

Význam komunikace v procesu paliativní péče

Petra Sobková

Bakalářská práce
2020



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

Akademický rok: 2019/2020

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Petra Sobková**
Osobní číslo: **H17282**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Forma studia: **Kombinovaná**
Téma práce: **Význam komunikace v procesu paliativní péče**

Zásady pro vypracování

Rešerše literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti paliativní péče a komunikace.

Příprava metodiky kvalitativního výzkumu.

Formulace kritérií pro výběr participantů.

Realizace výzkumu technikou rozhovoru.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných informací.

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

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam doporučené literatury:

- BUŽGOVÁ, R. Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života. Praha: Grada, 2015. 168 s. ISBN 978-80-247-5402-4.
KABELKA, L. Geriatrická paliativní péče a komunikace o nemoci. Druhé, přepracované a doplněné vydání. Praha: Mladá fronta, 2018. 341 s. ISBN 978-80-204-5049-4.
KISSANE, D. W., B. D. BULTZ, P. BUTOW et al. Oxford textbook of communication in oncology and palliative care. Second edition. Oxford: Oxford University Press, 2017. 434 s. ISBN 978-0-19-873613-4.
KISVETROVÁ, H. Péče v závěru života. Praha: Maxdorf, 2018. 149 s. ISBN 978-80-7345-496-8.
KUPKA, M. Psychosociální aspekty paliativní péče. Praha: Grada, 2014. 216 s. ISBN 978-80-247-4650-0.
VOLANDES, A. E. Umění rozhovoru o konci života. V Praze: Cesta domů, 2015. 203 s. ISBN 978-80-88126-03-4.

Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Anna Krátká, Ph.D.**
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: 11. října 2019
Termín odevzdání bakalářské práce: 15. května 2020

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE



Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan

PhDr. Pavla Kudlová, PhD.
ředitelka ústavu

Ve Zlíně dne 8. ledna 2020

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 obhajoby¹⁾;
- 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. 3²⁾;
- podle § 60³⁾ 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 § 60³⁾ 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 15.5.2020

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 nevydělěčně 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 nahlížení 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 nezasahuje 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 vzdělávacímu 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). Odpírá-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 větší výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Tématem bakalářské práce je význam komunikace v procesu paliativní péče. Teoretická část popisuje informace z oblasti paliativní péče. Další související témata se týkají komunikace a jaké jsou role sestry při doprovázení umírajících. Praktická část se zaměřuje na metodu kvalitativního výzkumu, kde se využívá technika polostrukturovaného rozhovoru. Hlavním cílem je zjistit způsob a efekt komunikace ošetrovatelského personálu s nevyлéčitelně nemocným.

Klíčová slova: paliativní péče, komunikace, umírání, role sestry, doprovázení

ABSTRACT

The topic of the bachelor thesis is the importance of communication in the process of palliative care. The theoretical part focuses on the information from the field of palliative care. Other related topics focus on communication and what are the nurses's roles in accompanying the dying person. The method used in practical part was qualitative research more precisely the technique of semi-structured interview. The main goal is to find out the way which is used by the nursing staff to communicate with the terminally ill and the effects of this communication.

Keywords: palliative care, communication, dying, the role of the nurse, accompaniment

Největší poděkování při zpracovávání bakalářské práce patří PhDr. Anně Krátké, Ph.D., za její cenné rady při řešení dané problematiky, celkovou profesionalitu, ale především pochopení, čas a obrovskou trpělivost. Velké poděkování patří České provincii Kongregace Milosrdných sester sv. Vincence de Paul, Nemocnici Milosrdných sester za spolupráci a poskytnutí zázemí při realizaci výzkumu. Ráda bych poděkovala všem participantům, za jejich odvahu při poskytování rozhovoru.

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 VYMEZENÍ POJMŮ	12
1.2 HISTORIE, SOUČASNÉ POJETÍ	14
1.2.1 PALIATIVNÍ PÉČE V ČESKÉ REPUBLICE	15
1.3 ROZDĚLENÍ PALIATIVNÍ PÉČE	16
1.3.1 MÍSTA POSKYTOVÁNÍ	16
1.4 MULTIDISCIPLINÁRNÍ TÝM	18
1.5 VZDĚLÁVÁNÍ	18
1.6 SPECIFIKA PALIATIVNÍ PÉČE	19
2 KOMUNIKACE	21
2.1 VYMEZENÍ POJMŮ	21
2.2 ZPŮSOB A FORMY KOMUNIKACE	21
2.3 ZÁSADY KOMUNIKACE	23
2.3.1 PŘEDPOKLAD ÚČINNÉ KOMUNIKACE	24
2.3.2 ZVLÁŠTNOSTI KOMUNIKACE	25
2.4 KOMUNIKACE V OŠETŘOVATELSKÉM TÝMU	25
2.4.1 KOMUNIKACE SESTRA A PACIENT	26
2.4.2 KOMUNIKACE SESTRY S RODINNÝMI PŘÍSLUŠNÍKY	27
2.4.3 SDĚLOVÁNÍ DIAGNOZY	28
3 ROLE SESTRY PŘI DOPROVÁZENÍ UMÍRAJÍCÍCH	30
3.1 PŘEDPOKLADY SESTRY	30
3.2 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES	32
3.3 USPOKOJOVÁNÍ POTŘEB	32
3.4 PASTORAČNÍ PÉČE	34
3.5 DOPROVÁZENÍ	36
3.6 PÉČE O RODINU A POZŮSTALÉ	37
II PRAKTICKÁ ČÁST	40
4 METODIKA	41
4.1 CÍLE VÝZKUMU	42

4.2	CHARAKTERISTIKA VZORKU PARTICIPANTŮ	42
4.3	TECHNIKA VÝZKUMU	43
4.4	ORGANIZACE VÝZKUMU	44
4.5	ZPRACOVÁNÍ INFORMACÍ	45
5	VÝSLEDKY	47
5.1.1	SPOKOJENOST S KOMUNIKACÍ.....	48
5.1.2	INFORMOVANOST O DIAGNÓZE	49
5.1.3	ZNALOSTI O PALIATIVNÍ PÉČI	49
5.2	ROZHOVORY	49
6	DISKUZE	62
6.1	DOPORUČENÍ PRO PRAXI	64
	ZÁVĚR	65
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	67
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	70
	SEZNAM TABULEK	71
	SEZNAM PŘÍLOH	72

ÚVOD

Paliativní péči se v České republice věnuje mnoho zdravotnických zařízení. Nám nejbližší paliativní centrum je: PAHOP, Zdravotní ústav paliativní a hospicové péče. Mezi další patří z. ú. v Uherském Hradišti, Hospic Citadela Valašské Meziříčí, Hospic na Svatém Kopečku v Olomouci. Paliativní péče se aktuálně objevuje v nemocnicích, kde jsou zřizována oddělení paliativní péče.

Za poslední roky neustále přibývá počet nevléčitelně nemocných lidí, a proto je velmi důležité, aby péče o tyto nemocné byla dostatečně motivující a kvalifikovaná. Každý tento člověk, potýkající se se zákeřnou nemocí potřebuje od začátku stanovení svého onemocnění dostatek informací. Kvalitní komunikace v tomto případě je nutná a nezbytná. Proto se v této bakalářské práci zaměříme především na zvládnutí problematiky paliativní péče a následně na toto téma, bude navazovat stěžejní kapitola o komunikaci. Komunikace s nemocným patří mezi základní dovednosti všeobecné sestry, a je třeba, aby jí byla věnována dostatečná pozornost v přípravě na toto náročné povolání. Nemocnému musí být ošetřující personál oporou, musí se umět chovat v krizových situacích, ale také musí umět předcházet vzniku syndromu vyhoření.

Teoretická část se skládá ze tří kapitol. První kapitola bude pojednávat o paliativní péči, historii, celkovém rozdělení, vzdělávání, multidisciplinárním týmu a specifikách v paliativní péči. Druhá kapitola se bude věnovat komunikaci, jejími formami a zásadami. Nakonec se bude věnovat komunikaci v ošetrovatelské péči. Tato kapitola bude stěžejní. Ve třetí kapitole budou sepsány role sestry při doprovázení umírajících. Zde budou informace o tom, jaké předpoklady by sestra měla mít k poskytování adekvátní péče o umírající. V této kapitole se taktéž budeme zaměřovat na uspokojování potřeb, pastorační péči, doprovázení či péči o rodinu a pozůstalé.

Praktická část se bude zabývat předem stanovenými cíli. K úspěšnému dosažení cílů budeme praktickou část realizovat pomocí kvalitativního výzkumu. Využijeme techniku polostrukturovaných rozhovorů. Stěžejním cílem naší práce bude zjistit způsob a efekt komunikace ošetřujícího personálu s nevléčitelně nemocným.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 PALIATIVNÍ PÉČE

Dle Světové zdravotnické organizace „*Paliativní péče je komplexní, multidisciplinární péče, směřující k udržení či zvýšení kvality života s nevléčitelnou, život ohrožující chorobou nebo souborem chorob. Nabízí podporu nemocným, ale i jejich blízkým. Zabývá se včasným vyhledáváním a léčbou závažných symptomů – tělesných, psychických, sociálních i spirituálních*“ (Kabelka, 2017, s. 20).

1.1 Vymezení pojmů

Paliativní péče je aktivní péče poskytovaná pacientovi, který trpí nevléčitelnou chorobou v pokročilém nebo konečném stádiu. Cílem paliativní péče je zmírnit bolest a další tělesná a duševní strádání a udržet co nejvyšší kvalitu života (Sláma, Kabelka, Vorlíček, 2011).

Paliativní péče:

- usiluje o prodloužení a zachování života
- respektuje a chrání důstojnost nevléčitelně nemocných
- vychází z přání a potřeb a respektuje hodnotové priority
- chápe umírání jako součást života, kterou člověk prožívá jedinečně
- nabízí všestrannou účinnou oporu příbuzným a přátelům, pomáhá jim zvládnout jejich zármutek i po smrti blízkého člověka (Sláma, Kabelka, Vorlíček, 2011).

Od r. 2004 v ČR existuje samostatný specializační obor Paliativní medicína a léčba bolesti (Sláma, Kabelka, Vorlíček, 2011).

Paliativní péče je zaměřená na poskytování a plnění potřeb pacienta, jeho blízkých a pečujících. Je individualizovaná. Principem je udržet kvalitu života, pečovat o psychické, tělesné, sociální a spirituální potřebu. Důležitost spočívá ve stanovení plánu, jak se bude vyvíjet péče na konci života. Nejvyšší prioritou je úleva a léčba symptomů. Důležité je neupřednostňovat vyšetřovací a diagnostické metody, pokud nemají terapeutický efekt. Důležitý mechanismus spočívá v rozhodování pacienta, příbuzných a pečujících se zdravotnickým týmem. Zaručení kontinuity v poskytování specializované péče (Kabelka, 2017).

V případě negativních důsledků kurativní léčby nastupuje léčba paliativní. Většinou bývá poskytována nemocným veškeré věkové kategorie, kdy se individuálně posuzuje zdravotní stav, pravděpodobný vývoj nemoci a potřeby. Do zařazení paliativní léčby patří onkologická onemocnění, Parkinsonova choroba a různé typy demencí, polymorbidní geriatričtí

pacienti, AIDS, vegetativní stavy, pediatrické syndromy, multiorgánová selhávání (Plevo-
vá a kol., 2011).

Smrt je program života, který střídá smrt. Můžeme říct, že umíráme od narození. Hovoří-
me o zániku organismu, který je individuální a jednotný. Jedinečná událost, kde dominují
pocity strachu a nejistoty (Haškovcová, 2007). **Smrt** je ireverzibilní přerušení všech funkcí
v organismu a ukončení lidského života přirozenou, nebo násilnou cestou (Špatenková,
2014).

Umírání je poslední fázi člověka, které může být dlouhé či krátké. Dochází k nezvratnému
selhávání důležitých životních funkcí, orgánů a tkání. Je to označení pro stav, který nebývá
slučitelný se životem a je potřeba rozlišovat období umírání (Špatenková, 2014).

Pre finem je období před umíráním, stanovuje se diagnóza, obvyklá bývá hospita-
lizace (Špatenková, 2014). V této fázi se člověk učí vnímat svoji nemoc, a především ja-
kým způsobem s ní vynaložit. Do tohoto období patří fáze šoku, smlouvání, hněv, agrese,
zloba (Haškovcová, 2007).

In finem je období vlastního umírání, které dominuje s fyzickou smrtí. Otázky oh-
ledně smrti, hospicové péče a paliativní péče, nebo euthanasie. V této fázi dochází
k absolutní zástavě životních pochodů. Agonie, poté nastupující adynamie, vyhasínající
poruchy dechu, srdeční činnosti, reflexů až ztráta bezvědomí a nastupující klesání tělesné
teploty (Špatenková, 2014). Podávat pravdivé informace ohleduplně a taktně, nicméně
vystihovat svoji vážnost, mluvit o drobnostech. Dokázat odpovědět, co nemocného čeká za
hodinu, či zítra. V první řadě se informuje pacient a po jeho souhlase další členové (Haš-
kovcová, 2007).

Post finem je období po smrti. Je to stav ukončených životních projevů, vznik mrt-
volných změn a známky jisté smrti. Zahrnuje veškerou péči o zemřelé tělo a péče o pozů-
stalé (Špatenková, 2014).

Stadia procesu umírání dle Kübler-Rossové

- 1. Popírání a izolace** je nejčastější situace, do které se umírající spolu s truchlícím
dostává. Nemocný se snaží izolovat od pravdy, vyhledává odborníky pro vyvrácení
celé situace.
- 2. Zlost a agrese** – vztek nemocný pociťuje vůči svému okolí, vůči zdravým lidem.

3. **Deprese, smutek** – v této fázi nastupují obavy a smutek z blízké budoucnosti, smlouvání střídá hlubokou ztrátu.
4. **Akceptace, smíření** – přijímání faktu o nevyhnutelnosti smrti, smíření se smrtí nebo nemocí (Špatenková, 2014).

Gerontologie je to nauka o stáří a stárnutí, zabývající se otázkami týkajícími se kvalitou života, zdravím a chorobami (Kalvach, Onderková, 2006).

Důstojnost značí základní lidské právo každého jedince. Je to hodnota související s kvalitou života, která má své oblasti a priority (Kisvetrová, 2018).

1.2 Historie, současné pojetí

Paliativní péče je nejstarší formou medicíny vůbec. Dlouhá staletí bylo hlavní poslání lékařů mírnění lidského utrpení a provázení k dobré smrti. Zcela přirozeně se na paliativní péči podílela rodina v domácím prostředí. Vlivem industrializace a stěhování v 19. století přibývalo lidí, umírající bez zázemí své rodiny. Tato situace vedla ke vzniku chorobinců, nahrazující moderní nemocnice (Marková, 2010).

Před druhou světovou válkou hovoříme o tom, jak je běžné pečovat o svého umírajícího člena rodiny v domácím prostředí s podporou rodinného lékaře, či placené ošetřovatelky. Povolání kněze pro udělení „posledního pomazání“ a rozloučit se v kruhu rodinném, bylo v té době zcela normální (Marková, 2010).

Ve 20. století se již dostává do systému zdravotní a sociální péče. V této době se začala označovat kategorie lidí za „umírající“. V této souvislosti se umírání přesouvá z domácího prostředí do chorobinců, později do zdravotnických zařízení (špitály, nemocnice). V medicíně byla smrt přehlížena a brána jako selhání medicínské praxe. Umírajícím nebyla věnována pozornost, zajišťovalo se soukromí pomocí bílých zástěn (Bužgová, 2015).

Úspěchy medicíny v léčbě infekčních chorob, plošné očkování, obrovský pokrok v diagnostických a léčebných metodách umožňovali zachraňovat lidské životy. Ve společnosti tedy vznikl dojem, že medicína může bojovat s nemocí až do vítězného konce. Pro zdravotníky nebylo žádoucí narušování denního režimu v nemocnicích rodinnými příslušníky. Proto umírající trávili své poslední chvíle osamoceni (Marková, 2010).

60. léta 20. století vznikla iniciativa ke zlepšení péče o umírající. Pravděpodobně vznikaly myšlenky o vzniku hospicové péče zdůrazňující na kvalitu života, plnění potřeb, zvládnání

bolesti a symptomů a psychosociální péči. Jako první moderní paliativní zařízení, byl Hospic sv. Kryštofa v Anglii v roce 1967. Dále došlo k významnému rozvoji paliativní a hospicové péče (Bužgová, 2015).

60. léta 20. století vzniká první etický problém zvaný dystanazie. Je to stav, kdy léčba nedovolí člověku zemřít, z důvodu rozvoje přístrojů a medikací. Za normální situace, by člověk z tohoto světa odešel. Z tohoto důvodu se začíná rozmáhat volání po eutanazii a asistované sebevraždě (Marková, 2010).

70. léta 20. století vzniká rozvoj paliativní medicíny a samostatný lékařský obor. Zakládala se oddělení paliativní medicíny, rozvoj domácí paliativní péče, založení paliativních oddělení. Rozvinutí konzultačních služeb, výuka lékařů, sester a dalších zdravotnických pracovníků (Marková, 2010).

1.2.1 Paliativní péče v České republice

Paliativní péče v ČR se začala rozvíjet až po roce 1989. Jako první nemocnice v Babicích nad Svitavou se poprvé pokusila zřídit lůžkové oddělení paliativního typu. První autorkou po roce 1989, která se zabývala tématem smrti a umíráním, byla profesorka Helena Haškovcová. Haškovcová se zaměřovala především na problematiku důstojného umírání a péči o umírající. Mezi další autorky zabývající se touto problematikou patří lékařka Marie Svatošová, která v roce 1995 díky občanskému sdružení vybudovala první hospic Anežky České v Červeném Kostelci (Bužgová, 2015).

V letech 2003-2004 byl realizován první rozsáhlejší výzkum se sdružením Cesta domů, kde byly zjištěny nedostatky v oblasti péče o umírající (Bužgová, 2015). Cesta domů neboli první mobilní paliativní péče, zajišťuje domácí péči o nevléčitelně nemocné na území Prahy. Jejich navazujícími aktivitami jsou telefonní poradna, klub Podvečer, specializovaná knihovna, půjčovna pomůcek, edukační činnost a webový portál (Haškovcová, 2007).

V roce 2004 byla přijata Koncepce paliativní péče v ČR, která přispívala k rozvoji kvalitní paliativní péče, následně efektivní organizaci. Jsou uvedeny i možnosti o poskytování paliativní péče v nemocnicích, sociálních službách a léčebnách pro dlouhodobě nemocné. Postupem času začaly vznikat i domácí hospicové jednotky a ambulance, které se specializují na tuto problematiku. V roce 2007 vznikly Standardy hospicové paliativní péče s cílem poskytovat potřebný stupeň kvality a dostatečnou úroveň paliativní péče. V roce 2009 byla

založena Česká společnost paliativní medicíny s důrazným cílem, podpory vzdělání v této oblasti (Bužgová, 2015).

