



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Ústav ošetrovatelství, porodní asistence a neodkladné péče

Bakalářská práce

Komunikace zdravotníků s pacientem s onkologickým onemocněním

Vypracoval: Markéta Slabová

Vedoucí práce: Mgr. Helena Michálková, Ph.D.

České Budějovice 2016

Abstrakt

Cílem této práce je zjistit, jaký je současný stav komunikace mezi zdravotníkem a pacientem s onkologickým onemocněním. Touto prací vznikl manuál, který bude jakousi příručkou pro všeobecné sestry, které se setkávají s vážně nebo nevyлéčitelně nemocnými, kde sestry najdou zásady komunikace s takovým pacientem.

Teoretická část obsahuje informace o problematice komunikace, typy komunikace, či účel komunikace. Dále obsahuje problematiku onkologických onemocnění, jejich příčiny, diagnostiku, léčbu a také rozšíření v České republice a v Jihočeském kraji. V neposlední řadě se teoretická část zabývá tím, jak by měl probíhat přístup a komunikace s onkologicky nemocnými a jaké jsou další možnosti péče pro nevyлéčitelně nemocné.

Empirická část je založena na několika výzkumných otázkách, které by měly splnit dva vytyčené cíle. Na výzkumné otázky je odpovězeno pomocí kvalitativního výzkumu pomocí polostrukturovaných rozhovorů, a jehož výzkumný soubor tvořili všeobecné sestry a pacienti s onkologickým onemocněním. Sběr dat byl uskutečněn během února a března roku 2016 ve dvou Jihočeských nemocnicích.

Po uskutečnění a zpracování rozhovorů do Microsoft Office Word byly vytvořeny identifikační údaje sester a respondentů.

Analýza rozhovorů byla provedena pomocí kategorizace dat a následném kódování.

Analýza dat prokázala, že pacienti jsou spokojeni s komunikací a přístupem zdravotníků. Sestry jsou vůči tomuto tématu a vzniku syndromu vyhoření velice odolné.

Klíčová slova: Komunikace; onkologický pacient; onkologické onemocnění; syndrom vyhoření

Abstract

The aim of this thesis is to find out the current state of communication between paramedic and patients with cancer.

This work created a manual which is going to be a hand book for nurses who encounter them selves with serious or incurable sick people. In this hand book can nurses find principles of communicaton with oncological patients.

The theoretical part contains information about problematic of communication, types of communication or purpose of communication.

It also contains issues of oncological diseases, their causes, diagnoses, treatment and an increase in the Czech Republic and in the South Bohemian Region.

Theoretical part also deals with process of approach and communication with oncological patients and with possibilities of care for incurable sick people.

Empirical part is based on research of several issues which should accomplish two elected objectives.

The research questions are answered using qualitative research through halfstructured interviews by nurses and oncological patients.

Data were congregate during February and March 2016 in two South Bohemian hospitals.

After the processing of interviews in Microsoft Office Word were created identification data of respondents and nurses.

The objectives of bachelor thesis were approached witch qualitative research. The analysis of interviews was done by using categorization of data and subsequent encoding.

Data analysis showed that patients are satisfied with the communication and attitude of medics. Nurses are against burnout syndrom very resistant.

Keywords: Communication; oncological patient; oncological diseases; burnout syndrom

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů

V Českých Budějovicích dne 25. 4. 2016

.....

Markéta Slabová

Poděkování

Tímto bych chtěla poděkovat mé vedoucí práce Mgr. Heleně Michákové, Ph.D. za její cenné rady a připomínky při vedení mé bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat všem sestrám a respondentům za poskytnutí rozhovorů do empirické části. Také bych chtěla poděkovat Mgr. Jindřišce Černé za gramatickou korekturu mé práce.

Obsah

Seznam použitých zkratk	8
Úvod	9
1 Současný stav	10
1.1 Komunikace	10
1.2 Funkce komunikace	10
1.3 Druhy komunikace	11
1.3.1 Verbální komunikace	11
1.3.2 Neverbální komunikace	12
1.4 Naslouchání u onkologických pacientů	13
1.5 Onkologická onemocnění	14
1.5.1 Diagnostika onkologických onemocnění	15
1.5.2 Léčba onkologických onemocnění	16
1.5.3 Hlášení onkologických onemocnění	18
1.6 Sdělování onkologické diagnózy	18
1.6.1 Zásady komunikace s onkologickým pacientem	19
1.7 Dopad onkologického onemocnění na psychickou stránku	20
1.7.1 Psychologický přístup sester k onkologicky nemocným	21
1.7.2 Psychologické aspekty pomoci pacientům s onkologickým onemocněním	22
1.8 Bolest v onkologii	23
1.8.1 Komunikace s pacientem s onkologickou bolestí	24
1.9 Paliativní péče	25
1.9.1 Sestra a paliativní péče	27
1.9.2 Komunikace v paliativní péči	28
1.10 Sdružení Amelie	29
1.11 Sdružení Liga proti rakovině	30
2 Cíle práce, výzkumné otázky	32
2.1 Cíle práce	32

