

Komunikace všeobecné sestry s pacienty v paliativní péči

Viktorie Augustinová

Bakalářská práce
2023



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

Akademický rok: 2022/2023

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení:	Viktorie Augustinová
Osobní číslo:	H200236
Studijní program:	B5341 Ošetrovatelství
Studijní obor:	Všeobecná sestra
Forma studia:	Kombinovaná
Téma práce:	Komunikace všeobecné sestry s pacienty v paliativní péči

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, analýza a interpretace získaných informací.

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

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

Seznam doporučené literatury:

- BRIGHTON, L. J. and K. BRISTOWE. Communication in Palliative Care: Talking about the End of Life, before the End of Life. *Postgraduate Medical Journal*, 2016, vol. 92, no. 1090, p. 466. ISSN 00325473. DOI: 10.1136/postgradmedj-2015-133368
- HEŘMANOVÁ, J. a kol. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2012. 200 s. ISBN 978-80-247-3469-9.
- KUPKA, M. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada, 2014. 216 s. ISBN 978-80-247-4650-0.
- LENHERR, G. et al. To speak, or not to speak – do clinicians speak about dying and death with geriatric patients at the end of life? *Swiss Medical Weekly*, 2012, vol. 142, no. 1314. DOI: 10.4414/smww.2012.13563
- ŠPATENKOVÁ, N. a kol. *O posledních věcech života: Vybrané kapitoly z thanatologie*. Praha: Galén, 2014. 316 s. ISBN 978-80-7492-138-4.
- ZACHAROVÁ, E. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2016. 128 s. ISBN 978-80-271-0156-6.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Ondřej Vávra**
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **4. listopadu 2022**
Termín odevzdání bakalářské práce: **19. května 2023**

Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan

L.S.

PhDr. Pavla Kudlová, Ph.D.
ředitelka ústavu

Ve Zlíně dne 9. ledna 2023

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užit 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. 2023

.....
/

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

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

(2) *Dísační, 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 roznoženy.*

(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 udělení 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 vyšší výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Paliativní péče je důležitým aspektem v případech smrtelně nemocných pacientů. Její úroveň ovlivňuje poslední chvíle jak pacienta samotného, tak i jeho nejbližších. V práci jsou rozebrány teoretické základy paliativní péče a komunikace, které jsou následně doplněny o výzkum provedený pomocí rozhovorů s paliativními sestrami. Cílem této práce je porozumět problematice, která se pojí s komunikací mezi sestrou a pacientem. Na základě nasbíraných dat jsou popsány faktory, které ovlivňují efektivní a kvalitní poskytování paliativní péče pacientům a jejich rodinám. Výsledek tohoto zkoumání se může stát podkladem pro vývoj intervencí a vzdělávacích programů pro zdravotníky.

Klíčová slova: paliativní péče, komunikace, všeobecná sestra, umírání, pacient, rodina

ABSTRACT

Palliative care is an important aspect in cases of terminally ill patients. The level of palliative care affects the last moments of the patient and their loved ones. The thesis discusses the theoretical foundations of palliative care and communication, which are then complemented by research conducted through interviews with palliative care nurses. The aim of this thesis is to understand the issues connected to the communication between the nurse and the patient. Based on the data collected, factors that influence the effective and high-quality provision of palliative care to patients and their families are then described. The outcome of this investigation can become the basis for the development of interventions and educational programs for health care professionals.

Keywords: palliative care, communication, general nurse, dying, patient, family

Ráda bych tímto poděkovala Mgr. Ondřeji Vávrovi za cenné rady a pomoc při vypracování celé bakalářské práce. Poděkování patří také všem participantům, kteří se ochotně podíleli na výzkumu a podělili se o své zkušenosti. V neposlední řadě bych ráda poděkovala všem svým nejbližším za podporu a za to, že to se mnou, i přes všechny mé změny nálad a nelehké chvíle během studia, vydrželi.

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

OBSAH

ÚVOD.....	9
I TEORETICKÁ ČÁST	10
1 PALIATIVNÍ PÉČE	11
1.1 DRUHY PALIATIVNÍ PÉČE.....	12
1.2 ZAŘÍZENÍ POSKYTUJÍCÍ PALIATIVNÍ PÉČI.....	13
1.2.1 Mobilní hospicová péče	13
1.2.2 Lůžková hospicová péče	13
1.2.3 Ambulantní paliativní péče (konziliární tým)	14
1.2.4 Stacionární hospicová péče (denní pobyty)	14
2 KOMUNIKACE	16
2.1 FORMY KOMUNIKACE.....	17
2.2 ZÁSADY PŘI SDĚLOVÁNÍ CITLIVÉHO TÉMATU	18
2.3 STÁDIA SMÍŘENÍ SE SE SMRTÍ DLE KÜBLER-ROSSOVÉ	20
2.3.1 První stádium – šok.....	20
2.3.2 Druhé stádium – hněv	21
2.3.3 Třetí stádium – smlouvání.....	22
2.3.4 Čtvrté stádium – deprese	22
2.3.5 Páté stádium – přijetí.....	22
3 ROLE SESTRY V PALIATIVNÍ PÉČI.....	23
3.1 VZDĚLÁVÁNÍ SESTER.....	23
II PRAKTICKÁ ČÁST	26
4 METODIKA PRÁCE.....	27
4.1 CÍLE VÝZKUMU	27
4.2 TECHNIKA VÝZKUMU	27
4.4 CHARAKTERISTIKA PARTICIPANTŮ	28
4.5 ORGANIZACE ŠETŘENÍ.....	29
4.6 ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT.....	29
5 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	30
6 DISKUZE	47
ZÁVĚR	51
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	53
POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	56
SEZNAM TABULEK.....	57
SEZNAM PŘÍLOH.....	58

ÚVOD

Bakalářská práce se zaměřuje na roli všeobecné sestry při komunikaci s pacienty v paliativní péči. Paliativní péče je přístup zaměřený na poskytování podpory a útěchy lidem, kteří čelí nevléčitelnému onemocnění. Zaměřuje se především na odstranění, či alespoň zmírnění fyzických symptomů nemoci a řešení psychologických a duchovních potřeb nemocného. V terminální fázi onemocnění hraje paliativní péče podstatnou roli při zvyšování kvality života nemocného. V posledních letech nevléčitelnou chorobou onemocní čím dál tím více lidí a je velmi důležité, aby touto situací nemuseli pacienti spolu s jejich blízkými procházet sami a byl jim někdo schopen alespoň v rámci možností usnadnit tuto náročnou cestu po fyzické i psychické stránce. V tomto nelehkém období hraje sestra důležitou roli a o to důležitější je správně zvolený styl komunikace. Dobrá komunikace mezi zdravotnickým personálem a nemocným totiž může pomoci ke snížení strachu a stresu u pacientů v paliativní péči a přispění k lepšímu zvládnání jejich situace. (McCaughan a Kaufman, 2013)

Odhaduje se, že každý rok potřebuje paliativní péči přes 56,8 milionu lidí, včetně 25,7 milionu v posledním roce života. Dle WHO se odhaduje, že v roce 2020 ji dostávalo asi jen 14 % z lidí, kteří paliativní péči potřebují. Celosvětová potřeba paliativní péče bude nadále růst v důsledku stárnutí populace a rostoucí zátěže nepřenosnými nemocemi a některými přenosnými nemocemi. Včasné poskytování této péče umožní snížení hospitalizací a využívání zdravotnických služeb. (World Health Organization, 2020)

Cílem této práce je prozkoumat možné způsoby komunikace, odborná doporučení a běžnou praxi sester v paliativních a hospicových zařízeních. Zkoumáním komunikačních postupů sester tento výzkum identifikuje potenciální oblasti a předkládá doporučení pro zlepšení a zvýšení kvality poskytované péče takto nemocným pacientům. Výsledek této práce se může stát podkladem pro vývoj intervencí a vzdělávání zdravotníků, který sestram napomůže zlepšit komunikaci s pacienty a jejich blízkými, čímž bude poskytovaná péče efektivnější a kvalitnější.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 PALIATIVNÍ PÉČE

Termín paliativní péče je odvozen z latinského slova *palliare*, které znamená skrýt, ulehčit, usnadnit. (Sláma a Vafková, 2020)

Paliativní péči řadíme mezi „mladé“ obory s poměrně krátkou historií. Jako součást systému zdravotní a sociální péče se začala vyvíjet ve druhé polovině 20. století. Od počátku, kdy je paliativní péče poskytována, došlo ke změnám vymezení tohoto pojmu a dodnes neexistuje jednotný pohled odborníků na přesnou definici paliativní péče. Ve všech definicích se ale jedná především o formu péče, která se soustředí na komplexní léčbu, zmírnění a úlevu od symptomů nemoci, včetně psychických, sociálních a spirituálních obtíží, než na snahu vyléčit pacienta. (Sláma a Vafková, 2020; Bužgová, 2015, s. 15-17))

V roce 1990 Světová zdravotnická organizace (WHO) definovala paliativní péči jako *„aktivní komplexní péči o pacienty, jejichž nemoc nereaguje na kurativní léčbu. Nejdůležitější je léčba bolesti a dalších symptomů, stejně jako řešení psychologických, sociálních a duchovních problémů nemocných. Cílem paliativní péče je dosažení co nejlepší kvality života nemocných a jejich rodin.“* V roce 2002 vznikla dle WHO novější definice, která se zaměřuje více na prevenci utrpení pacientů a jejich blízkých. Je definována jako *„přístup, který usiluje o zlepšení kvality života pacienta a rodin, kteří čelí problémům spojeným s životem ohrožujícím onemocněním, a to prostřednictvím prevence a zmírňování utrpení, včasným rozpoznáním a náležitým zhodnocením a léčbou bolesti a dalších problémů fyzických, psychosociálních i duchovních.“* (World Health Organization, 2002, p. 84; Bužgová, 2015, s. 15)

Paliativní péče je svým charakterem interdisciplinární a multiprofesní. Využívá znalosti specializovaných lékařů z různých oborů, předpokládá úzkou týmovou spolupráci mezi lékaři a sestrami, spolupráci zdravotníků, psychologů, sociálních pracovníků, poradců a duchovních. V paliativní péči je důležitá spolupráce s rodinou a s přáteli nemocného. Je potřeba nabídnout rodině konkrétní možné formy pomoci a zjistit, co potřebují. Je ale nutné vyhnout se entuziasmu. Rodina nesmí pociťovat tlak z využívání všech služeb nebo členů, které paliativní tým nabízí. I přes pomoc od paliativního týmu by měla mít rodina pocit, že sama o sobě dělá vše, co může a je v jejich silách pro svého blízkého. V některých případech může být paliativní tým pro rodinu „jen“ jako opora a jistit je opodál. (Sláma, 2022, s. 21; Bužgová a kol., 2019, s. 111)

V českém zdravotnictví je faktem, že lékaři zatím nemají ani jasno v tom, komu paliativní péči poskytovat. Jasnými kandidáty by byli onkologičtí pacienti v terminálním stadiu, často se ale zapomíná na to, že by z péče profitovali také třeba lidé s pokročilou Alzheimerovou chorobou, s orgánovým selháním, CHOPN či jakoukoliv další nemocí, na jejíž vyléčení je medicína krátká. (Koubová, 2017)

1.1 Druhy paliativní péče

Jak uvádí Sláma (2017): „*Různí pacienti potřebují různé druhy paliativní péče různé dlouhou dobu.*“

Existují dvě úrovně poskytování paliativní péče – obecná a specializovaná.

Obecná paliativní péče je klinická péče poskytovaná u pacienta s pokročilým onemocněním. Zaměřuje se na včasné rozpoznání nevléčitelného charakteru onemocnění, sledování a ovlivňování oblastí, které jsou významné pro kvalitu pacientova života. Můžeme zde zařadit účinnou léčbu symptomů, komunikaci s pacientem a rodinou, psychosociální podporu, pomoc při vyhledávání a zajištění péče a služeb ostatních specialistů. Obecnou paliativní péči zajišťují zdravotníci v rámci svých jednotlivých odborností. Nejčastěji se jedná o onkology, internisty, geriatry a neurology. Tuto péči by však měli umět poskytnout všichni zdravotníci s ohledem na svou odbornost. (Kabelka, Sláma a Loučka, 2016, s. 4)

Specializovaná paliativní péče je již odborná aktivní péče o pacienty a jejich rodiny, kterou poskytuje tým odborníků, kteří jsou v této oblasti vzděláni a disponují potřebnými zkušenostmi. Slouží pro pacienty, u kterých intenzita a dynamika obtíží převyšuje možnosti obecné paliativní péče. Poskytují ji zařízení, u nichž je paliativní péče hlavní činností. Patří sem lůžkové zařízení hospicového typu, mobilní poskytování paliativní péče, paliativní stacionáře, konziliární týmy paliativní péče, ambulance paliativní medicíny. (Bužgová, 2015, s. 18-19)

Přechod mezi obecnou a specializovanou paliativní péčí by měl být plynulý. Pro zajištění obecné dostupnosti paliativní péče v rámci zdravotního a sociálního systému je nezbytné, aby si obě úrovně služeb vytvořily a zachovaly dostatečné propojení. (Kabelka, Sláma a Loučka, 2016, s. 4)

1.2 Zařízení poskytující paliativní péči

Pacienti v terminálním stádiu nemoci mají na výběr z více druhů forem poskytujících paliativní péči.

