvědomit rodinu. To jí poskytne čas sejit se a poskytnout si vzájemnou podporu. Je důležité, aby si personál uvědomoval, že rodina prožívá velmi stresující období.

Proto je nutné poskytovat pouze tolik informací, které dokážou vstřebat a vždy se ujistit, zda jim porozuměli. S velkou pravděpodobností budou v této chvíli prožívat strach, bezmoc a značné rozrušení. Mnozí z nich se možná se smrtí ještě nesetkali, natožpak se smrtí milované osoby. Proto možná ani neví, co v takové situaci dělat, co říci umírajícímu a jak se chovat. Hlavou se jim mohou honit úvahy o tom, zda bude nemocný umírat v bolestech, jestli bude naříkat, jestli se bude trápit a taky o tom, zda zvládnou oni sami kontakt s umírajícím, zda nad sebou neztratí kontrolu a neutečou. (Parkes, Relfová, Couldricková, 2007, s. 98)

Proto by ošetřující personál měl s takovými obavami rodiny počítat. Může například položit několik otázek, které umožní rodině vyjádřit své obavy a strach z událostí, které nastanou: „Už jste někdy byli svědky něčí smrti?“, „Jaké to pro Vás bylo?“ Svou empatií dá najevo, že s rodinou soucítí a že těmto obavám rozumí. (Parkes, Relfová, Couldricková, 2007, s. 98)

Je normální, že ztráty, na které lidé nejsou připraveni, v nich vyvolají pocity bezmocnosti a mnohdy i neschopnosti řídit svůj život. Předčasné nečekané úmrtí blízkého člověka dokáže zlomit i tu nejsilnější osobnost.

Je důležité si uvědomit, že i v případě, kdy je smrt očekávána, je závěrečný průběh onemocnění důležitý. Rodina si bude poslední dny nemocného ve vzpomínkách přehrávat ještě dlouhou dobu.

2.3.2 Podpora rodiny v paliativní péči

Rodinu umírajícího pacienta bychom se měli snažit všemožně podpořit. Měli bychom je ujistit o jejich síle. Vhodné je i pořádání setkání s rodinou, při kterém můžou vyjádřit své obavy a pocity nehodnotícímu posluchači a zpracovat informaci, které potřebují dostat „po troškách“. (Parkes, Relfová, Couldricková, 2007, s. 104)

Sláma (2012) říká, že na Masarykově onkologickém ústavu v Brně tato setkání nazývají family conference, rodinné setkání. Do ambulance při onkologickém ústavu může s pacientem přijít i jeho rodina. Někdy tak dojde pacient a s ním klidně pět rodinných příslušníků. Všem společně lékař vysvětlí, proč ukončují pacientovi chemoterapii a z jakých důvodů bude následovat paliativní léčba. Vysvětlí, že paliativní péče je v zájmu pacienta, že lékaři jsou opravdu přesvědčeni o bezvýznamnosti další chemoterapie. V rámci těchto

setkání se zjistí i to, do jaké míry můžou zdravotníci počítat s podporou rodiny při péči o pacienta. Důležitým faktorem je i důvěra ze strany rodiny ke zdravotníkům.

To, co příbuzní často potřebují, je čas. Čas smířit se situací, postupně vstřebat všechny zážitky, projít si procesem truchlení. Připravit se na nevyhnutelné. Problémy mohou nastat, když pacientova nemoc postupuje příliš rychle na to, abychom mohli dát rodině čas, který potřebuje. V takovém případě není moc možností zabránit vzniku traumat. Můžeme jen zdůraznit, že nikdo nemůže zvládat více než jednu věc zároveň, a pomoci rodině rozhodnout, které věci jsou životně důležité, které je nutné řešit hned a které naopak mohou počkat, až bude více času. V takovém případě není nutné řešit popírání, odmítnutí a vyhýbání se, ale naopak se zaměřit na způsob vypořádání se s beznadějnou situací.

2.3.3 Vztahy v rodině

Při všech kontaktech s rodinou pacientů musíme být nestranní. Vztahy v rodinách jsou různé. Nejobvyklejšími případy jsou buď přehnaně blízké vztahy s pacientem, nebo naopak vztahy konfliktní. Nejistí rodinní příslušníci jsou stále s umírajícím a nesnesou žádné odloučení. Ve vyžadování informací od lékařů a sester jsou až úzkostliví a jsou schopni volat v kteroukoli denní a noční hodinu. Je mnoho příčin jejich chování, jednou z nich je určitě velká emoční závislost na pacientovi. V krizových situacích se obraceli s žádostí o pomoc a útěchu na něj a nedokážou si představit, že nastane situace, kdy jim v těchto situacích nebude k dispozici. Takovým případem může být i bezdětnost. Lidé v bezdětném páru mohou soustředit veškerou svou pozornost a lásku na partnera a bez širší rodiny a přátel se sice mohou v nemoci láskyplně ošetřovat, ale v případě závažné nemoci mohou prožívat extrémní úzkost a zoufalství.

Tyto úzkostlivé tendence a mohou narušit pokusy ošetřujícího personálu o uklidnění pacienta a vytvoření atmosféry pro poklidnou smrt. Takové situace svádí k převzetí plné péče o pacienta, k obvinění rodiny pacienta ze „slabosti“ a z neschopnosti postavit se k situaci, která nastala, čelem. To však vyvolá ještě větší úzkost a přilnutí na pacienta. Pokud se však pokusíme přijmout jejich chování jako výraz strachu a budeme s rodinou jednat ohleduplně a zdvořile, mohou být velmi přístupní našim návrhům. Nemůžeme jim sice poskytnout to, po čem touží ze všeho nejvíce - ujištění, že se pacientovi povede lépe, ale měli bychom se snažit ujistit je o jejich vlastní síle.

Základem je ptát se na mínění rodiny, požádat je o pomoc, kdykoli je to rozumné. Jejich dobrou práci v péči o pacienta „odměníme“ úsměvem nebo poplácáním po ramenou a sami převezmeme pouze úkoly, které jsou nad jejich síly nebo schopnosti. Tímto způsobem lze s danou rodinou rozvinout oboustranně přínosný vztah, který jí později umožní říct: „Udělalí jsme vše, co bylo v našich silách.“ (Parkes, Relfová, Couldricková, 2007, s. 106)

Někdy je však v rodině vztah úplně opačný. Neobvykle konfliktní vztahy není tak snadné identifikovat. Rodinní příslušníci před lékaři a sestrami nedávají najevo své rozhořčení. Se situací, tak jak se ve skutečnosti má, se nám svěří až pouze tehdy, pokud nám začnou důvěřovat. Je důležité mít na paměti, že jen velmi málo vztahů je skutečně výhradně nepřátelských. Dvojnáčnost nebo směsice lásky a nenávisti jsou častější. Je mnohem snazší ublížit lidem, které milujeme, než těm, které nenávidíme. (Parkes, Relfová, Couldricková, 2007, s. 107)

2.3.4 Potřeby rodiny v paliativní péči

V rámci svých kompetencí sestry podávají rodině pacienta informace, které jim mohou přiblížit to, co mohou pro pacienta udělat, jak mu jeho poslední dny zpříjemnit. Nesmíme zapomínat také na potřeby rodiny, do kterých patří pohoda pacienta, informovanost rodiny, emocionální podpora rodiny a praktická pomoc rodině. Následující intervence podle Arandy a O'Connor (2005) jsou určeny pro uspokojení potřeb rodiny, která pečuje o umírajícího blízkého v domácím prostředí. Potřeby rodiny se však výrazně neliší ani v případě, kdy je jejich blízký hospitalizován. I v tomto případě potřebují vědět, že pacient nestrádá, mají být informováni, podporováni a pokud chtějí, mohou se do péče o pacienta zapojit.

Pohoda (komfort) pacienta

Mezi nejúčinnější pomoc při zajišťování pohody pacienta v domácím prostředí patří to, aby rodina rozuměla základním principům léčby bolesti a potřebným dovednostem, musíme hájit zájmy pacienta a rodiny při uspokojování potřeb komfortu a poskytovat rodině konzultace. (Aranda, O'Connor, 2005, s. 226)

Intervence

- Edukovat o hodnocení a léčbě bolesti (druhy bolesti, podávání analgetik, informace o způsobech zajištění pohody, informace o progresi onemocnění).
- Posoudit stupeň komfortu a spolu s rodinou stanovit ošetřovatelský plán.

- Využívat edukačních nástrojů (deník komfortu pacienta, demonstrace, video).
- Umožnit rodině v případě potřeby konzultace (při hospitalizaci i doma).

Informovanost rodiny

Příbuzní by měli vědět, kdy požádat o pomoc a jaké jsou nejčastější problémy při podpoře umírajícího pacienta, aby se na ně mohli připravit. Musí být seznámeni s možnostmi služeb, které jsou jim k dispozici a jak se k nim dostat. (Aranda, O'Connor, 2005, s. 228)

Intervence

- Naučit příbuzné, kdy mají požádat o pomoc.
- Poskytovat dostatek informací srozumitelnou formou, doplněnou o písemné materiály.
- Informovat o nemoci, způsobu léčby a změnách ve stavu pacienta.
- Umožnit nepřetržitý přístup k informacím.
- Využívat metodu rodinné konference, aby mohli navzájem příbuzní sdílet informace.
- Informovat o různých možnostech péče.

Emocionální podpora rodiny

Některé rodiny nevyžadují podporu, protože mají pocit, že možnosti sester jsou omezené. Měli bychom jim říci, že jejich potřeby jsou pro nás důležité. Povzbudit je k tomu, že se nebudou bát svěřit se se svými pocity a v případě potřeby nabídnout zprostředkování kontaktu s dalšími členy týmu - například psychologem nebo sociálním pracovníkem.

Intervence

- Informovat o příznacích blížící se smrti.
- Pomáhat rodině najít způsoby, jak se vyrovnat s těžkou situací (např. nesnažit se vyřešit vše najednou, ale brát život den po dni, využívat sociální oporu, hledat informace, které rozptýlí nejistotu).
- Pomáhat rodinám nalézat pozitiva v pečovatelské roli.
- Pomáhat členům rodiny nacházet způsoby, jak mohou pečovat sami o sebe a zabránit vyčerpání.