1.3 Rozdělení paliativní péče

Obecná paliativní péče by měla být poskytována každým zdravotnickým zařízením. Součástí této péče by mělo být pravidelné vyhodnocování zdravotního stavu, zhodnocení smysluplnosti další léčby, porozumění a poskytování vhodné péče pro kvalitu pacientova života. Do této formy patří léčba bolesti a symptomů, respektování pacientovy autonomie, podpora rodiny (Bužgová, 2015). Na této úrovni obecné formy je důležité, aby lékař uměl správně komunikovat s pacientem a jeho rodinou o závažné diagnóze a prognóze, dobře léčit příznaky nemocných v paliativní péči. Definovat plán péče a diskutovat o paliativním přístupu. Důležitou roli zde hraje praktický lékař, zachycující první varovné signály onemocnění. Měl by být oporou při rozhodování a navržení cíle péče. Důležitý úkol spočívá v pochopení pacientových hodnot (Gřiva, 2018).

Specializovaná paliativní péče je péče, věnující se paliativní péči. Tento typ vyžaduje důkladně proškolený personál a vysokou úroveň profesní kvalifikace. Důraz bývá kladen na větší počet zaměstnanců k počtu pacientů. Tato specializovaná zařízení podporují i stávající zaměstnance při poskytování paliativní péče v nemocnicích a jiných zařízeních, např. denní stacionáře, ambulance paliativní péče, oddělení paliativní péče, domácí hospice, mobilní paliativní péče, lůžkové hospice aj (Marková, 2010). Tato péče nastupuje v době, kdy základní úroveň nestačí a je potřeba řešit jednotlivé oblasti do hloubky. Jedná se např. o náročné komunikační situace, neshody mezi poskytovateli péče a rodinou či pacientem. Existenciální utrpení či jiné neshody, se kterými si lékař jiného oboru neví rady v rámci své ambulance či oddělení je na místě zajistit specializovanou paliativní péči (Gřiva, 2018).

1.3.1 Místa poskytování

Domácí hospic je poskytování všestranné péče rodinám multidisciplinárním týmem. Tyto týmy řeší v domácím prostředí veškeré vzniklé komplikace. Je zde zachován vysoký standard ošetrovatelské a medicínské praxe v období nemoci. Součástí této péče je i doprovázení rodiny, podpora pro pozůstalé v době truchlení. Důležité je myslet i na mnoho starých pacientů žijících v sociálních zařízeních. Zde je důležité myslet na to, aby tito obyvatelé

mohli zůstat ve svém přirozeném prostředí. Proto je smysluplné zařadit spolupráci mezi praktickým lékařem, agenturou domácí péče a ambulancí paliativní péče (Marková, 2010).

Domácí paliativní péče představuje pro příbuzné i samotného pacienta tu nejlepší možnou alternativu, jak strávit poslední chvíle v přirozeném prostředí. Avšak musí být splněny důležité podmínky. Alespoň jeden člen rodiny musí být ochoten převzít veškerou péči nemocného, nemocný musí souhlasit s touto formou péče. Dále musí být k dispozici tým odborníků, který je k dispozici 24 hodin denně, sedm dní v týdnu (Marková, 2010).

Lůžkové hospice jsou zdravotnická zařízení určená pro pacienty v terminálním stádiu nemoci. Je to péče poskytovaná multidisciplinárním týmem, ale i dobrovolníky. Nabízejí nadstandardní jednolůžkové pokoje, neomezené množství návštěv, přistýlky pro příbuzné. Přiznání nevyléčitelnosti je důležitým krokem v přijímacím řízení (Gřiva, 2018).

Mobilní hospice přivádějí rozsah péče pacientům přímo domů. Je to klíčová služba především pro pacienty, kteří jsou rozhodnuti zemřít doma. Díky týmu mají pacienti umožněné odejít ze života důstojně, bez bolesti a v okruhu svých blízkých (Gřiva, 2018).

Paliativní péče v nemocnici dle výzkumů uvádí, že by si lidé přáli zemřít doma, nicméně na následky komplikací svého onemocnění většina pacientů v tomto zařízení umírá. Pravděpodobně nemocnice budou stále místem pro umírání, proto by každé zařízení mělo zvážit o zkvalitnění služeb a rozvoj v oblasti paliativní péče (Marková, 2010). Opakovaně je to místo, kde je zjištěna zásadní diagnóza s negativní prognózou. Z tohoto důvodu jsou pacienti hospitalizováni, a proto by zde měly být aplikovány principy paliativní péče. Mnohdy v lůžkových zařízeních není péče adekvátní z důvodu pochybné komunikace, nedostatečné léčby bolesti, vícelůžkové pokoje, snížená pozornost pro spiritualitu a psychosociální aspekty nemoci, a především nedostatečná informovanost (Bužgová, 2015).

Denní stacionář poskytuje péči pro pacienty žijící doma. Pomáhá řešit problémy a nabízí aktivity potřebné na míru pacienta. Umožňuje klid, relaxaci a celkový odpočinek (Plevová, 2011).

Nemocniční týmy fungují jako ostatní lůžková oddělení se snahou o zavedení paliativních principů. Výhodou je dostupnost různých služeb z nemocnice, vyšetření, konziliární týmy. Jedná se o „hospic v nemocnici“. V poslední době se rozšiřuje zájem nemocnic o poskytování paliativní péče (Gřiva, 2018).

1.4 Multidisciplinární tým

Multidisciplinární tým je složení pracovníků, kteří soustředí své priority ke stejnému cíli. Důležitým cílem je kvalita života pacientů a jejich rodin, zmírnění utrpení nemocného. Tým paliativní péče začíná samotným pacientem, který spolurozhoduje o léčbě a dalších intervencích. V takovém týmu může být zahrnuta důstojnost a veškeré obtíže mohou být řešeny individuálně (Marková, 2010).

Složení multidisciplinárního týmu:

- lékaři se specializací paliativní medicíny, všeobecné sestry, sociální pracovník
- psycholog, fyzioterapeut, nutriční specialista, pastorační pracovník, duchovní (Marková, 2010).

Předpoklady pro funkčnost multidisciplinárního týmu:

- mít jasné vize a cíle, splnitelné principy práce, vhodně ventilovat své emoce
- efektivní komunikace v týmu, porozumění, reflektování zpětné vazby
- otevřenost, upřímnost, snaha splnit slíbené, znalost své role, osobnostní předpoklady, týmové řešení chyb (Kabelka, 2018).

1.5 Vzdělávání

Paliativní péče je specifický obor, který je náročný na osobní etiku, emoce a energetický rezervoár. Zkušený profesionál ve svém týmu dokáže s danou problematikou pracovat dlouhodobě. Kontinuálně vede ostatní členy v týmu a vytváří plán, cíle, vize a pravidla. Zcela důležitá je motivace a osobní přístup. Dlouhodobě se musí udržovat několik aspektů. Kvalitní vztahy mezi spolupracovníky, mít jasnou vizi, vědět kam směřovat, definovat cíle, vzájemná podpora růstu, znát role v týmu (Kabelka, 2018).

V paliativní péči se nabízí nadstandardní podpora vedení týmu formou leadershipu. „*Leadership je nástrojem, jak lze získat následovníky. Leadership je dovednost, kterou je možné se učit. Lídr je inspirující, kompetentní v oboru, jímž se zabývá, hledá cestu k získání důvěry druhých a umí mít vizi směrem do budoucnosti*“ (Kabelka, 2018, s. 55).

Leadership v paliativní péči je nabízení podpory při vedení týmu, působení pro veřejnost. Leadership se zaměřuje se na konkrétní osoby, motivované ke zlepšení osudu nemocných. Jde o teoretickou přípravu a výuku, skupinové práce, konference, didaktické techniky. Nabízí zkušenosti leaderů, zpětnou vazbu, osobní příběhy, lektorování, zkušenosti s vedením

a vzděláváním dospělých. V kurzech se vyvíjí dovednosti z oblasti etiky, vědeckého výzkumu, práva a příprava vlastního projektu (Kabelka, 2018).

V roce 2009 byla založena Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP, která se pokusila podporovat vzdělávání sester (Kabelka, 2018).

Kurz ELNEC (End of Life Nursing Education Consortium) rozšiřuje stáže v zařízeních, které se paliativní péči zabývají, a pokračuje nadstavbovými kurzy. Jsou vhodné pro kompletní multidisciplinární týmy. Veškerá didaktika je doplněna studijními materiály a přednášky jsou interaktivní. Kurz se skládá z 8 modulů, má dotaci 35 hodin. Skládá se z úvodu, léčby bolesti, léčby příznaků, etické, kulturní a duchovní aspekty, komunikace, ztráta, zármutek a poslední hodiny (Kabelka, 2018).

Paliativní institut Vysočina (ELNEC Vysočina) je modernější a cílem teoretické praxe spočívá v doplnění praktického dvoudenního kurzu v mobilním paliativním týmu, e-learning, práce ve skupině s mentorem, interaktivita, práce na vlastní projektu (Kabelka, 2018).

Supervize je nadhled nad tématy tížící pracovníky v pomáhajících profesích. Profesionál ve svém oboru se musí stále učit, aby pracoval stále kvalitně. A proto velmi účinným způsobem pro učení je učení se z prožitého. Člověk reflektuje vlastní postoje, hodnoty, pocity a pracovní postupy. Takové reflexi se říká supervize. Supervizor neboli učitel pomáhá řešit konkrétní situace, které vznikly s pacienty (Kabelka, 2018).

1.6 Specifika paliativní péče

Bez kvalitního plánu péče nelze efektivně poskytovat nemocnému paliativní péči. Důležitým nástrojem pro naplnění plánu, je celkové posouzení zdravotního i nezdravotního potenciálu nemocného i rodinných příslušníků, komunikační strategie a dovednosti zdravotnických pracovníků. Důležité je partnerství s nemocným a jeho blízkými, vynikající ošetrovatelská péče, respekt a pokora k přáním jednotlivce, etika v rozhodování a psychologická péče (Kabelka, 2017).

Úvaha před zpracováním plánu:

1. Jaká onemocnění má vliv na kvalitu života? Jaký postoj má rodina?
2. Přání a očekávání nemocného jsou reálná? Hospitalizace? Hospic? Péče doma? Domácí hospic?

3. Resuscitace v případě život ohrožující situaci? Podpora ve spirituální oblasti?
4. Život ohrožující léčba, UPV, výživa a hydratace? (Kabelka, 2017).

Nastavení plánu: **Cíl péče** probíhá v diskuzi o diagnóze a prognóze, diskuze ohledně vývoje choroby. Diskutování ohledně přání, cílů a očekávání od léčby. Příprava nemocného na postupné změny cílů péče. Revidování nezodpovězených otázek. Neustálé efektivní komunikace, vzájemné porozumění. Plánování důstojného závěru života (Kabelka, 2017).

Finančním plánováním hodnotíme ekonomické potřeby nemocného s rodinou, zvážení hospicové péče a její doporučení. **Managementem symptomů** se využívají hodnotící nástroje, minimalizuje se počet nežádoucích účinků, reviduje se efektivita lékové preskripce. **Funkční závislostí a rehabilitací** rozumíme vyšetření při poruše potřeb v ADL a IADL. Tyto potřeby se hodnotí průběžně. Hodnotí se bezpečnost prostředí a efektivita rehabilitace. Redukují se rizika zranění a pádů, zajišťují se adekvátní pomůcky. Využívání rehabilitace pro celkové zlepšení tělesného komfortu (Kabelka, 2017).

Managementem komorbidit se snažíme o stabilizaci probíhajících onemocnění, revidují se lékové interakce, konzultace se specialisty. Případná odstoupení od léčby není-li užitečná. **Podpora rodiny** je nedílnou součástí každého plánu. Za každé nepříznivé situace informujeme pacienta i rodinu o každé změně. Nedílnou součástí je poradenství, sledování psychiky rodiny, identifikování selhání, nabídnutí odpovědí na otázky z praktického života. Hovoření o nutnosti odpočinku, případně zastoupením týmu. Po úmrtí blízkého nabídnout možnost dalšího kontaktu. **Spirituální péčí** zjišťujeme a reflektujeme potřeby v této oblasti v různých rovinách. Nabízí podpora v duchovní komunitě, otevírají se otázky v oblasti duchovní podpory, diskutuje se o rituálech (Kabelka, 2017).

2 KOMUNIKACE

2.1 Vymezení pojmů

Komunikace je proces, kterým předáváme informace dvěma, či více subjektům. Je to sdělovací proces při přenosu informací, lidských vztahů a hodnot. Slovo komunikace pochází z latinského slova *communicare*-dělat, radit se, rozmlouvat (Pokorná, 2010).

Je to základní nástroj pro tvorbu mezilidských vztahů a vzájemného přenosu informací. V případě velmi těžkého onemocnění je důležité udržet dobrou kvalitu života, proto otevřená a empatická komunikace mezi multidisciplinárním týmem je klíčová. Základním cílem pro komunikaci v paliativní péči je navození principu důvěry (Kabelka, 2018).

V této problematice nacházíme spousty definic ohledně komunikačního procesu. Zjednodušeně se jedná o dorozumívání mezi lidmi a tomu říkáme sociální komunikace. Komunikací rozumíme přenos informací různými sdělovacími metodami a komunikačními médii jako je jazyk a sdělování. Komunikace může být schopnost využívat výrazové prostředky k udržování a vytváření mezilidských vztahů (Pokorná, 2010).

Lidská komunikace se začala studovat v době rozvoje informačních a komunikačních technologií. Tento rozvoj zasahoval i do zdravotnictví, ošetrovatelství a do všech oblastí lidské činnosti. Při komunikaci mezi dvěma subjekty se vytváří kladný vztah, kde společně a subjektivně sdílejí a zaujímají stanovisko k určité situaci. Okamžik, kdy člověk vysílá sdělení, taktéž přijímá reakce druhé osoby (Pokorná, 2010).

Každý je jedinečná bytost, která se může vyjadřovat a tím ukazovat, co cítíme uvnitř sebe. Sebevypadřování je energie, která formuluje naše pocity (Mastiliaková, 2007).

2.2 Způsob a formy komunikace

Komunikace využívá symbolů jako je jazyk, gesta, oděv, tetování, účes nebo jakékoliv zdobení. Komunikace je přímá, nepřímá, verbální i neverbální. **Přímou komunikací** rozumíme přítomnost osob na jednom místě v daném čase. Jedná se o výměnu informací mezi dvěma či více jedinci ve skupině setkávající se tváří v tvář. Je jednosměrná (promlouvání k ostatním na přednášce), dvousměrná či vícesměrná-posluchači důsledně poslouchají a odpovídají na otázky (Dostálová, 2016).

Nepřímou komunikací rozumíme dorozumívání osob, které jsou si navzájem vzdálené. Komunikace probíhá písemně, telefonicky nebo elektronicky. V současnosti je tento typ komunikace nejčastější pomocí sociálních sítí, kde může komunikovat více lidí. Tento způsob zachovává anonymitu a nevyžaduje odpovědnost (Dostálová, 2016).

Terapeutická komunikace zahrnuje záměrné a účelové využití komunikačních dovedností jako je komunikace verbální a neverbální. V průběhu komunikace dochází ke vzájemné interakci mezi sestrou a pacientem. Cílem je zjistit pacientovy obavy a jeho starosti, zhodnotit problémy a emocionální projevy. V případě nedostatečných komunikačních dovedností a vzdělání v oboru je často komplikující stav ve zdravotnických zařízeních (O'Connor, Aranda, 2005).

Díky této komunikaci lze spořádaně překonávat stresová období, zajišťuje kvalitní a dobré vycházení s lidmi, dokáže se přizpůsobovat nezměnitelným událostem a překonávat překážky. Správně vedenou komunikací se podstatně ovlivňuje celková pohoda pacienta nebo i jeho psychické zdraví. Sestry tuto formu komunikace využívají při vyrovnávání se pacienta se závažným onemocněním. Proto tahle forma vyžaduje důslednou dobrosrdečnost, respekt, empatii, aktivní naslouchání, řešení konfliktu, humor a reflexi (Plevová, 2011).

Verbální komunikace je nejčastější forma komunikace. Je to dorozumívání jedné nebo více osob za pomoci jazyka nebo jiného jazykového systému. Je to vyjadřování slov prostřednictvím jazyka. Může být psaná, živá, mluvená, reprodukována. Podmínkou je myšlení a je nezbytnou součástí sociálního života. Jazyk funguje při čtyřech základních prvcích, jako jsou lidé, jejich úmysly, pravidla a skutečně používaná řeč v dané situaci (Zacharová, 2016).

Neverbální komunikace je komunikace prostřednictvím řeči těla pomocí nálad, emocí, prožívání. Neverbální zprávy nám dávají prostor zjišťovat pocity a postoje pacientů. V této komunikaci je důležité navázat vzájemný vztah a důvěru. Umět rozpoznat řeč těla, pracovat se svými neverbálními projevy a naslouchat projevům nemocných. Má význam při oznamování emocí, řízení rozhovoru, vyjádření nálad a postoj, utváření vzájemného vztahu, sladění pohybů těla (Zacharová, 2016).

Díky jazyku my můžeme uskutečňovat myšlení, zdůvodňovat a zobecňovat. Lidská kultura, náboženství či věda vznikla za pomoci komunikace (Plevová, 2011).

2.3 Zásady komunikace

Pacienti s těžkým onemocněním si pokládají životně důležité otázky o jejich životní existenci. Ptají se sami sebe, zda udělali v životě vše potřebné, obrací se do minulosti. V této chvíli a fázi je důležité umět navázat komunikaci o významných životních událostech člověka. Je to účinný nástroj, jak nalézt ještě nějaký smysl pro nemocného (O'Connor, Aranda, 2005).

Paliativní sestra je hlavní osobou, která musí mít vynikající komunikační schopnosti. Mají vhodné příležitosti, jak zjišťovat a vyhodnocovat tělesné i psychosociální problémy pacientů, ale i rodinných příslušníků. Mezi ně patří obavy z budoucnosti, úzkosti v případě návratu onemocnění, strach ze smrti, léčba symptomů, neustálé rozhodování. Proto nezbytnou součástí paliace je rozpoznání obav a následná pomoc (O'Connor, Aranda, 2005).

Medicína paliativní péče má stěžejním cílem pomáhat nevléčitelně nemocným a umírajícím lidem. Zajištění kvality života v situaci těžkého onemocnění je klíčová. Empatická komunikace mezi pacientem, zdravotníky a rodinou je stěžejní pro dosažení kvalitní péče (Sláma, Kabelka, Vorlíček, 2011).