1.2.1 Mobilní hospicová péče

Mobilní specializovaná paliativní péče je formou poskytování specializované paliativní péče ve vlastním sociálním prostředí pacienta. Jedná se o tzv. domácí hospitalizaci s trvalou dostupností lékaře a zdravotní sestry. Je určena pro pacienty, kteří chtějí strávit poslední chvíle svého života v domácím prostředí se svými blízkými. Tato forma má však svá kritéria, která musí pacient splňovat, aby mohl využít možnosti této péče. Základní podmínkou pro přijetí pacienta do mobilní hospicové péče je nejméně jedna blízká osoba, která je schopna se o umírajícího starat dvacet čtyři hodin, sedm dní v týdnu. Mobilní hospic poskytuje péči lékaře, zdravotních sester, sociálního pracovníka, psychologa a duchovního v domácím prostředí. Tým mobilního hospice společně pomáhá nemocnému a rodině zvládat průvodní jevy terminální fáze onemocnění. Tým je schopen rodinu naučit několik ošetrovatelských výkonů, aby mohli poskytovat péči svému blízkému. Paliativní tým je rodině stále dostupný – k dispozici je nepřetržitá pohotovost na telefonu a tým musí být schopen dostavit se do domácího prostředí umírajícího, kdykoli je potřeba. (Kupka, 2014, s. 28-29, 31; Sláma a Kabelka, 2022, s. 321-322)

Domácí prostředí je pro umírajícího tou nejlepší možností. Je v blízkosti svých nejbližších, v prostředí, které zná a cítí se tam dobře. Pro rodinu je často tato forma náročnější, vidí totiž postupné zhoršování stavu a následné umírání svého blízkého. Z toho důvodu je stejně důležité poskytnutí psychické podpory i rodině.

1.2.2 Lůžková hospicová péče

Lůžkový hospic je samostatně stojící zdravotně-sociální zařízení, které poskytuje specializovanou paliativní péči pacientům, u kterých jsou vyčerpány všechny možnosti kurativní léčby a je očekávána omezená délka života (obvykle se doba pohybuje v řádu týdnů). První lůžkový hospic v České republice byl otevřen v roce 1995 v Červeném Kostelci. Tato služba umožňuje pacientům v terminálním stádiu nemoci prožít závěrečné období jejich života kvalitně a důstojně. Důraz je kladen na tišení bolesti, poskytování individuálních potřeb nemocného a vytvoření prostředí, v němž bude moci pokojně zůstat do konce života. Lůžkový hospic se má podobat spíše domovu než nemocnici. Většinou

je zařízen jednolůžkovými pokoji, kde je snaha o osobitou a domácí atmosféru, aby měl nemocný své soukromí a možnost pro nezbytný odpočinek. V hospicových zařízeních, na rozdíl od nemocničních zařízení, je volný režim návštěv a pacient si návštěvy koriguje sám. Většina hospiců je zařízena i dvoulůžkovými pokoji, kdy je možné ubytování člena rodiny spolu s nemocným. V rámci hospicové péče jsou nemocným v případě zájmu poskytovány i duchovní služby. (Kupka, 2014, s. 28-29, 32-33; Sláma a Kabelka, 2022, s. 11)

Péči nemocným poskytuje multidisciplinární tým, který je složený z lékařů, zdravotních sester, ošetřovatelů, sociálního pracovníka, psychoterapeuta a duchovního. Do hospicových zařízení dochází i řada dobrovolníků, kteří se snaží o zpříjemnění konce života nemocného. Stejně jako v nemocnicích, i zde každý den v ranních hodinách probíhá systém lékařských vizit. (Sláma, 2022, s. 323)

1.2.3 Ambulantní paliativní péče (konziliární tým)

Pacient zůstává na jakémkoliv lůžkovém oddělení a tým specializovaných pracovníků pouze dochází k pacientovi a přináší do jeho léčby a péče znalosti z paliativy. Přináší externí znalost paliativní medicíny do ostatních lůžkových zařízení a napomáhá tím ovlivňovat kvalitu paliativní péče a zároveň přispívá k postupné edukaci. Ambulantní paliativní péče je poskytována těžce nemocným pacientům před přijetím do lůžkového zařízení hospicového typu nebo do domácí péče. (Kupka, 2014, s. 29)

1.2.4 Stacionární hospicová péče (denní pobyty)

Paliativní stacionář poskytuje komplexní paliativní služby nemocným, u kterých je potřeba pouze zajištění denní péče a jsou jinak v rámci nastavené péče ve stabilizovaném stavu. (Sláma, 2012, s. 12)

Tato forma poskytování paliativní péče spočívá v tom, že pacient je přijat ráno a odpoledne nebo večer se vrací zpět domů. Návštěva stacionáře může mít různé důvody. Jeden z důvodů může být diagnostický, kdy pacient má bolesti, které se nepodařilo zmírnit v domácím prostředí a je potřebné je více sledovat, aby mohla být nastavena účinnější symptomatická léčba. Další důvod návštěvy může nastat, pokud pacient cítí potřebu otevřeně si promluvit o svém problému a situaci, ve které se zrovna nachází s někým, kdo této problematice rozumí. Stacionární hospicová péče může být brána ale i jako preventivní opatření v rámci rodinných vztahů. Tuto formu péče lze navštívit z čistě azylového hlediska, kdy rodina

i nemocný mají potřebu odpočinout si jeden od druhého. Díky tomu lze předejít syndromu vyhoření u rodinných příslušníků, kteří se o nemocného starají, tak i jako prevence vyčerpání a konfliktů v rodině, které mohou nastat. Takovou péči nazýváme respitní, neboli odlehčovací. (Kupka, 2014, s. 29-32)

2 KOMUNIKACE

Dle Vaněčka s Bartošovou (2011, s. 128) je motto pro komunikaci: „*Pokud se nenaučíme znovu naslouchat jeden druhému a sdělovat si lidským způsobem své potřeby a pocity, tedy komunikovat, nebudeme moci ani poskytovat kvalitní péči našim pacientům, neboť zdravotnictví není jen o léčbě těla, nýbrž stále častěji i o léčbě duše.*“

Slovo komunikace pochází z latinského slova *communicare*, což znamená činit něco společným, společně něco sdílet, něco spojovat, radit se, jednat nebo povídat si. Komunikace je definována jako sdělování a sdílení informací mezi dvěma a více lidmi, které probíhá jednak verbálně a jednak neverbálně. Jde o vysílání informací a zároveň jejich příjem. (Sláma a Vafková, 2020)

Komunikace je univerzálním jevem lidské společnosti a přímým regulátorem úrovně mezilidských vztahů. Zároveň patří mezi podmínky existence každého sociálního systému. Přispívá k uspokojování potřeby sociálního styku a je prostředkem sociálního začlenění jednotlivce do skupiny. (Zacharová, 2016, s. 8)

V psychologii a medicíně není komunikace považována za pouhý přenos informací mezi sdělujícím a příjemcem. Jde o vyjádření postojů k předmětu, ke *komuniké*, ale i k příjemci informace. Jde o různou úroveň působení, ovlivňování, znesnadnění či usnadňování porozumění. Základní schéma komunikačního procesu vychází z toho, že lidé spolu chtějí hovořit, chtějí sdělit nejen informace, ale i své vztahy, postoje, pocity a nálady. Důležité je pochopení souvislostí, ve kterých jsou zprávy předávány. (Zacharová, 2016, s. 19)

Komunikace a obecně kontakt zdravotnického personálu s pacientem má zásadní vliv na úspěšnost léčby, ale ovlivňuje i některé další faktory, jako je například délka trvání léčby. Špatná komunikace způsobuje nepříjemné důsledky jak pro pacienta, tak pro personál. Téma smrti a umírání je v jistém ohledu tabu, a příliš se o něm nehovoří na společenské ani individuální úrovni. (Sláma a Vafková, 2020)

2.1 Formy komunikace

Mezi nejčastěji používané dělení komunikace, které vychází z potřeb klasifikace komunikačního procesu je dělení na verbální a neverbální komunikaci. Obě tyto formy se vzájemně doplňují. Verbální a neverbální projev může být v některých situacích v rozporu, kdy lidé často něco říkají, ale chování tomu neodpovídá. V tomto případě může vzniknout tzv. dvojná vazba, rozpor mezi slovy a chováním. (Zacharová, 2016, s. 29)

2.1.1 Verbální komunikace

Největší vymožeností lidstva je jazyk, řeč. Řeč umožňuje vzájemnou výměnu informací, názorů a zkušeností. Význam verbální komunikace je nezpochybnitelný. Verbální komunikace je nezbytnou součástí sociálního života a nutnou podmínkou myšlení. Jazykové (komunikační) prostředí je tvořeno čtyřmi základními prvky: lidmi, jejich úmysly, komunikačními pravidly, s jejichž pomocí dosahují svých úmyslů a skutečně používanou řečí v dané situaci. (Zacharová, 2016, s. 29-30)

Oblast zdravotníků má specifický systém komunikace. Verbální komunikace je jedním z nástrojů profesionální práce zdravotnických pracovníků. Je nezbytné, aby si každý zdravotník osvojil schopnosti účelné sociální komunikace, která je neoddělitelnou součástí procesu zaměřeného na podporu, uchování a prevenci zdraví. Efektivní, vědomá, cílená a profesionální komunikace s pacientem je přímou součástí léčby. Hlavním cílem všech zdravotníků by měla být spokojenost pacientů v oblasti somatické péče, ale také v oblasti psychické a sociální. Správná komunikace je důležitým aspektem ošetrovatelské činnosti. Zdravotník musí styl hovoru s pacientem podřizovat mnoha okolnostem, mezi které patří např. zdravotní stav pacienta, jeho věk, bolest nebo handicap, kterým může trpět (tj. špatný sluch, zrak atd.). Mezi zdravotníkem a pacientem je zapotřebí navodit důvěru, aby nepociťoval tak velký strach a obavy z rozhovoru. Aby bylo dosaženo kvalitní komunikace, je potřeba dodržovat jisté požadavky. K těmto požadavkům patří individuální přístup, úcta, empatie, důvěra a pozitivní vztah k pacientovi. Řada studií poukazuje na skutečnost, že efektivní komunikace představuje sérii specifických dovedností, které je třeba se naučit a procvičovat. (Zacharová, 2016, s. 30-33; Ptáček a Bartůněk, 2011, s. 45)

2.1.2 Neverbální komunikace

Řeč těla je považována za upřímnější než projev verbální. Touto formou sdělujeme 60-80 % informací. Řeč těla je záležitostí instinktu. Jejím prostřednictvím člověk naznačuje svůj emocionální stav, interpersonální postoje, podporuje nebo v nějakých případech plně nahrazuje řeč. Projevy neverbální komunikace ve zdravotnické praxi mají velký význam. Poskytují několik informací o pocitech a postojích pacienta. Zdravotníci musí brát na vědomí, že pracují nejen ve specifických podmínkách, ale že se setkávají s člověkem, který se nachází v nelehké životní situaci. V tomto případě může jít nejen o pacienta, ale i rodinného příslušníka, či blízkou osobu. (Kelnarová a Matějková, 2014, s. 18; Zacharová, 2016, s. 56-57)

Neverbální projevy mohou pomoci ovlivnit komunikaci potřebným směrem, zvýšit efektivitu komunikace vlastní, lépe zvládat a překonávat komunikační překážky, lépe pochopit prožívání a emocionální stavy pacientů. Neverbální komunikace se mění podle toho, na jakém místě se odehrává (ambulance, lůžkové oddělení), kdo je v roli odesílatele a příjemce (sestra-pacient, lékař-pacient), jaké vztahy jsou mezi komunikujícími, v jakém čase se odehrává (před operací, při propouštění) a také jak dlouho trvá. Mezi neverbální projevy řadíme mimiku, proxemiku, haptiku, posturologii, kinetiku a gesta. Neverbální signály by sestra měla umět vnímat, ale také dešifrovat ve vztahu k situačním faktorům typu a temperamentu osobnosti. (Kelnarová a Matějková, 2014, s. 18-19; Zacharová, 2016, s. 56-64)

2.2 Zásady při sdělování citlivého tématu

Se sdělováním nepříznivých zpráv se pacienti setkávají několikrát v průběhu své nemoci. Při sdělování diagnózy, relapsu nemoci, progresu onemocnění, plánu léčby a následném rozhodování o zakončení života nemocného. (Sláma a Vafková, 2019)