2.2	Výzkumné otázky	32
3	Metodika	33
3.1	Metodika práce	33
3.2	Podmínky úspěšného rozhovoru	34
3.3	Charakteristika výzkumného souboru	34
3.3.1	Identifikace sester a respondentů	36
4	Výsledky	38
4.1	Kategorizace dat sester	38
4.1.1	Onkologicky nemocní	38
4.1.2	Školení/Vzdělání	40
4.1.3	Realizace komunikace s OP a jeho rodinou	41
4.1.4	Riziko syndromu vyhoření	42
4.1.5	Možnosti další podpory	43
4.2	Kategorizace dat respondentů	44
4.2.1	Komunikace s lékařem	45
4.2.2	Sdělování informací	46
4.2.3	Komunikace s všeobecnou sestrou na onkologickém oddělení	47
4.2.4	Komunikace personálu s rodinnými příslušníky	48
4.2.5	Pomoc a podpora nemocných	49
5	Diskuse	51
6	Závěr	57
7	Seznam použitých zdrojů	59
8	Seznam příloh a obrázků	65
8.1	Rozhovory s pacienty s onkologickým onemocněním	66
8.2	Rozhovor se sestrami	68
8.3	Manuál komunikace s onkologickým pacientem	70

Seznam použitých zkratk

IZ- identifikační znaky

LPR- Liga proti rakovině

OP- onkologický pacient

Úvod

Onkologická onemocnění jsou druhou nejčastější příčinou úmrtí v České republice. Mají celou řadu rizikových faktorů, počínajíc genetikou, až k životnímu stylu člověka. Je to onemocnění, které – i přes dnešní modernizaci medicíny a výzkumu - je velice těžce léčitelné. Jsou to onemocnění, které jsou psychicky náročné pro pacienta, jeho rodinu i zdravotníky samotné. Ale jak s onkologicky nemocným mají zdravotníci komunikovat? Jak komunikovat s pacientem, který je seznámen s tak vážnou diagnózou i prognózou? V této práci bychom chtěli zmapovat, jak zdravotníci komunikují s pacienty právě s tímto onemocněním. V dnešní době existují zásady a etické kodexy pro komunikaci s těmito pacienty, ale řídí se jimi zdravotníci? Dá se jimi vůbec řídit? Přemýšlí zdravotníci o pacientových obavách a starostech? Cílem této práce je zjistit současný stav komunikace zdravotníků s pacientem s onkologickým onemocněním a zjistit, jaké komunikační problémy má pacient se zdravotníkem. Tyto cíle budou naplněny kvalitativním šetřením pomocí rozhovorů. Cílovou skupinou jsou tedy pacienti s onkologickým onemocněním a všeobecné sestry, které o ně pečují. Touto prací zmapujeme, existují-li organizace pro onkologicky nemocné v České republice, či zda zdravotníci znají pomáhající organizace pro pacienty s onkologickým onemocněním. Chtěli bychom zjistit, zda zdravotnický personál umí odpovědět na pacientovy otázky ohledně smrti. Také bychom se chtěli orientovat v tom, jak pacienti reagují na svou diagnózu. Jak s pacienty bylo jednáno, když jim byla sdělována diagnóza? Vyhledávají si onkologická sdružení?

Toto téma je, bohužel, velice tabuizované. Chtěli bychom osvětlit, jak s pacienty s tímto onemocněním mluvit, jak pracují některá onkologická oddělení, vytvořit jakýsi manuál, který by měl zdravotníkům usnadnit komunikaci s pacientem.

Toto téma jsem si vybrala proto, že vím, jaký mi dělá problém mluvit s vážně nemocným pacientem, a proto bych chtěla zjistit, jak nejlépe s pacientem komunikovat, a jak s ním mají hovořit i ostatní zdravotníci. Myslím, že toto téma je potřeba osvětlit zvláště pro jeho tabuizaci. Myslím si, že s onkologicky nemocným by každý zdravotník měl jednat jak profesionálně, tak zároveň ohleduplně a taktně. Zajímá mě, jak se teorie, přibližuje k otázkám reality.