- Uznávat důležitost emocionálních potřeb členů rodiny

Praktická pomoc rodině

Neměli bychom automaticky předpokládat, že i když je rodina pacientovi oddaná, bude chtít nebo umět zvládat všechno. Členové rodiny často potřebují pomoc s hygienickou péčí o pacienta, mohou mít problémy s tím, jak pacienta polohovat, přemísťovat nebo dostat na toaletu, jak poskytnout základní hygienickou péči. Je důležité s příbuznými o tomto diskutovat. (Aranda, O'Connor, 2005, s. 229)

I v případě hospitalizace konzultujeme s rodinou, do jaké míry by se chtěla na péči o pacienta podílet. Vždy musíme vzít v úvahu i možnosti zařízení.

Intervence

- Doporučit péči specialisty a ukázat další možné zdroje podpory
- Pomoci rodině identifikovat, v čem potřebují praktickou pomoc
- Včas identifikovat potřebu respirační péče
- Poskytovat praktickou pomoc při péči o pacienta
- Poskytovat informace o možnostech podpory (např. finanční, převoz pacienta)

2.3.5 Základní pravidla pro komunikaci s rodinou

Komunikaci s rodinou pacienta nám usnadní následující pravidla.

- S příbuznými hovoříme přátelsky, ne autoritativně, srozumitelně, s pochopením pro danou situaci.
- Nepoužíváme nevhodné výrazy, nesrozumitelné, odborné. Dbáme na to, aby rodina všemu rozuměla.
- Nepoužíváme výrazy kritiky, chováme se s úctou, respektem. Dodržujeme v podstatě základní společenská pravidla.
- Nezapomínáme na to, že smíme sdělovat informace pouze v rámci své kompetence. Nikdy proto nepodáváme informace o nález, diagnóze, vážnosti stavu a prognóze nemoci. (Špatenková, Králová, 2009, s. 47)

- Pro rozhovor zvolíme klidné místo, které je důstojné otevřenému rozhovoru (Čechová, 2004, s. 135)
- V komunikaci jsme aktivní. Často je i ze strany lékařů důležité, aby nečekali, až příbuzný dojde za pacientem sám. Pozvání rodiny do nemocnice (či jiného zařízení) je pro ni alarmujícím signálem, že situace je vážná.
- Zaměříme se na cíl, který je nám s rodinou společný a tím je pacientův prospěch.
- Velmi důležité je dát příbuzným prostor se opakovaně ptát, klást dotazy. (Rusinová, 2010)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

3 METODIKA PRÁCE

3.1 Charakteristika zkoumaného vzorku

Pro svůj průzkum jsem zvolila všeobecné sestry, u nichž předpokládám kontakt s umírajícím pacientem a jeho rodinou. Jedná se o všeobecné sestry pracující v hospicovém zařízení, na onkologickém oddělení a oddělení léčebny dlouhodobě nemocných.

3.2 Cíle průzkumu

1. Zjistit, zda se všeobecné sestry cítily být studiem připraveny na komunikaci v paliativní péči.
2. Zjistit, zda všeobecné sestry podnikají aktivity ke zlepšení komunikace v paliativní péči pomocí kurzů, přednášek nebo workshopů.
3. Zjistit, zda všeobecné sestry pokládají za důležité komunikovat s rodinou umírajícího pacienta a zda v praxi s rodinou komunikují.

3.3 Metodika průzkumného šetření

V bakalářské práci jsem použila k získání informací metodu kvantitativního výzkumu pomocí dotazníku.

Dotazník, který jsem sestavila, začíná krátkým textem, ve kterém jsem se představila, uvedla univerzitu, na které studuji, studijní program a studijní obor. Uvedla jsem název bakalářské práce a požádala respondenty o jeho vyplnění. Zároveň jsem respondenty ujistila o anonymitě dotazníku a o tom, že výsledky průzkumu budou použity pouze pro účely mé bakalářské práce. Následuje poděkování za čas strávený vyplněním dotazníku.

Dotazník obsahuje 17 položek.

Formy položek:

- Uzavřené otázky, ve kterých je výběr možných variant odpovědí, z nichž respondent vhodnou odpověď vybere. Jedná se první úvodní otázku a otázky č. 1, 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14.

- Otevřené otázky, ve které respondent sám zvolí odpověď. Jedná se o druhou úvodní otázku a otázku 7.
- Polouzavřené otázky, které jsou kombinací dvou předchozích otázek. Jedná se o otázky č. 5, 11, 13, 15.

3.4 Charakteristika položek

Zde uvádím, čím se zabývají jednotlivé položky dotazníku.

- Úvodní otázky se zabývají věkem respondentů a jejich nejvyšším dosaženým vzděláním.
- Otázka č. 1 uvádí zařízení, ve kterém respondent pracuje.
- Otázka č. 2 zjišťuje počet úmrtí za určitý časový úsek na oddělení, kde respondent pracuje.
- Otázka č. 3 zjišťuje, zda se respondent cítil být připraven studiem na komunikaci s umírajícím pacientem.
- Otázky č. 4 a 5 jsou zaměřeny na absolvování kurzů/přednášek/workshopů.
- Otázka č. 6 zjišťuje schopnost respondenta hovořit o smrti a umírání.
- Otázka č. 7 je zaměřena na nejčastější přání umírajících pacientů.
- Otázky č. 8-15 se zabývají komunikací s rodinnými příslušníky pacienta.

3.5 Organizace šetření

Před samotným šetřením jsem vytvořila dotazník za pomoci vedoucí práce. Dotazník jsem nechala zhotovit v počtu 100 kopií. Vyřídila jsem žádost o dotazníkové šetření. Následně jsem rozdala 100 dotazníků do hospicových zařízení, na onkologické oddělení a oddělení léčebny dlouhodobě nemocných. U rozdávání všech dotazníků jsem byla osobně. Sama jsem dotazníky rozdala, domluvila se na pracovišti na termínu vyzvednutí vyplněných dotazníků a v tomto termínu jsem je vysbírala. Většinou trvalo vyplnění dva týdny. Z celkového počtu 100 rozdaných dotazníků bylo vráceno 72 dotazníků, z nichž 5 jsem musela vyřadit pro nesprávné a neúplné vyplnění. Pracuji s celkovým počtem 68 dotazníků, návratnost je 68 %.

3.6 Využití výsledků průzkumu

Mým cílem je vytvořit leták, který se bude aktualizovat každého půl roku. V letáku budou uvedeny základní pravidla pro komunikaci s umírajícím pacientem a jeho rodinou a také informace o konání kurzů, přednášek a workshopů na téma paliativní péče.

4 ZPRACOVÁNÍ VÝSLEDKŮ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Získaná data z dotazníků jsem nejprve sečetla a uspořádala. Sečetla jsem absolutní četnosti, vložila je do tabulky v počítačovém programu Microsoft Excel. Následně jsem pomocí vzorců vypočítala relativní četnost.

Pro lepší orientaci ve výsledcích průzkumu jsem se rozhodla pro grafické znázornění pomocí sloupcových grafů.

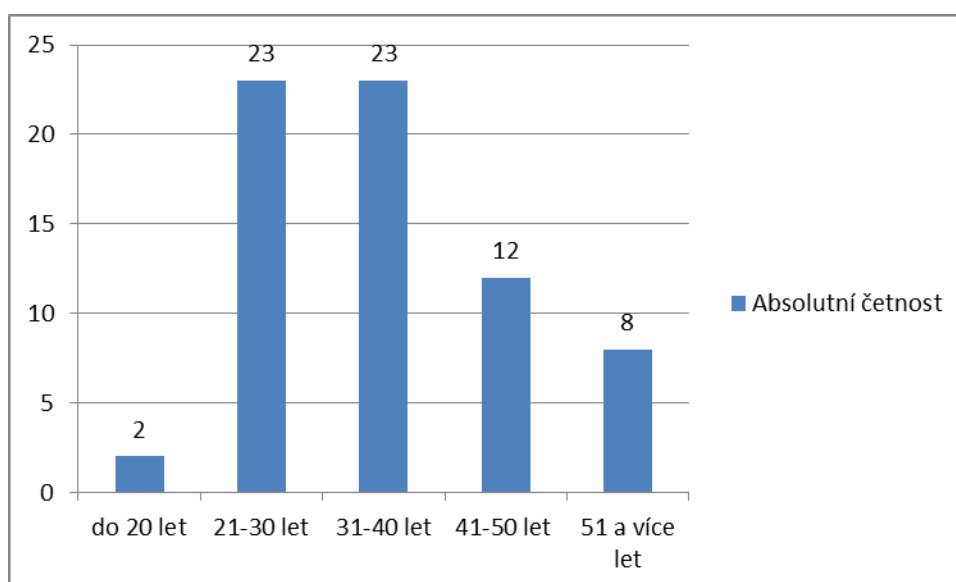
Absolutní četnost v tabulce udává počet respondentů, kteří zvolili v položce stejnou odpověď z nabídnutých možností.

Relativní četnost podává informaci o tom, jaká část z celkového počtu hodnot připadá na danou dílčí hodnotu.