Před sdělením vlastní informace bychom měli vědět, co je cílem našeho sdělení. Lidé, kteří se nacházejí v emočním vypětí mohou reagovat mnohými způsoby. Je vhodné promyslet si různé varianty, kam se může rozhovor ubírat a být připraveni zareagovat na jakoukoli z variant. Zlaté pravidlo paliativní péče zní „*doufat v nejlepší a připravit se na nejhorší.*“ (Bužgová a Sikorová, 2019, s. 122)

Při sdělování závažných zpráv je celosvětově používaný postup zvaný *SPIKES* (Bužgová a Sikorová, 2019, s. 123):

- *Setting* – připravit prostředí
- *Perception* – zhodnotit, jak situaci vnímá pacient
- *Invitation* – vyčkat na vyzvání ze strany pacienta
- *Knowledge* – sdělit závažnou informaci
- *Emotions* – pracovat s emocemi pacienta
- *Strategy and Summary* – navrhnout další postup a shrnout, co bylo řečeno

Komunikace s pacienty v paliativní péči má nezpochybnitelný význam. Existují přesvědčivé důkazy o výhodách komunikace na konci života s pacienty s život ohrožujícím onemocněním a jejich rodinami. Pravdivá a otevřená komunikace o diagnóze a prognóze onemocnění je základem dobré paliativní péče. Důležité je včasné zahájení rozhovorů a mělo by k nim dojít ještě před nástupem do paliativní péče. Situace, která nastane, když se pacient dozví, že jeho onemocnění dospělo do stádia, které si vyžaduje paliativní péči, je pro něj velice náročná a nachází se ve velmi těžkém životním období. Tato skutečnost ovlivňuje nejen nemocného, ale i jeho rodinu a nejbližší. Komunikace o tak citlivém tématu je náročná jak pro nemocného, tak pro osobu, která tuto informaci musí nemocnému sdělit a nadále jej provázet celou cestou k úplnému konci. (Kala a Dorková, 2017, s. 17; Sláma a Kabelka, 2022, s. 57-58; Brighton and Bristowe, 2016, p. 466)

Čím připravenější a otevřenější je personál, tím citlivější je k potřebám pacientů a tím lépe s ním dokáže mluvit o umírání a smrti. Stejně tak platí, že pokud pacient pocítuje otevřenost zdravotnického personálu, o to snadněji může vyjádřit své potřeby, obavy a nejistotu ohledně toho, co pro něj umírání a smrt znamená. (Lenherr et al., 2012)

Vztah mezi nemocným a zdravotníkem musí být založený na důvěře. Pacientova důvěra ke zdravotnickému týmu se buduje nejen na základě verbální komunikace, ale také naší nonverbální komunikací a úctě k nemocnému. K nemocnému i k rodině se přistupuje s empatií a respektem. Nejistota, obavy, strach a k tomu tělesné symptomy spojené s onemocněním způsobují, že je pacient více zranitelný, cítí beznaděj, ztrátu důstojnosti a prochází existencionální krizí. Při sdělování informací je třeba na pacienta nespěchat, být trpělivý a dát mu dostatek času na vstřebání a zpracování veškerých informací. I přesto, že se jedná o velmi citlivé téma, nesmí se zdravotník uchýlit ke lži, i když pravdivé informace

nebudou sděleny v takové míře, kterou není nemocný schopen přijmout. Nemocnému je třeba trpělivě naslouchat a pokud něčemu nerozumí, některé informace znovu zopakovat či podrobně vysvětlit. Při dotazech na prognózu se snažit nesdělovat konkrétní data předpokládaných budoucích událostí, ale otevřeně přiznat nejistotu, kterou budoucnost přinese. Během komunikace je nutné pozorně sledovat jeho reakce. (Kala a Dorková, 2017, s. 17-19)

Řada pacientů informace o svém zdravotním stavu odmítá přijmout, někteří ji ani znát nechtějí a jsou tací, kteří svou skutečnou diagnózu, i přes dlouhodobou léčbu, ani neznají. Někteří pacienti přicházejí do paliativní péče nedostatečně informováni o svém zdravotním stavu. Tato situace je často způsobena nátlakem na zdravotníky ze strany rodiny, která si nepřeje, aby byla pacientovi sdělena pravdivá diagnóza. V takovém případě je na místě se snažit citlivě a taktně rodině vysvětlit, proč je tento počin nevhodný. Pokud i přesto příbuzní nesouhlasí, nezbyvá nic jiného, než se řídit jejich přáním. Pokud se pacient sám zeptá a zajímá se o bližší informace o svém zdravotním stavu, pak se mu vyhoví. Tato skutečnost se ale poté musí sdělit jeho příbuzným. Nemocnému se nesmí lhát, ale informace o jeho zdravotním stavu je třeba sdělovat postupně, nezabíhat do detailů, spíše se pohybovat v obecné rovině. Za žádných okolností se nesmí pacientovi slibovat dosažení nereálných cílů. (Kala a Dorková, 2017, s. 19-20)

2.3 Stádia smíření se se smrtí dle Kübler-Rossové

V průběhu vyrovnávání se s nevléčitelným onemocněním většina pacientů prochází řadou emocí. Nejznámější je tzv. model pěti fází smutku, který zavedla americká psycholožka Elisabeth Kübler-Rossová v roce 1969 ve své knize *O smrti a umírání*. Autorka provedla 500 rozhovorů s umírajícími lidmi, během kterých sledovala, jak se vyrovnávají se skutečností, že trpí nevléčitelným onemocněním. (Sláma a Kabelka, 2022, s. 58)

2.3.1 První stádium – šok

První stádium se vyznačuje větami „Tohle se mně dít nemůže.“, „Určitě je to nějaký omyl.“ „Já se cítím dobře.“, „Ne, to není pravda.“. Úzkostné popírání stanovené diagnózy je typičtější u pacientů, kteří byli informováni předčasně, stroze a necitlivě někým, kdo si nezískal pacientovu důvěru nebo jej příliš neznal. Jako další důvod může být, že takto citlivé téma bylo sděleno ve spěchu, aby to měl zdravotník rychle za sebou a nebral v potaz, zda je pacient v danou chvíli tuto informaci připravený přijmout. Alespoň k nějaké formě

popírání se uchylují téměř všichni pacienti. V tomto období je důležité si získat jeho důvěru. Popírání bývá jen dočasnou obrannou strategií, poté následuje částečné přijetí skutečnosti. Vážně nemocní pacienti se myšlenky na vlastní smrt mohou zabývat jen určitý čas, následně je odloží stranou a věnují se znovu svému životu. Tento postup je považován za zdravý způsob. Popírání reality funguje jako takový nárazník, který tlumí účinky šokující zprávy. Umožňuje pacientovi, aby se postupem času vzchopil a přešel na jinou, méně radikální obrannou strategii. Toto stadium neznámá, že pacient po nějaké době nebude ochoten nebo že neuvítá si s někým o celé situaci a nadcházející smrti popovídat. Takový rozhovor však musí přijít až ve chvíli, kdy to pacientovi vyhovuje a je schopen tomuto tématu čelit. Mohou nastat chvíle, kdy pacient na okamžik své postavení k situaci dokáže vidět realisticky, tato skutečnost ale typicky netrvá dlouho a vzápětí nejsou schopni tento pohled udržet. (Kübler-Ross, 2015, s. 51-61; Stiborová a Frei, 2018, s. 14-15)

2.3.2 Druhé stádium – hněv

Jen velmi málo pacientů je schopno popírat realitu až do smrti. Když je prvotní fáze popírání již neudržitelná, pacient začne pociťovat zlost, vztek, hněv a závist k lidem, kteří jsou zdraví. Objeví se otázky typu „Proč zrovna já?“, „To není fér.“, „Kdo za to může?“. Pro rodinu i personál je druhé stádium více náročné, než stádium první. Pacient přestává spolupracovat, komunikovat a snaží se najít viníka své nemoci. Jeho hněv se obrací na všechny strany a svůj vztek si vybíjí na okolí. Často bývají velkým terčem vzteku zdravotní sestry. Vše dělají špatně. Když pacientovi umožňují klid, pacient si vyžaduje pozornost personálu, neustále je volá a má na personál zbytečné požadavky. Pokud personál pacientovi pomáhá, je u něj, je to také špatně. Když dojde na návštěvu rodiny, pacient je mnohdy nepřivítá, nekomunikuje s nimi. Tato situace je pro obě strany velmi nepříjemná. Rodina často reaguje pláčem, neví, jak se chovat, provází je pocit provinění, studu a v určitých případech odmítnou nadále na návštěvy chodit. To zvyšuje pacientovu nespokojenost a zlost. Problém spočívá v tom, že jen málo lidí se dokáže vcítit do situace, kterou pacient prožívá. (Kübler-Ross, 2015, s. 64-65; Kupka, 2014, s. 94)

2.3.3 Třetí stádium – smlouvání

Vážně nemocný pacient se v tomto stadiu uchyluje k taktikám, kdy začne smlouvat alespoň o svůj čas. Jelikož z dosavadních zkušeností ví, že existuje naděje na „odměnu za dobré chování“, vidí v tom nepatrnou naději. Nejčastěji si pacient přeje prodloužení života. Často se začne ptát lékaře, zda je šance, že se dožije určité, pro něj důležité, životní události. Dalším nejčastějším přáním je prožití alespoň několika dnů bez trápení a bolesti, splnit si sen, který si přál před nemocí. Je to období, ve kterém hledá jakoukoli možnost na oddálení nevyhnutelného, často v této fázi lidé konvertují k víře a hledají určité alternativy léčby. Z psychologického hlediska mohou být sliby spojeny s pacientovým pocitem viny. S pacientem v této fázi se musí přistupovat s maximální trpělivostí, neodpírat mu alternativy léčby, ale neslibovat nereálné. (Kübler-Ross, 2015, s. 98-100; Kupka, 2014, s. 96)

2.3.4 Čtvrté stádium – deprese

Když pacient nemůže nadále své onemocnění popírat, jeho zlost a hněv vystřídá pocit ztráty dosavadních životních hodnot, cílů a možností. V této fázi si již pacient uvědomuje blížící se konec svého života. Důležité je být pacientovi na blízku, být mu oporou a určitým způsobem ho podporovat. Pokud je deprese nástrojem, jehož prostřednictvím se připravuje nemocný na blížící se konec svého života, ztrátu svých milovaných a pomáhá mu dosáhnout stavu akceptace, není povzbuzování a ujišťování tak docela namístě. Měla by se pacientovi dopřát volnost, nenutit ho, aby hledal na všem tu lepší stránku. Takové jednání by znamenalo pro pacienta určitou naději, která by v jeho případě byla nepravdivá. Naopak ho nechat, aby své pocity dal najevo a dospěl tak ke konečnému smíření mnohem snáze. (Kübler-Ross, 2015, s. 101-103; Kupka, 2014, s. 96)

2.3.5 Páté stádium – přijetí

Pokud měl pacient dostatek času a dostalo se mu určité pomoci při překonání všech předešlých fází, dosáhne stavu, kdy se smířil se svým osudem a akceptuje svůj zdravotní stav a situaci, v níž se nachází. Pacient, který dospěje do této fáze působí již klidně, vyrovnaně. Nepocituje zášť, zlost, hněv ani závist, ale spíše se již připravuje na konec. V tomto období potřebuje častěji pomoc odborníků rodina, než sám nemocný. Pacient je spíše unavený, slabý, dává přednost samotě. Místo slov může často pomoci držení za ruku, utírání slz nebo jen mlčenlivá lidská přítomnost. (Kübler-Ross, 2015, s. 127-128; umirani.cz, 2023)

3 ROLE SESTRY V PALIATIVNÍ PÉČI

Všeobecná sestra dle vyhlášky č. 319/2017 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)

Sestra je v první řadě osobou ošetřující a pečující. Její klíčovou rolí je uspokojování potřeb nemocného, tedy i umírajícího. Nemocného na konci života může trápit celá řada fyzických i psychických problémů. Obvykle se říká, že v první řadě je nezbytné uspokojování potřeb biologických, které se označují jako potřeby primární, a že bez toho není možné efektivní uspokojování potřeb psychosociálních a kulturních. Není tomu tak vždy. Právě u umírajících přichází do popředí potřeby tzv. vyšší, tj. psychosociální, kulturní a spirituální. Tyto potřeby však bývají mnohdy zanedbávány. Do psychologických potřeb patří zejména potřeba bezpečí, jistoty, lásky a potřeba sebeúcty. Léčba symptomů by měla vždy vycházet z preferencí a přání pacienta. V praxi se ukazuje, že psychické problémy pacientů, tím spíše umírajících a pozůstalých, nezvládají sestry příliš dobře. Tyto názory jsou hned z několika stran. Setkáváme se s nimi jak od pacientů a jejich blízkých, tak od samotných sester a studentů ošetřovatelství. Nelze počítat s tím, že studium připraví sestry na takové náročné situace, ve kterých se následně v praxi setkají. (Špatenková, 2014, s. 54)