Dříve než začne proces paliativní léčby, musí být nemocný informován o svém daném onemocnění. Toto stádium poskytování informací se musí říkat v přijatelné míře, kterou nemocný je schopen přijmout. Obrovská zátěž spadá jak na nemocného, tak na rodinu, vzniká velmi těžké období, které je důležité pochopit a vést citlivou komunikaci s dostatečným porozuměním, empatií a trpělivostí. Nesnažíme se lhát, každý má právo na informace o svém zdravotním stavu. Pokud není nemocný schopen komunikovat, může ho zastoupit rodina. Informace můžeme stále opakovat a dopřávat dostatek časového prostoru (Kala, Dorková, 2017).

Umět navázat kontakt je nezbytnou součástí pro vznik dobré komunikace. Pokud sestra má skutečný zájem o nemocného, neklade otázky, ale nechá nemocného vyprávět. Tím pádem vzniká rozhovor s aktivním nasloucháním s případným kladením doplňujících otázek (Marková, 2010).

Otevřené otázky jsou vhodné proto, abychom se dověděli o opravdovém prožitku nemocného. Pokládání otázek, na které nemocný odpovídá ano, či ne jsou nevhodné. Nedověděli bychom se žádné nové informace (Marková, 2010).

Zpětná vazba dává najevo, že nasloucháme a skutečně rozumíme již řečenému. Zde bývá možnost doptávat se či doopravit již řečené formulace (Marková, 2010).

Přítakání jako je kývnutí hlavou či „hmm“, ujišťujeme nemocného o vnímání jeho postoje. Tímto dáváme najevo signál, že mu rozumíme a jsme ochotni mu pomoci (Marková, 2010).

Vytvořit atmosféru důvěry a stále ji budovat, přenášet ji na pacienta v momentech důležitých rozhodnutí. Znat důvod přijetí do nemocnice či hospice, znát svůj zdravotní stav (Marková, 2010).

2.3.1 Předpoklad účinné komunikace

Bez komunikačních dovedností nelze, aby sestra kvalitně posuzovala stav nemocných, správně je edukovala a informovala. V tomto případě nestačí pravidelné supervize, velmi účelná je sebereflexe a disciplína, kterou je nutné nacvičovat (Sláma a kol., 2011).

Dovednosti pro efektivní komunikaci jsou:

- navodit důvěru, empatii, připravit prostředí, objasnit problémy, zajistit výsledky
- vnímat projevy nemocného, vyjasnit účel rozhovoru (O'Connor, Aranda, 2005).
- Zajistit mlčenlivost, nedirektivnost, projevovat úctu, aktivně naslouchat, překonat vlastní úzkosti a nejistotu, schopnost být sám sebou, otevřenost, znalost v daném oboru, schopnost spolupráce, dodržovat cíle, mít zdravé sebevědomí, empatii (Sláma a kol., 2011).

Zásady pro úspěšnou komunikaci:

- vyhýbat se hádkám, vážit si každého názoru, uznat své chyby, nechat vymluvit nemocného, dívat se na pohled věci očima druhého, zohlednit přání druhého
- podávat své myšlenky zajímavě, při konfliktu začít mluvit přátelsky (Dostálová, 2016)
- chránit důstojnost, respektovat časový stres, opakovat důležité informace
- ověřovat komunikační bariéry, povzbuzovat pozitivním výrazem, vlídným zájmem, využívat nonverbální komunikaci
- nepodceňovat a neomezovat nemocného (Kalvach, Onderková, 2006).

Strategie k úspěšné komunikaci spočívá ve společném uznání a chválení. Musíme upozorňovat na chyby nepřímou, zkoušet promlouvat o vlastních chybách. Příkazy neříkat pří-

mo, ale pouze formulovat otázkou. Umožnit dotyčnému zachování vlastní tváře. Pochválit ho za zlepšení a stále jej povzbuzovat (Dostálová, 2016).

2.3.2 Zvláštnosti komunikace

1. Mluvit zřetelně, plynule a jasně. Zvážit hlasitost mluvy.
2. Dělat pomlky, kontrolovat výšku hlasu, usměrnit délku projevu a intonaci.
3. Ovládat jednoduchost, stručnost, přehlednost. Umět načasovat komunikaci.
4. Brát v úvahu psychický stav, dostatečně artikulovat a naslouchat.
5. Spolupracovat s příbuznými, využívat význam mlčení.
6. Dopřávat a ovládat dotekový a oční kontakt (Zacharová, 2016).

2.4 Komunikace v ošetrovatelském týmu

Sestra je člověk, ovlivňující a řídící prožívání emocí pacientů. Objektem práce pro sestru bývá vždy člověk. Dokáže se vypořádat s problémy, které se ve zdravotnictví běžně vyskytují. Komunikace je z profesionálního hlediska velmi náročná, bere v potaz svá rozhodnutí a bere za ně veškerou odpovědnost. V komunikaci by měla být chápána jako člověk s velkou dávkou tolerance, úcty a laskavostí řešit možné problémy (Zacharová, 2016).

V kolektivu se setkáváme s kolegy, kteří jsou vysoce komunikativní a zatlačují ostatní méně průbojné kolegy do pozadí. Ti mají potom vlažnější vztah k ostatním a nejsou uspokojeni potřebou sebeuplatnění. K tomu, aby kolektiv dobře prospíval, jsou nesmírně důležité vlastnosti, jako je otevřenost, chápavost, loajalita, trpělivost, zdvořilost, pomoc v krajní nouzi, pochopení situace, schopnost omluvit se. V kolektivu ale mohou nastat problémy z důvodu předstírání, pomluv, nadměrné soutěživosti, lhaní, ponižování, využívání neetických praktik, přezírání a nesnášenlivosti vůči ostatním (Dostálová, 2016).

Pokud sestra zvládá problematiku výborné komunikace, kvalitně rozvíjí vztahy s nemocným i s ošetrovatelským týmem. Tím, že sestra neustále zlepšuje své komunikační dovednosti, významně podporuje a zefektivňuje vzájemné vztahy na té nejvyšší úrovni. Dochází k plnému uspokojování potřeb a zvýšení kvality života (Zacharová, 2016).

Spousty zdravotnických profesionálů a členové paliativního týmu nejsou připraveni vést efektivní komunikaci mezi pacientem a příbuznými. Většinou se cítí neklidně v kontaktu s nevléčitelně nemocným a následně komunikaci o nepříznivých zprávách. Důležitost spočívá v neustálém získávání vzdělávání, osvojení si počítačové techniky, umět efektivně

předávat informace mezi své kolegy, řádně edukovat, zvažovat vlastní postoje a hodnoty vztahující se ke konci života (Matzo, Sherman, 2019).

Nemocniční tým musí plně respektovat psychický stav pacienta, tázat se na vědomosti ohledně jeho diagnózy a mít vše řádně zaznamenané v dokumentaci. Předávané informace s nemocným se musí vždy předávat dalším pracovníkům, což způsobuje jednotný přístup k pacientovi, i když se neustále mění pracovní směny. Pokud se nemocný chová neadekvátně z důvodu jeho onemocnění, musíme toto chování pochopit a neodsuzovat jej (Kala, Dorková, 2017).

2.4.1 Komunikace sestra a pacient

Sestra bývá často v pozici, která dominuje rolí s určitou nadřazeností a nemocný má submisivní postavení. Často vstupuje do interakce s pacientem se sebevědomím, což je dáno kvalitou ošetrovatelské péče a možnostmi, které medicína poskytuje. Role pacienta spočívá v soustředěnosti o svém onemocnění a spolupráce se zdravotníky. Z nemocného se stává společensky podřízený jedinec (Zacharová, 2016).

První kontakt mezi pacientem a sestrou je cíleně důležitý. To, co se odehraje při prvním setkání, tyto zážitky budou mít vliv při další komunikaci se sestrou. Pacient má nějaké domněnky, představy a úvahy o péči ve zdravotnickém zařízení, a proto je pacient tlumočí sestře. Často nemocní na sestru čekají, sledují každý její pohyb a gesta, mluví o ní či usilují o její přízeň. Pokud však nemocný necítí kontakt mezi sestrou, začne žárlit. Tímto sestra musí rozeznat tyto projevy a musí dokázat poradit, ujistit, doporučit a vytvářet ovzduší důvěry. Pokud není dobrý osobní vztah, dochází ke konfliktním situacím, zvyšují se terapeutické zásahy (Zacharová, 2016).

V komunikačním procesu taktéž mohou nastat nepříjemné komunikační překážky, které mohou být z důvodu bolesti nemocného, neschopnosti komunikovat, nedůvěry k sestře, negativních emocí, po operacích krku, bezvědomí či hospitalismu (Zacharová, 2016).

Pacient a bolest: důležitá role spočívá v pozornosti při bolestivých projevech pacienta. Nepodceňovat tuto situaci a řádně akceptovat jeho mimoslovní projevy. Bagatelizování není vhodné. Taktéž před bolestivými zákroky dopředu pacienta informovat o postupech, projevit mu empatii. Být v úzkém kontaktu s nemocným je nedílnou součástí každé empatické sestry (Plevová, 2011).

Umírající pacient: aby sestra dosáhla správné komunikace, je zapotřebí znát svůj vlastní pohled a názor na otázky smrti a umírání. Komunikace s takovým pacientem je zcela náročná, tudíž vytvoření příjemné atmosféry vzbudí pocit důvěry. Být v příjemném prostředí, kde nemocný může sdílet své myšlenky a pocity. Pokud si to nemocný přeje, měli bychom komunikovat o jeho zdravotním stavu. Podávat informace totožné s lékařskými konverzacemi. Dokázat pochopit obavy a plnit přání. Nedílnou součástí je podpora rodiny a umění zapojit je do procesu (Plevová, 2011).

Průběh bezproblémové komunikace v interakci mezi sestrou a pacientem prochází určitým vývojem a změnou. Prohloubení důvěry a ochota ke spolupráci může být jen dočasná. Mohou vznikat komplikace z důvodu zhoršení zdravotního stavu, negativně narušující emoce pacienta a jeho trpělivost vůči své nemoci. Vztah se může měnit ze dne na den, kdy dochází k postupnému narušení spolupráce. V tuto chvíli sestra musí brát zřetel na psychosociální osobnost jedince (Zacharová, 2016).

2.4.2 Komunikace sestry s rodinnými příslušníky

Sestra je si vědoma, že s nevyčísitelně nemocným úzce souvisí dokonalá komunikace s rodinnými příslušníky. Celá rodina je tímto zasažena a trápí se. Nemocný vnímá, jak jeho zdravotní stav berou rodinní příslušníci a jak přijímají stav, blížící se smrti. Sestra musí poskytovat pravdivé informace o průběhu umírání, citlivě vysvětlovat a učit rodinu akceptovat nové životní role a hodnoty. Zvládání konfliktních situací je nutné zvládat (Marková, 2010).

Sestra musí předpokládat zvýšený zájem rodiny o svého nemocného člena. Otázky ohledně zdravotního stavu nebo bolesti. Většinou rodinní příslušníci vyžadují lékařské zprávy, výsledky či chtějí vysvětlit odborné termíny. Rodina se potýká s velkou nejistotou. Jsou velmi časté otázky na prognózu onemocnění. Očekávají smrt, ale pociťují strach. V tomto případě sestra jakožto profesionální zdravotník podporuje a utěšuje. I členové rodiny potřebují útěchu, pochopení a podporu od profesionálních zdravotníků. Zdravotníci by měli ukázat svoji roli, a především popisovat emoce. Vždy popisujeme pravdivé informace o veškerých otázkách, nepodáváme falešné naděje (Kabelka, 2017).

Existují rodinní příslušníci, které jsou schopny navázat komunikaci se svým příbuzným samy a nepotřebují k tomu ošetřující personál. Odmítají podporu a nechtějí ani pomoc. Taková rozhodnutí jsou vždy řádně respektována. Vždy se respektuje soukromí a mírný

odstup. Vždy hraje důležitou roli citlivá péče, ochota a otevřenost, která pozitivně rodinu podporuje. Protože rodina by měla být jedním velkým a nepřetržitým partnerem všech zdravotníků. O každém náhlém zhoršení stavu se musí příbuzní informovat (Bužgová, 2015).

Pokud bude umožněn přístup rodinným příslušníkům ke svému nemocnému, lépe sestra může posoudit potřeby nemocného a rodiny. Přítomností rodiny vzniká stálá sociální podpora. Sestra může aktivně blízkým poradit, jakým způsobem pečovat a jaké úkony provádět, pro zkvalitnění péče a duševní pohody nemocného. Aktivity, které mohou provádět, jsou čištění dutiny ústní, sipping či pasivní rehabilitace. V tomto případě dochází k pocitu uspokojení a nemocnému to vytváří pozitivní vnitřní klid. Podpora rodinných příslušníků je ovlivňována profesní praxí a zkušenostmi sestry z daného oboru. Sestra vždy podporuje rodinné příslušníky, respektuje jejich požadavky, dopomáhá k duchovním činnostem, podporuje pocity ohledně smrti a fází smutku (Kisvetrová, 2018).

2.4.3 Sdělování diagnózy

O daném onemocnění informuje pacienta vždy lékař, avšak multidisciplinární tým musí být připraven reagovat na otázky dalšího průběhu onemocnění. Sestry podporují a radí v nejistých situacích. Důkladně lékaře informuje o nejistotách nemocného či rodiny, a proto se týmová komunikace často využívá (Kabelka, 2017).

Při rozhovoru o daném onemocnění dodržujeme zvláštní pravidla. Musíme vědět, jak moc je nemocný informován o své zdravotním stavu. Následně ho zhodnotíme na základě jeho psychického a fyzického stavu, kolik informací je přípustné vyslovit. Otevřeně se ho ptáme na otázky, jestli jsou v životě témata, o kterých nemocný nechce být informován. Konverzace by neměly být dvojsmyslné, mluvit jednoduše a jasně. Ujišťujeme se o správnosti pochopení. Ponecháváme nemocnému prostor pro otázky, odpočinek, obavy a nacházíme možná řešení. Nutné je dopomoc při změně v životní roli, nalézáme a chápeme nové životní hodnoty a cíle (Kabelka, 2017).

Rozhovor o nepříjemném poselství by mělo být řádně naplánováno. V tomto daném okamžiku je důležité nalézt adekvátní místo, kde účastníci nebudou rušeni žádnými rušivými elementy. Místo by mělo navodit klidnou atmosféru. Mělo by se navodit partnerství v dobrém i zlém. Nepřípustná je komunikace na chodbě či na pokoji v přítomnosti dalších nemocných. Nejdříve je nutné vědět, kolik informací pacient ví o své diagnóze a dále mů-

žeme začít korigovat praktické informace, nezbytné pro pochopení. Zvládnout tuto komunikační strategii vyžaduje obrovské úsilí a především zkušenost. Pacient má právo na veškeré dostupné informace o svém zdravotním stavu. Rozhovor se sděluje, kdy je nemocný při vší zdravotní síle, nemá extrémní symptomy onemocnění. Mnohem snadněji se komunikuje o úspěchu než selhání. Naslouchání je v této chvíli nejdůležitějším prvkem (Gřiva, 2018).

Vždy je důležité zjistit stav informovanosti nemocného a vědět, co si o dané nemoci myslí. Vždy má nějakou představu o nemoci, ať ze zkušeností, které proběhly v rodině či mezi známými. Tyto informace ale mohou být mylné. Lékař musí taktně změnit formu svého jazyka a přetransformovat ho ke schopnostem daného pacienta. Negativní informace a sdělování špatné zprávy nelze říct během jedné návštěvy. V tuto chvíli nastupuje vzdělaná sestra, která dopomáhá zpracovávat negativní emoce. Tyto informace se vždy zaznamenávají do dokumentace, včetně reakce nemocného. Během několika dní se vyplavují na povrch další otázky, vztahující se k odhalení situace. Personál musí být připraven čelit těmto otázkám a cílem je pravdivá komunikace (Marková, 2010).

3 ROLE SESTRY PŘI DOPROVÁZENÍ UMÍRAJÍCÍCH

Všeobecná sestra dle vyhlášky č. 391/2017 Sb. §4 písmeno n) „*může poskytovat a zajišťovat psychickou podporu umírajícím a jejich blízkým a po stanovení smrti lékařem zajišťovat péči o tělo zemřelého a činnosti spojené s úmrtím pacienta.*“ (Česko, 2017). Je obecně známo, že sestry ve své profesi jsou osoby, saturující potřeby nemocných. Vždy se nám jedná o plnění základních, biologických potřeb. Nicméně v této fázi života tomu není vždy tak. Jsou situace, kdy si nemocný přeje mnohem víc, do popředí se dostávají vyšší potřeby, které jsou většinou zanedbávány. Silně prožívající potřeby jsou pocit bezpečí, lásky a sebeúcty. Úzkost a strach jsou emoce, které jsou v této fázi života velice náročné. Z pohledu sestry je důležité pochopit vidinu blížící se smrti, neopomenout a neignorovat tyto úzkosti. Sestra musí čelit i různým psychickým faktorům a zaujímat psychoterapeutickou roli. Musí pracovat jako profesionál, který umí čelit nástrahám, jako jsou různé problematické situace (Špatenková a kol., 2014).

Úkol sestry spočívá ve sledování každé zdravotní změny nemocného. Musí dokázat rozpoznat stabilní zdravotní stav, pozvolna zhoršující se až po náhlé zhoršení. V každém případě je sestra velmi klidná a trpělivá, nesmí vyvolávat v pacientovi pocity viny. Pokud je nemocný v bezvědomí, sestra ho udržuje v čistotě a pečuje o dutinu ústní (Dostálová, 2016).

Hospicová a paliativní sestra ukazuje správnost a efektivnost verbální a neverbální komunikace, přesně psanou komunikaci mezi pacientem a rodinou. Pokročilá praxe paliativní sestry je vázána stejnými kompetencemi, ale vyšší kvalitou. Paliativní sestra musí ovládat kritické myšlení na vysoké úrovni spolu s nezávislými úsudky na danou konkrétní věc. Pokud chce být paliativní sestra plnohodnotně oprávněna k převzetí autonomní odpovědnosti, musí splnit stanovené požadavky státní praxe. K praktikování vyšší úrovně paliativní péče je zapotřebí získání národní certifikace. Při tomto získání paliativní a hospicová sestra může předepisovat a kontrolovat medikace či terapie (Matzo, Sherman, 2019).