Položka č. 1: Věk

Tabulka č. 2: Věk

Úvodní otázka: Kolik je Vám let?		
Věk	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
do 20 let	2	2,9
21-30 let	23	33,8
31-40 let	23	33,8
41-50 let	12	17,6
51 a více let	8	11,8
Celkem	68	100



Graf č. 1: Věk

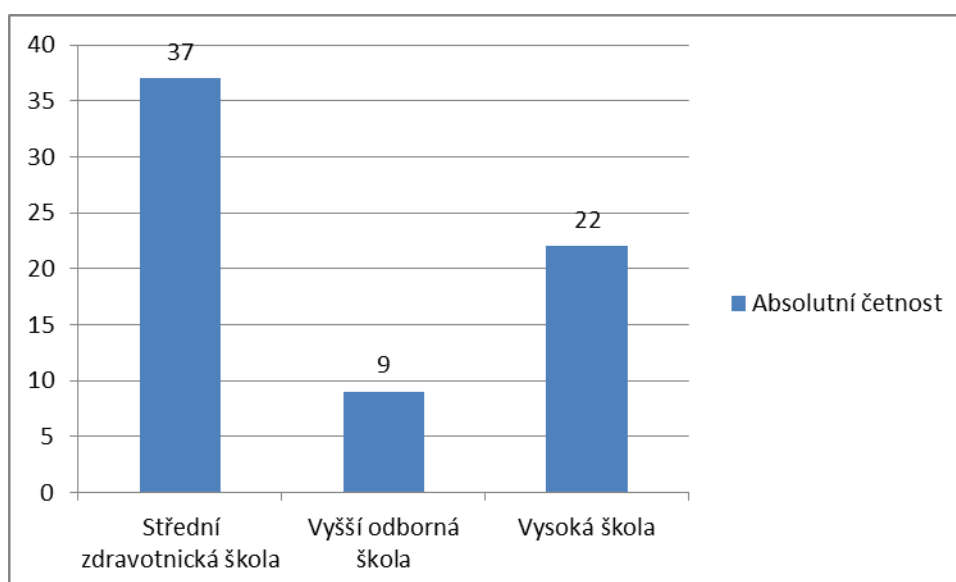
Komentář:

Tato otázka zjišťovala věk respondentů. Z celkového počtu 68 respondentů byli dva ve věku do 20 let (3 %), 23 respondentů bylo ve věku od 21-30 let (34 %), 23 respondentů bylo ve věku 31-40 let (34 %), 12 respondentů bylo ve věku od 41-50 let (12 %) a 8 respondentů bylo ve věku 41 - 50 let (17 %).

Položka č. 2: Nejvyšší dosažené vzdělání

Tabulka č. 3: Nejvyšší dosažené vzdělání

Úvodní otázka: Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?		
Dosažené vzdělání	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Střední zdravotnická škola	37	54,4
Vyšší odborná škola	9	13,2
Vysoká škola	22	32,4
Celkem	68	100,0



Graf č. 2: Nejvyšší dosažené vzdělání

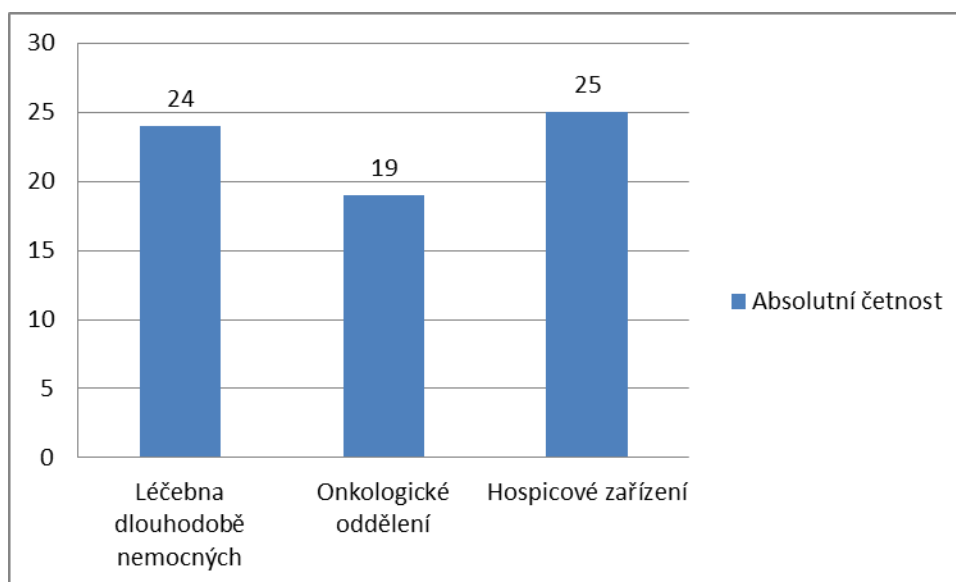
Komentář:

V této otázce uvedli respondenti jejich nejvyšší dosažené vzdělání.

Nejvyšší zastoupení respondentů byli absolventi středních zdravotnických škol (37 respondentů, 55 %). 22 respondentů (32 %) uvedlo jako nejvyšší vzdělání vysokoškolské a 9 respondentů (13 %) jsou absolventi vyšší odborné školy.

Položka č. 3: Zařízení, ve kterém respondent pracuje*Tabulka č. 4: Zařízení, ve kterém respondent pracuje*

Otázka č. 1: V jakém zařízení pracujete?		
Zařízení	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Léčebna dlouhodobě nemocných	24	35,3
Onkologické oddělení	19	27,9
Hospicové zařízení	25	36,8
Celkem	68	100

*Graf č. 3: Zařízení, ve kterém respondent pracuje*

Komentář:

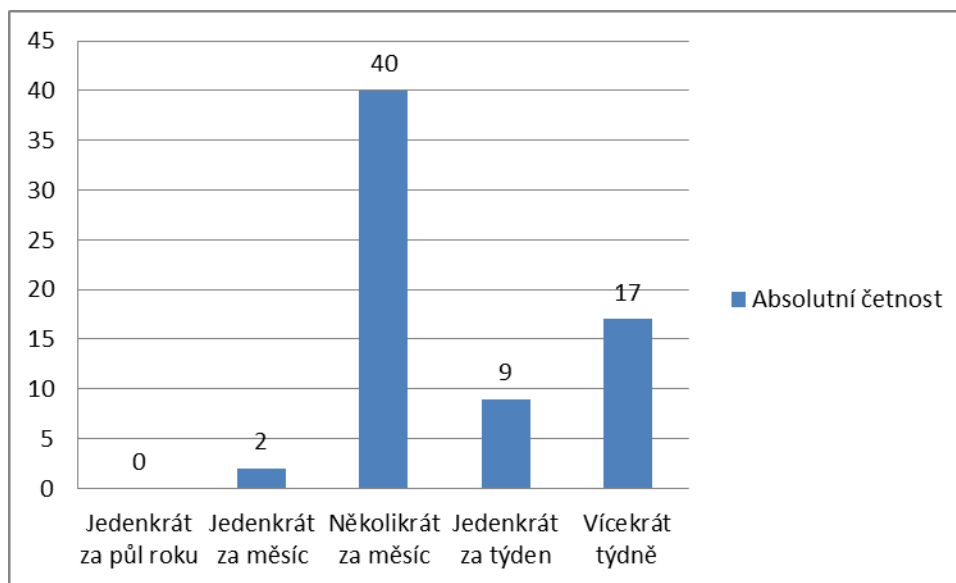
Tato otázka zjišťuje zařízení, ve kterém respondent pracuje.

V léčebně dlouhodobě nemocných pracuje 24 respondentů (35 %), na onkologickém oddělení pracuje 19 respondentů (28 %) a v hospicovém zařízení pracuje 25 respondentů (37 %).

Položka č. 4: Počet úmrtí pacientů v daném časovém úseku na pracovišti respondenta

Tabulka č. 5: Počet úmrtí

Otázka č. 2: Jak často se průměrně setkáváte na Vašem oddělení s úmrtím pacientů?		
Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Jedenkrát za půl roku	0	0,0
Jedenkrát za měsíc	2	2,9
Několikrát za měsíc	40	58,8
Jedenkrát za týden	9	13,2
Vícekrát týdně	17	25,0
Celkem	68	100,0



Graf č. 4: Počet úmrtí

Komentář:

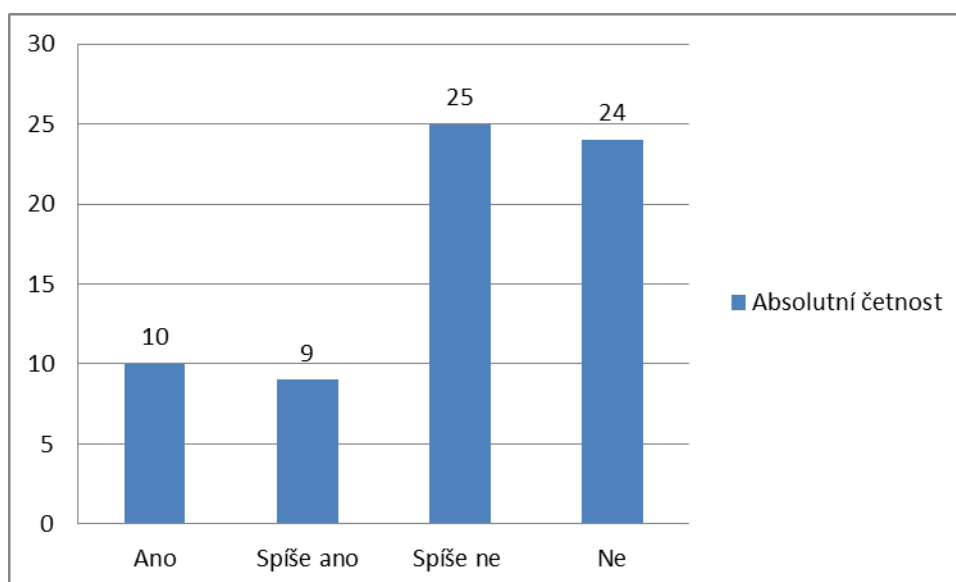
Tato otázka zjišťuje, jak často se respondent setkává s úmrtím pacientů na oddělení, kde pracuje.