Z celého zdravotnického personálu je sestra osobou, která tráví s nemocným nejvíce času. Stává se důležitou součástí životní fáze pacienta a poskytuje jemu i jeho blízkým psychickou podporu. Pro poskytování kvalitní ošetrovatelské péče je nezbytné, aby byla sestra schopna rozeznat utrpení druhých a pociťovala přitom neklid vedoucí k tomu, že se snaží utrpení odstranit nebo alespoň zmírnit. Musí zvládnout rozpoznat změny, kterými pacient v průběhu péče prochází. Jelikož nemocného zná, je pro ni snadnější všimnout si i malých změn a díky tomu včas zareagovat. (Dostálová, 2016; Heřmanová, 2012, s. 49)

3.1 Vzdělávání sester

Paliativní péče je specifický obor, který je náročný na osobní etiku, emoce a energetický rezervoár. Jak říká Marková (2010, s. 32): „*První setkání se smrtí pacienta je velmi důležitou událostí v našem profesionálním rozvoji. Všechny dotazované zdravotní sestry, až na jednu, si detailně vybavovaly svoje první profesní úmrtí. Problematice by měla být věnována dostatečná pozornost již při přípravě sester na výkon povolání.*“

Sestry mají obecnou zastřešující profesní odpovědnost vůči svým pacientům, včetně těch v paliativní péči. I přesto mnoho zdravotnických škol nezahrnuje do svých vzdělávacích programů dostatečné množství informací o paliativní péči, včetně filozofie a přístupu k péči. Kurikula ošetrovatelství se mezi zeměmi liší v zavádění obsahu a způsobu výuky této specializované péče. V mnoha částech světa je paliativní péče považována za specializovanou praxi, která vyžaduje další specifické znalosti a dovednosti přesahujících všeobecné znalosti a dovednosti, které využívá sestra při standardní péči o jiné pacienty. Tyto specifické dovednosti a znalosti lze získat prostřednictvím certifikátů a programů pokročilé praxe, které se liší v závislosti na zemi a vzdělávacím prostředí. (Fitch et al., 2015)

Zdravotní sestra v paliativní péči nemusí absolvovat žádné speciální studium zaměřené konkrétně na paliativní péči. Mezi požadavky, které musí splňovat, patří odborná způsobilost pro všeobecnou zdravotní sestru, která pracuje bez odborného dohledu. § 5 zákona č. 96/2004 Sb. ukládá podmínky pro odbornou způsobilost k výkonu povolání všeobecné sestry absolvováním střední odborné školy, bakalářských programů, vyšších odborných škol nebo vysokoškolského studia se zdravotnickým zaměřením. (Česko, 2004)

Vzdělání sester v oblasti paliativní péče probíhá pomocí kurzů, webinářů a samostudiem. Pro paliativní péči platí, že na mnoho situací nelze sestry předem připravit a největším učitelem je sama realita a zkušenosti, které sestra získá během své praxe.

Velkým přínosem pro paliativní péči se stal kurz ELNEC (*End Of Life Nursing Education Consortium*). ELNEC je intenzivní vzdělávací kurz s mezinárodní licencí pro všeobecné sestry, které pracují s pacienty v konečné fázi života. Kurz vznikl v roce 2000 v USA a stal se jedním z nejvyhledávanějších kurzů týkajícího se této oblasti. Později se rozšířil i do České republiky a dalších 88 zemí světa. Česká společnost paliativní medicíny se v roce 2009 aktivně zabývala vznikem organizace specializačního vzdělávání lékařů a zdravotních sester. Tuto organizaci později převzal domácí hospic Cesta domů v Praze. Kurz respektuje multidisciplinární přístup, který je nutný při realizaci péče o pacienty a jejich blízké na konci života. V rámci tohoto kurzu se sestry seznámí s léčbou bolestí a dalších závažných symptomů, které ztěžují pacientův život. Obsahem kurzu je ale také etický a duchovní aspekt péče a nacvičování efektivní komunikace s pacienty a jeho blízkými. Kurz reflektuje fakt, že paliativní péče se dotýká stejnou měrou pacienta i jeho blízkých. Během výuky jsou

využívány metody interaktivního přístupu, reálných kazuistik a nácviků modelových situací. (Centrum paliativní péče, 2023; Hospic na Svatém Kopečku, 2023)

Dalším kurzem, který může sestřám pomoci v efektivnější péči o pacienty, patří kurz ESPERO, což znamená v esperantu naděje. Je to prakticky zaměřený kurz komunikačních dovedností, který pomáhá sestřám připravit se na složité situace v komunikaci s pacientem, jeho rodinou, ale také s lékaři a dalšími spolupracovníky. Cílem kurzu je představit doporučené postupy, a především umožnění procvičení si konkrétních technik a získání zpětné vazby od lektorů pro každého účastníka. (Centrum paliativní péče, 2023)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 METODIKA PRÁCE

Tato kapitola je zaměřena na praktickou část práce. Ke zpracování praktické části bakalářské práce jsme využili kvalitativní metodu výzkumného šetření. Realizace výzkumu proběhla technikou hloubkových, polostrukturovaných rozhovorů.

4.1 Cíle výzkumu

Hlavní cíl:

Porozumět problematice spojené s komunikací všeobecných sester s pacienty v paliativní péči.

Dílčí cíle:

1. Zjistit, jaké faktory ovlivňují komunikaci pacienta a sestry v paliativní péči.
2. Zjistit potřeby v oblasti vzdělávání a tréninku v paliativní péči.
3. Zjistit náročnost práce sestry v paliativní péči a strategie, které mohou pomoci sestřám psychicky zvládat tuto práci.
4. Zjistit, jaké nedostatky vnímají sestry paliativní péče a jak si představují její budoucnost.

4.2 Technika výzkumu

Při výzkumu jsme použili metodu kvalitativního výzkumu. Jako techniku pro sběr dat k výzkumnému šetření jsme zvolili polostrukturovaný rozhovor, díky kterému jsme navázali bližší vztah s participanty, a tak jsme mohli proniknout hlouběji do problematiky daného tématu.

Vzniklé otázky byly koncipovány podle předem vytvořených cílů a byly rozděleny do čtyř skupin. První skupina byla zaměřena na faktory, které ovlivňují komunikaci mezi sestrou paliativní péče a pacientem. K prvnímu cíli byly připraveny otázky č. 1-11. Druhá oblast byla zaměřena na vzdělání sester v paliativní péči. K této oblasti se pojily otázky č. 12-14. Třetí skupina se týkala pozice sestry v paliativní péči a její náročnosti. K třetímu cíli se pojily otázky č. 15-19. Čtvrtá skupina otázek se zaměřovala na to, jakou budoucnost vidí sestry v paliativní péči a co by bylo vhodné zlepšit, aby paliativní péče byla co nejefektivnější. K této oblasti se pojily otázky č. 20-23.

4.3 Výběr výzkumného souboru

Pro realizaci výzkumu této bakalářské práce byla zvolena metoda záměrného výběru participantů. Participanty tvořilo pět všeobecných sester z hospicového zařízení. Kritériem pro uskutečnění rozhovoru byla především ochota a čas ze stran všeobecných sester. Nejprve byla oslovena různá zdravotnická zařízení, zda je možné uskutečnit rozhovor na daném pracovišti. Po souhlasu vedení následovala domluva s konkrétními sestrami, které by byly ochotné podílet se na tomto výzkumu. Při domlouvání se na rozhovorech byla sestrám nabídnuta možnost, kde by chtěly rozhovor uskutečnit. Všechny sestry si zvolily pracovní prostředí, jelikož jsou už skrze pracovní dobu velmi časově vytíženy.

Výzkumu předcházela konstrukce otázek k rozhovoru. Celkem se jednalo o 23 otázek, které byly rozděleny do 4 okruhů dle předem vytyčených cílů práce.

Výzkum proběhl v předem domluvený termín a čas, který si participanty vybrali. Při zahájení rozhovoru bylo participantům sděleno, že pokud jim nebude příjemné na položenou otázku odpovídat, můžeme kdykoli přejít k následující otázce. Dále byli dotazováni, zda souhlasí s nahráváním rozhovoru a obeznámeni, že nahraný rozhovor nebude nikde zveřejňován.

4.4 Charakteristika participantů

Jako participanty jsme zvolili všeobecné sestry, které pracují v hospicovém zařízení. Podmínkou pro výběr participantů do výzkumu byla zkušenost v paliativní péči minimálně 1 rok a práce na pozici všeobecné sestry. Výběr participantů nebyl závislý na věku ani pohlaví. Výzkumu se zúčastnilo 5 žen. Hlavním aspektem byla ochota účastnit se rozhovoru a podílet se na výzkumu.

Tabulka 1 - Charakteristika participantů

Participant	Věk	Délka praxe v oblasti paliativní péče
S1	45 let	20 let
S2	31 let	3 roky
S3	30 let	3 roky
S4	30 let	1 rok
S5	46 let	2 roky

4.5 Organizace šetření

V předešlé podkapitole 4.4 byl popsán výběr participantů vzhledem k předem stanoveným kritériím.

S1: První rozhovor probíhal v kuchyni na pracovišti participantky. Rozhovor trval 17 minut a v průběhu byl jednou přerušen příchodem kolegyně, poté rozhovor pokračoval bez přerušení. Participantka pracuje s umírajícími pacienty 20 let. V současnosti působí jako vrchní sestra v domácí a hospicové péči.

S2: Rozhovor s druhou participantkou probíhal na stejném místě a ve stejný den jako rozhovor s první participantkou. Rozhovor trval 15 minut a nebyl ničím přerušen. Participantka pracuje na této pozici třetím rokem a nyní je po mateřské dovolené na sníženém úvazku.

S3: Rozhovor byl veden v zasedací místnosti na pracovišti participantky. Rozhovor měl délku 15 minut a během rozhovoru jsme nebyli ničím rušeni. Participantka pracuje v mobilním hospici 3 roky.

S4: Rozhovor probíhal v denní místnosti na pracovišti. Rozhovor byl o délce 15 minut a nebyl ničím přerušen. Participantka nastoupila na pozici paliativní sestry před jedním rokem po mateřské dovolené. Dříve docházela pomáhat do domácí péče.

S5: Poslední rozhovor probíhal v denní místnosti na pracovišti participantky. Rozhovor trval 25 minut a byl jednou přerušen příchodem kolegyně, poté rozhovor pokračoval bez přerušení. Participantka pracuje v oblasti paliativní péče 2 roky a působí na pracovišti jako vrchní sestra.

4.6 Zpracování získaných dat

Data, která jsme získali prostřednictvím rozhovorů, byla nahrávána na diktafon. Poté byla upravena a převedena do písemné podoby v Microsoft Word pro větší přehlednost odpovědí. Z důvodu anonymity jsou data uložena pouze u autorky v offline formě. K jednotlivým otázkám byl vytvořen souhrn odpovědí od všech participantů. V případech, kdy participant odpovídal konkrétněji a tyto informace byly důležité pro pochopení kontextu citace, rozhodli jsme se zvážít, zda neobsahují příliš citlivá data a poté jsme je buď ponechaly nebo vhodně parafrázovali, abychom zachovali jejich podstatu a zároveň i anonymitu. Pro přehlednost a zachovanou anonymitu byli participant označeni dle proběhlých rozhovorů S1-S5.

5 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Otázka č. 1: Jaký je nejlepší způsob, jak zahájit konverzaci s pacientem při prvním setkání?

Tabulka 2 - Způsob zahájení první konverzace

Participant	Odpověď
S1	<i>„[...] domluvíme se s rodinou, co budou potřebovat, seznámíme se.“</i>
S2	<i>„Spíš navazujeme obecný rozhovor, povídáme si, seznámíme se, poté pozvolna pokračujeme.“</i>
S3	<i>„[...] Kolikrát ani neví, jak ten mobilní hospic funguje. [...] Záleží na tom, jak je nastavený Když vidíme, že je usměvavý a komunikativní, tak to jde samo. A taky záleží, v jakém je stavu.“</i>
S4	<i>„[...] Když jsem tam poprvé, tak se ptám, jak se má, jak se cítí, zda má nějaké bolesti. Navedeme hovor na to, co dřív dělával, co má rád.“</i>
S5	<i>„Vysvětlíme mu, jak je nastavená mobilní hospicová péče. [...] První návštěva bývá plánovaná, tudíž je pacient informovaný o prognóze a diagnóze a konverzace bývá snazší a pozitivní, protože je pacient rád, že nás vidí a pomůžeme mu.“</i>

Souhrn: Participantky S1 a S2 uvedly, že k první návštěvě pacienta patří seznámení se s ním. Participantka S3 uvedla, že velký vliv na zahájení komunikace má stav nemocného. Participantky S2 a S4 se shodly na tom, že je vhodné začít povídáním si o životě pacienta. Participantka S5 uvedla, že na první schůzce je potřebné pacientovi vysvětlit, jakým způsobem funguje mobilní hospicová péče.