3.1 Předpoklady sestry

Podmínkou profesionality sestry je obliba své profese, dostatečná vzdělanost, schopnost rozeznat projevy a průběh nemoci. Mít komunikační dovednosti je to nejpotřebnější v této profesi. Sestra v první řadě musí umět pracovat se svými myšlenkami a emocemi. Protože pokud neumí ovládat své emoce, má vnitřní neklid či úzkosti nebo strach, není možné předávat svoji podporu těm, kteří to potřebují. Sestra musí mít jasné cíle a vize

v komunikování a nacházení společné cesty ke spolupráci. Další důležitou schopností sestry je umění ventilovat pracovní a osobní emoce, i když to není vždy snadné. Pokud je sestra otevřená, upřímná, cílevědomá a plní slíbené, je to vždy dobrá cesta k úspěchu (Kabelka, 2017).

Empatie je nedílnou součástí komunikačních zručností sestry. Je to specifická emoční funkce poznávající prožívání pacienta. Je to porozumění, umění zacházet s vlastními emocemi, pochopení druhých. Spoluprožívání je vědomý příklon k pacientovi, nicméně stát při něm, ale i být sám sebou je důležité. Distancování se v této situaci má vždy svůj význam ve prospěch zdravotníka. Důležitou roli hraje vždy sestra rozpoznávající duševní stav pacienta, náladu, potřeby a očekávání (Plevová, 2011).

Sociocentrismus je stav, kdy sestra vychází z potřeb nemocných, je na ně plně orientovaná a přistupuje k této roli s obrovskou motivací (Plevová, 2018).

Asertivita je způsob, kdy sestra upřímně vyslovuje své nynější myšlenky a názory, které mohou být v pozitivní nebo negativní formě. Je to jakési vyjádření vlastních pocitů, postojů a názorů. Umění říct „ne“ bez pocitu viny, uplatňovat své nároky, schopnost vyžádat laskavost, umět se vypořádat s kritikou znamená asertivně komunikovat (Plevová, 2011).

Projevy respektu, důstojnosti, a především **autonomie** lze chápat jako řízení každodenního života dle určitého směru a pravidel. Pokud sestra stále ponechává nezávislost pacienta, projevuje svoji důstojnost. Sestra se řídí vlastními názory a pravidly. **Podávání naděje**, optimismus, spolehlivost, soustředěnost, uvědomění vlastních chyb, ohleduplnost, diskrétnost, taktnost a vlídnost (Špatenková a kol., 2014).

Duševní zdraví a psychická odolnost, zralost osobnosti a trpělivost je důležitý předpoklad každé sestry v paliativní péči. Výbušnost, nevlídnost či nevyrovnanost jsou neakceptovatelné projevy každé sestry. Pracovník v paliativní péči by měl znát svoji toleranci k různým zátěžím. Sestra si musí uvědomit svá citlivá místa při zvládání zátěžových situací. Schopnost taktní komunikace je dalším požadavkem. Pokud má sestra dobré rodinné zázemí, je to vždy výhodou (Kupka, 2014).

Funkční specifita je odbornost sestry, která je zcela kompetentní pro svůj výkon povolání. Je ochotná komunikovat s týmem. **Emocionální neutralita** znamená vyjádření sama sebe bez emocionální účasti před pacientem, ale i kolegy. **Univerzalismus** je cílená ošetrovatelská péče pro všechny příjemce. Poskytuje se rovnocenná péče. **Kolektivní orientace** znamená upřednostňování blaha pacientů nad svými zájmy (Plevová, 2011).

Funkční specifita zahrnuje dostatek odborných znalostí a kompetencí dle svého výkonu povolání. Kompetence jsou na každém oddělení vymezeny (Plevová, 2018).

Sestry by měly komunikovat zdvořile, efektivně a bezpečně. K pacientovi si vytváří postupný terapeutický vztah, umí přihlídnout k rozdílným schopnostem a potřebám. Sestra schopně udržuje terapeutické vztahy, ale také se od nich odpojuje. Po celou dobu praxe využívá své komunikační strategie a dovednosti, efektivně využívá verbální a neverbální komunikaci. Měla by dokázat porozumět, rozpoznat potřeby a nadále je interpretovat. Musí chránit a respektovat údaje a veškeré chráněné informace (Kissane, Bultz, Butow et al., 2017).

3.2 Ošetřovatelský proces

Základní metodou práce sestry je ošetřovatelský proces, který je jedním z charakteristických rysů moderního ošetřovatelství. Pokud sestra dostatečně pracuje formou ošetřovatelského procesu, vyhýbá se možným sporům se zákonem, dochází k aktivní seberealizaci a tvořivosti, podporuje další vzdělávání, umožňuje větší úsporu času a následně plní ošetřovatelské standardy pracoviště (Kudlová, 2016).

Sestra využívá diagnostických nástrojů podle Nanda-I, a to i v oblasti umírání. Pro příklad uvádíme nejčastější diagnózy vyskytující se v této oblasti. Např. riziko sníženého objemu tekutin, nauzea, zhoršené vylučování moči, zácpa z důvodu změn ve stravování a snížení příjmu vlákniny, zhoršená tělesná pohyblivost, úzkost ze smrti, riziko narušení integrity kůže (Herdman, Kamitsuru, 2015).

U nevléčitelně nemocného dochází postupem času k selhávání veškerých tělesných funkcí, což obvykle vede k očekávanému životnímu zvratu. Tento nevléčitelný stav může trvat hodiny až několik dnů. Vždy je nutné postarat se o maximální pohodlí, mírnit nepříjemné příznaky a celkově přehodnotit potřeby umírajícího. Tento nemocný musí být obeznámen se zhoršujícím se zdravotním stavem. Bolest, dušnost či úzkost musí být pravidelně vyhodnocována (Tomášek a kol., 2015).

3.3 Uspokojování potřeb

S ukončujícím životem mají lidé velice obdobné potřeby jako každý jiný zdravý člověk. Veškeré potřeby nemocných závisí na pokročilosti onemocnění, věkového rozmezí, sociální situaci a psychickému stavu. V případě těžkého onemocnění člověka se jeho potřeby

mohou měnit v průběhu onemocnění. Mezi prioritní patří potřeby fyziologické, uspokojující se na prvním místě. Pokud jsou poslední chvíle člověka, tyto potřeby jsou vzdalovány a vznikají důležitější potřeby, jako jsou potřeby sociální. V tuto chvíli nemocný nechce být sám a vyžaduje přítomnost druhého člověka (Plevová, 2011).

Umírající lidé, ti, kteří jsou v procesu smířování s bolestnou zprávou, mají různé a rozmanité potřeby, které jsou ale předvídatelné a často vychází na povrch. Tyto potřeby se mohou rozdělit na čtyři základní směry.

1. **Sociální směr** udává ta nejpodstatnější přání nemocného, kdy účelem tohoto přání je, být obklopen nejbližšími. Vzniká naděje zemřít doma, v důvěrném prostředí.
2. **Tělesný směr** se zaměřuje na přání, která jsou spojena s potřebou nemít bolestné stavy a zemřít bez potíží a fyzických znetvoření.
3. **Psychický směr** je důležitý pro uvědomění si a ujasnění posledních zásadních náležitostí. Je to stav, kdy nemocný chce dotáhnout neodkladné záležitosti až do konce.
4. **Spirituální směr** navazuje na otázky, směřující k pochopení smyslu života a smrti. Jsou to otázky životní, co bude „potom“ (Student, Mühlum, Student, 2006).

Fyziologické potřeby se postupem času vytrácejí a nejsou pro nemocného tak důležité. Proto by ošetřující personál měl tyto potřeby převzít do svých rukou a zajistit jejich naplnění (Krátká, 2018). Většinou se zaměřují na péči o pokožku, prevenci kožních defektů, hydrataci, výživu, vyprazdňování či péči o dutinu ústní. V poslední fázi života člověk většinou nepocítuje pocit hladu, proto dopřáváme porce a stravu dle jeho přání. Důležitost spočívá v hydrataci. Nemocný nepocítuje žízeň, podává se tekutina po lžičkách, vytíráme dutinu ústní (Plevová, 2011).

Potřeba jistoty a bezpečí je u každého člověka různorodá. Každý člověk chce mít svoji životní situaci pod kontrolou. Někdo se cítí lépe a bezpečněji ve zdravotnickém zařízení, někdo raději doma. Vždy by měl být nemocný dostatečně obeznámen se svojí nemocí, řádně informován o možnostech léčby či následné péče. Strach a obavy by měly vyjít na povrch, dokázat o nich hovořit (Plevová, 2011).

Potřeba lásky a sounáležitosti se týká pocitu někomu patřit. Být milován a akceptován pocítuje právě umírající člověk. On většinou potřebuje vyslyšet své prosby a svá přání. Díky svému vyjádření se nemocnému může ulevit od svého trápení (Plevová, 2011). Nemocnému by měl být umožněn přístup ke své rodině. Ošetřující personál by měl vyhovět přáním a tím vytvářet pocity štěstí pro nemocné (Krátká, 2018).

Potřeba seberealizace a sebeúcty je základním rysem každého umírajícího člověka. Pro jeho snadné umírání musí mít pocit neustálé možnosti v rozhodování sám za sebe a zachovávat si svoji identitu. Zachování této potřeby ve značné míře ovlivňuje i postoj personálu. Umožnit člověku projevit své touhy i napříč blíží se smrti. Je důležité cítit se užitečný, mít pocit žít pro nějaký smysl (Plevová, 2011). Nemocný by měl vzpomínat na všechno dobré, co se odehrávalo v jeho životě (Krátká, 2018).

Duchovní potřeby zaujímají naději pro život a jsou stejně důležité jako potřeby základní. Vznikají představy o nesmrtelnosti a očekávané smrti. Člověk si uvědomuje vlastní hodnoty a schopnosti, dávající životu smysl. V této fázi člověk nachází smysl života, vyrovnává se s obavami či životními neúspěchy, přijímá novou životní etapu (Plevová, 2011).

Seznam nejčastějších potřeb: potřeba soukromí a mít dostatek času hovořit o smyslu života, potřeba komunikovat na pravdivé úrovni, ale s kapkami naděje, potřeba hovořit o svých úzkostech a bolestech, potřeba zaplakat si, potřeba říct své obavy, potřeba přípravy na svoji smrt, potřeba každodenních rituálů, potřeba ujistění se o bezbolestné smrti, potřeba fyzického komfortu, potřeba nebýt sám, doprovázení v tichosti (Haškovcová, 2007).

Tyto časté potřeby se mohou doplňovat a rozšiřovat na základě individuálně stanovených cílů (Haškovcová, 2007).

3.4 Pastorační péče

Spiritualita neboli duchovnost je jakási charakteristika člověka či kvalita lidské bytosti aktivně hledající smysl života. Duchovnost se vyjadřuje vždy k bohu, k přírodě, rodině, hudbě či umění. Je to stav, který ovlivňuje nemocného srovnávat se s životní realitou (Kisvetrová, 2018).

Spiritualita je v paliativní péči brána jako zdroj motivace, inspirace a hledání síly ve zvládnutí obtížné nemoci. Zdravotničtí pracovníci by se měli snažit komunikovat o této formě péče, ale raději vždy umět poskytnout plnohodnotnou péči pastoračního pracovníka nebo kaplana. Ne na všechny otázky zdravotník může odpovědět, i on má své pracovní limity pomoci. Dostupnost těchto pracovníků by měla být v nemocnicích již samozřejmostí (Tomášek a kol., 2015).

Duchovní život je život v určité skupině, kdy pomocí rituálů a jazyka člověk nachází pochopení a sounáležitost. Součástí tohoto života je pocit přítomnosti síly, která je mimo nás.

Duchovní péče zahrnuje celkové zhodnocení současné situace pacienta, jeho náboženských přesvědčení a vztahů (Plevová, 2011).

Zorientovat se v současné těžké situaci je velmi složité, proto jednotlivci aktivně vyhledávají pomoc duchovního. Každý pastor je výborný psycholog, umí nabídnout pomoc i nevěřícím (Haškovcová, 2007).

Duchovní péče je u lidí rozdílná, každý jedinec ji vnímá jako široký pojem. Jednotlivé postoje člověka jsou uloženy v jeho náboženských hodnotách. Duchovní úkol nemocného spočívá v nalezení poslední naděje. Poskytování duchovních aktivit jako je zajištění svátého přijímání, návštěvy bohoslužeb, používání duchovních prostředků, užití tradic, meditací je žádoucí (Kisvetrová, 2018). Mezi další duchovní aktivity řadíme nabídnutí čtení z Bible, poslech žalmů, modlitby a účast na svátostech. Svátost je udělována nemocným, kdy dochází k duchovnímu posílení a navrácení fyzického zdraví. Kněz vždy pokládá ruce na nemocného, pomodlí se za něho a pomazává ho požehnaným olivovým olejem (Marková, 2010).

Občas vzniká situace, kdy se zapomíná na možnost poskytnutí pastorační péče nejen pro nemocné, ale i rodiny či členům ošetřujícího týmu. Duchovní služba je rozdělena na kněží, pastorační asistenty či dobrovolníky (Kabelka, 2017).

Základní spirituální péči může poskytnout každý, kdo se těší důvěře nemocného. Každý může nabídnout minimálně chápající rozhovor nejen nemocnému, ale i jeho blízkým v procesu doprovázení. Sestra může povzbudit, poradit s emocemi, popovídat si nebo jen tak poslouchat, být nablízku (Krátká, 2018).

Nemocniční kaplan je osoba, vykonávající pastorační péči ve zdravotnických zařízeních. Církevně a smluvně je kaplan přijat k vykonávání pastorační činnosti v nemocnicích. Cílem jeho duchovního vykonávání, je dopomoci nalézt naději, odpovědět na otázky týkající se života a smrti. Pomáhá lidem utišit jejich úzkosti a přebírá je v jejich současném stavu fyzické i psychické nepohody. Napomáhá nemocnému přijat obtíže, které dané onemocnění vyvolává a dopomáhá s přijetím tohoto utrpení. V tomto rozhovoru dochází k povzbuzení celkového stavu, přijetí sebe samého, přijetí druhých a Boha. Tato duchovní služba by neměla být opomíjena pracovním týmem. Působení spirituality se významně podílí na zlepšování kvality života (Kabelka, 2017).

Pokud zdravotnický pracovník chce duchovně zprostředkovat klid a smíření, sám takový musí být. V každém rozhovoru s nemocným reprezentuje sám sebe. Neodejít a naslouchat,

pocítit zájem jsou hlavní pravidla. Časté otázky nemocných se týkají budoucnosti. Obvykle cítí vinu za to, co se stalo a na zdravotnickém pracovníku je zvažít, jestli umí na takové otázky odpovědět. Aktivní spirituální péče snižuje depresivní stavy, stavy úzkostí, pocity osamělosti. Obvykle dochází ke komfortnějšímu prožívání svého života, i když je v pozadí nevléčitelné onemocnění (Sláma, Kabelka, Vorlíček, 2011).

3.5 Doprovázení

Doprovázení je prostor pro vytvoření pocitu důvěry, bezpečí a kvalitního vztahu. Tato velmi emotivní a nesmírně potřebná fáze slouží při péči o nevléčitelně nemocného. Odchod ze života je vždy jedinečný. Vždy, když umírá člověk či dítě, kvalitní péče s důstojností je samozřejmostí. Odchod blízkého člověka není lehký pro pozůstalé, neboť postoj každého člověka ke smrti je vždy různý. Myšlení o smrti je způsobováno společenskými hodnotami. Nejčastější otázky umírajícího jsou: „Jakým způsobem jsem žil?“, „Měl jsem dobré vztahy s rodinou a blízkými?“, „Překvapí mne něco zvláštního?“, „Zvládnou mí nejbližší přijat skutečnost o mé smrti?“. Zdravotníci by neměli tuto fázi života podceňovat, ale přispět rodinným příslušníkům pár užitečných rad: „Váš blízký, přítel, či rodič nebude trpět; za toto onemocnění nemůžete vy, vážíme si, jak o něj dokážete pečovat; pokud vznikne změna jeho vědomí, vnímá vás a potřebuje, abyste s ním byli nadále v blízkém kontaktu“ (Kabelka, 2017).

Pokud chce nemocný zažít neboleštnou a „dobrou“ smrt, nesmí jen o ní přemýšlet. Člověk o ní musí otevřeně mluvit, naučit se o smrti co nejvíce informací. Příbuzní se velice často setkávají s problémem, kdy nejsou schopni komunikovat se svým blízkým o nadcházejícím závěru života. V důsledku toho se pak rozhodují v obdobích nejsilnějších emocí, kdy často dochází k využití veškerých léčebných zákroků, tudíž udržení pacienta naživu co nejdéle (Vollandes, 2015).

Nemocný si vybírá stěžejní osobu, které se bude svěřovat v době jeho nejvyšší potřeby. Většinou to nebývá v období denní směny, ale především v noci kolem třetí hodiny. Tohle je většinou čas, kdy nemocní vyžadují a potřebují pomoc. Pozdě v noci, je klid a nemocní mají čas přemýšlet a filozofovat (Kübler-Ross, 2013).

Vést rozhovor s nemocným v těžkém období může vést k podpoře a naději. Nemocný může začít mluvit o svých nesnázích, říct své obavy a přání ve svém životě. Doprovázející členové by si měli předem stanovit pozitivně zformulované otázky:

- Máte nějaké představy o tom, jak by měl vypadat konec života?
- Na co nejvíc se v tuto chvíli těšíte?
- Dělá vám něco v poslední době radost?
- Máte nějaká přání, o kterých nevíme?
- Čeho se nejvíce bojíte, pokud vzniknou komplikace?
- Máte nějaké zdravotní komplikace, které již dál nechcete snášet?

Tento druh otázek není snadný, proto se dopřává dostatek času na rozmýšlení a případné změny ve výpovědích. Následné poděkování a vyjádření sounáležitosti je nejdůležitější (Vollandes, 2015).

V posledním období života má člověk méně tělesné energie. Přechází ho zájem o činnosti, které rád vykonával. Chce být pouze s velice důvěrnými lidmi, odpoutává se od vnějšího světa. V jeho nelehkých chvílích se obrací do svého nitra, obrací se za svým životem. Jeho vzpomínky mohou vstupovat a vystupovat z jeho mysli, nachází nový životní řád a vzniká nový pohled na svět. Při doprovázení je důležité udržovat dostatečnou kvalitu spánku, nebudit nemocného. Pokud si nemocný přeje, doteky a tichem mu vyjadřujeme naše pochopení (Špinková, 2017).

Doprovázející mají většinou pocit, že musí být stateční a být nad věcí, neprojevat žádné emoce jako je strach, úzkost, či hněv. Tyto emoce si příbuzní ponechávají na chvíle bez svého blízkého. Pokud by toto porušili, mají výčitky svědomí z možného přitížení svého blízkého (Haškovcová, 2007).