Možnost „vícekrát týdně“ vybralo 17 respondentů (25 %), „jedenkrát za týden“ vybralo 9 respondentů (13 %), „jedenkrát za měsíc“ 2 respondenti (3 %) a „vícekrát do měsíce“ 40 respondentů (59 %). Ani jeden z respondentů neoznačil možnost „jedenkrát za půl roku.“

Položka č. 5: Příprava na komunikaci v paliativní péči

Tabulka č. 6: Příprava na komunikaci v paliativní péči

Otázka č. 3: Připravila Vás škola dostatečně na komunikaci s umírajícím pacientem a jeho rodinou?		
Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	10	14,7
Spíše ano	9	13,2
Spíše ne	25	36,8
Ne	24	35,3
Celkem	68	100



Graf č. 5: Příprava na komunikaci v paliativní péči

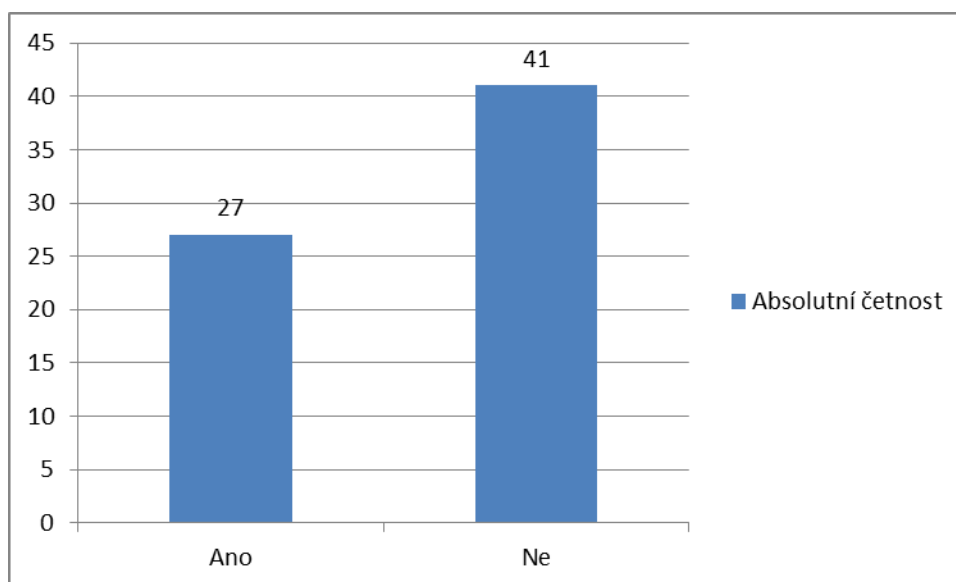
Komentář:

Tato otázka zjišťuje, zda se respondenti cítili být studiem na škole dostatečně připraveni na komunikaci s umírajícím pacientem a jeho rodinou. 10 respondentů (15 %) uvedlo, že ano. 9 respondentů (13 %) uvedlo, že spíše ano. 25 respondentů (37 %) uvedlo, že spíše ne. 24 respondentů (35 %) uvedlo, že ne.

Položka č. 6: Účast respondenta na kurzu/přednášce/workshopu zaměřeném na komunikaci v paliativní péči v průběhu posledního roku

Tabulka č. 7: Účast respondenta na kurzu/přednášce/workshopu

Otázka č. 4: Účastnil/a jste se v průběhu posledního roku kurzu/přednášky/workshopu, který byl zaměřen na komunikaci s umírajícím pacientem?		
Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	27	39,7
Ne	41	60,3
Celkem	68	100



Graf č. 6: Účast respondenta na kurzu/přednášce/workshopu

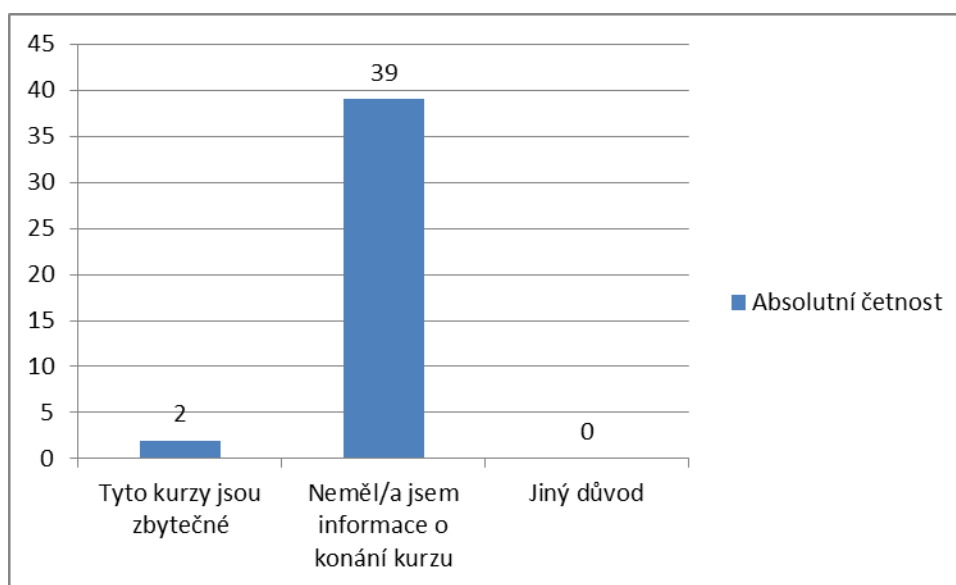
Komentář:

Tato otázka zjišťuje, zda respondent v průběhu posledního roku absolvoval kurz/přednášku/workshop, který se týkal komunikace s umírajícím pacientem. 41 respondentů (60 %) odpovědělo, že ne. 27 respondentů (40 %) se kurzu, přednášky nebo workshopu zúčastnilo. 3 z těchto respondentů uvedli, že se zúčastnili kurzu paliativní péče v Brně, 15 respondentů využilo možnosti přednášky v zařízení, ve kterém pracují a 9 respondentů se zúčastnilo kurzu paliativní péče ve Zlíně.

Položka č. 7: Na otázku č.5 odpovídal respondent tehdy, pokud se v průběhu posledního roku žádné přednášky/kurzu ani workshopu na téma komunikace v paliativní péči nezúčastnil

Tabulka č. 8: Důvody neúčasti na kurzu/přednášce/workshopu

Otázka č. 5: Pokud odpověď na předchozí otázku zněla ne, uveďte důvod.		
Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Tyto kurzy jsou zbytečné	2	4,9
Neměl/a jsem informace o konání kurzu	39	95,1
Jiný důvod	0	0,0
Celkem	41	100,0



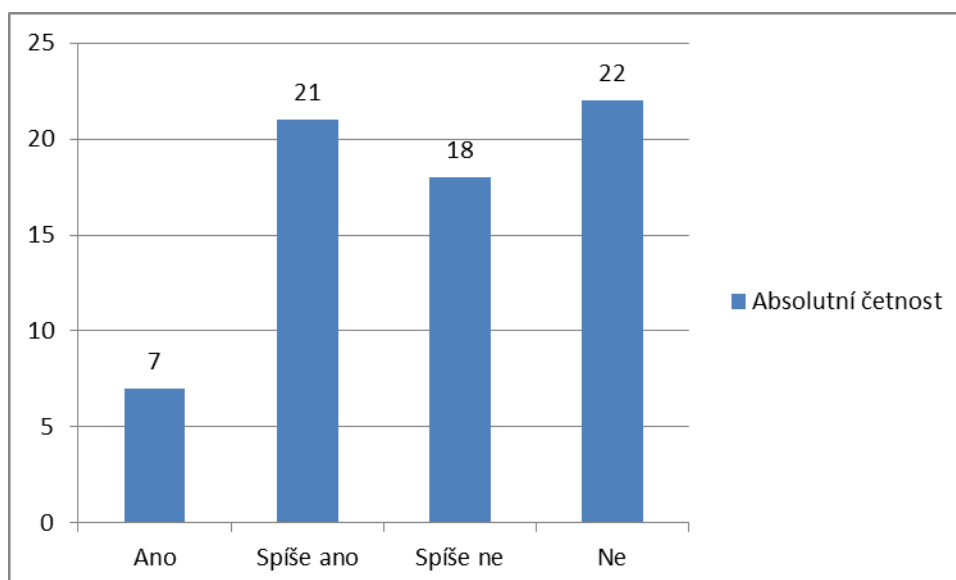
Graf č. 7: Důvody neúčasti na kurzu/přednášce/workshopu

Komentář:

Odpověď v této otázce označilo 41 respondentů, kteří se nezúčastnili v průběhu posledního roku žádného kurzu, přednášky ani workshopu zaměřeného na komunikaci s umírajícím pacientem. 2 z těchto respondentů (5 %) uvedli, že tyto kurzy jsou zbytečné. 39 respondentů (95 %) uvedlo, že nemělo informace o konání kurzu.

Položka č. 8: Zjišťuje schopnost respondenta hovořit o smrti a umírání*Tabulka č. 9: Schopnost respondenta hovořit o smrti a umírání*

Otázka č. 6: Je pro Vás obtížné hovořit o smrti a umírání?		
Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	7	10,3
Spíše ano	21	30,9
Spíše ne	18	26,5
Ne	22	32,4
Celkem	68	100,0

*Graf č. 8: Schopnost respondenta hovořit o smrti a umírání***Komentář:**

Prostřednictvím této otázky zjišťuji, zda je pro respondenty obtížné hovořit o tématu smrti a umírání. 7 respondentů (10 %) uvedlo, že ano. 21 respondentů (31 %) uvedlo, že spíše ano. 18 respondentů (27 %) uvedlo, že spíše ne. 22 respondentů (32 %) uvedlo, že ne.

Zjistila jsem, že na tuto otázku se ptala i agentura StemMark (2011) v průzkumu pro organizaci Cesta domů s názvem Smrt a péče o umírající, pohled laické i zdravotnické veřejnosti. Zde odpovědělo na stejnou otázku 10 % z celkového počtu 1095 respondentů, že rozhodně ano, 29% spíše ano, 38% spíše ne a 23% rozhodně ne.

Pokud bychom si rozdělili odpovědi na prosté ano, či ne, výsledek je podobný s výsledkem mého průzkumu. V průzkumu veřejného mínění bychom mohli být spokojeni, že více než polovina respondentů je bez obtíží schopná hovořit o smrti a umírání, že toto téma přestává být tabuizováno.