Otázka č. 2: Jak se připravujete na komunikaci o konci života s pacientem a jeho rodinou?

Tabulka 3 - Příprava na komunikaci

Participant	Odpověď
S1	<i>„Nepřipravuji, většinou to bývá až během péče podle toho, jak rodina a pacient komunikuje, reaguje. [...] Během péče se to začíná otvírat, jak nás poznají blíž.“</i>
S2	<i>„[...] Nepřipravuji.“</i>
S3	<i>„Momentálně nijak, za ty roky už to mám vžitě, že mi to jde samo.“</i>
S4	<i>„U každého pacienta přistupuji individuálně, když přijdu a vidím, že se mračí, tak se mu snažím tu náladu zlepšit. Když se směje, tak to jde samo. [...]“</i>
S5	<i>„Nejde to připravit, tak, jak máme holistický přístup k celé zdravotní péči, tak musí být holistický přístup i k té komunikaci.“</i>

Souhrn: Všechny participantky se shodly na tom, že se dopředu na konverzaci s pacientem a rodinou žádným způsobem nepřipravují a jednájí až podle dané situace a pacienta.

Otázka č. 3 Jaké nejčastější reakce vidáte a slyšíte během rozhovorů s pacienty?

Tabulka 4 - Reakce pacientů

Participant	Odpověď
S1	<i>„Málokdy jsou informovaní, a když o tom ví, tak ti pacienti o tom nechtějí mluvit. Rodina naopak chce [...] a dotazují se, jak mohou pomoci.“</i>
S2	<i>„Mají strach, neví, co se bude dít, neví, jak reagovat například na větší bolesti.“</i>
S3	<i>„Většinou jsou nesmíření a nedokážou pochopit, že zemřou a hodně se ptají na věci, které nejsou života zachraňující. [...]“</i>

S4	<i>„Pacienti jsou takoví odevzdání, někteří jsou nesmíření. [...] A od pečujících, že je to nespravedlivé, že to postihlo zrovna jeho.“</i>
S5	<i>„Neřekla bych, že nejčastější je nesmíření, spíše strach například z bolesti a jestli to zvládnou.“</i>

Souhrn: Participantky S3 a S4 uvedly, že nejsou pacienti často smíření se svým osudem. Participantka S5 si naopak nemyslí, že by nebyli smíření. Participantky S2 a S5 se shodly, že pacienti pocíťují strach. Participantka S1 uvedla, že pacienti nebyvají informováni a nechtějí o své situaci mluvit, narozdíl od rodiny, která se zajímá.

Otázka č. 4 Jak přistupujete ke komunikaci s pacientem, který má potíže vyjádřit své potřeby nebo obavy?

Tabulka 5 - Přístup k pacientům

Participant	Odpověď
S1	<i>„Nejprve se zeptat, jak se cítí, jestli má nějaké potíže, jestli ho něco bolí, vysvětlit mu, že je vždy lepší říct včas a reagovat hned na daný problém, že je to později obtížnější, když se třeba ta bolest rozjede, zmírnit to klasickými analgetiky.“</i>
S2	<i>„Snažím se najít k němu tu důvěru, tam je nejdůležitější, abychom si navzájem sedli. Abych mu byla já příjemná hlavně a potom to jde samo.“</i>
S3	<i>„[...] Posíláme třeba například rodinu pryč, protože někdy je to, že se to před nimi bojí říct, a tak se to snažíme nějak udělat, aby tam nebyli a většinou se rozmluví. Ale někdy jsou tak uzavření. [...] Taky máme možnost kaplanky, která je i skvělý psycholog.“</i>
S4	<i>„Snažím se nechat pečujícího ve vedlejší místnosti a být s ním sama, protože ne každý to před nimi řekne, protože chtějí být silní nebo se jim snažíme nabídnout paní kaplanku, se kterou si většinou obecně povykládají, co je trápí.“</i>

S5	<i>„Tím, že tam jezdíme pravidelně, tak si na nás zvyknou a i ten pečující je takovou prodlouženou rukou, směřujeme je, aby poznali, co ho trápí a oni nám poté vše řeknou, když nám to neřekne sám pacient.“</i>
----	---

Souhrn: Participantky S3 a S4 se shodly, že se pacienti často bojí říct své potřeby a obavy před svými blízkými, proto poprosí rodinu, aby na chvíli opustili místnost. Participantka S1 uvádí, že je vhodné vysvětlit mu, jak je důležité o svých problémech mluvit včas. Participantka S2 považuje za důležité, aby si s pacientem rozuměli a pacient měl v sestře důvěru. Participantka S5 uvedla, že důležitou roli zde mají pečující, kteří pacienta pozorují, a poté sestry informují.

Otázka č. 5 Je pacientovi přidělena pouze jedna sestra nebo se sestry střídají?

Tabulka 6 - Přidělení sester k pacientovi?

Participant	Odpověď
S1	<i>„Ne, střídají se. Máme deset sester a střídáme se. Přes týden jezdí většinou jedna, ale přes víkend se střídáme podle služeb.“</i>
S2	<i>„Střídáme se. Všechny to taky nezvládáme úplně stejně a tak dobře, takže se střídáme.“</i>
S3	<i>„Střídáme se.“</i>
S4	<i>„Střídáme se.“</i>
S5	<i>„Střídají se.“</i>

Souhrn: Všechny participantky uvedly, že na svých pracovištích se sestry u pacientů střídají.

Otázka č. 6 Pokud pacientovi daná sestra nevyhovuje, je možné požádat o změnu sestry?

Tabulka 7 - Změna sestry na žádost pacienta

Participant	Odpověď
S1	<i>„Není problém, když se rodina ozve a sestra se vymění.“</i>
S2	<i>„Ano, každému sedne někdo jiný.“</i>
S3	<i>„Může, určitě a stává se, že je to i naopak, že sestra z nějakého důvodu nechce k danému pacientovi už jezdit.“</i>
S4	<i>„Jo. Primárně jezdíme, jak je kdo komu sympatický, jak moc ho znají. [...] Abychom je neposílali pokaždé k někomu jinému.“</i>
S5	<i>„Pokud někdo řekne, že nechce, aby tam sestřička jezdila, tak není problém to nějak zajistit. Spíše se stává, že si přeje, aby přijela konkrétní sestřička.“</i>

Souhrn: Všechny participantky uvedly, že je možné v případě potřeby sestru vyměnit. Participantka S3 také podotkla, že se stává, že o tuto možnost požádají i sestry.

Otázka č. 7 Stane se, že pacient zcela odmítne Vaši péči a nechce v ní pokračovat?

Tabulka 8 - Odmítnutí péče

Participant	Odpověď
S1	<i>„Ještě se nám to nestalo.“</i>
S2	<i>„Já jsem to ještě nezažila.“</i>
S3	<i>„Může být, jednou se nám to stalo. [...] Pacientka si to rozmyslela a chtěla se nakonec ještě léčit“</i>
S4	<i>„Návštěvu ano, ale přímo péči, že by byl přijatý a potom si řekl, že ne, to se mi ještě nestalo. [...]“</i>
S5	<i>„Nedávno tady byla mladá pacientka, která ji nakonec odmítla.“</i>

Souhrn: Dvě participantky se s touto situací ještě nesetkaly. Jedna participantka zmínila, že se setkala jen s odmítnutím jednotlivých návštěv. Dvě participantky uvedly, že se jim již stalo, že pacient péči odmítnul.

Otázka č. 8 Jakým způsobem zvažujete potřebu upřímnosti a empatie během rozhovoru?

Tabulka 9 - Potřeba upřímnosti během rozhovoru

Participant	Odpověď
S1	<i>„Vždy se snažíme být upřímní, aby nebylo nic falešného, nelhat lidem, být ale opatrní.“</i>
S2	<i>„Je to individuální podle daného klienta, jsou tam odchylky.“</i>
S3	<i>„Za mě je upřímnost nejlepší a nemá smysl jim říkat věci, které nebudou. A když to slyší, tak se pak i uklidní.“</i>
S4	<i>„Mluvím s nimi otevřeně. Já si myslím, že je hrozně důležité jim to říct a popovídat si o tom, aby měli prostor, se s tím smířit. Pokud to budeme oddalovat a budeme jim říkat, že to bude dobré a za rok se tady setkáme, tak nemají možnost se s tím smířit. [...] „</i>
S5	<i>„Opět jsme u holistického přístupu. Když má pacient například nádor mozku a tomu pacientovi je řečeno, jak na tom je a druhý den to neví, není důvod, proč bychom to měli opakovat. Jde i o to, jak si to přeji pečující nebo sám pacient.“</i>

Souhrn: Tři participantky se shodly na tom, že jsou vždy k pacientům upřímné. Naopak zbylé 2 participantky uvedly, že je potřeba brát ohled na daného pacienta a brát každého individuálně.

Otázka č. 9 Jaké jsou podle Vás nejdůležitější dovednosti a vlastnosti, které sestra v paliativní péči potřebuje?

Tabulka 10 - Dovednosti a vlastnosti

Participant	Odpověď
S1	<i>„V každém případě empatie, snažit se vyhledat aktivně pacientovy potřeby, potíže. A ta komunikace je nejdůležitější.“</i>
S2	<i>„Psychickou výdrž, já sama s tím mám ještě trochu problém a ta smrt mi nedělá úplně dobře. [...] Mít nějakou víru, věřit asi v cokoli, taková sestra má podle mě nejvíc to pochopení a hlavně zvládat sami v sobě smrt.“</i>
S3	<i>„No tak rozhodně empatie, být klidná, nebýt nějaká roztěkaná, roztržitá, protože to ty rodiny strašně znervózňuje a hlavně umět komunikovat.“</i>
S4	<i>„Empatii, pak schopnost komunikovat s těmi pacienty, být upřímná, nedávat jim plané naděje, určitě usměvavá, flexibilní.“</i>
S5	<i>„Empatie, výdrž, zkušenosti.“</i>

Souhrn: Všechny participantky se shodly na tom, že nejdůležitější potřebnou vlastností v paliativní péči je empatie, bez které se tato práce neobejde. Dvě participantky také uvedly, že by sestra měla mít psychickou odolnost. Další dvě participantky vidí jako potřebnou i dovednost komunikovat.

Otázka č. 10 Jakými způsoby se snažíte podporovat pacienty a jejich rodinu během procesu paliativní péče?

Tabulka 11 - Způsob podpory

Participant	Odpověď
S1	<i>„V první řadě musí rodina přijmout nemoc toho člověka, takže jim vysvětlit, že není cesty zpět. [...] To často pomůže i pacientům, protože ti jsou s tím již smíření, ale rodina si to nechce připustit.“</i>

S2	<i>„Je dobré vymyslet a nakopnout je k nějakému programu, aby neměli stereotyp a museli ho trochu změnit a nebyli takoví, že teď musíme udělat to a to.“</i>
S3	<i>„No to záleží. Rozhodně tou komunikací a ona pro ně je podpora už jen to, že nás mají na telefonu a mohou kdykoli zavolat.“</i>
S4	<i>„Povídat si s nimi, tím, že je už známe, tak přidat do rozhovorů i nějaký smysl pro humor, to často pomáhá a dokonce se spolu i zasmějeme.“</i>
S5	<i>„Mají 24 hodin sestřičku na telefonu, říkám jim, že pokud si chtějí jen povykládat, ať si zavolají. Sestřička má službu a je od toho, aby jim pomohla.“</i>

Souhrn: Participantky S3 a S4 uvedly jako způsob, kterým podpořit pacienty a rodinu, je dobrá komunikace. Participantka S1 uvedla, že v tomto procesu je důležité, aby rodina přijala nemoc jejich blízkého, proto jim situaci vysvětlit. Participantka S2 považuje za vhodné, vymyslet pro nemocné nějaký program. Participantka S5 vidí jako největší podporu dostupnost sester 24 hodin denně.

Otázka č. 11 Jaké jsou nejčastější chyby a omyly, které sestry dělají při péči o pacienty v paliativní péči?

Tabulka 12 - Nejčastější chyby a omyly sester

Participant	Odpověď
S1	<i>„Málo se věnují i rodině pacienta. Někdy rodina řekne sestři, přijďte vy, vy s námi víc promluvíte. [...] Jsou některé, které udělají výkon a odejdou.“</i>
S2	<i>„Myslím si, že tam je nejzásadnější, kolik tten pacient o té nemoci ví a kolik mu řekl doktor. [...] Hlavně asi ta nevědomost o tom, co se může a nemůže říct.“</i>
S3	<i>„Možná málo zkušeností s tou komunikací, jak s nimi mluvit. Nás je tady čím dál víc a jsou tu nové sestřičky, které s tím nemají zkušenost. [...]“</i>

S4	<i>„Myslím, že to, že dávají plané naděje.“</i>
S5	<i>„Nechtější slyšet, jak to ten pacient cítí a berou to tak, jak to bývá u té diagnózy. Každý je jedinečný.“</i>

Souhrn: Omyly a chyby, které uvedly participantky S2 a S3 se týkají komunikace s pacienty. Participantka S1 uvedla, že se sestry málo věnují rodině pacienta, kteří pomoc sester také potřebují. Participantka S3 si myslí, že mezi hlavní chyby sester, kterých se dopouštějí, je dávání planých nadějí. Další participantka uvedla, že sestry málo vnímají konkrétní pocity pacienta a jejich prožívání nemoci berou stereotypně.