V případě, že dostatečně nezapojíme rodinu a blízké, není možná účinná pomoc. V této chvíli významnou roli hraje rodina, která ovlivňuje reagování nemocného na nemoc. Blízký člověk většinu času tráví se „svým“ nemocným ačkoli zanedbává ostatní životní role, potřeby a hodnoty. Doprovázející potřebuje nabrat síly pro efektivní fungování. Odříznutí se od vnějšího světa není vhodné. Člověk se musí připravit na dobu, kdy terminálně nemocný již nebude na onom světě. Doprovázející si musí udržovat silnou a pevnou vůli, respektovat vlastní potřeby a zachovávat zdravou životní rovnováhu (Kübler-Ross, 2015).

3.6 Péče o rodinu a pozůstalé

Oznámení úmrtí je pro lékaře zcela nepříjemné. Dříve se tyto informace zpracovávaly pomocí telegramů, v dnešní době jsou to většinou telefonní rozhovory. V případě nedostatečné předešlé komunikace s blízkými, může nastat nepříjemná situace i v podobě žalob. Po-

kud náš vztah s rodinnými příslušníky byl dobrý a na přijatelné úrovni, je mnohem snazší projevat a sdílet zármutek. Lépe dokážeme vyjádřit lítost a empatii (Gřiva, 2018).

Smrt blízkého je nevyzpytatelná a nevyhnutelná životní zkušenost. Čím starší je člověk, zvyšuje se frekvence zkušeností ohledně smrti. Více se člověk připravuje na smrt vlastní. Pro blízkého je to nevyhnutelná a svízelná situace, která se podílí na jeho fungování v osobním životě, v rovině tělesné, sociální a duševní. Při práci s truchlícími je nejvhodnější aktivně naslouchat, mlčet, projevit soustrast a vyřešit vzniklé problémy (Kupka, 2014).

Smrt blízkého člověka extrémně zasahuje do života pozůstalých. Klíčovými potřebami všech rodin je zajištění dostatku informací, ukázání praktických a zkušených dovedností v péči, ujištění o bezproblémovém chodu ošetrovatelské péče. Po úmrtí dochází k zármutku všech příbuzných, což je reakce vysoce emotivní ze ztráty blízkého člověka. Po období zármutku nastává truchlení, což je fáze, kdy truchlíci pociťuje bezmoc, strach, citovou otupělost, ohlušení, lítost. Péče o pozůstalé probíhá pomocí všeobecné podpory multidisciplinárního týmu (Plevová, 2011).

Truchlení je stav, kdy člověk musí přijmout fakt, že jeho blízký odešel. Obvykle truchlíci trvání je jeden rok, ale probíhá ve třech fázích. První fáze je období zařizování pohřbu, celkový otřes a otupělost. Ve druhé fázi přebývá nadmíra žalu a smutku, které jsou individuální. Truchlíci denně nachází vzpomínky s blízkým, vybavují se mu situace s milovaným člověkem. Je to období, kdy se člověk musí naučit žít sám. Negativně může vnímat okolí, které se již se smutkem popralo. Truchlíci období se v této fázi často vrací na začátek. Přijetí skutečnosti je třetí fáze, kdy, již nachází nový životní smysl a rytmus. Je to období, kdy již nepotřebuje odbornou pomoc, občas zavzpomíná, ale nastávají nové životní hodnoty, role a cíle (Marková, 2010).

Truchlíci čelí velké životní výzvě v podobě nové seberealizace. Smrt zasahuje do našeho života, a proto je nutné zpracovat tento proces v podobě životní změny. To souvisí s těžkou a nezvratnou bolestí, která se musí vždy nově rozvíjet. Truchlení je v tomto období nepostradatelné. V případě neustálého myšlení na minulost zapřičiňuje postupné odlučování z reálného světa. Překonat strach ze smutku, i když je to velmi bolestivé. Truchlíci by měl v životě vytvářet nové rituály, cíle a sny (Kast, 2015).

Jak si v této fázi pomoci? Nemluvit o svých vinách, najít si vhodnou dobu oddechu. Pečovat o své tělo, pravidelně jíst a pít. Být laskavý vůči druhým. Nalézt nové možnosti

k seberealizaci. Psát deník, procházky po přírodě, vyhledávání klidných míst. Komunikovat s lidmi se stejnou zkušeností. Dodržovat dostatek spánku a denní rytmus. Vyhledávat činnosti, dělající radost. Prohlížet si staré fotografie, či procházet staré cesty (Gärtnerová, 2017).

Sestra může doporučit odborně proškolené poradce pro pozůstalé. Poradci se aktivně podílejí na plnohodnotném a profesionálním poskytování péče pro truchlící. Poradce si vždy najde čas, který věnuje pozůstalému. Každé sezení probíhá v příjemné, klidné místnosti bez přítomnosti další osoby. Poradce je empatický, nestranný člověk s nadhledem nad danou situací. Má pochopení pro zármutek a slzy. Aktivně se podílí na cestě truchlením a zármutkem. Vždy se snaží nelézt cestu k přijetí nové životní situace (Dismas jiná pohřební služba, 2020). V příloze této bakalářské práce se vyskytuje přehled institucí pomáhajících pozůstalým (P V).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 METODIKA

Každý výzkum je zaměřen na činnosti, zabývající se novými poznatky. Vždy je zapotřebí dostatečně porozumět vědeckým fenoménům, aby byly dostatečně vysvětleny, předpokládány a přezkoumávány. Teoretické poznatky se rozšiřují výzkumem na základě hledání nových souvislostí, poznatků a odhalování dosud neznámého. Je to proces, který je tvořen několika fázemi zajišťující poznání nového (Kutnohorská, 2009).

V praktické části naší bakalářské práce *Význam komunikace v procesu paliativní péče* jsme se rozhodli pro kvalitativní metodu, která se nám zdála ve vztahu k tématu nejpřínosnější.

„Kvalitativní výzkum je nenumerické šetření a interpretace sociální reality, přičemž jeho cílem je odkrýt význam podkládaný sdělovaným informacím. Cílem je vytváření nových hypotéz a teorií.“ (Olecká, Ivanová, 2010, s. 33)

Kvalitativní výzkum spočívá v celkovém rozebírání jednotlivých složek, odhalování spojitostí a analýze zkoumaného. Celý proces je popisován fakty, jevy či procesy, které nemají číselné hodnoty. Tento druh výzkumu se zaměřuje především na využití rozpoznání širšího kontextu jevů, které jsou pro badatele důležité. Badatel pracuje s výzkumem v podobě textů, což znamená, že musí být připraven na sběr textů a jeho následné přeformulování. Celý tento proces probíhá na předem určených stanovištích, které jsou pro badatele výzkumně významné. Lidé, kteří jsou vybíráni do procesu výzkumu musí mít specifické, předem dané náležitosti, aby mohli spadat do kategorie zkoumaných osob (Kutnohorská, 2009).

Badatel zkoumá jev velmi podrobně, kdy jeho zájem spočívá v získání dostatku informací od zkoumané osoby a tím získává detailní náhled na to, na co se právě zaměřuje. Většinou je tento druh výzkumu využíván v případě nedostatečných znalostí z dané problematiky (Olecká, Ivanová, 2010). Před každým výzkumem musí být badatel seznámen s časovou náročností celého procesu, musí být schopen využít svých dovedností a vědomostí a značně využívat kritického myšlení. Badatel musí rozhodnout, které informace jsou pro jeho výzkum stěžejní. Při využití kvalitativních metod je velkou výhodou menší počet respondentů, ale o to větší množství informací, které musí být probráno do hloubky. Sbírají se data, která mají svůj účelný význam pro další zpracovávání. V prvé řadě se stanovuje výzkumný problém, který se v průběhu výzkumu rozvíjí a průběžně je vyjasňován a definován. V této oblasti je člověk vždy na prvním místě a každou zkušenost s ním bereme jako potřebnou a zcela významnou (Kutnohorská, 2009).

4.1 Cíle výzkumu

Hlavním cílem této práce je Zjistit způsob a efekt komunikace ošetrovatelského personálu s nevléčitelně nemocným.

Hlavní cíl bude naplněn prostřednictvím těchto dílčích cílů:

Dílčí cíl č. 1

Zjistit, zda jsou nemocní spokojeni s komunikací ošetrojícího personálu v nemocnici.

Dílčí cíl č. 2

Zjistit, jak jsou nemocní informováni o své diagnóze a v jakém rozsahu.

Dílčí cíl č. 3

Zjistit, co pacienti ví o paliativní péči.

4.2 Charakteristika vzorku participantů

Kritéria pro výběr participantů spočívala v nalezení nemocných s nevléčitelnou diagnózou. Tento záměrný výběr participantů byl předem konzultován s lékaři vybraných oddělení a proběhlo následné doplnění informací z nemocničního informačního systému HIPPO. Veškeré informace byly doplněny staničními sestrami daných oddělení.

Kritéria pro výběr respondentů:

paliativní diagnóza (doba od vyslovení diagnózy 1 měsíc – 6 měsíců)

1. věk nad 30 let
2. libovolné pohlaví
3. 4 participantů ze Zlínského kraje (výběr konkrétní nemocnice)
4. dobrý stav kognitivních funkcí (především schopnost odpovídat)
5. ochota podílet se na výzkumu.

Hlavním kritériem bylo nalezení participanta s nevléčitelnou diagnózou, kdy doba vyslovení diagnózy by měla být od jednoho až šesti měsíců. Participant musí mít věk nad 30 let, libovolného pohlaví. Každý participant musí být předem informován o této výzkumné části. Participant dobrovolně podepíše informovaný souhlas a ví, že může kdykoliv během výzkumu od své účasti odstoupit, a to bez udání důvodu. Celkově v této výzkumné části

budou korespondovat 4 participanti, ochotní spolupracovat. Kvalitativní výzkum bude probíhat v jedné předem vybrané menší nemocnici.

Níže uvádíme v souhrnné tabulce základní údaje o participantech, kteří budou pro potřeby bakalářské práce označeni písmeny A, B, C a D.

Tabulka č. 1 Souhrnné informace

Participant	Věk	Nemocnice	Diagnóza
A	86 let	Oddělení následné péče	Karcinom jater
B	59 let	Oddělení následné péče	Karcinom vaječnicků
C	75 let	Oddělení následné péče	Karcinom plic-Mezoteliom
D	58 let	Oddělení následné péče	Karcinom ledvin

4.3 Technika výzkumu

Pro naplnění cílů bakalářské práce jsme zvolili techniku polostrukturovaného rozhovoru.

Využití rozhovorů v praxi je nejsložitější formou ale nejvyužívanější v procesu kvalitativních dat. Jedná se o získávání informací, ale také následná dovednost vypořádat určité nejasnosti, které si následně ověřujeme. Před každým rozhovorem se klade důraz na předem vytyčený cíl, ke kterému postupně docházíme. Cílem rozhovoru je celkové zmapování jednotlivců s jejich osudem (Kutnohorská, 2009). Můžeme si předem naplánovat, jak dlouho bude rozhovor trvat, ale dopředu nemůžeme ovlivnit nastávající situace (Olecká, Ivanová, 2010). Polostandardizovaný rozhovor klade důraz na předem vytvořený plán, přesněji vytvořené otázky. Pořadí otázek se může v průběhu rozhovorů měnit. V případě nejasností si ověřujeme odpovědi ve formě doplňujících otázek. Stále směřujeme k otázkám týkajících se vytyčených cílů a směřujeme více do hloubky. Velkou roli v odběru dat hrají vnější okolnosti, které mohou ovlivňovat dění celého procesu (Kutnohorská, 2009).

Společně s vedoucí práce byly sestaveny rozhovorové otázky, které přesně směřovaly k předem určeným cílům. Bylo sestaveno 21 otázek. Otázky byly postupně pokládány účastníkovi.

Cíl č. 1 otázky 1–11

Cíl č. 2 otázky 12–16

Cíl č. 3 otázky 17-21

Otázky 1-11 zjišťovaly informace ohledně spokojenosti participantů s komunikací ošetřujícího personálu. Otázky se zaměřovaly např. na komunikační nedostatky sester, konfrontace se zdravotníky, svěřování svých potíží či způsob neverbální komunikace.

Otázky 12-16 se zabývaly celkovou informovaností participantů o svém hlavní diagnóze a v jakém rozsahu. Byly přichystány otázky, které nenápadně směřují k popisu daného onemocnění či závažnost dané nemoci. Zaměřovala jsem se na pocity, myšlenky a cíle participanta v tomto nelehkém období.

Otázky 17-21 hodnotily úroveň znalostí participanta z oblasti paliativní péče. Zde se vyskytovaly otázky, které měly podrobně popsat terminologii, první kontakt s tímto termínem, celkové zaměření, další vyšetřování nemocných. Také je zde kladen důraz na nejdůležitější potřeby člověka s vážným onemocněním.

Předem se předpokládalo, že participantů budou mít odlišné názory, ale vždy budou směřovat k cíli výzkumu.

4.4 Organizace výzkumu

Vyhledávání nemocných s nevyčísitelnou diagnózou prostřednictvím lékařů, informačního systému HIPPO a další doplnění informací od staničních sester. Týden před realizací výzkumu proběhlo seznámení se s participantem, dotázání se o možnosti realizace výzkumu, obeznámení participanta s realizací výzkumu pomocí polostrukturovaného rozhovoru a s možným využitím záznamového média. Získání informovaného souhlasu s podpisem. V průběhu měsíce března roku 2020 byl prováděn výzkumný projekt. Rozhovory byly prováděny se souhlasem nemocnice. Veškeré originální souhlasy jsou k dispozici u autorky práce. Každý rozhovor byl prováděn mimo pracovní dobu. Samotnému procesu předcházela konstrukce otázek k rozhovoru. Celkem se jednalo o 21 položek.

Rozhovor probíhal v předem připravené klidné a teplé místnosti bez přítomnosti jiných osob. Participant odpovídal na dotazy vytvořené výzkumníkem. Na tento rozhovor byl vyhraněn čas 60 min. Příprava na den realizace výzkumu spočívala v přípravě záznamového média, rozhovorových otázek, papíru a pera a dohodě času schůzky, který bude vhodný

pro obě strany. Byl také zohledněn aktuální zdravotní a momentální stav participanta v den uskutečnění rozhovoru.

Participant byl dostatečně teple oblečen, tekutiny zajištěny v rozhovorové místnosti. Předem nešlo stanovit možné komplikace v průběhu rozhovoru, ale výzkumník na ně musel operativně reagovat. Příprava úvodu rozhovoru a navození pozitivní atmosféry. Snaha o zajištění bezpečného a nerušeného prostředí. Byl poskytnut dostatek času na odpovědi, dokázat reagovat na negativní informace či nespolupráci. Polostrukturovaný rozhovor dával možnost odpovídat a doptávat se na nesrovnalosti. Při každé změně zdravotního stavu by byl rozhovor ukončen a obeznámen ošetřující personál. Další termín rozhovoru by byl upřesněn po celkovém zlepšení zdravotního stavu a vzájemné dohodě. Participant neměli předchozí zkušenosti s prováděním rozhovoru.

Rozhovor byl zcela anonymní, nikde nebudou uveřejněna jména ani údaje o participantovi. Tento rozhovor byl dobrovolný a participant ho mohl kdykoliv přerušit či ukončit bez udání důvodu.

4.5 Zpracování informací

Informace získané rozhovory jsme dále zpracovali tzv. kategorizací (kódováním).

Kategorizace dat je prvním stěžejním krokem při zkoumání získaných obsahů. Dle našich cílů si stanovíme pojmy, kategorie a tento proces se nazývá kódování. Stanovujeme si společné znaky (Olecká, Ivanová, 2010). „*Otevřené kódování je základní a první analytický krok, na který navazuje další analýza.*“ (Kutnohorská, s. 66, 2009).

Pro tento výzkum byl zvolen polostrukturovaný rozhovor. Čtyři participanté byli předem vybráni a byl zahájen proces samotného výzkumu. Důležitost spočívala v řádném provedení rozhovorů, získání veškerých odpovědí na předem vytvořené otázky. Výsledky byly přehrávány ze záznamového média z mobilního telefonu. Následně byly doslovně přepsány do počítačové formy a upraveny pro potřeby bakalářské práce. Text byl přepsán do souboru Microsoft Word. Po přepsání dat se rozhovory vytiskly na formu A4. Dle našich předem vytvořených cílů se stanovily kategorie. Během neustálého čtení rozhovorů byly vyhledávány společné kódy participantů. Tato podobná slova se podtrhovala, byla určována k jednotlivému cíli. Po stanovení kategorií jsme k nim postupně přiřazovali jednotlivé kódy. Vznikaly pouze námi potřebné informace. Nevýznamné informace se postupně vyřazovaly.

Každý rozhovor byl samostatně analyzován, ale společné znaky se přiřazovaly a porovnávaly. Těmito rozhovory vznikly tři hlavní kategorie, které se zaměřovaly na jednotlivá témata. Pro přehlednost byla vytvořena tabulka č. 2 s kategoriemi a kódy, která nám umožňuje lepší orientaci v problematice.

Námi vytvořené kategorie: **Spokojenost s komunikací (způsob a efekt), Informovanost o diagnóze, Znalosti o paliativní péči.**

V praktické části jsou uvedeny nejdůležitější informace participantů, které jsou uvedeny v tabulkách. Tabulky jsou následně ohodnoceny komentářem, zjišťující zajímavé výsledky. Vzhledem k anonymitě rozhovoru budeme participanty označovat A - D. Tyto informace jsou prezentovány dle cílů. Odpovědi participantů v tabulkách jsou upraveny tak, že není změněn význam odpovědi

5 VÝSLEDKY

Dříve, než budeme prezentovat výsledky, vysvětlíme, jak jsme informace kódovali a zařadili do kategorií ve vztahu k cílům. V níže uvedené tabulce máme v levém sloupci shrnuté naše cíle a kategorie. V pravém sloupci jsou vytvořené kódy k daným kategoriím, které vznikly z každé rozhovorové otázky směřující k danému cíli. např. pro otázku č. 1 vznikla kategorie Komunikace s personálem. Pro tuto kategorii byly vyhledávány nejčastější společné odpovědi všech participantů, které s touto kategorií souvisí. Na základě zjištění korespondujících slov, vznikly kódy. Dále jsme takto pokračovali v celém zpracování výsledků.