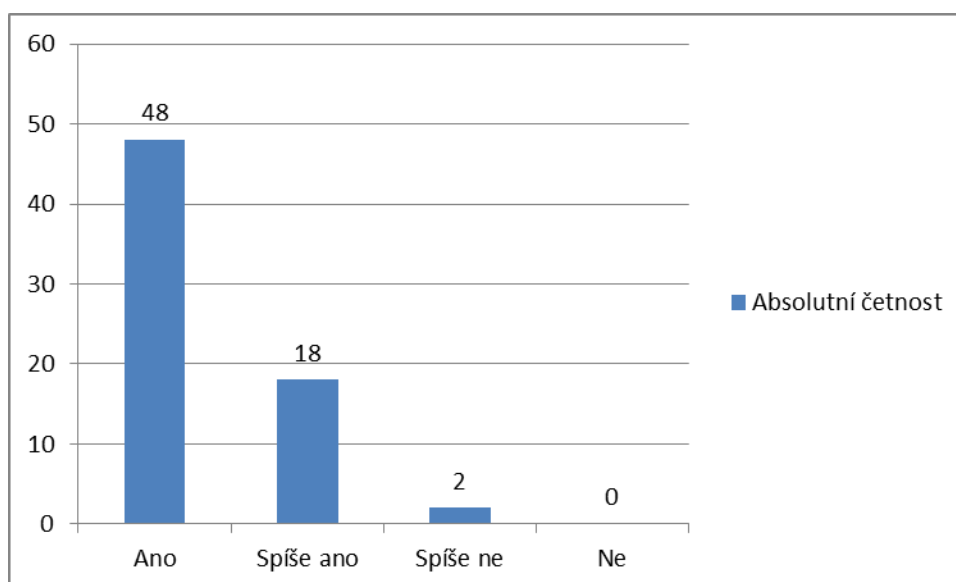
Položka č. 9: Nejčastější přání umírajících pacientů

Otázka č. 7 je otevřená. Ptala jsem se v ní respondentů, jaké jsou podle nich nejčastější přání umírajících pacientů. Zde uvádím nejčastější odpovědi respondentů:

- „*Nemít bolesti.*“
- „*Mít u sebe své blízké.*“
- „*Mít komu se svěřit.*“
- „*Duchovní komfort.*“
- „*Tělesný komfort.*“
- „*Umírat v klidu a pochopení.*“
- „*Ukončit své trápení.*“
- „*Aby umírání netrvalo dlouho.*“
- „*Mít soukromí.*“
- „*Být poslední chvíle doma.*“
- „*Moci se s rodinou rozloučit.*“
- „*Netrápit rodinu.*“

Položka č. 10: Důležitost komunikace s rodinnými příslušníky*Tabulka č. 10: Důležitost komunikace s rodinnými příslušníky*

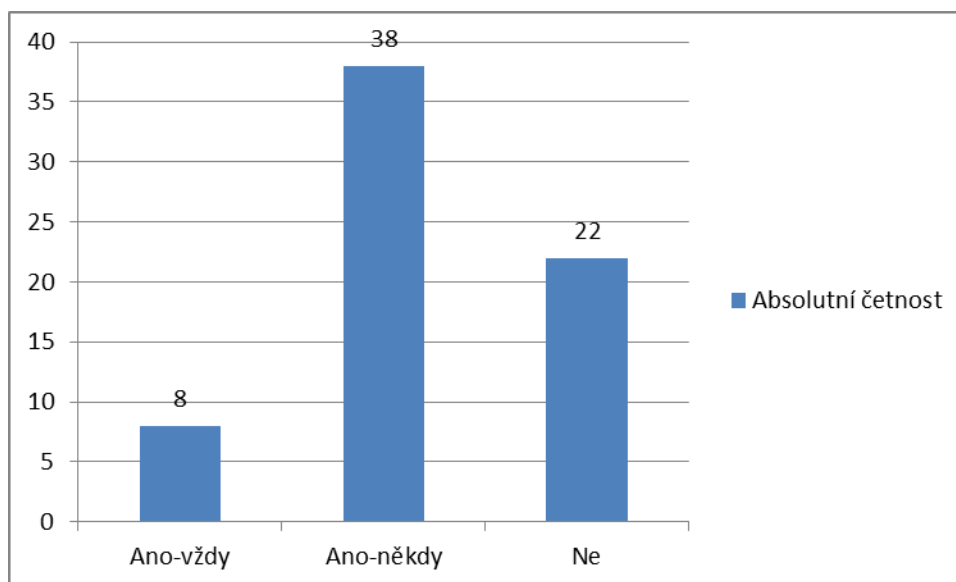
Otázka č. 8: Myslíte si, že je důležité komunikovat s rodinnými příslušníky umírajícího pacienta?		
Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	48	70,6
Spíše ano	18	26,5
Spíše ne	2	2,9
Ne	0	0,0
Celkem	68	100,0

*Graf č. 9: Důležitost komunikace s rodinnými příslušníky***Komentář:**

V této otázce respondenti uváděli, zda je podle nich důležité komunikovat s rodinou umírajícího pacienta. 48 respondentů (71 %) uvedlo, že ano. 18 respondentů uvedlo, že spíše ano. 2 respondenti (3 %) uvedli, že spíše ne. Žádný z respondentů neuvedl možnost „ne“.

Položka č. 11: Strach z rozhovoru s rodinou umírajícího pacienta*Tabulka č. 11: Strach z rozhovoru s rodinou umírajícího pacienta*

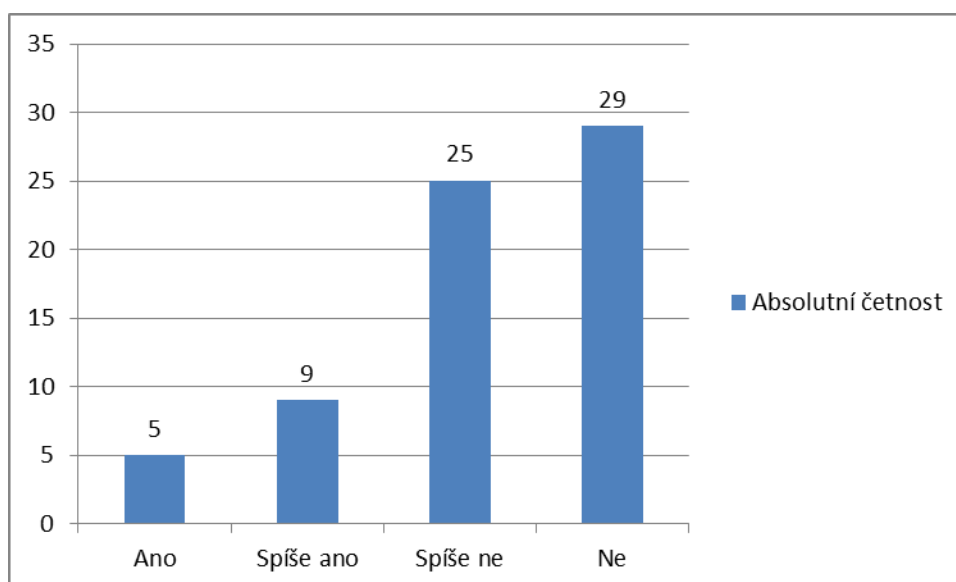
Otázka č. 9: Pociťujete strach z rozhovoru s rodinou umírajícího pacienta?		
Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano-vždy	8	11,8
Ano-někdy	38	55,9
Ne	22	32,4
Celkem	68	100,0

*Graf č. 10: Strach z rozhovoru s rodinou umírajícího pacienta***Komentář:**

Prostřednictvím této otázky jsem se ptala respondentů, zda pociťují strach z rozhovoru s rodinou umírajícího pacienta. 8 respondentů (12 %) uvedlo, že strach pociťuje vždy. 38 respondentů (56 %) uvedlo, že strach pociťuje někdy. 22 respondentů (32 %) uvedlo, že strach nepociťuje.

Položka č. 12: Vyhýbání se komunikaci s rodinou umírajícího pacienta*Tabulka č. 12: Vyhýbání se komunikaci s rodinou umírajícího pacienta*

Otázka č. 10: Vyhýbáte se komunikaci s rodinou umírajícího pacienta?		
Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	5	7,4
Spíše ano	9	13,2
Spíše ne	25	36,8
Ne	29	42,6
Celkem	68	100,0

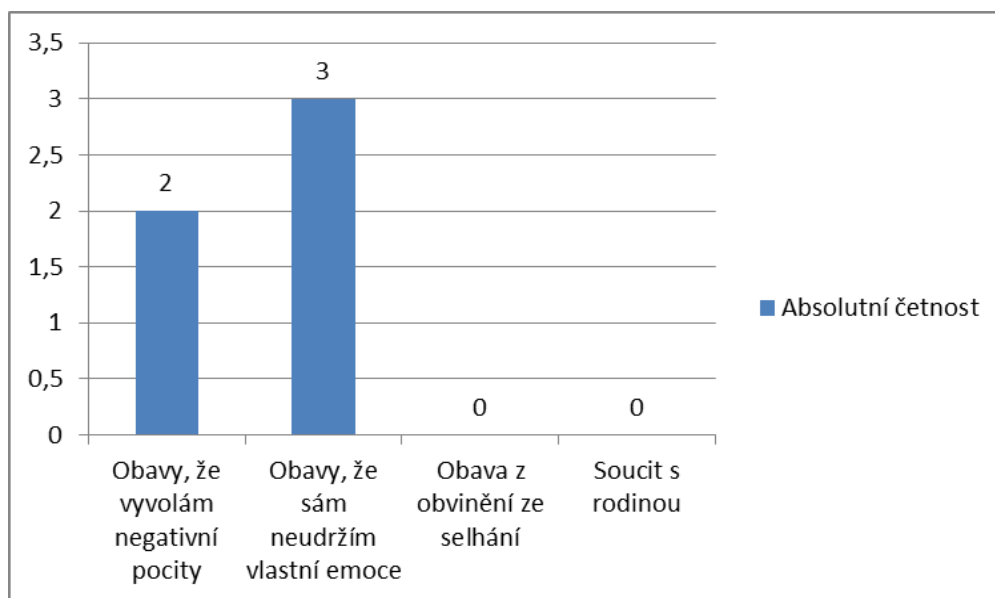
*Graf č. 11: Vyhýbání se komunikaci s rodinou umírajícího pacienta***Komentář:**

Tato otázka se týká vyhýbání se komunikaci s rodinou umírajícího pacienta. 5 respondentů (7 %) označil možnost „ano“. 8 respondentů (13 %) uvedlo možnost „spíše ano“. 25 respondentů (37 %) uvedlo možnost „spíše ne“. 29 respondentů (43 %) uvedlo možnost „ne“.