Otázka č. 12 Co musí sestra absolvovat, aby mohla pracovat jako sestra v paliativní péči?

Tabulka 13 - Vzdělání sester

Participant	Odpověď
S1	<i>„Určitě nějaké semináře, kdy proběhne seznámení s problematikou paliativní péče. Ale jinak si říkám, že buď to v tom člověku je nebo není.“</i>
S2	<i>„Jen vysokou školu a kurzy.“</i>
S3	<i>„Musí být všeobecná sestra, ale ony jiné požadavky nejsou a časem se jezdí na různé kurzy.“</i>
S4	<i>„V průběhu se musí udělat paliativní kurz ELNEC, poté je to spíše jen doporučení.“</i>
S5	<i>„Nemusí být odborná příprava, ale aby mohla pracovat bez dozoru. Hlavně mít k tomu ten vztah a nějakou praxi. Nedovedu si představit, že by sem nastoupila sestra přímo po škole.“</i>

Souhrn: Žádná participantka neuvedla, že by bylo nutné absolvovat speciální odborné vysokoškolské vzdělání. Participantky S2, S3 a S5 uvedly, že k vykonávání této práce je potřebné, aby se jednalo o všeobecnou sestru, která může pracovat bez dozoru. Participantky S1-S4 uvedly, že v průběhu zaměstnání se sestry vzdělávají pomocí kurzů

a školení. Participatka S5 se domnívá, že je potřebná k výkonu práce v této oblasti již nějaká praxe.

Otázka č. 13 Jak často se účastníte školení a kurzů v oblasti paliativní péče?

Tabulka 14 - Školení a kurzy

Participant	Odpověď
S1	<i>„Dvakrát za rok.“</i>
S2	<i>„Já přímo na kurzu paliativní péče ještě nebyla. Byly to kurzy spíš o rány, PICC.“</i>
S3	<i>„No, já měla naposledy před rokem a půl, od té doby žádný. Ale jsou webináře, které se dají shlédnout zpětně.“</i>
S4	<i>„Tím, že to není povinné, tak každý individuálně. Máme to nabízené, ale spíše je to o tom, co si kdo najde a co je zajímavé.“</i>
S5	<i>„Snažíme se nastavit, aby k té paliativní péči to bylo minimálně dvakrát v roce, dále konference a návstavy navíc, tak se pohybujeme 5-6 za rok.“</i>

Souhrn: Participantky zde odpovídaly různě. Pouze jedna participantka uvedla, že i přesto, že se setkává s pacienty v paliativní péči, dosud neabsolvovala žádný kurz zaměřený na paliativní péči. U zbylých participantek, které se nějakého vzdělání v oblasti paliativní péče účastnily, je počet odlišný. Dále se nacházely odpovědi, že záleží na každé sestře, v jaké oblasti by se chtěla více vzdělat a co za problematiku ji zajímá.

Otázka č. 14 Jaká témata jsou pro Vás nejdůležitější a myslíte si, že by bylo vhodné o nich více školení a kurzů?

Tabulka 15 - Téma vhodné na více školení

Participant	Odpověď
S1	<i>„Určitě ta komunikace s rodinou a klientem, jak k nim přistupovat a jak určité věci sdělovat, co jim sdělit a nesdělit.“</i>
S2	<i>„[...] Především o té komunikaci, jak přistupovat k těm pacientům.“</i>

S3	<i>„Rozhodně komunikace a možná ještě léčba bolesti.“</i>
S4	<i>„Jak mluvit s pacientem a pečujícím, ta komunikace je nejdůležitější, je to takový pilíř.“</i>
S5	<i>„Myslím si, že sestry to zvládají dobře a vzdělání sester je v dnešní době na vysoké úrovni a požadavky ve škole jsou také vysoké. Spíše by se mělo jednat o informovanost těch lidí, na co ta služba je.“</i>

Souhrn: Čtyři participantky považují za vhodné, aby se sestry učily především vhodné komunikaci. Participantka S3 k této odpovědi dodala ještě školení o léčbě bolesti. Participantka S5 uvedla, že si myslí, že sestry jsou školené dobře, spíše vidí problém na straně špatné informovanosti veřejnosti.

Otázka č. 15 – Co Vás přivedlo k tomu, abyste se stala sestrou v paliativní péči?

Tabulka 16 - Důvod práce v paliativní péči

Participant	Odpověď
S1	<i>„My vlastně děláme veškerou zdravotní péči, pacienti v paliativní péči začali postupně přicházet, ani nevíme jak. [...] Vyloženě jsem to nevyhledávala.“</i>
S2	<i>„[...] Jelikož jsme domácí péče, která poskytuje i hospicovou péči, tak jsme se začali postupně starat i o umírající pacienty.“</i>
S3	<i>„Mě nic. [...] Byla jsem oslovena, protože potřebovali sestru.“</i>
S4	<i>„I během své minulé práce jsem vždy pracovala v domácí péči, ta terénní práce mě moc baví.“</i>
S5	<i>„Spíše se jednalo o management, protože jsem začala dělat vrchní sestru.“</i>

Souhrn: Všechny participantky uvedly, že práci na pozici paliativní sestry vyloženě nevyhledávaly.

Otázka č. 16 – Jak se vyrovnáváte s vlastními emocemi a zvládáte zachovat profesionální odstup, aby se zabránilo syndromu vyhoření?

Tabulka 17 - Vyrovnávání se s vlastními emocemi a profesionální odstup

Participant	Odpověď
S1	<i>„To je problém s tím odstupem, obzvlášť v domácí péči, kdy k tomu pacientovi jezdíte čtyři, pět let. [...] Stanete se členem rodiny. Takže tam je někdy problém se od toho odprostit.“</i>
S2	<i>„Nějakým způsobem ze sebe ty emoce dostat.“</i>
S3	<i>„Já nevím, já jsem se tak nějak naučila, že jakmile tady zavřu dveře, tak vše vypustím a neřeším.“</i>
S4	<i>„To je docela náročné, ale mám koníčky, malého syna, spíš se snažím nechat to v té práci. Vyrovnat se s tím, že to není můj problém, já jim pomáhám v tom odcházení, ale snažím se to nevztahovat na sebe.“</i>
S5	<i>„Profesionální odstup, když docházíme do rodiny, úplně nejde. Sem tam je potřeba si poplakat, to k tomu patří. K vyhoření může dojít vždy, spíše je důležité mít koníčky a úplně tomu nepodlehout.“</i>

Souhrn: Participantky S1, S4 a S5 považují udržení odstupu od pacientů za velmi náročný. Participantka S2 se snaží nějakým způsobem emoce z pracovního nasazení vytěsnit. Participantka S3 se praxí naučila oddělit pracovní a soukromý život. Podobně odpovídala i participantka S4, která se snaží nevztahovat problémy pacientů na sebe a smířit se s tím, že pomoci může jen do určité míry. Participantka S5 dále uvedla, že k syndromu vyhoření může dojít v jakémkoli zdravotnickém zařízení. Participantky S4 a S5 zdůrazňovaly důležitost osobních zájmů a koníčků, které jim pomáhají udržet si duševní zdraví.

Otázka č. 17 Co vám pomáhá udržet pocit smyslu a motivace v práci, která je často tak náročná?

Tabulka 18 - Pocit smyslu a motivace

Participant	Odpověď
S1	<i>„Pomoc těm lidem, ulehčit jim život. A máme dobrý kolektiv, takže se nějak podporujeme vzájemně.“</i>
S2	<i>„Že můžu pomáhat klientům a jejich rodině.“</i>
S3	<i>„Protože je to potřebné, já to tak neberu. Já si jen říkám, že i kdybych já sama měla někoho takového blízkého nebo já sama, tak nechci ležet v nemocnici.“</i>
S4	<i>„Ti pacienti. Když odcházím od toho pacienta a vidím, že jsem tam zanechala něco, co jim pomůže, že jsou spokojeni a že jsou více zaučeni a soběstační.“</i>
S5	<i>„Zpětná vazba od pečujících, že jsou šťastní, že mohly být s tím blízkým do poslední chvíle a poskytnout jim svoji přítomnost a péči, kterou by v nemocnicích nemohli poskytnout.“</i>

Souhrn: Všechny participantky vidí největší motivaci v pomoci nemocným a jejich rodinám. Jedna z participantek dodala, že by si sama nepřála, aby ona nebo její blízcí leželi v závěru života v nemocnici. Participantku S5 motivuje zpětná vazba od pečujících.

Otázka č. 18 Byla nějaká situace pro Vás natolik náročná, že jste přemýšlela nad odchodem z tohoto zaměstnání?

Tabulka 19 - Odchod ze zaměstnání

Participant	Odpověď
S1	<i>„Nad ukončením ne, spíše už nepřijít k určitým lidem.“</i>
S2	<i>„Asi ne.“</i>
S3	<i>„Ne.“</i>

S4	„ <i>Ne.</i> “
S5	„ <i>Ano, jednalo se spíše o interpersonální věci. [...]</i> “

Souhrn: Všechny participantky se shodly na tom, že psychická náročnost práce je neovlivnila natolik, aby chtěly odejít z dosavadní práce. Jedna participantka zmínila, že se jednalo spíše o konkrétní situace, kdy měla pocit, že je pro ni onen kontakt s pacientem příliš psychicky náročný. Jedna z participantek přemýšlela nad odchodem, ale kvůli záležitostem týkajících se jiné problematiky.

Otázka č. 19 Jaký je Váš přístup k péči o vlastní psychiku? Kolik času věnujete sama sobě a na vlastní péči o své zdraví?

Tabulka 20 - Péče o vlastní psychiku

Participant	Odpověď
S1	„ <i>Málo času. Jednou za měsíc kosmetika, jinak relax s rodinou, kulturní akce na vesnici. [...]</i> “
S2	„ <i>Minimální, moc ho není i skrze děti [...]</i> Ale jinak procházky, sport.“
S3	„ <i>Tak já nemám celý úvazek, takže tady nejsem furt. Nebo jsem tady často, ale mám i nějaké dny volna, kdy se věnuji rodině a svým zájmům.</i> “
S4	„ <i>Koníčky, mám malého syna.</i> “
S5	„ <i>Člověk se musí naučit menezžovat svůj čas, koníčky, rodina. [...]</i> U žen, když máme rodinu, je to jednodušší.“

Souhrn: Dvě participantky uvedly, že tráví málo času péčí o sebe. Všechny participantky se shodly na tom, že nejdůležitější je mít koníčky a zájmy.

Otázka č. 20 Jak vidíte budoucnost paliativní péče?

Tabulka 21 - Budoucnost paliativní péče

Participant	Odpověď
S1	<i>„[...] Tak, že bude více lidí propuštěných z nemocnic do domácí péče. Je dobře, že lidé zemřou doma, je to přirozenější.“</i>
S2	<i>„Určitě je to výborná věc pro rodiny, které chtějí mít dotyčného u sebe a myslím, že se to začne čím dál tím více rozšiřovat.“</i>
S3	<i>„No, ono se to rozšiřuje se a myslím si, že je to teď lukrativní záležitost pro některé lidi. Ale je škoda, že to stát takto nevidí.“</i>
S4	<i>„Myslím si, že je to hrozně důležité a mělo by se to více rozšířit, aby lidé mohli být doma se svojí rodinou. [...]“</i>
S5	<i>„V paliativní péči je vidět obrovský posun, líbí se mi, že ta možnost mobilní hospicové péče je, že mohou být doma.“</i>

Souhrn: Všechny participantky se shodly na tom, že služba paliativní péče je velmi důležitá a v dnešní době se rozšiřuje a v rozšiřování by se mělo nadále pokračovat.

Otázka č. 21 Jaké vnímáte nedostatky v této oblasti a co myslíte, že by se mělo zlepšit?

Tabulka 22 - Nedostatky v paliativní péči

Participant	Odpověď
S1	<i>„Nespolupracující obvodní lékaři, pojišťovny, někdy i spolupráce s rodinou. [...]“</i>
S2	<i>„Možná ta lepší spolupráce s těmi lékaři a nemocnicemi. Často toho moc nevíme a jdeme do takového neznáma.“</i>
S3	<i>„No právě, aby to stát víc podporoval.“</i>
S4	<i>„Je spousta krajů, které ty mobilní hospice nemají nebo nevyužívají je a lidé musí být v nemocnicích.“</i>
S5	<i>„[...] Financování rodin nemocného.“</i>

Souhrn: Tři participantky vidí nedostatky ve špatné spolupráci s obvodními a odbornými lékaři. Také se shodly na malé finanční podpoře ze stran pojišťoven či státu. Participantka S4 si myslí, že by péče měla být dostupná ve všech krajích na více místech, aby byl dosah této péče pro každého, kdo ji chce využívat.