Tabulka č. 2 Kategorie výzkumu

Kategorie	Kódy
Cíl č. 1 Spokojenost s komunikací (efekt a způsob)	
Otázky č. 1-11	
<ul style="list-style-type: none"> • Komunikace s personálem • Komunikace na pokoji • Svěřování problémů • Ovlivnění nálady sester • Konfrontace se zdravotníkem • Porozumění sester • Přání v komunikaci • Vlastnosti empatické sestry 	<ul style="list-style-type: none"> – mlčení, komunikace, ignorace, odborná názvosloví – potřeby pacientů, přání, odborné výkony – odborný personál, rodina – nedělá problém, identifikace špatné nálady, ovlivnění pacienta – bez zkušeností, osobnostní problém, nárazka na citlivé téma – cenné rady, úsměv, úcta, společné zájmy, komunikace – komunikace o prognóze, o životě, jak udržet mysl, aktuální zážitky – ochota, pochopení, důvěra
Cíl č. 2 Informovanost o diagnóze	
Otázky č. 12-16	
<ul style="list-style-type: none"> • Znalost diagnózy • Závažnost onemocnění 	<ul style="list-style-type: none"> – onkologické onemocnění, dostatečná informovanost – velmi vážné, nepříznivé

<ul style="list-style-type: none"> • Prvotní myšlenky • Léčba nemoci • Životní cíle 	<ul style="list-style-type: none"> – otupělost, zaskočení, šok, víra – ponechání osudu, pozitivnost, negativní myšlení, víra, smíření s vážností – zemřít, narození člena rodiny, propuštění do domácí péče, uzdravení, zařazení do pracovního procesu
<p>Cíl č. 3 Znalosti o paliativní péči Otázky č. 17-21</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Povědomí o paliativní péči • Kategorie paliativní péče • Princip paliativní péče • Využití diagnostických metod • Nejdůležitější hodnoty 	<ul style="list-style-type: none"> – lůžková zařízení, hospice, přítomnost příbuzných, bezbolestné umírání, více péče, odvětví ve zdravotnictví – souhlas s paliativní péčí – léčba nemoci, mírnění bolestí, péče o seniory, přítomnost druhé osoby – dle typu onemocnění, akceptování, dle stádia onemocnění – nemít bolest, fungující rodina, narození člena rodiny, fyzické zvolnění

5.1.1 Spokojenost s komunikací

Tato kategorie vznikla na základě potřebného zjištění informací o tom, jakým způsobem probíhá komunikace mezi ošetřujícím personálem a pacientem. Zahrnujeme zde i efekt a způsob komunikace. Tato kategorie je především zaměřena na celkovou otevřenost, empatii, schopnosti a vlastnosti ošetřujícího personálu. Dále je zaměřena na celkový pohled komunikačních dovedností personálu. Vyskytují se zde otázky, které napomáhají participantovi vznést své zkušenosti z oblasti komunikace s ošetřujícím personálem. Ne vždy se jedná jen o verbální komunikaci, je zde zahrnut i obyčejný úsměv, který vždy zlepší náladu v průběhu vážného onemocnění.

Tato kategorie má za cíl zjistit, jestli mají participantův důvěru v daný personál v procesu nevléčitelného onemocnění.

5.1.2 Informovanost o diagnóze

Tato kategorie se zaměřovala na to, jakým způsobem jsou participanti obeznámeni se svojí aktuální nevy léčitelnou diagnózou. Patří sem informace o prvotních myšlenkách participanta po sdělení diagnózy a následné uchopení problému do vlastních rukou. Každý participant má jiný názor na dané onemocnění, vždy se musí respektovat jeho přání.

5.1.3 Znalosti o paliativní péči

V této kategorii jsme se zaměřovali na to, jakým způsobem jsou participanti informováni či poučeni o problematice paliativní péče. Jejich prvotní zkušenosti, či náhled na oblast paliativní péče byl pro nás směrodatný k dosažení dílčího cíle.

5.2 Rozhovory

V této kapitole prezentujeme rozhovory všech participantů.

Tyto předem připravené otázky od 1-11 směřují k prvnímu dílčímu cíli.

Otázka č. 1 Mluvíte rád/a s ošetřujícím personálem, nebo Vám více vyhovuje mlčení?

Tabulka č. 3 Komunikace s personálem

Participantů	Odpovědi participantů
A	<i>„Když jsem unavená, nemluví ani sama se sebou.“</i>
B	<i>„Jsem komunikativní člověk, takže mně to nevadí. Jen mi vadí, když se kolem mě křičí, zbytečně a sestřičky zvyšují hlas.“</i>
C	<i>„Jsem zde jen krátkou dobu, abych mluvil rád s někým, koho neznám. Raději mlčím.“</i>
D	<i>„Pouze s některými. Pokud přijdou na pokoj sestry, které nemám ráda, mlčím.“</i>

Komentář: Participanti odpovídali různě. Většinou se odpovědi vztahovaly k únavě, někdo raději nové kontakty vůbec nevyhledává. K problematice diagnóz je zcela jasné, že většině participantů vyhovuje mlčení, v tak těžké situaci.

Otázka č. 2 O čem nejvíce s Vámi personál diskutuje při vstupu na pokoj?

Tabulka č. 4 Komunikace na pokoji

Participantů	Odpovědi participantů
A	<i>„No tak třeba co si přejeme, co chceme, co nechceme. Plní nám naše přání. Pokud je to jen trochu možné. Pokud je to v jejich silách a pravomocích, pomůžou.“</i>
B	<i>„Tady není moc prostoru na mluvení. Na komunikaci s pacientem není prostor, většinou sestra mluví o práškách, injekcích a svých odborných věcech.“</i>
C	<i>„Jestli něco nepotřebuju, jestli nemám bolest, ať odpočívám, jestli nemám hlad.“</i>
D	<i>„To spíš já mluvím s nimi. Komunikace se vztahuje k mým potřebám.“</i>

Komentář: Participantů A+C se shodli na tom, že většinou personál diskutuje a aktivně se vyptává na participantovy potřeby. Další, časté okruhy komunikace se týkají odborných úkonů prováděné během dne.

Otázka č. 3 Máte potřebu hovořit o svém onemocnění a problémy se zdravotníky, nebo se raději svěřujete svým blízkým?

Tabulka č. 5 Svěřování problémů

Participantů	Odpovědi participantů
A	<i>„Určitě, se sestřičkami. Je to odborný personál a pokud s příbuznými, tak jen s nejbližšími. Jsou to dcery. Cizím se nesvěřuju.“</i>
B	<i>„Když mám potíže, jdu za doktorem. Rodina mi neumí pomoci, když vzniknou komplikace.“</i>
C	<i>„Vše řeším pouze se svojí manželkou a maximálně dcerou.“</i>
D	<i>„No tady s doktorem není řeč. Se sestrami o své nemoci nemluví.“</i>

Komentář: Na této otázce se participant A+ B shodli na tom, že péči o své zdraví svěřují vždy odbornému personálu. Další odpověď spočívala v pomoci od rodiny. Participantka D nemá důvěru v odborném personálu, nevyužívá často komunikaci s nimi.

Otázka č. 4 Stalo se Vám někdy, že Vám byl rozhovor se zdravotníkem nepříjemný? Pokud ano, popište situaci, a proč to bylo nepříjemné.

Tabulka č. 6 Konfrontace se zdravotníky

Participanti	Odpovědi participantů
A	<i>„Ne, ne, tady teda ne. Ale v nemocnici, kde mi řekli diagnózu, tam se chovali hrozně.“</i>
B	<i>„Ne, protože si umím udělat pořádek, když mám problém. Ale jinak se mi to tady nestalo.“</i>
C	<i>„Bylo mi nepříjemné, když se sestra zeptala, kde jsem přišel k rakovině. Já si ji nevymyslel a ani jsem se v tu chvíli o tom nechtěl bavit. Přišlo mi to absurdní.“</i>
D	<i>„Ano je tu pár sester, se kterými jsem přišla do konfrontace. Většinou mě nechtějí obskakovat, jde poznat kdo je ochotný, a kdo ne. Některé jsou protivné a s jednou nemám dobrý vztah, já křičela na ni a ona na mě. Pění to mezi námi. Je to způsobeno dvěma odlišnými osobnostmi.“</i>

Komentář: Ze čtyř participantů, dva neměli absolutní problém v komunikaci s ošetrovatelským personálem. Důvod byl sjednání pořádku, dostatečná otevřenost a komunikativnost participantů. Další dva participantů měli negativní zkušenost z důvodu narážky na citlivé téma a odlišné názory dvou korespondujících či osobnostní problém.

Otázka č. 5 Dává Vám ošetřující personál najevo, že Vám rozumí? Pokud ano, jak?

Tabulka č. 7 Porozumění od sester

Participanti	Odpovědi participantů
A	<i>„Sestřičky si za mnou sednou, promluví. Což je udivující. Tohle jsem nikdy nezažila, takový personál. Jsem tu nadmíru spokojená.“</i>
B	<i>„Asi mi rozumí. Když něco potřebuji, vždy mi vyhoví.“</i>
C	<i>„Stále některým věcem nerozumím, nejsem zdravotník. Ale když se na něco zeptám, vždy mi poradí a usmějí se.“</i>

D	<i>„Ze sedmi sester dvě mi rozumí. Chápu moji situaci, mluví se mnou ochotně. Některé si otevírají pusy. Dávají mi najevo pochopení, úctu ke znehynběnému člověku. Vždy se zastaví, sledujeme televizi.“</i>
----------	--

Komentář: Odpovědi participantů se většinou shodovaly o kladném přístupu sester. Většinou úsměv, úcta, rady a společná komunikace byla správným krokem k celkovému porozumění a spokojenosti.

Otázka č. 6 Přišla za Vámi někdy sestřička jen tak? Bylo Vám to příjemné, nebo byste přivítal/a raději klid?

Tabulka č. 8 Příchod sestry z vlastní iniciativy

Participant	Odpovědi participantů
A	<i>„Je mi to příjemné. A celkem mne překvapilo, že jste všechny takové.“</i>
B	<i>„Ne, oni naběhnou po obědě čtyři, přebalují. 2-3 minuty si mezi sebou povídají, vyvětrají. Oni na to nemají čas.“</i>
C	<i>„Nejsem společenský typ, ale sestry chodí často. Jen tak nechodí, mají vždy svůj účel. Mám rád svůj klid.“</i>
D	<i>„Jen tak nikdo nepřijde. Musím si zvonit, ale jim se to nelíbí. Vždy přijdou z nějakého důvodu, mají stanovené časy kdy převazovat, dát léky apod.“</i>

Komentář: Většina participantů se shodla na tom, že sestra na pokoj nepřijde jen tak sama od sebe. Vždy přijde za nějakým účelem. Většinou přichází, aby splnila své pracovní povinnosti a mezi tím stačí komunikovat. Avšak participantka A je zvyklá, že sestry chodí samy od sebe a je jí to velmi příjemné.

Otázka č. 7 Přispívá Vám úsměv sestry k tomu, abyste měl/a lepší den? Máte svoji oblíbenou sestru? Pokud ano, v čem je jiná než ostatní?

Tabulka č. 9 Úsměv sester

Participant	Odpovědi participantů
A	<i>„Ano naštěstí se usmívají. Jsou tu všechny příjemné, až na jednu černo vlasou sestru. Jména nevidím, ale oblíbila jsem si skoro všechny.“</i>

B	<i>„Jo, je to jiný, to víte že jo.“ Nemám svoji oblíbenou sestru, každý den je tu jiná. Mám v tom zmatek.“</i>
C	<i>„Jsem tu chvíli, neznám sestry jménem. Nechci si k nim ani vytvářet vztah, brzy budu totiž doma. Vždy je samozřejmě lepší, když jsou usměvavé. Jedna sestra mne zaujala, je hodně ochotná a je tu skoro každý den. Vypadá jako moje dcera.“</i>
D	<i>„Mám dvě oblíbené sestry, jedna je věřící se smyslem pro humor a pochopení. Druhá je rázná, říká vše narovinu. To mám ráda. Akceptují, co potřebuji. Pokud se smějí, hned se cítím lépe.“</i>

Komentář: Všichni participanti se shodli na tom, že je vždy lepší, když se sestry usmívají. Pouze jedna participantka nemá vybranou svoji oblíbenou sestru. Ostatní jsou spokojeni s týmem sester, pro jejich ochotu, plnění aktuálních potřeb a smysl pro humor.

Otázka č. 8 Je něco, co Vás znepokojuje a chybí při komunikaci s ošetřujícím personálem?

Tabulka č. 10 Komunikační nedostatky

Participanti	Odpovědi participantů
A	<i>„Nemůžu říct, oni si přisednou, povykládáme. Nyní aktuálně promlouváme ke koronaviru.“</i>
B	<i>„Já nevím v tuto chvíli. Co potřebuji, na to se zeptám a odpověď ihned dostanu.“</i>
C	<i>„Vadí mi, když mluví tím jejich jazykem, tou odborností. Já tomu nerozumím.“</i>
D	<i>„Když sestry nebo ošetřovatelky polohují, chtěla bych aby na mně mluvily. Většinou se baví mezi sebou a svých problémech. Totálně mě ignorují.“</i>

Komentář: Každý participant má jiné zkušenosti s komunikačními nedostatky. Participantka A+B je s komunikací spokojená a nevyjadřují nic, co by je znepokojovalo. Mezi

časté komunikační neshody v tomto výzkumu byla komunikace odbornými názvoslovími a komunikace sester mezi sebou. Tímto vzniká ignorace mezi sestrou a pacientem.

Otázka č. 9 Ovlivňuje Vás negativní, či pozitivní nálada sester?

Tabulka č. 11 Ovlivnění nálady

Participant	Odpovědi participantů
A	<i>„No, málokdy. Většinou jsou zde usměvaví. Ale každý den přinese něco nového. Nemůžu si stěžovat.“</i>
B	<i>„Každý se probudí ráno s jinou náladou. Pokud se někdo šklebí, asi má nějaké potíže, ale vyloženě mi to nevadí.“</i>
C	<i>„Samozřejmě, že člověk pozná dobrou a špatnou náladu. Když tu ležím, vnímám vše mnohem víc. Vyloženě mi to problém nedělá, ale někdy mě to naštve. Mám taky svoje starosti. Jen si vždy řeknu, že má asi nějaké potíže.“</i>
D	<i>„Ano, cítím, když je sestra nebo ošetřovatelka naštvaná. Ovlivňuje to docela hodně, protože pak semnou i špatně jednají. Očekávám komunikaci na úrovni.“</i>

Komentář: Participant A a B se shodli na tom, že jim nevadí změny nálad u sester. Neovlivňuje je to jejich denní činnosti. Participant C a D si jsou vědomi změn nálad a ovlivňuje je to v rámci hospitalizace mnohem více než kdekoliv jinde.

Otázka č. 10 Umí všechny sestry naslouchat Vaším přáním, nebo jen slíbí a již se k tomu nevyjadřují?

Tabulka č. 12 Plnění přání

Participant	Odpovědi participantů
A	<i>„Vždy když můžou, slib dodrží. Nezažila jsem, že by sestra nepřišla. Ale já jsem člověk, co moc věcí nepotřebuje.“</i>
B	<i>Nemohu říct, že by sestry něco nesplnily. Když to není za pět minut, tak třeba za čtvrt hodiny. Vždy to ale dodrží.“</i>

C	<i>„Já od nich nic nepotřebuju. Oni chodí za mnou, aby mi pomohli. Vědí kdy přijít. Já jsem tu, abych poslouchal a nechal si pomoci.“</i>
D	<i>„Mým přáním naslouchají ty mé dvě oblíbené sestry. Ostatní něco slíbí, nedodrží a nepřijdou. Já pak musím zvonit a říkat si o to znovu.“</i>

Komentář: Při této otázce se všichni shodli na tom, že sestry dodrží slovo a splní vyslovené přání. I když je to někdy za delší časovou jednotku a někdo musí využít i signalizačního zařízení.

Otázka č. 11 O čem byste chtěl/a se sestrami nebo jinými zdravotníky mluvit?

Tabulka č. 13 Přání v komunikaci

Participanti	Odpovědi participantů
A	<i>„My mluvíme o běžných, aktuálních věcech. Sestřičky si ke mně posedají a chvíli mluvíme. Většinou osobní problém řeším s dcerou.“</i>
B	<i>„Chtěla bych, abych mohla s někým rozebírat to své onemocnění, ale není na to čas.“</i>
C	<i>„Nechci mluvit o ničem. Pokud mám bolesti, vím, na koho se obrátit. Diskutuji s rodinou. K novým lidem si hledám cestu dlouho.“</i>
D	<i>„O možnostech, jak rozpohybovat moje nohy. Zjistit, jestli jsou nějaké nové metody. Chci komunikaci udržovat svoji mysl. Proto ráda prohodím pár slov o životě, nebo momentální situaci.“</i>

Komentář: Většinu baví komunikovat o aktuálních situacích ze světa a udržovat tak své myšlení. Někteří jsou raději uzavřeni do sebe a komunikují s rodinou. Pro někoho je prioritou dovědět se více o svém onemocnění, pro někoho, jak dostat zpět své nohy do pohybu.

Otázky 12-16 dotazují na dílčí cíl č. 2.

Otázka č. 12 Můžete popsat, jaké máte onemocnění a kdo Vám diagnózu sdělil?

Tabulka č. 14 Znalost diagnózy

Participanti	Odpovědi participantů
A	<i>„Na CT mám prokazatelnou rakovinu jater. Řekla mi to doktorka na inter-“</i>

	<i>ně. “</i>
B	<i>„Rakovina obou vaječníků. Stanovil mi to snad až šestý lékař při vyšetření sono. Ostatní doktoři si můj případ přehazovali jak horký brambor.“</i>
C	<i>„Zjistili mi rakovinu plic, nějaký Mezoteliom. Řekl mi to až doktor ve fakultní nemocnici. V naší místní nemocnici mi jen říkali že tam „něco“ mám.“</i>
D	<i>„Mám rakovinu ledvin i metastáze utlačující míchu a páteř. Diagnózu mi sdělil pan docent v Olomouci.“</i>

Komentář: Každý z participantů uvádí svoji stanovenou diagnózu. Tudiž jsou informováni o svém zdravotním stavu. Tuto informaci se vždy dověděli od lékařů, avšak ne vždy byla tato informace ihned řečena.

Otázka č. 13 Jak moc je Vaše onemocnění závažné?

Tabulka č. 15 Závažnost nemocnění

Participantů	Odpovědi participantů
A	<i>„Nádor je malý, ale onemocnění závažné je. Vzniklo to ze stresové situace.“</i>
B	<i>„Hodně vážné, po celém těle mám metastázy. Je to vlivem stresu.“</i>
C	<i>„Je to hodně blbý. I doktor říkal, že to není příznivá zpráva pro mé tělo.“</i>
D	<i>„Všichni říkají, že to je vážné. Ale já vím, že se na nohy jednou postavím.“</i>

Komentář: Všichni dotazovaní se shodli na tom, že ví o vážnosti své diagnózy. Většina předpokládá, že onemocnění vzniklo ze stresové situace. Participantka D věří, že se brzy vyléčí, i když ví o vážnosti svého onemocnění.

Otázka č. 14: Jaké myšlenky se Vám objevovaly po sdělení této závažné situace?