Položka č. 13: Na otázku č. 11 odpovídali respondenti, kteří v předchozí otázce uvedli možnost a), že se vyhýbají komunikaci s rodinou umírajícího pacienta.

Tabulka č. 13: Důvody vyhýbání se komunikaci s rodinou umírajícího pacienta

Otázka č. 11: Pokud odpověď na předchozí otázku zněla ano, uveďte důvod:		
Odpověď	Absolutní čet- nost	Relativní četnost (%)
Obavy, že vyvolám negativní pocity	2	40
Obavy, že sám neudržím vlastní emoce	3	60
Obava z obvinění ze selhání	0	0
Soucit s rodinou	0	0
Celkem	5	100



Graf č. 12: Důvody vyhýbání se komunikaci s rodinou umírajícího pacienta

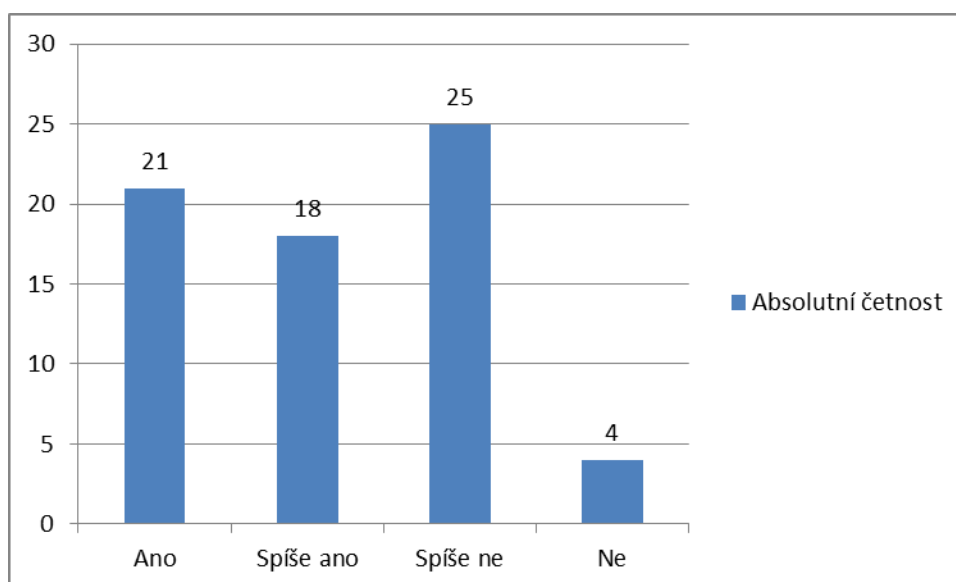
Komentář:

Ne tuto otázku odpovídali respondenti, kteří pociťují strach z rozhovoru s rodinou umírajícího pacienta. Z celkového počtu 5 respondentů uvedli 2 (40 %) jako důvod ten, že mají obavy z vyvolání negativních pocitů. Zbylí 3 respondenti (60 %) uvedli, že mají obavy z toho, že při rozhovoru neudrží sami své vlastní emoce.

Položka č. 14: Komunikace s rodinou nad rámec povinností

Tabulka č. 14: Komunikace s rodinou nad rámec povinností

Otázka č. 12: Komunikujete s rodinou umírajícího pacienta i nad rámec Vašich povinností?		
Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	21	30,9
Spíše ano	18	26,5
Spíše ne	25	36,8
Ne	4	5,9
Celkem	68	100,0



Graf č. 13: Komunikace s rodinou nad rámec povinností

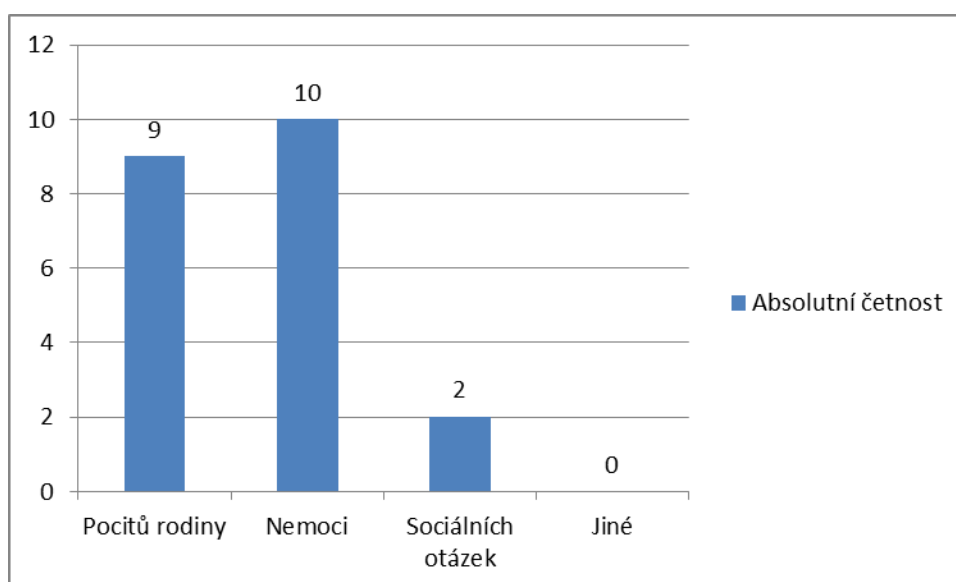
Komentář:

V této otázce se jedná o to, zda respondenti komunikují s rodinou umírajícího pacienta i nad rámec jejich povinností. 21 respondentů (31%) uvedlo, že ano. 18 respondentů (26%) uvedlo, že spíše ano. 25 respondentů (37%) uvedlo, že spíše ne. 4 respondenti (6%) uvedli, že ne.

Položka č. 15: Téma komunikace s rodinnými příslušníky

Tabulka č. 15: Téma komunikace s rodinnými příslušníky

Otázka č. 13: Pokud odpověď na předchozí otázku zněla ano, čeho se tato nejčastěji komunikace týká?		
Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Pocitů rodiny	9	42,9
Nemoci	10	47,6
Sociálních otázek	2	9,5
Jiné	0	0,0
Celkem	21	100,0



Graf č. 14: Téma komunikace s rodinnými příslušníky

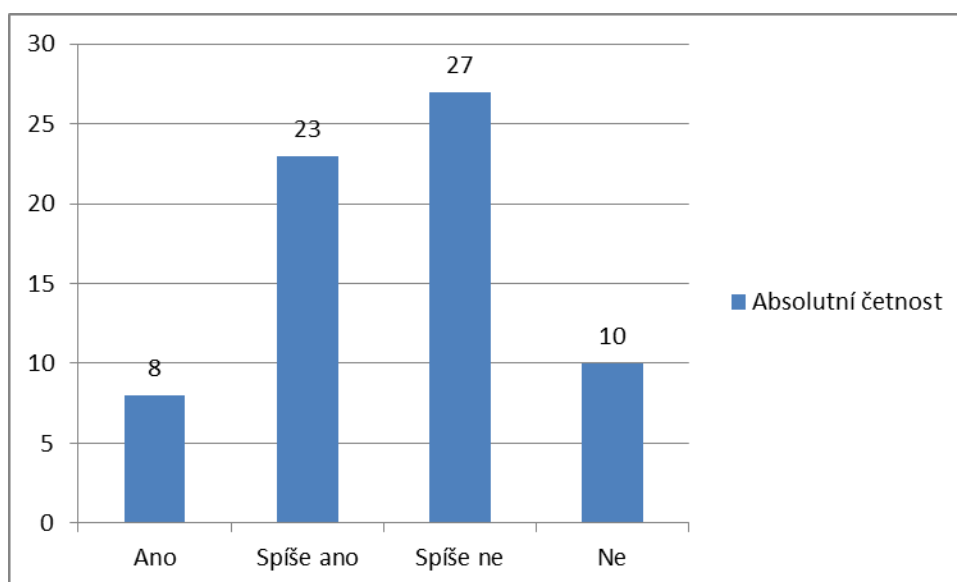
Komentář:

Na tuto otázku odpovídali respondenti, kteří v předchozí otázce uvedli, že komunikují s rodinou pacienta i nad rámec jejich povinností. Z celkového počtu 21 těchto respondentů uvedlo 9 (43 %), že komunikace se týká pocitů rodiny. 10 respondentů (48 %) uvedlo, že komunikace se týká nemoci. 2 respondenti (9 %) uvedli, že komunikace se týká sociálních otázek. Žádný z respondentů neuvedl jiné téma rozhovoru.

Položka č. 16: Čas na komunikaci s rodinou pacienta

Tabulka č. 16: Čas na komunikaci s rodinou pacienta

Otázka č. 14: Máte v průběhu pracovní doby dostatek času na komunikaci s rodinou umírajícího pacienta?		
Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	8	11,8
Spíše ano	23	33,8
Spíše ne	27	39,7
Ne	10	14,7
Celkem	68	100,0