Otázka č. 22 Jakým způsobem by se mohly zlepšit podmínky pro sestry v paliativní péči?

Tabulka 23 - Zlepšení podmínek pro sestry

Participant	Odpověď
S1	<i>„Po finanční stránce. Ta finanční stránka je hodně motivující [...]. Pak větší podpora od lékařů a rodiny.“</i>
S2	<i>„U nás je to hrozně složité, že když je mu třeba zle, tak my mu nemůžeme dát něco jen tak. [...] Tak mít možnost pomoci pacientovi hned, nemuset čekat na ordinaci lékaře.“</i>
S3	<i>„My máme výborné podmínky, takže já si nemůžu stěžovat.“</i>
S4	<i>„Nějaké benefity jako jsou například masáže nebo nějaké vyblíjející aktivity, aby se sestry odreagovaly.“</i>
S5	<i>„Financováním, abychom mohli zajistit lepší vybavení jak pro pacienty, tak pro sestry. [...] A taky lepší finanční ohodnocení sester, kdy by poté bylo větší množství toho personálu.“</i>

Souhrn: Dvě participantky by si přály paliativní péči lépe zafinancovat, a to jak ohodnocením zdravotníků, tak i lepším vybavením pomůcek pro pacienty. Jedna participantka by uvítala ohodnocení ve formě benefitů. Jedna z participantek je s podmínkami spokojená.

Otázka č. 23 Jakým způsobem by se mohly zlepšit podmínky pro pacienty v paliativní péči?

Tabulka 24 - Zlepšení podmínek pro pacienty

Participant	Odpověď
VS1	<i>„Přístup a spolupráce rodiny. Ta rodina musí spolupracovat s námi. Nemůže říct, že vy se postaráte. [...]“</i>
VS2	<i>„[...] Lepší dostupnost paliativní péče, nebýt podmínka například třech měsíců života, aby pacienti mohli do hospicové péče.“</i>
VS3	<i>„Možná více kurzů pro sestry v oblasti paliativní péče, aby byly více zkušenější. Neříkám, že nejsou zkušené. Ale každá je z jiného oboru a chtělo by se to více zaměřit na tu paliativu.“</i>
VS4	<i>„Už ze strany nemocnice, že jsou propuštěni do domácí péče, ale nejsou vůbec informováni.“</i>
VS5	<i>„Prakticky to stejné. [...] Myslím si, že kdyby to finanční nastavení bylo lepší a bylo těch sestřiček více, mohla by tam být i delší dobu.“</i>

Souhrn: Participantka S1 uvedla, že by bylo vhodné zlepšit přístup a spolupráci ze strany rodiny. Participantka S2 uvedla lepší dostupnost paliativní péče a omezení podmínek pro příjem pacientů do hospicové péče. Participantka S3 uvedla, že by bylo vhodné, aby sestry absolvovaly více kurzů týkajících se paliativní péče. Participantka S4 uvedla, že by bylo vhodné zlepšit informovanost již v nemocnicích. Participantka S5 by uvítala, kdyby bylo lepší finanční nastavení a díky tomu by bylo více personálu, který by měl možnost trávit více času u pacientů.

6 DISKUZE

Bakalářská práce se zabývala komunikací všeobecných sester s pacienty v paliativní péči. Hlavním cílem práce bylo porozumět problematice, která je spojená s komunikací s pacienty. K naplnění hlavního cíle byly vymezeny čtyři dílčí cíle. Informace potřebné k naplnění cíle byly získány pomocí rozhovorů s participanty a poté byly získané informace přiřazeny k jednotlivým cílům.

Po uskutečnění výše uvedeného výzkumného šetření a získání dat vyplynuly informace pro celkové vyhodnocení hlavního cíle bakalářské práce.

Dílčí cíl č. 1: Zjistit, jaké faktory ovlivňují komunikaci pacienta a sestry v paliativní péči. Otázky v rozhovoru směřující k tomuto cíli byly otázky č. 1-11. Z odpovědí participantů vyplývá, že u pacientů s terminálním stádiem onemocnění je komunikace tím nejzásadnějším aspektem v kvalitní a efektivní péči o pacienta. Jelikož se jedná o velmi těžké období, je prací sestry, aby pomohla pacientovi i jeho blízkým projít touto nelehkou situací. Důležité je první setkání pacienta a všeobecné sestry. Pokud chceme, aby spolupráce mezi sestrou a pacientem fungovala, je nutné, aby si k sobě našli vzájemnou důvěru. Sestra musí brát na vědomí, že každý člověk je originální a musí ke každému pacientovi přistupovat individuálně. Důležitou roli při komunikaci má i rodina nemocného. Ta dokáže často ovlivnit, jak se nemocný chová a jak reaguje na situaci. Před rodinou se pacienti snaží vše zvládat a nedávají plně najevo své potřeby a emoce. V takovém případě je potřebné promluvit si i s rodinou a vysvětlit jim celou situaci a poradit jim, jak v tomto období postupovat a čemu se vyvarovat. Při komunikaci o takto citlivém a smutném tématu je důležité být empatický, upřímný a neunáhlit se ke lžím a dáváním planých nadějí. Dílčí cíl č. 1 byl splněn.

Doporučení pro praxi: Sestry by se měly v první řadě snažit vytvořit přátelské a bezpečné prostředí, ve kterém se pacienti a jejich rodiny nebudou bát mluvit otevřeně o svých pocitech a potřebách. Dále by měly respektovat jedinečnost pacienta a během setkání přistupovat ke každému jedinci individuálně. Sestry by neměly zapomínat ani na potřeby rodiny a aktivně je zapojovat do procesu.

Dílčí cíl č. 2: Zjistit potřeby v oblasti vzdělávání a tréninku v paliativní péči. K tomuto cíli se pojily otázky č. 12-14. Všechny participantky uvedly, že jedinou podmínku, kterou musí sestra splňovat, je mít kompetence všeobecné sestry dle zákona č. 96/2004 Sb. V průběhu praxe poté sestry absolvují kurz ELNEC, který se snaží připravit sestry na práci s pacienty na konci života. Každé zdravotnické zařízení má své seznamy kurzů a seminářů. Velkou roli zde hraje přístup a iniciativa ze strany sester. Nabízeno je několik seminářů, které se zabývají všeobecně paliativní péčí, komunikací nebo např. konkrétních potřeb u pacienta v závěru jeho života. Je na každé sestře, o jakou problematiku se zajímá, v jaké oblasti by se chtěla zlepšit a dozvědět něco nového a poté získané poznatky využít v praxi. Pouze jedna z participantek uvedla, že se neúčastnila kurzu paliativní péče, ale jen seminářů, které se týkaly např. ošetření ran. Čtyři z pěti participantek uvedly, že téma, které je pro ně nejdůležitější a vhodné, aby byl na něj kladen větší důraz, je právě komunikace. Dílčí cíl č. 2 byl splněn.

Doporučení pro praxi: Na základě zjištění potřeb v oblasti vzdělávání v paliativě je možné navrhnout následující doporučení pro praxi. Ve zdravotnických zařízeních by měla být rozšířena nabídka kurzů a školení, které by sestřím poskytly možnost volby témat, která jsou pro ně nejpřínosnější a chtěly by se v nich zdokonalovat. V rámci školení by měl být kladen větší důraz na praktickou část, kde by se teoretické poznatky aplikovaly v simulovaných situacích.

Dílčí cíl č. 3: Zjistit náročnost práce sestry v paliativní péči a strategie, které mohou pomoci sestřím psychicky zvládat tuto práci. Na tento cíl se vztahovaly otázky č. 15-19. Dle odpovědí participantů vyplývá, že práce sestry s pacienty v konečném stádiu života je psychicky velice náročná. S pacienty si jsou velmi blízcí a jak uvedla jedna z participantek: „stávají se členem rodiny“. Zachování profesionálního odstupu je v takovém případě téměř nemožné. Pouze jedna participantka uvedla, že se během praxe naučila oddělit pracovní a osobní život. Ostatní participantky se shodly na tom, že je důležité věnovat se mimo práci svým osobním zájmům, rodině, trávit čas v přírodě a snažit se nemyslet na práci, pokud v ní zrovna nejsou. Žádná z dotazovaných nevedla, že by i přes náročné situace, ve kterých se nachází, přemýšlela nad ukončením této práce. Největší motivací, proč nadále zůstat pracovat v této oblasti, participantky uvedly pomoc pacientům a jejich blízkým a to, když vidí, že jejich práce je užitečná a ulehčuje situace, které by bez jejich péče byly mnohem náročnější nebo dokonce nemožné. Dílčí cíl č. 3 byl splněn.

Doporučení pro praxi: Vzhledem k práci, která je pro sestry tak psychicky náročná, měly by mít i sestry možnost zaměřit se na svůj vlastní psychický stav a dát najevo své pocity. Ze stran zaměstnavatele by měly být povzbuzovány a měly by jim být nabízeny konzultace, které napomůžou se zpracováním pocitů a náročných situací. Dále by sestry měly mít dostatek času na odpočinek a věnování se vlastním zájmům a nejbližším.

Dílčí cíl č. 4: Zjistit, jaké nedostatky vnímají sestry paliativní péče a jak si představují její budoucnost. K výsledku tohoto cíle jsme se dopracovali pomocí otázek č. 20-22. V této skupině otázek jsme slyšeli odlišné odpovědi. Z odpovědí od účastnic jsme se dozvěděli, že mezi nedostatky, které vnímají, patří často spolupráce s lékaři a nemocnicemi a podpora od státu. Lepší podpora od státu by se měla týkat zařízení, které poskytuje tuto péči, tak i podpora rodin nemocného. Pokud by bylo lepší financování hospicové péče, mohlo by zařízení zajistit kvalitnější vybavení pro pacienty i pro personál a nabídnout lepší platové ohodnocení, a tím by se mohl zvýšit zájem o tuto pozici. Mobilní hospicovou péči si mohou dovolit pouze pacienti, u kterých je alespoň jedna blízká osoba pacienta neustále k dispozici po dobu 24 hodin, 7 dní v týdnu. To je často pro rodiny i finančně náročné. Mezi další nedostatky, které byly zmíněny během rozhovoru, patří např. spolupráce s rodinou, neinformovanost pacientů o jejich stavu a prognóze a nízký počet mobilní hospicové péče. Co se týče budoucnosti paliativní péče, tam se všechny účastnice shodly, že využívání této služby je velmi důležité a je dobře, že se paliativní péče stále posouvá kupředu a rozšiřuje se. Pokud se bude nadále rozšiřovat, bude to pro nemocné pacienty velkou pomocí a budou moct strávit poslední chvíle se svými blízkými a v prostředí, které je pro ně nejpřirozenější a cítí se tam mnohem lépe než v nemocničním zařízení. Cíl č. 4 byl splněn.

Doporučení pro praxi: Aby byla paliativní péče v budoucnosti co nejúčinnější, bylo by vhodné zlepšit komunikaci a spolupráci mezi lékaři/nemocnicemi a zařízeními poskytujícími paliativní péči. Nyní je komunikace nedostačující a měl by se klást větší důraz na pravidelnou komunikaci a dostatečné sdílení informací o pacientovi. Je třeba nadále pracovat na rozšiřování paliativní péče a je důležité podporovat inovace a výzkumy týkající se této oblasti. To může napomoci apelovat na zlepšení podpory paliativní péče a tím dojít k zajištění lepších finančních prostředků pro zařízení i pro nemocné s rodinami.

Bakalářských prací, které se věnují oblasti paliativní péče, existuje několik. Např. Plecerová (2010) vypracovala svou bakalářskou práci na téma: Efektivní komunikace v paliativní péči. V práci se věnovala komunikaci, paliativní medicíně, hospicové péči a etice u nevléčitelně nemocných. Mezi další práce s touto tematikou patří bakalářská práce na téma: Paliativní péče z pohledu všeobecných sester od Drábkové (2021). Zde se studentka zabývala, jak jsou v konkrétní nemocnici všeobecné sestry seznámeny s působením paliativního týmu a jaká je spolupráce s tímto týmem. Velková (2020) vypracovala bakalářskou práci na téma: Paliativní péče jako součást ošetrovatelství. Ve své práci se autorka zabývala vzděláváním všeobecných sester v paliativní péči, její historií a fungováním. I přesto, že se práce týkaly stejného tématu, vzhledem k odlišným cílům práce nelze výsledky výzkumu porovnat.

ZÁVĚR

Tato bakalářská práce s názvem „Komunikace všeobecné sestry s pacienty v paliativní péči“ je tematicky rozdělena na teoretickou a praktickou část.