Tabulka č. 16 Prvotní myšlenky

Participantů	Odpovědi participantů
A	<i>„Vůbec žádné, měla jsem úplně okno. To okno mám do dnešního dne. Za-</i>

	<i>skočilo mě to.</i> “
B	<i>„V tu chvíli nic. Jela jsem domů, lehla do postele a brečela jsem.“</i>
C	<i>„Rozhovor jsem si nahrával na telefon. V tu chvíli jsem doufal, že to není pravda. Mrazilo mně v zádech. Nemyslel jsem na nic, jen jsem doufal, že je to sen. Hodně špatný sen.“</i>
D	<i>„Hned po sdělení této informace jsem přemýšlela o alternativních metodách. Nechala jsem si objednat bylinky z Peru a pouštím si meditační hudbu, které uklidňuje.“</i>

Komentář: Většina dotazovaných si je vědoma toho, že nemysleli na nic. Každému se informace rozležela po nějaké době. Tato informace všechny zaskočila a šokovala. U někoho došlo až k psychickému zhroucení ve svém přirozeném domácím prostředí. Jedna dotazovaná ihned přemýšlela, jakým způsobem svému tělu pomoci.

Otázka č. 15: Může se Vaše onemocnění vyléčit?

Tabulka č. 17 Léčba nemoci

Participant	Odpovědi participantů
A	<i>„Jde o psychiku v mém případě. Nechám to na osudu. Nechci o tom přemýšlet, brečela bych.“</i>
B	<i>„Ne, já jsem už v tom posledním stádiu.“</i>
C	<i>„Pokouší se o to chemoterapií, ale já tomu nevěřím. Myslím si, že nemůže, ale chtěl bych.“</i>
D	<i>„Určitě ano, věřím v to.“</i>

Komentář: Každý dotazovaný je v jiné fázi onemocnění. Pouze jediná dotazovaná věří, že se vyléčí pomocí alternativních metod. Zbytek participantů ve vyléčení nevěří, či to nechají na osudu. V tomto případě je pro všechny důležité správná psychická koncentrace.

Otázka č. 16: Máte nějaké cíle nebo plány, které chcete splnit?

Tabulka č. 18 Životní cíle

Participanti	Odpovědi participantů
A	<i>„Nepřemýšlím o ničem momentálně, je to těžká situace a nejraději bych se již nechtěla probudit. Ať to máme všichni za sebou.“</i>
B	<i>„Cíle nemám. Možná jen kdyby se mi ulevilo, chci být doma aby mne navštěvovala vnučka. Ta dělá můj život lepším.“</i>
C	<i>„Má se nám narodit právouče, vlastně naše první. Musím u toho být.“</i>
D	<i>„Rozpohybovat nohy, dostat se zpět do pracovního procesu a zase podnikat. Toto jsou pro mě nejdůležitější věci.“</i>

Komentář: Pro všechny je to tíživá situace, ale každý z dotazovaných má stanovený jasný cíl.

Otázky 17-21 směřují k dílčímu cíli č. 3

Otázka č. 17: Umíte vysvětlit co je paliativní péče a kde jste se poprvé setkal/a s tímto termínem?

Tabulka č. 19 Povědomí o paliativní péči

Participanti	Odpovědi participantů
A	<i>„Vím, vím. To jsou ty hospice. Když má člověk bolesti, aby umíral v klidu a měl kolem sebe vstřícný personál. S tímto jsem se setkala již dávno.“</i>
B	<i>„Když vám je blbě a oni vám už nemůžou pomoci, mohou zmírnit bolesti. Tak nějak jsem to pochopila. To už není léčba. Od sousedky.“</i>
C	<i>„To jsou nějaký ty zařízení, něco jako nemocnice. Řadil bych to k domovům pro seniory. Nevím přesně, kam to směřuje. Nikdy jsem o tom nemluvil.“</i>
D	<i>„Je to nějaké odvětví ve zdravotnictví, zabývající se lidmi, kteří mají velmi špatnou nemoc. Já momentálně spadám do programu paliativní péče. Je to nějaký proces, kdy se lékaři a sestry věnují tomu pacientovi. Dávají mu</i>

	<i>léky od bolesti a měl by umřít mezi blízkýma. Prostě aby nebyl sám. No poprvé jsem se o tom dověděla tady, v nemocnici.“</i>
--	---

Komentář: U této otázky mě překvapilo, jak dostatečně jsou participanti informováni o této problematice. V první řadě označily jako důležité, aby byl člověk bez bolesti. Další důležitou informaci shrnuly, aby nemocný nebyl sám a byl v klidném prostředí. Každý participant se s tímto termínem setkal v jiné životní situaci.

Otázka č. 18: Myslíte, že Vaše onemocnění spadá do kategorie paliativní péče?

Tabulka č. 20 Kategorie paliativní péče

Participanti	Odpovědi participantů
A	<i>„Ano, určitě. Mě už nikdo nepomůže.“</i>
B	<i>„Ano, já už měla přes 14 chemoterapií a vždy se mi mé onemocnění vrátilo, asi 5x. Mě nejde již pomoci.“</i>
C	<i>„Jo, jsem důchodce a nemocný.“</i>
D	<i>„Říkají to, tak asi ano.“</i>

Komentář: Všichni participanti se shodli na tom, že spadají do kategorie paliativní péče.

Otázka č. 19: Víte, v čem spočívá paliativní léčba a na co se zaměřuje?

Tabulka č. 21 Princip paliativní péče

Participanti	Odpovědi participantů
A	<i>„Na léčbu nemoci, aby člověku ulevili. Aby byl v přátelském prostředí, aby byl v pohodě a klidný.“</i>
B	<i>„Doktoři se zaměřují na co nejmenší výskyt bolesti, řeší kapačky a silné léky.“</i>
C	<i>„Nevím přesně o co jde. Asi to má souvislost s tou mojí rakovinou. Myslim, že je to péče o seniory.“</i>

D	<i>„Na to jsem už odpovídala.“</i>
----------	------------------------------------

Komentář: Participanti jsou informovaní o možnostech analgetické léčby v průběhu paliativní péče. Jediný participant B není dostatečně informován o možnostech léčby a nemá dostatek znalostí o paliativní péči.

Otázka č. 20: **Myslíte si, že pacient s nevyléčitelným onemocněním má být dále vyšetřován, nebo raději ponechán v klidovém režimu a užívat si volných chvil s příbuznými?**

Tabulka č. 22 Využití diagnostických metod

Participanti	Odpovědi participantů
A	<i>„Záleží, v jakém onemocnění a jakém stádiu. Někdy je lepší vědět, jak onemocnění postupuje.“</i>
B	<i>„Pokud to má pomoci, jsem pro. Ale pokud je člověku špatně, nechat ho být. Potěšit ho, pozdravit.“</i>
C	<i>„Já se chci vyléčit, proto vyšetření akceptuji.“</i>
D	<i>„Jistě, musí se vědět, jestli se to zlepšuje nebo zhoršuje. Jsem pro to, abych se dále vyšetřovala, aby se pro mě našla léčba.“</i>

Komentář: Participanti se shodli na tom, že pokud má diagnostika přispět k jejich vyléčení, akceptují další vyšetřování. Také si jsou vědomi, pokud člověku není fyzicky dobře, mělo by být vyšetřování odloženo.

Otázka č. 21: **Co je podle Vás pro pacienty s vážným onemocněním nejdůležitější? Co je nejdůležitější konkrétně pro Vás?**

Tabulka č. 23 Nejdůležitější hodnoty

Participanti	Odpovědi participantů
A	<i>„Aby mě nic nebolelo. Mám-li být upřímná, abych se ráno již neprobudila a měla to vše za sebou.“</i>
B	<i>„V červnu se má narodit další vnouče, chtěla bych se toho dožít.“</i>

C	<i>„Určitě, když mám mírné bolesti. Další podstatná věc, jestli je má rodina v pořádku. Nyní je důležité narození pravnoučátka.“</i>
D	<i>„Důležité je pro mě, aby mé děti řádně vedly firmu. Jak mě propustí, určitě zvolním. Je to vše ze stresu.“</i>

Komentář: Každý má své životní principy na jiné úrovni. Někdo je rád, když nepocítuje bolesti a někdo se těší na narození vnoučete. Participantka D vidí své hodnoty z oblasti ekonomické stránky. K těmto společným hodnotám patří i celkové zvolnění.

6 DISKUZE

V této bakalářské práci jsme zjišťovaly způsob a efekt komunikace ošetřujícího personálu k nevyléčitelně nemocným. Tyto informace jsme postupně získávaly pomocí rozhovorů s participanty a získané informace jsme přiřazovaly k jednotlivým cílům.

Dílčí cíl č. 1: Zjistit, zda jsou nemocní spokojeni s komunikací ošetřujícího personálu v nemocnici. Otázky směřující k tomuto cíli byly v rozhovoru od otázky č. 1-11. Při komunikaci s ošetřujícím personálem byli vždy participanti opatrní. Někdo potřeboval k celkovému seznámení více času a někdo komunikovat nechtěl vůbec. V době svého nevyléčitelného onemocnění většina participantů potřebovala čas na celkové přizpůsobení se novému prostředí a nové životní etapě. Jakmile zjistili, že ošetřující personál dokáže splnit jejich přání a dokáže vyslechnout jejich obavy, dokázali se více komunikačně otevřít a komunikovat o svých problémech. Participanti ví, že v případě vzniku náhlé zdravotní komplikace dokáže ošetřující personál ihned reagovat na změny a ihned pomoci. Někdo se však neumí ztotožnit se zdravotnickým zařízením, důvěru vyhledává i nadále ve své rodině. „*V těžkých chvílích života, když nemocný váží, co v jeho životě mělo a co nemělo smysl, většinou přijde na to, že to, co nejvíce zůstává, jsou láskyplné vztahy.*“ (Marková, 2010, s. 88). Ke vztahům k blízkým se vyjadřuje i Kast (2015, s. 7)–, „*Vztahy k blízkým jsou podstatným aspektem toho, jak chápeme sami sebe, neboť hlavně díky těmto vztahům rozumíme i sobě.*“ V době svého nevyléčitelného onemocnění jsou participanti zvýšeně vnímaví na psychickou pohodu či nepohodu sester. Nedokáží se srovnat se situací, že ošetřující personál mluví odbornými názvy či komunikují pouze mezi sebou. (Dostálová, 2016, s.34) uvádí, že „*při jednání s pacienty je třeba si uvědomit, že pacient si přeje být vnímán jako konkrétní, respektovaný jedinec, ne jako pořadové číslo.*“ Nemocní dokážou rozeznat aktuální náladu, napjatost či negaci. Pokorná (2010) popisuje druh neverbální komunikace jako určitou řeč těla, aniž by člověk promluvil. Zde patří upřímný úsměv, měnící výraz tváře a díky této mimice vyjadřujeme své emoce a náladu pro okolí. Názory zmíněných autorů se potvrdily i ve výpovědích participantů. Každému z dotazovaných zlepšila náladu úsměv sestry, jejich úcta či komunikování o společných zájmech. Participanti se shodli na tom, že i když sestra nepřijde na pokoj z vlastní iniciativy, vždy je potěší alespoň malý náznak komunikace. První cíl byl splněn.

K dílčímu cíli č. 2: Zjistit, jak jsou nemocní informováni o své diagnóze a v jakém rozsahu, se vztahovaly otázky č. 12-16. Každý z dotazovaných znal svoji aktuální diagnózu.

Vždy se tuto informaci dověděli od lékaře, který toto onemocnění stanovil. Někdy to lékařům trvalo déle, ale vždy se dopracovali k danému onemocnění. V prvotní fázi sdělení diagnózy pociťovali celkovou psychickou otupělost, nepohodu a zaskočení. Kabelka (2017, s. 283) uvádí, že *„pravdivá a otevřená komunikace o diagnóze i prognóze onemocnění je základem dobré paliativní péče.“* Každý participant popsal své onkologické onemocnění, se kterým se nebylo lehké smířit. Tomášek (2015) popisuje, že přijetí tak vážné informace závisí na způsobu, jakým nemocnému byla sdělena konkrétní informace. Každý z dotazovaných byl v jiné fázi smířování se s diagnózou. Dále Tomášek (2015, s. 130) uvedl, že *„prožívání pacienta v tomto období je definované významným napětím, nejistotou, pocity ohrožení a chaosu.“* Participantů popsal, že jejich onemocnění je velmi vážné a další stav svého onemocnění nechají buď osudu, či víře. Vědí, že negativní myšlení nepomůže ke zlepšení jejich celkového zdravotního stavu. Většina se dokázala smířit s vážností daného onemocnění a více směřují ke svým životním hodnotám. Marková (2010, s. 39) uvádí, že *„hodnota je nejen něco, čeho si ceníme, ale také něco, co svým životem vytváříme.“* Dílčí cíl č. 2 byl splněn.

Na **dílčí cíl č. 3: Zjistit, co pacienti ví o paliativní péči**, se vztahovaly otázky č. 17-21. V této oblasti měli participantů hodně svých osobních názorů. Dokázali říct, že paliativní péče je součástí zdravotnických zařízení poskytující plnohodnotnou péči pro nevléčitelně nemocné. Tomášek (2015, s. 117) popisuje paliativní péči jako *„přístup, který usiluje o zlepšení kvality života pacientů, kteří trpí život ohrožujícím onemocněním.“* Byli si vědomi toho, že paliativní péče je zaměřená především na snižování bolesti, individuální poskytování péče, úcta ke člověku a přítomnost blízké osoby v období umírání. Tomášek (2015, s. 117) potvrzuje, že *„paliativní péče vychází z úcty k životu, poskytuje úlevu od bolesti, snaží se vytvářet podpůrný systém pro rodinu v průběhu pacientovy závažné nemoci.“* Všichni dotazovaní vědí, že jejich onemocnění spadá do kategorie paliativní péče. Někdo věří v úplné uzdravení pomocí alternativní medicíny, někdo stádia onemocnění přenechává osudu. Většina participantů souhlasí s dalším vyšetřováním a využíváním diagnostických metod, samozřejmě s přihlédnutím na stádia onemocnění. V těchto nelehkých chvílích má každý z nich alespoň jednu životní hodnotu, víru a cíl, který je udržuje při zvládání těžké nemoci. Tomášek (2015, s. 122) uvádí, že *„spiritualita je cesta, kterou člověk nachází smysl, naději a vnitřní klid.“* Dílčí cíl č. 3 byl splněn.

Na toto téma existuje několik podobných vypracovaných bakalářských prací. Např. Teplá (2017) napsala závěrečnou práci na téma: Komunikace sestry s pacientem v paliativní péči.

Taktéž se zabývá paliativní péčí, komunikací s nevléčitelně nemocným a procesem umírání. Plecerová (2010) vypracovala závěrečnou práci na téma: Efektivní komunikace v paliativní péči. V této práci se zabývala především komunikací, paliativní medicínou a hospicovou péčí. Další podobnou závěrečnou práci se zabýval Petrušek (2017), kde se věnoval celkově paliativní péči, či zásadami komunikace s pacientem. Zmíněné práce měly sice podobné téma, ale výsledky nelze porovnat kvůli odlišnosti cílů.

6.1 Doporučení pro praxi

Bakalářská práce je zaměřená na komunikaci v paliativní péči. S tímto tématem souvisí péče o pozůstalé. Nejdůležitější informace o tom, jak poskytovat plnohodnotnou péči truchlícím, jsme vypsali v podkapitole 3.6. Péče o pozůstalé je velmi citlivé téma. Ztráta blízkého je nejtěžší zkušenost v životě. Proto, jsme zpracovali přehled institucí, které pomáhají pečujícím a pozůstalým. Tento jednoduchý přehled byl vložen do příloh této práce (P V).

ZÁVĚR

Tato bakalářská práce s názvem Význam komunikace v procesu paliativní péče byla vybrána z důvodu neustále se vyvíjejícího procesu v oblasti paliativní péče. Především prioritou této práce bylo získání nových teoretických postupů, které se dají aplikovat v praxi. Existuje mnoho publikací, které jsou aktuální a doplnily naše znalosti v této problematice. Veškeré informace ať už staršího či novodobého původu, můžeme využít k řešení budoucích situací, které se mohou naskytnout v praxi. Díky této práci můžeme dále pokračovat ve studiu paliativní péče a nynější vědomosti rozvinout o další úroveň a navazovat na novější informace. Daným tématem jsme se zabývaly pro doplnění informací z profesního důvodu.

Teoretická část se skládala ze tří kapitol. První část se zabývala problematikou paliativní péče a jejich náležitostí. Věnovali jsme se celkovému vymezení pojmů, historií a současnosti. Důležité bylo rozpracovat rozdělení paliativní péče, zjistit informace o multidisciplinárním týmu či vzdělávání. Ve druhé kapitole jsme se věnovali samotné komunikaci. Zde jsme opět vymezili pojmy, zjišťovali způsoby, formy a zásady komunikace. Stěžejní pro tuto práci bylo zjistit informace, jak komunikovat v ošetrovatelském týmu. Ve třetí kapitole bylo celkové zaměření na sestru a její role při doprovázení umírajících. Věnovali jsme se celkovým předpokladům sestry. Také jsme se v této kapitole věnovali ošetrovatelskému procesu, uspokojování potřeb, pastorační péči, doprovázení a následnou péčí o rodinu a pozůstalé.

Praktická část byla provedena kvalitativním výzkumem. Technika polostrukturovaného rozhovoru byla vybrána cíleně. Tento způsob provedení nejvíce korespondoval s našim názvem práce. Výběr polostrukturovaného rozhovoru byl pro nás nejvíce adekvátní a osobní k vybraným participantům. Cíleně utvářel a budoval vztah mezi výzkumníkem a participantem. Vzniklé rozhovory se čtyřmi participanty byly následně přepsány a analyzovány.

Stěžejním cílem této bakalářské práce bylo zjistit efekt a způsob komunikace ošetrujícího personálu k nevléčitelně nemocnému člověku. Součástí této práce byly předem vytvořeny další tři dílčí cíle. První dílčí cíl se zabýval celkovou spokojeností s komunikací. Druhý dílčí cíl se věnoval informovaností o své diagnóze. Třetí dílčí cíl se věnoval znalostmi o paliativní péči.

Z hlavního cíle bylo zjištěno, že z důvodu vážného onemocnění participantů, potřebovali ke zvládnutí efektivní komunikace více času. Potřebovali čas na celkové seznámení se s ošetřujícím personálem a přizpůsobení se dané nemoci. Jakmile došlo alespoň k částečné adaptaci, dokázali se více komunikačně otevřít a hovořit o problémech. Participantů ví, že v případě vzniku náhlé komplikace ošetřující personál ihned pomůže a reaguje. Bylo zjištěno, že jsou participantů vysoce vnímaví na aktuální náladu sester a dokáže to ovlivnit průběh komunikace. Participantů jsou spokojeni s celkovou verbální i neverbální komunikací a ošetřující personál berou jako oporu.