Graf č. 15: Čas na komunikaci s rodinou pacienta

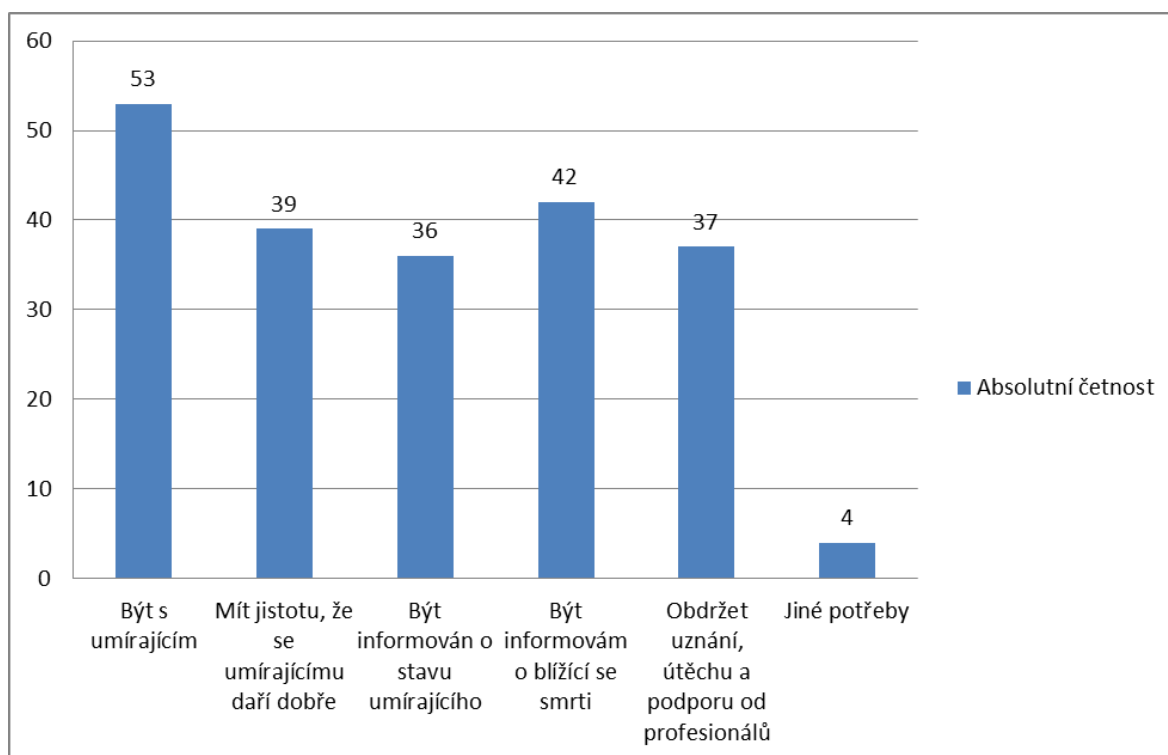
Komentář:

Prostřednictvím této otázky jsem chtěla zjistit, jestli mají respondenti v průběhu své pracovní doby čas také na komunikaci s rodinou umírajícího pacienta. 8 respondentů (12 %) uvedlo, že ano. 23 respondentů (34 %) uvedlo, že spíše ano. 27 respondentů (39 %) uvedlo, že spíše ne. 10 respondentů (15 %) uvedlo, že ne.

Položka č. 17: Potřeby rodiny umírajících pacientů

Tabulka č. 17: Potřeby rodiny umírajících pacientů

Otázka č. 15: Jaké jsou podle Vás nejčastější potřeby rodiny umírajícího pacienta?		
Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Být s umírajícím	53	25,1
Mít jistotu, že se umírajícímu daří dobře	39	18,5
Být informován o stavu umírajícího	36	17,1
Být informován o blížící se smrti	42	19,9
Obdržet uznání, útěchu a podporu od profesionálů	37	17,5
Jiné potřeby	4	1,9
Celkem	211	100,0



Graf č. 16: Potřeby rodiny umírajících pacientů

Komentář:

V této otázce měli respondenti možnost zvolit více odpovědí na otázku, která se týká nejčastějších potřeb rodin umírajících pacientů. Respondenti celkem 53x uvedli,

že nejčastější potřebou je potřeba „Být s umírajícím“. 39x uvedli možnost „Mít jistotu, že se umírajícímu daří dobře“. 36x uvedli možnost „Být informován o stavu umírajícího“. 42x uvedli možnost „Být informován o blížící se smrti“. 37x uvedli možnost „Obdržet uznání, útěchu a podporu od profesionálů“. Ve čtyřech případech uvedli možnost „Jiné potřeby“, kterými myslí „Aby neměl umírající bolesti“, „Naplněné duchovní potřeby, možnost pomazání“, „Možnost se vymluvit“.

5 DISKUZE

Cíl č. 1: Zjistit, zda se všeobecné sestry cítily být studiem připraveny na komunikaci v paliativní péči.

V České republice není samostatný studijní obor zaměřený na paliativní péči pro všeobecné sestry. Paliativní péče se vyučuje pouze jako součást jiných předmětů, což není dle mého názoru dostačující, protože všeobecným sestram neposkytuje dostatečnou přípravu na komunikaci s umírajícím pacientem a jeho rodinou.

10 respondentů (15 %) z celkového počtu 68 uvedlo, že „Ano“. Škola je tedy dostatečně připravila na komunikaci s umírajícím pacientem a jeho rodinou. 9 respondentů (13 %) vybralo na stejnou otázku možnost „Spíše ano“. 25 respondentů (37 %) uvedlo, že „Spíše ne“. 24 respondentů (35 %) uvedlo, že je škola dostatečně nepřipravila.

Nadpoloviční většina se na komunikaci s umírajícím pacientem a jeho rodinou necítila být dostatečně připravena.

Cíl č. 2: Zjistit, zda všeobecné sestry podnikají aktivity ke zlepšení komunikace v paliativní péči pomocí kurzů, přednášek nebo workshopů.

Vzhledem k tomu, že samotné studium nepřipravuje všeobecné sestry dostatečně na komunikaci v paliativní péči, považují za nutné, aby se všeobecné sestry v tomto směru dále vzdělávaly pomocí různých kurzů, přednášek či workshopů. Zvláště pak ty, které se s úmrtím pacientů setkávají častěji. Zda se sestry těchto vzdělávacích akcí účastní, ukazují otázky č. 4 a 5.

Nadpoloviční většina (60 %) respondentů uvádí, že se v posledním roce nezúčastnilo žádného kurzu, přednášky ani workshopu na téma komunikace s umírajícím pacientem. Jako nejčastější důvod absence na jakémkoli kurzu, přednášce či workshopu na toto téma 95 % respondentů uvádí, že neměli informace o konání kurzu. Překvapivé je zjištění, že 5 % respondentů se kurzu, přednášky ani workshopu nezúčastnilo proto, že jim připadají zbytečné.

Cíl č. 3: Zjistit, zda sestry pokládají za důležité komunikovat s rodinou umírajícího pacienta, zda v praxi s rodinou komunikují.

Paliativní péče je péče komplexní. Pečujeme jak o pacienta, tak jeho rodinu. Z tohoto důvodu je velmi důležité s rodinou komunikovat. Zda sestry považují za důležité komu-

vat s rodinou a zda s rodinnými příslušníky v praxi komunikují, jsem zjišťovala pomocí otázek č. 8-14.

Z výsledků průzkumu vyplynulo, že celých 97 % respondentů považuje za důležité komunikovat s rodinou umírajícího pacienta. Nadpoloviční většina respondentů (68 %) někdy pocíťuje strach z rozhovoru s rodinou umírajícího pacienta, 20 % se mu spíše snaží vyhnout. 80% respondentů s rodinou komunikuje, 57 % věnuje rodině pacienta svůj čas i nad rámec svých povinností. Přibližně polovina respondentů (46 %) uvádí, že na komunikaci s rodinou umírajícího pacienta nemají v průběhu pracovní doby čas.

Respondenti si uvědomují důležitost komunikace s rodinnými příslušníky umírajícího pacienta a většina z nich aktivně komunikuje.

ZÁVĚR

Moje bakalářská práce s názvem Komunikace s rodinou umírajícího pacienta aneb „Umíme to?“ obsahuje dvě části, teoretickou a praktickou.

Teoretická část obsahuje dvě kapitoly. První kapitola obecně popisuje paliativní péči, její historii ve světě i v České republice. Dále je popsána obecná paliativní péče a specializovaná paliativní péče a jejich zastoupení v České republice. Jsou zde vysvětleny klíčové termíny v paliativní péči. Kapitola také popisuje možnosti vzdělávání v paliativní péči pro lékařské i nelékařské obory. Druhá kapitola se zabývá komunikací v paliativní péči. V této kapitole je popsáno základní dělení komunikace. Následují dvě podkapitoly, které se zabývají jak komunikací s umírajícím pacientem, tak komunikací s rodinou umírajícího pacienta.

V praktické části jsou vymezeny cíle, metodika práce a vyhodnocení. K průzkumné části byl zhotoven dotazník. Vyhodnocení průzkumné části potvrdilo mé domněnky, že se všeobecné sestry po studiu necítí být připraveny na komunikaci s umírajícím pacientem a jeho rodinou. Tato informace nebyla překvapivá, neboť v České republice zatím není systém vzdělání všeobecných sester v paliativní péči v rámci určitého studijního oboru. Všeobecným sestrám tak zbývá možnost účasti na kurzech, přednáškách či workshopech zaměřených na různé oblasti péče o umírající pacienty a jejich rodiny.

Věřím, že výsledky tohoto výzkumu by mohly ukázat nutnost zlepšení vzdělání všeobecných sester v paliativní péči.

Umíme tedy komunikovat s rodinou umírajícího pacienta? Na tuto otázku nelze jednoznačně odpovědět. „Umění“ komunikovat s rodinou umírajícího pacienta není jednoduché. Ve většině případů však lze s rodinou umírajícího pacienta komunikovat na základě slušnosti, ohleduplnosti a taktu. Je pravdou, že neexistují žádná obecná pravidla rozhovoru s rodinou, nelze se držet žádných opěrných bodů. Vše vyplývá z konkrétní situace, z konkrétních vztahů v dané rodině, z důvěry, kterou má rodina vůči ošetřujícímu personálu.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ČECHOVÁ, Věra, 2004. *Psychologie a pedagogika II*. Praha:Informatorium. ISBN 978-80-7333-028-6.

JUŘENÍKOVÁ, Petra, 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha:Grada. ISBN 978-80-247-2171-2.

KRÁTKÁ, Anna, KUTNOHORSKÁ, CICHÁ, Martina a kolektiv, 2011. *Ošetrovatelství – morální umění: kapitoly z dějin ošetrovatelství ve vztahu k morálnímu profilu sestry*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4201-4.

O'CONNOR, Margaret a Aranda SANCHIA, 2005. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0279-7.

PARKES, Murray Colin, RELFOVÁ, Marilyn a Ann Couldricková, 2007. *Poradenství pro smrtelně nemocné a pozůstalé*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu. ISBN 978-80-87029-23-7.

PAYNEYOVÁ, Sheila, Jane SEYMOUROVÁ a Christine INGLETONOVÁ, 2007. *Principy a praxe paliativní péče*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu. ISBN 978-80-87029-25-1.