Teoretická část se skládala ze tří kapitol. První kapitola se věnovala paliativní péči, kde byly definovány základní pojmy, dále se tato práce věnuje druhům paliativní péče a zařízením, které tuto péči poskytují. Druhá kapitola se týkala nedílné součásti paliativní péče, kterou je komunikace. I tato kapitola se věnuje vymezením základních pojmů. Dále jsou zmíněny formy komunikace a zásady, jak sdělovat pacientům a rodině citlivé téma. S tímto tématem úzce souvisí a navazuje na něj podkapitola, která popisuje rozdělení stádií smíření se se smrtí podle Kübler-Rossové. Poslední kapitola teoretické části vymezuje roli sestry v paliativní péči a důležitost přítomnosti sestry v rámci multidisciplinárního týmu při posledních chvílích života pacienta. Kapitola také představuje vzdělání potřebná k práci paliativní sestry.

Praktická část byla zpracována pomocí kvalitativního výzkumu technikou polostrukturovaného rozhovoru. Na výzkumu se podílelo pět participantek. K praktické části byl předem vytyčený jeden hlavní cíl a čtyři cíle dílčí. Hlavním cílem praktické části bylo porozumět problematice, která je spojená s komunikací všeobecných sester s pacienty v paliativní péči. První dílčí cíl se věnoval prozkoumání faktorů, které ovlivňují komunikaci mezi sestrou a pacienty. Druhý dílčí cíl se zabýval prozkoumáním, jaké vzdělání sester je potřebné k vykonávání pozice sestry v paliativní péči. Třetí dílčí cíl se zaměřoval na zjištění náročnosti práce sestry v paliativní péči a strategií, které mohou pomoci sestrám lépe zvládat psychicky náročnou práci. Posledním dílčím cílem výzkumu bylo zjistit, jaké nedostatky sestry vnímají a jak by si představovaly budoucnost paliativní péče.

Z průzkumného šetření vyplynulo, že sestry vnímají komunikaci jako nedílnou součást paliativní péče a zároveň tou nejtěžší činností při práci paliativní sestry. Sestry popsaly pozitivní vztah ke své práci, která je naplňuje i přes náročné chvíle při doprovázení pacientů na konci jejich života. Největší motivací paliativních sester při této práci je radost pacientů a rodiny z možnosti trávit poslední chvíle v domácím prostředí spolu se svými nejbližšími a pomoc pacientům při překonání náročných situací během konce života. Téma paliativní péče je v českém diskurzu stále aktuálnějším tématem a postupně se tato služba rozšiřuje. Sestry také zmínily, že paliativní péče je velmi důležitá v životech pacientů, kteří nemají tu možnost dočkat se radostné zprávy od lékařů, že jsou vyléčení. Komunikace mezi sestrou

a pacientem je ovlivněna několika faktory jako je např. aktuální zdravotní stav pacienta, nálada pacienta, spolupráce rodiny, fáze smíření se se svým osudem.

Obecně výzkum potvrdil důležitost poskytování paliativní péče. Tato péče by měla být nedílnou součástí práce zdravotní sestry nejen v zařízeních, která nabízejí paliativní a hospicovou péči, ale i na standardních odděleních. Obecně z výzkumu vyplynulo, že je vzdělání sester v tomto ohledu věnována malá pozornost a sestry by měly absolvovat více kurzů s touto tematikou. Pokud budou sestry dostatečně informované, budou obeznámeny s principy paliativní péče a budou vědět, jak s takto nemocnými pacienty komunikovat, ulehčí tím zbytek života pacientovi i jeho rodině. Ti tak lépe zvládnou situaci, která je pro ně velmi náročná, jelikož budou cítit ze strany zdravotnickém personálu oporu a ochotu jim pomoci. Právě taková péče je klíčová ke zlepšení kvality života pacientů.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BRIGHTON, L. J. and K. BRISTOWE. Communication in Palliative Care: Talking about the End of Life, before the End of Life. *Postgraduate Medical Journal*, 2016, vol. 92, no. 1090. p. 466. ISSN 00325473. DOI 10.1136/postgradmedj-2015-133368.

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

BUŽGOVÁ, R. a L. SIKOROVÁ. *Dětská paliativní péče*. Praha: Grada, 2019. ISBN 978-80-271-0584-7.

Centrum paliativní péče [online], 2023. Dostupné z: <https://paliativnicentrum.cz/>

ČESKO, 2004. Vyhláška č. 96/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). In: *Sbírka zákonů České republiky*, 2004. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96>

ČESKO, 2017. Vyhláška č. 391/2017, kterou se mění vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění vyhlášky č. 2/2016 Sb. In: *Sbírka zákonů České republiky*, 2017. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2017-391>

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

FITCH, M. I., M. C. FLIEDNER a M. O'CONNOR. Nursing perspectives on palliative care 2015. *Annals of Palliative Medicine*, 2015, 4(3), pp. 150- 155. Dostupné z: doi:10.3978/j.issn.2224-5820.2015.07.04

HEŘMANOVÁ, J. a kol. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3469-9.

Hospic na Svatém Kopečku [online], 2023. Dostupné z: <https://www.hospickopecek.charita.cz/>

KALA, M. a Z. DORKOVÁ. *Paliativní a hospicová péče: Studijní opora pro nelékařské zdravotnické pracovníky* [online]. Zlín, 2017. ISBN 978-80-7454-668-6.

KABELKA, L., O. SLÁMA a M. LOUČKA. *Paliativní péče v České republice 2016: Situační analýza* [online]. Česká společnost paliativní medicíny ČLS J.E.P, 2016. Dostupné také z: <https://www.paliativa.cz/sites/default/files/2019-09/situačni-analyza-paliativni-pece.pdf>

KELNAROVÁ J. a E. MATĚJKOVÁ. *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asisitenty - 4. ročník. Vydání druhé, přepracované a doplněné*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-5203-7

KOUBOVÁ, M. O kvalitě nemocniční paliativní péče v ČR chybí data. Dle studie VFN se dobrá péče dostane desetině pacientů [online]. *Zdravotnický deník*, 2017. Dostupné z: <https://www.zdravotnickydenik.cz/2017/05/kvalite-nemocnicni-paliativni-pece-cr-chybi-data-dle-studie-vfn-se-dobra-pece-dostane-desetine-pacientu/>

KÜBLER-ROSS, E. *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících*. Vydání druhé, přepracované, v Portále první. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0911-9.

KUPKA, M. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada. Psyché (Grada), 2014. ISBN 978-80-247-4650-0.

LENHERR, G. et al. To speak, or not to speak – do clinicians speak about dying and death with geriatric patients at the end of life? *Swiss Medical Weekly*, 2012, 142. Available from: <http://doi.emh.ch/smw.2012.13563>

MARKOVÁ, M. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada. Sestra (Grada), 2010. ISBN 978-80-247-3171-1.

MATZO, M. a D. W. SHERMAN. *Palliative care nursing: quality care to the end of life*. New York: Springer Publishing Company, 2019. ISBN 978-08-261-2712-9.

MCCAUGHAN, D. and G. KAUFMAN. The effect of organisational culture on patient safety. *Nursing standard: Royal College of Nursing* [online]. 2013, 27(43).. Dostupné také z: https://www.researchgate.net/profile/Dorothy-Mccaughan/publication/256288916_The_effect_of_organisational_culture_on_patient_safety/links/56c1a3f708aee5caccf7ef1e/The-effect-of-organisational-culture-on-patient-safety.pdf

SLÁMA, O. a L. KABELKA. *Paliativní medicína pro praxi*. Třetí, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Galén, 2022. ISBN 978-80-7492-627-3.

SLÁMA, O. a T. VAFKOVÁ. *Paliativní péče* [online]. In: . Masarykova univerzita Brno, 2020. ISBN 978-80-210-9628-8. Dostupné také z: https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/lf/ps19/paliativni_pece/web/index.html

STIBOROVÁ, D. aj. FREI. *Paliativní péče a umírání v domácím prostředí*. Sedlec-Prčice, 2018. ISBN 978-80-270-3719-3.

ŠPATENKOVÁ, N. a kol. *O posledních věcech člověka: vybrané kapitoly z thanatologie*. Praha: Galén, 2014. ISBN 978-80-7492-138-4.

Umirani.cz: Informační portál pro nemocné, pečující a pozůstalé [online], 2023. Dostupné z: <https://www.umirani.cz/rady-a-informace/faze-vyrovnani-se-s-tezkou-nemoci-a-ztratou>

VANĚČEK, M. a V. BARTOŠOVÁ (ed.). *Pohled zdravotní sestry In: Mluv se mnou*. Praha: Maxdorf, 2011. ISBN 978-80-7345-257-5.

World Health Organization [online], 2020. Dostupné také z: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

World Health Organization. National Cancer Control Programmes. Policies and managerial guidelines, 2nd Edition. Ženeva: WHO, 2002. Dostupné z: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42494/9241545577.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

ZACHAROVÁ, E. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-271-0156-6.

POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

a kol. a kolektiv

ELNEC End Of Life Nursing Education Consortium

např. například

pp. pages

S sestra

s. strana

WHO World Health Organization

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 - Charakteristika participantů	28
Tabulka 2 - Způsob zahájení první konverzace	30
Tabulka 3 - Příprava na komunikaci	31
Tabulka 4 - Reakce pacientů	31
Tabulka 5 - Přístup k pacientům	32
Tabulka 6 - Přidělení sester k pacientovi?	33
Tabulka 7 - Změna sestry na žádost pacienta	34
Tabulka 8 - Odmítnutí péče	34
Tabulka 9 - Potřeba upřímnosti během rozhovoru	35
Tabulka 10 - Dovednosti a vlastnosti	36
Tabulka 11 - Způsob podpory	36
Tabulka 12 - Nejčastější chyby a omyly sester	37
Tabulka 13 - Vzdělání sester	38
Tabulka 14 - Školení a kurzy	39
Tabulka 15 - Téma vhodné na více školení	39
Tabulka 16 - Důvod práce v paliativní péči	40
Tabulka 17 - Vyrovnávání se s vlastními emocemi a profesionální odstup	41
Tabulka 18 - Pocit smyslu a motivace	42
Tabulka 19 - Odchod ze zaměstnání	42
Tabulka 20 - Péče o vlastní psychiku	43
Tabulka 21 - Budoucnost paliativní péče	44
Tabulka 22 - Nedostatky v paliativní péči	44
Tabulka 23 - Zlepšení podmínek pro sestry	45
Tabulka 24 - Zlepšení podmínek pro pacienty	46

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Otázky k rozhovorům

PŘÍLOHA P I: OTÁZKY K ROZHOVORŮM

1. Jaký je nejlepší způsob, jak zahájit konverzaci s pacientem při prvním setkání?
2. Jak se připravujete na komunikaci o konci života s pacientem a jeho rodinou?
3. Jaké nejčastější reakce vidáte a slýcháte během rozhovorů s pacienty?
4. Jak přistupujete ke komunikaci s pacientem, který má potíže vyjádřit své potřeby nebo obavy?
5. Je pacientovi přidělena pouze jedna sestra nebo se sestry střídají?
6. Pokud pacientovi daná sestra nevyhovuje, je možné požádat o změnu sestry?
7. Stane se, že pacient zcela odmítne Vaši péči a nechce v ní pokračovat?
8. Jakým způsobem zvažujete potřebu upřímnosti a empatie během rozhovoru?
9. Jaké jsou podle Vás nejdůležitější dovednosti a vlastnosti, které sestra v paliativní péči potřebuje?
10. Jakými způsoby se snažíte podporovat pacienty a jejich rodinu během procesu paliativní péče?
11. Jaké jsou nejčastější chyby a omyly, které sestry dělají při péči o pacienty v paliativní péči?
12. Co musí sestra absolvovat, aby mohla pracovat jako sestra v paliativní péči?
13. Jak často se účastníte školení a kurzů v oblasti paliativní péče?
14. Jaká témata jsou pro Vás nejdůležitější a myslíte si, že by bylo vhodné o nich více školení a kurzů?
15. Co Vás přivedlo k tomu, abyste se stala sestrou v paliativní péči?
16. Jak se vyrovnáváte s vlastními emocemi a zvládáte zachovat profesionální odstup, aby se zabránilo syndromu vyhoření?
17. Co vám pomáhá udržet pocit smyslu a motivace v práci, která je často tak náročná?
18. Byla nějaká situace pro Vás natolik náročná, že jste přemýšlela nad odchodem z tohoto zaměstnání?
19. Jaký je Váš přístup k péči o vlastní psychiku? Kolik času věnujete sama sobě a na vlastní péči o své zdraví?

20. Jak vidíte budoucnost paliativní péče?
21. Jaké vnímáte nedostatky v této oblasti a co myslíte, že by se mělo zlepšit?
22. Jakým způsobem by se mohly zlepšit podmínky pro sestry v paliativní péči?
23. Jakým způsobem by se mohly zlepšit podmínky pro pacienty v paliativní péči?