Jsme si vědomi limitace našeho výzkumu, přesto se ale domníváme, že námi stanovené cíle byly splněny. Věříme, že prezentované výsledky pomohou zdravotníkům k pochopení významu komunikace s terminálně nemocnými a jejich blízkými. Za největší přínos práce považujeme samotné setkání s participanty, které bylo obohacující pro další profesní život.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ASOCIACE PORADCŮ PRO POZŮSTALÉ, Z. S. (APPP) [online]. [cit. 2020-05-28]. Dostupné z: <http://poradci-pro-pozustale.cz/>

BUŽGOVÁ, Radka, 2015. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5402-4.

CESTA DOMŮ, [online]. [cit. 2020-05-28]. Dostupné z: <https://www.cestadomu.cz/poradenstvi-pro-pozustale>

ČESKO. *Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků*. In: Sběrka zákonů České republiky, částka 20, 391/2017, s. 485. ISSN 1211-1244.

DLOUHÁ CESTA, [online]. [cit. 2020-05-28]. Dostupné z: <http://www.dlouchcesta.cz/odborne-poradenstvi/>

DISMAS, jiná pohřební služba [online], 2020. [cit. 2020-05-25]. Dostupné z: <https://dismas-pohreb.cz/>

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

GÄRTNEROVÁ, Aranka, 2017. *V době zármutku: těm, kteří ztratili blízkého člověka : těm, kteří je provázejí*. Praha: Cesta domů ISBN 978-80-88126-25-6.

GRIVA, Martin, 2018. *Paliativní péče v kardiologii: racionální přístup u pacientů v pokročilé fázi kardiologických onemocnění*. Praha: Stanislav Juhaňák. ISBN 978-80-7553-481-1.

HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2007. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-471-3.

HERDMAN, T. Heather a Shigemi KAMITSURU, ed., 2015. *Ošetrovatelské diagnózy: definice & klasifikace: 2015-2017: 10. vydání*. Praha: Grada. ISBN 9788024754123.

KABELKA, Ladislav, 2018. *Geriatrická paliativní péče a komunikace o nemoci*. Druhé, přepracované a doplněné vydání. Praha: Mladá fronta, 2018. ISBN 978-80-204-5049-4.

KABELKA, Ladislav, 2017. *Geriatrická paliativní péče*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-4225-3.

- KALA, Miroslav a Zlatica DORKOVÁ, 2017. *Paliativní a hospicová péče: studijní opora pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. ISBN 9788074546686.
- KALVACH, Zdeněk a Alice ONDERKOVÁ, 2006. *Stáří: pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-455-5.
- KAST, Verena, 2015. *Truchlení: fáze a šance psychického procesu*. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0789-4.
- KISSANE, David., Barry D. BULTZ, P. BUTOW, C. L. BYLUND, Simon NOBLE a Susie WILKINSON, ed., 2017. *Oxford textbook of communication in oncology and palliative care*. Second edition. Oxford University Press. ISBN 9780198736134.
- KISVETROVÁ, Helena, 2018. *Péče v závěru života*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-496-8.
- KRÁTKÁ, Anna, 2018. *Hodnoty a potřeby člověka v ošetrovatelské praxi: studijní texty*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. ISBN 9788074547645. Dostupné také z: <https://digilib.k.utb.cz/handle/10563/43691>
- KÜBLER-ROSS, E., 2015. *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících*. Přeložil Jiří KRÁLOVEC. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0911-9.
- KÜBLER-ROSS, E., HARDO, Trutz, ed., 2013. *Přežít svou smrt*. Liberec: Dialog. Tajemství. ISBN 978-80-7424-058-4.
- KUDLOVÁ, Pavla, 2016. *Ošetrovatelský proces a jeho dokumentace*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. ISBN 9788074546006. Dostupné také z: <http://hdl.handle.net/10563/36770>
- KUPKA, Martin, 2014. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4650-0.
- KUTNOHORSKÁ, Jana, 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2713-4.
- MARKOVÁ, Monika, 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3171-1.
- MASTILIAKOVÁ, Dagmar, 2007. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. V Brně: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-457-3.

- MATZO, M. a D. Witt SHERMAN, 2019. *Palliative care nursing: quality care to the end of life*. New York: Springer Publishing Company. ISBN 978-08-261-2712-9.
- MOBILNÍ HOSPIC ONDRÁŠEK [online]. [cit. 2020-05-28]. Dostupné z: <https://www.mhondrasek.cz/cz/poradenstvi-pro-pozustale>
- O'CONNOR, M. a S. ARANDA, 2005. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1295-4.
- OLECKÁ, Ivana a Kateřina IVANOVÁ, 2010. *Metodologie vědecko-výzkumné činnosti*. Olomouc. ISBN 978-80-87240-33-5.
- PLEVOVÁ, Ilona, 2018. *Ošetřovatelství I., 2., přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada. ISBN 9788027108886.
- PLEVOVÁ, Ilona, 2011. *Ošetřovatelství II*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3558-0.
- POKORNÁ, Andrea, 2010. *Komunikace se seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3271-8.
- SLÁMA, O. a L. KABELKA a J. VORLÍČEK, 2011. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-849-0.
- ŠPATENKOVÁ, Naděžda, 2014. *O posledních věcech člověka: vybrané kapitoly z thanatologie*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-138-4.
- ŠPINKOVÁ, Martina, 2017. *Jak být nablízku: provázení posledními týdny a dny života*. 6. vydání. Přeložil Aranka GÄRTNEROVÁ. Praha: Cesta domů. ISBN 978-80-88126-30-0.
- STUDENT, J-Ch, A. MÜHLUM a U. STUDENT, 2006. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*. Jinočany: H & H. ISBN 80-7319-059-1.
- TOMÁŠEK, Jiří, 2015. *Onkologie: minimum pro praxi*. Praha: Axonite CZ. ISBN 978-80-88046-01-1.
- VOLANDES, A. E., 2015. *Umění rozhovoru o konci života*. V Praze: Cesta domů. ISBN 978-80-88126-03-4.
- ZACHAROVÁ, Eva, 2016. *Komunikace v ošetřovatelské praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0156-6.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

ADL	Activities of daily living
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
A4	Formát papíru
ČLS JEP	Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně
ČR	Česká republika
ELNEC	End of Life Nursing Education Consortium
HIPPO	Aplikační software pro zdravotnictví
IADL	Instrumental Activities of Daily Living
NANDA-I	North American Nursing Diagnosis Association International
NAPŘ.	Například
PAHOP	Centrum hospicové a paliativní péče

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 Souhrnné informace	43
Tabulka č. 2 Kategorie výzkumu	47
Tabulka č. 3 Komunikace s personálem	49
Tabulka č. 4 Komunikace na pokoji	50
Tabulka č. 5 Svěřování problémů	50
Tabulka č. 6 Konfrontace se zdravotníky	51
Tabulka č. 7 Porozumění od sester	51
Tabulka č. 8 Příchod sestry z vlastní iniciativy	52
Tabulka č. 9 Úsměv sester	52
Tabulka č. 10 Komunikační nedostatky	53
Tabulka č. 11 Ovlivnění nálady	54
Tabulka č. 12 Plnění přání	54
Tabulka č. 13 Přání v komunikaci	55
Tabulka č. 14 Znalost diagnózy	55
Tabulka č. 15 Závažnost nemocnění	56
Tabulka č. 16 Prvotní myšlenky	56
Tabulka č. 17 Léčba nemoci	57
Tabulka č. 18 Životní cíle	58
Tabulka č. 19 Povědomí o paliativní péči	58
Tabulka č. 20 Kategorie paliativní péče	59
Tabulka č. 21 Princip paliativní péče	59
Tabulka č. 22 Využití diagnostických metod	60
Tabulka č. 23 Nejdůležitější hodnoty	60

SEZNAM PŘÍLOH

P I – Rozhovorové otázky

P II – Žádost o umožnění přístupu k informacím

P III – Žádost o umožnění výzkumného šetření

P IV – Informovaný souhlas účastníka výzkumu


P V – Přehled institucí pro pozůstalé

PŘÍLOHA P I: ROZHOVOROVÉ OTÁZKY

- 1) Mluvíte rád/a s ošetřujícím personálem nebo Vám víc vyhovuje mlčení?
- 2) O čem nejvíce s vámi personál diskutuje při vstupu na pokoj?
- 3) Máte potřebu hovořit o svém onemocnění a problémy se zdravotníky, nebo se raději svěřujete svým blízkým?
- 4) Stalo se Vám někdy, že Vám byl rozhovor se zdravotníkem nepříjemný? Pokud ano, popište situaci a proč to bylo nepříjemné.
- 5) Dává Vám ošetřující personál najevo, že Vám rozumí? Pokud ano, jak?
- 6) Přišla za Vámi někdy sestřička „jen tak“? Bylo Vám to příjemné nebo byste přivítal/a raději klid?
- 7) Přispívá Vám úsměv sestry k tomu, abyste měl/a lepší den? Máte svoji oblíbenou sestru? Pokud ano v čem je jiná, než ostatní?
- 8) Je něco, co vás znepokojuje a chybí při komunikaci s ošetřujícím personálem?
- 9) Jak vás ovlivňuje negativní či pozitivní nálada sester?
- 10) Umí všechny sestry naslouchat Vaším přáním, nebo jen slíbí a již se k tomu nevyjadřují?
- 11) O čem byste chtěl/a se sestrami nebo jinými zdravotníky mluvit?
- 12) Můžete popsat, jaké máte onemocnění a kdo Vám diagnózu sdělil?
- 13) Jak moc závažné Vaše onemocnění je?
- 14) Jaké myšlenky se vám objevovaly po sdělení této závažné situace?
- 15) Může se Vaše onemocnění vyléčit?
- 16) Máte nějaké cíle nebo plány, které chcete splnit?
- 17) Umíte vysvětlit co je paliativní péče a kde jste se poprvé setkala s tímto termínem?
- 18) Myslíte, že Vaše onemocnění spadá do kategorie paliativní péče?
- 19) Víte, v čem spočívá paliativní léčba, na co se zaměřuje?
- 20) Myslíte si, že pacient s nevléčitelným onemocněním má být dále vyšetřován, nebo raději ponechán v klidovém režimu a užívat si volných chvil s příbuznými?
- 21) Co je podle Vás pro pacienty s vážným onemocněním nejdůležitější? Co je nejdůležitější konkrétně pro Vás?

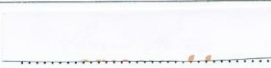
PŘÍLOHA P II:

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PŘÍSTUPU K INFORMACÍM

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PŘÍSTUPU K INFORMACÍM

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění přístupu k informacím na Vašem pracovišti, pro níže uvedeného studenta. Tento student v rámci ukončení studia bude zpracovávat bakalářskou práci, jejíž součástí je teoretická a empirická část. K tomu, aby mohl práci dokončit, potřebuje pracovat s informacemi z Vašeho pracoviště. Student je poučen o povinné mlčenlivosti a ochraně dat, včetně důsledků, které mu při porušení mlčenlivosti hrozí. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetřovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra (kombinovaná forma studia).

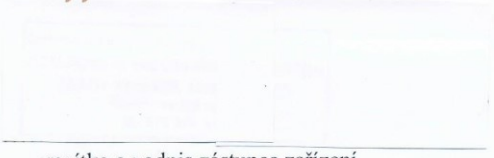
Jméno a příjmení studenta	Petra Sobková	
Téma bakalářské práce	Význam komunikace v procesu paliativní péče	
Vedoucí bakalářské práce	PhDr. Anna Krátká, Ph.D  podpis	
Skupina participantů	4 participantů s nevyčíslenou diagnózou	
Pracoviště: Česká provincie Kongregace Milosrdných sester sv. Vincence de Paul Kroměříž	Vyjádření vrchní sestry / vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)	Podpis
	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím	<input type="checkbox"/> Nesouhlasím

Děkujeme za pochopení a spolupráci.


- 6 - 03 - 2020

Ve Zlíně dne


ředitelka Ústavu zdravotnických věd


razítko a podpis zástupce zařízení

PŘÍLOHA P III: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění kvalitativního výzkumu formou polostrukturovaného rozhovoru na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra kombinovaná forma studia.

Jméno a příjmení studenta	Petra Sobková	
Téma bakalářské práce	Význam komunikace v procesu paliativní péče	
Vedoucí bakalářské práce	PhDr. Anna Krátká, Ph.D	

	podpis	
Skupina participantů	4 participantů s nevléčitelnou diagnózou	
Pracoviště: Česká provincie Kongregace Milosrdných sester sv. Vincence de Paul Kroměříž	Vyjádření vrchní sestry / vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)	Podpis
	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím	<input type="checkbox"/> Nesouhlasím

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 6.03.2020....

ředitelka Ústavu zdravotnických věd

- 2 -03- 2020

.....

raz

PŘÍLOHA P IV: INFORMOVANÝ SOUHLAS ÚČASTNÍKA VÝZKUMU

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

INFORMOVANÝ SOUHLAS ÚČASTNÍKA VÝZKUMU

Vážený pane, vážená paní,

v souladu s etickými zásadami realizace výzkumu a ochranou osobních údajů Vás žádám o souhlas s Vaší účastí ve výzkumném projektu v rámci bakalářské práce.

Název bakalářské práce:

Řešitel projektu: Petra Sobková, tel. č.: _____

Název pracoviště: Ústav zdravotnických věd, Fakulta humanitních studií, Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně.

Vedoucí práce: PhDr. Anna Krátká, Ph.D., _____

Cíl výzkumu: Zjistit způsob a efekt komunikace ošetrovatelského personálu s nevléčitelně nemocným.

Popis výzkumu: Vyhledávání nemocných s nevléčitelnou diagnózou prostřednictvím lékařů, informačního systému HIPPO a další doplnění informací od staničních sester. Týden před realizací výzkumu proběhne seznámení se s participantem, dotázání se o možnosti realizace výzkumu, obeznámení participanta s realizací výzkumu pomocí polostrukturovaného rozhovoru a s možným využitím záznamového média. Získání souhlasu s podpisem. V průběhu měsíce března roku 2020 bude prováděn výzkum v Nemocnici _____ Participant bude v předem připravené klidné a teplé místnosti bez přítomnosti jiných osob a bude odpovídat na dotazy vytvořené výzkumníkem. Na tento rozhovor bude vyhraněn čas 60 min. Příprava na den realizace výzkumu spočívá v přípravě záznamového média, rozhovorových otázek, papíru a pera a dohodě času schůzky, který bude vhodný pro obě strany. Bude také zohledněn aktuální zdravotní a momentální stav participanta v den uskutečnění rozhovoru. Participant bude teple oblečen, tekutiny bude mít zajištěny v rozhovorové místnosti. Předem nelze stanovit možné komplikace v průběhu rozhovoru, ale výzkumník na ně bude operativně reagovat. Při každé změně zdravotního stavu bude rozhovor ukončen a obeznámen ošetrovací personál. Další termín rozhovoru bude upřesněn po celkovém zlepšení zdravotního stavu a vzájemné dohodě. Výsledky budou přehrávány ze záznamového média a následně budou přepsány a upraveny pro potřeby bakalářské práce. Rozhovor je zcela anonymní, nebudou zde uveřejněna jména ani údaje o participantovi. Tento rozhovor je dobrovolný a participant ho může kdykoliv přerušit či ukončit bez udání důvodu.

..... 6.3.20
datum a podpis řešitele projektu

.....
datum a podpis vedoucího práce

Prohlášení a souhlas účastníků s jejich zapojením do výzkumu:

Prohlašuji a svým níže uvedeným vlastnoručním podpisem potvrzuji, že dobrovolně souhlasím s účastí ve výše uvedeném projektu a že jsem měl/a možnost si řádně a v dostatečném čase zvážit všechny relevantní informace o výzkumu, zeptat se na vše podstatné týkající se účasti ve výzkumu a že jsem dostal/a jasné a srozumitelné odpovědi na

své dotazy. Byl/a jsem poučen/a o právu odmítnout účast ve výzkumném projektu nebo svůj souhlas kdykoli odvolat bez represí resp. mého dítěte.

Dávám kvalifikovaný souhlas k tomu, aby UTB shromažďovala, zpracovávala a uchovávala mnou uvedené údaje za účelem výzkumu realizovaného v rámci bakalářské práce. UTB ve Zlíně bude postupovat podle závazných ustanovení zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů a zákona č. 133/2000 Sb. v platném znění. UTB zajistí maximální možnou ochranu těchto údajů vůči třetím osobám a vůči jejich zneužití.

Jméno a příjmení účastníka:..... Datum narození:.....

Adresa trvalého bydliště účastníka:.....

Podpis účastníka:

PŘÍLOHA P V: PŘEHLED INSTITUCÍ PRO POZŮSTALÉ

Asociace poradců pro pozůstalé, z. s. (APPP)

Nabízíme pomoc tam, kde smutek není z nejrůznějších důvodů přijímán.

Tato organizace nabízí nestranné a vysoce profesionální služby truchlícím klientům. Vzdělává veřejnost a podporuje diskuze o otázkách spojených s umíráním.

Kontakt: <http://poradci-pro-pozustale.cz/>

Dismas, jiná pohřební služba

Být tím, kdo zůstal, není snadné.

Tato organizace poskytuje základní bezplatné poradenství pro pozůstalé. Pomůže truchlícím postavit se na nohy, nadechnout se a najít cestu k uvědomění si, jak dál žít.

Kontakt: <https://dismas-pohreb.cz/poradna-pro-pozustale>

Mobilní hospic Ondrášek

Tato organizace nabízí prostor k možnosti, otevřeně si promluvit o zármutku a situacích spjatých s těžkou životní situací. Zde, můžete sdílet to, co sami povolíte.

Kontakt: <https://www.mhondrasek.cz/cz/poradenstvi-pro-pozustale>

Cesta domů

Tato organizace nabízí podporu všem, kteří se vyrovnávají se ztrátou blízkého. Je zde možnost poradenství pro blízké osoby, kteří nevědí jak pomoci pozůstalému. Do této organizace patří i perinatální poradenství.

Kontakt: <https://www.cestadomu.cz/poradenstvi-pro-pozustale>

Dlouhá cesta

„Když umírají rodiče, ztrácíme svou minulost, když umírá dítě, ztrácíme svou budoucnost.“ Elliot Luby

Pomoc pro všechny, kteří přežili své děti.

Posláním této organizace je pomoc rodičům, kterým zemřelo dítě. Pomoc může být poskytována i ostatním členům rodiny.

Kontakt: <http://www.dlouchcesta.cz/odborne-poradenstvi/>



„Na křídlech času ulétá smutek.“

Jean de La Fontaine