POKORNÁ, Andrea, 2010. *Komunikace se seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3271.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Jaroslava KRÁLOVÁ, 2011. *Základní otázky komunikace*. Praha: Galén. ISBN: 978-80-7262-599-4.

PTÁČEK, Radek et al., 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada. ISBN 978-80-251-2173-3.

VORLÍČEK, Jiří, Zdeněk ADAM, Yveta POSPÍŠILOVÁ a kolektiv, 2004. *Paliativní medicína*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0279-7.

Internetové zdroje:

Co je paliativní péče. [online] 1.5.2013 [cit. 2013-05-01]. Dostupné z: <http://www.umirani.cz/definice-paliativni-pece.html>

KALVACH, Zdeněk a Ondřej SLÁMA. *Vzdělávání v paliativní péči* [online] ,©2004 [cit. 2013-05-01]. Dostupné z: <http://www.cestadomu.cz/res/data/028/003428.pdf>

KABELKA, Ladislav, SLÁMA, Ondřej a Martina ŠPINKOVÁ, 2013. *Standardy paliativní péče 2013* [online]. 15.1.2013 [cit. 2013-05-01]. Dostupné z: http://www.paliativnimedicina.cz/sites/www.paliativnimedicina.cz/files/users/simicek/spp_2013_def.pdf

KABELKA, Ladislav, SLÁMA, Ondřej a Martina ŠPINKOVÁ, 2013. *Paliativní péče v ČR v roce 2013* [online]. 12.2.2013 [cit. 2013-05-01]. Dostupné z: <http://www.paliativnimedicina.cz/aktualita/paliativni-pece-v-cr-v-roce-2013>

Obecná paliativní péče. [online] 1.5.2013 [cit. 2013-05-01]. Dostupné z: <http://www.umirani.cz/slovnicek.html?page=2&itemId=44>

POSPÍŠILOVÁ, Karin, 2013. *Lékořice* [online] 1.5.,2013 [cit. 2013-05-01]. Dostupné z: <http://www.ftn.cz/pacientum-a-verejnosti/oddeleni-a-kliniky/lekorice-centrum-podpurne-pece/>

RUSINOVÁ, Kateřina, 2010. *Svědectví o doprovázení rodiny umírajícího pacienta v resuscitační péči* [online]. 19.8.2010 [cit. 2013-04-28]. Dostupné z: http://www.psychosom.cz/?page_id=1133

SLÁMA, Ondřej a Štěpán ŠPINKA. *Koncepce paliativní péče v ČR.* Praha:Hospicové občanské sdružení Cesta domů,©2004 [cit. 2013-05-01].ISBN 80-239-4330-8. Dostupné také z: <http://www.cestadomu.cz/res/data/028/003426.pdf>

Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě, 2010. Přeložil Jan Dvořák. [online] 1.5.2013 [cit. 2013-05-01]. Dostupné z: <http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=KX9ABbM7y4c%3D&tabid=736>

STEMMARK, 2011. *Smrt a péče o umírající, pohled laické i zdravotnické veřejnosti.* [online] červenec 2011 [cit. 2013-05-03]. Dostupné z: <http://www.cestadomu.cz/res/data/053/006112.pdf>

TŮMOVÁ, Štěpánka, 2012. *Bylo to strašné i krásné, říkájí o umírání blízcí.* [online] 19.11.2012 [cit. 2013-05-03]. Dostupné z: <http://www.umirani.cz/detail-clanek/bylo-to-strasne-i-krasne-rikaji-o-umirani-blizci.html>

Vzdělávání, stáže. [online] 1.5.2013 [cit. 2013-05-01]. Dostupné z: <http://www.paliativnimedicina.cz/institut-paliativni-mediciny>

SEZNAM TABULEK

<i>Tabulka č. 1: Vzorový plán ke zlepšení komunikačních dovedností</i>	26
<i>Tabulka č. 2: Věk</i>	39
<i>Tabulka č. 3: Nejvyšší dosažené vzdělání</i>	40
<i>Tabulka č. 4: Zařízení, ve kterém respondent pracuje</i>	41
<i>Tabulka č. 5: Počet úmrtí</i>	42
<i>Tabulka č. 6: Příprava na komunikaci v paliativní péči</i>	43
<i>Tabulka č. 7: Účast respondenta na kurzu/přednášce/workshopu</i>	44
<i>Tabulka č. 8: Důvody neúčasti na kurzu/přednášce/workshopu</i>	45
<i>Tabulka č. 9: Schopnost respondenta hovořit o smrti a umírání</i>	46
<i>Tabulka č. 10: Důležitost komunikace s rodinnými příslušníky</i>	49
<i>Tabulka č. 11: Strach z rozhovoru s rodinou umírajícího pacienta</i>	50
<i>Tabulka č. 12: Vyhýbání se komunikaci s rodinou umírajícího pacienta</i>	51
<i>Tabulka č. 13: Důvody vyhýbání se komunikaci s rodinou umírajícího pacienta</i>	52
<i>Tabulka č. 14: Komunikace s rodinou nad rámec povinností</i>	53
<i>Tabulka č. 15: Téma komunikace s rodinnými příslušníky</i>	54
<i>Tabulka č. 16: Čas na komunikaci s rodinou pacienta</i>	55
<i>Tabulka č. 17: Potřeby rodiny umírajících pacientů</i>	56

SEZNAM GRAFŮ

<i>Graf č. 1: Věk</i>	39
<i>Graf č. 2: Nejvyšší dosažené vzdělání</i>	40
<i>Graf č. 3: Zařízení, ve kterém respondent pracuje</i>	41
<i>Graf č. 4: Počet úmrtí</i>	42
<i>Graf č. 5: Příprava na komunikaci v paliativní péči</i>	43
<i>Graf č. 6: Účast respondenta na kurzu/přednášce/workshopu</i>	44
<i>Graf č. 7: Důvody neúčasti na kurzu/přednášce/workshopu</i>	45
<i>Graf č. 8: Schopnost respondenta hovořit o smrti a umírání</i>	46
<i>Graf č. 9: Důležitost komunikace s rodinnými příslušníky</i>	49
<i>Graf č. 10: Strach z rozhovoru s rodinou umírajícího pacienta</i>	50
<i>Graf č. 11: Vyhýbání se komunikaci s rodinou umírajícího pacienta</i>	51
<i>Graf č. 12: Důvody vyhýbání se komunikaci s rodinou umírajícího pacienta</i>	52
<i>Graf č. 13: Komunikace s rodinou nad rámec povinností</i>	53
<i>Graf č. 14: Téma komunikace s rodinnými příslušníky</i>	54
<i>Graf č. 15: Čas na komunikaci s rodinou pacienta</i>	55
<i>Graf č. 16: Potřeby rodiny umírajících pacientů</i>	56

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK

Dobrý den,

jmenuji se Alexandra Machalíčková a studuji na Fakultě humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně studijní program Ošetrovatelství, studijní obor Všeobecná sestra.

V rámci ukončení studia zpracovávám bakalářskou práci s názvem ***Komunikace s rodinou umírajícího pacienta aneb „Umíme to?“***. Součástí průzkumu je dotazník a já Vás chci touto cestou poprosit o jeho vyplnění. Dotazník je zcela anonymní a výsledky budou použity pouze v mé bakalářské práci.

Děkuji Vám za čas strávený vyplňováním tohoto dotazníku.

Kolik je Vám let?

- a) do 20 let
- b) 21-30 let
- c) 31-40 let
- d) 41-50 let
- e) 51 a více let

Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

.....

1. V jakém zařízení pracujete?

- a) Léčebna dlouhodobě nemocných
- b) Onkologické oddělení
- c) Hospicové zařízení

2. Jak často se průměrně setkáváte na Vašem oddělení s úmrtím pacientů?

- a) Jedenkrát za půl roku
- b) Jedenkrát za měsíc
- c) Několikrát za měsíc
- d) Jedenkrát za týden

e) Vícekrát týdně

3. Připravila Vás škola dostatečně na komunikaci s umírajícím pacientem a jeho rodinou?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Ne

4. Účastnil/a jste se v průběhu posledního roku kurzu/přednášky/workshopu, který byl zaměřen na komunikaci s umírajícím pacientem? Pokud ano, napište kde.

- a) Ano
- b) Ne

5. Pokud odpověď na předchozí otázku zněla ne, uveďte důvod.

- a) Tyto kurzy jsou zbytečné
- b) Neměl/a jsem informace o konání kurzu
- c) Jiný (popište)

.....

6. Je pro vás obtížné hovořit o smrti a umírání?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Ne

7. Jaká jsou podle vás nejčastější přání umírajících pacientů?

.....

8. Myslíte si, že je důležité komunikovat s rodinnými příslušníky umírajícího pacienta?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Ne

9. Pociťujete strach z rozhovoru s rodinou umírajícího pacienta?

- a) Ano- vždy
- b) Ano- někdy
- c) Ne

10. Vyhýbáte se komunikaci s rodinou umírajícího pacienta?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Ne

11. Pokud odpověď na předchozí otázku zněla ano, uveďte důvod:

- a) Obavy, že vyvolám negativní pocity
- b) Obavy, že sám neudržím vlastní emoce
- c) Obava z obvinění ze selhání
- d) Soucit s rodinou
- e) Jiné důvody, uveďte:

.....
.....

12. Komunikujete s rodinou umírajícího pacienta i nad rámec Vašich povinností?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Ne

13. Pokud předchozí otázka zněla ano, čeho se tato komunikace nejčastěji týká?

- a) Pocitů rodiny
- b) Nemoci
- c) Sociálních otázek
- d) Jiný (popište)

14. Máte v průběhu pracovní doby dostatek času na komunikaci s rodinou umírajícího pacienta?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Ne

15. Jaké jsou podle Vás nejčastější potřeby rodiny umírajícího pacienta? *(je možné více odpovědí)*

- a) Být s umírajícím
- b) Mít jistotu, že se umírajícímu daří dobře
- c) Být informován o stavu umírajícího
- d) Být informován o blížící se smrti
- e) Obdržet uznání, útěchu a podporu od profesionálů
- f) Jiné potřeby, uveďte:

.....