1 Současný stav

1.1 Komunikace

Komunikace mezi lidmi znamená schopnost dorozumívání. Dorozumíváme se mluvenou řečí, neverbálními gesty nebo jen pouhým dotekem. Komunikovat také můžeme pomocí jiných prostředků, například počítačových, televizních nebo radiových. Umění komunikovat je velice důležitou součástí zdravotnické profese. Komunikací sdělujeme pacientovi veškeré informace. Každá sestra musí ovládat komunikaci nejen s pacienty, ale i se svými kolegy na pracovišti. Správnou komunikací sestra podporuje partnerskou spolupráci s pacientem. Komunikace je základem ošetrovatelské péče (Vévoda, 2013).

Komunikace je proces, který má své součásti. Třemi nejdůležitějšími součástmi jsou: *komunikátor* – ten, kdo k někomu mluví, promlouvá, vede rozhovor. Dále v komunikačním procesu musí být *komunikant* – ten, kdo přijímá to, co komunikátor říká nebo vysílá. Ten kdo přijímá dané informace. Důležitou součástí je *komuniké*, což je daná zpráva, symbol nebo informace, která má něco předat (Mikuláščík, 2010).

Rozlišujeme tři typy komunikace: sociální, specifickou a terapeutickou. *Sociální komunikace* je běžná komunikace, kterou sestra používá s nemocným každý den, například při převlékání lůžka, běžný rozhovor na pokoji nebo při rehabilitaci nemocného. *Specifická komunikace* – je komunikace, při níž sdělujeme důležité informace, fakta, či postupy. Zde by nám měl nemocný věnovat zvýšenou pozornost. Může jít o edukaci pacienta, vysvětlování postupu výkonu. Musíme se řídit stavem nemocného a posoudit, zda nám může věnovat pozornost. *Terapeutická komunikace* - rozhovor mezi dvěma lidmi, kde nemocný může být v situaci pro něj zátěžovou. Jde o to promluvit si s pacientem, uklidnit ho a dát mu naději (Venglářová, Mahrová, 2006).

1.2 Funkce komunikace

Máme různé formy a také funkce komunikace. Jednou z nejzákladnějších funkcí je funkce informativní. To znamená, že informace jsou předávány druhým. V rámci

kompetencí každého zdravotníka, je předávání informací pacientovi o onemocnění nebo o určitém vyšetření. O léčbě předává informace pouze lékař. Další funkcí, je funkce instruktivní. To znamená předávání určité informace, například ohledně nějakého postupu (např. zdravotník vysvětluje studentovi postup výkonu a následné komplikace po výkonu). Funkcí přesvědčovací se působí na druhé. V nemocničním zařízení je užívána, potřebuje-li zdravotník nemocného přesvědčit ke spolupráci. Motivující funkce, motivuje pacienta ke spolupráci při léčbě. Vzdělávací a výchovná funkce napomáhají při edukaci pacienta. Podávání instrukcí nebo pokynů. V praxi je aplikujeme v okamžiku, chceme-li pacienta naučit s inzulínovým perem (Vymětal, 2008).

Socializační funkce komunikace napomáhá vytvářet vztahy s ostatními lidmi, mezi pacientem a zdravotníkem, či mezi samotnými pacienty na lůžkovém oddělení. Komunikace osobní identity znamená rozhovor se sebou samým. Pomáhá k utřebením myšlenek. Pacient může sám přemýšlet o své nemoci, či následující léčbě. Uplatňuje se také při rozhodování. Funkce poznávací umožňuje sdělovat, co se uplynulý den přihodilo. Pacient mluví o svém stavu během dne. Dále do této kategorie jistě patří funkce svěřovací. Tato funkce komunikace je užívána, potřebuje-li se pacient svěřit s něčím, co ho tíží. Pacient zdravotníkům sděluje své obavy a pocity z nemoci nebo co zrovna prožívá (Mikuláščík, 2010).

1.3 Druhy komunikace

1.3.1 Verbální komunikace

Verbální komunikace znamená dorozumívání se pomocí mluveného nebo psaného slova. Pomocí řeči. Tato komunikace má řadu podob. Může být formální, neformální, individuální, či sociální (Janoušek, 2015).

Pro komunikaci ve zdravotnictví je verbální dorozumívání velice důležitým procesem. Musíme s pacientem mluvit o tom, co ho trápí, co ho bolí nebo jaké má obavy, trápení či přání. Při verbální komunikaci se musíme vyhýbat zkratkám nebo latinským názvům, kterým pacient nerozumí (Zacharová et al., 2007).

Při komunikaci s nemocným je důležité dodržovat rychlost řeči, hlasitost, výšku hlasu, délku projevu a intonaci. Při komunikaci s pacientem musí být dodržovaná určitá pravidla. Pokud pacient leží, musíme se k němu posadit, abychom byli ve stejné úrovni jako pacient. Na pacienta zbytečně hlasitě nemluvíme. Nemluvíme rychle a nepoužíváme slova, kterým by pacient nerozuměl. Také mluvíme s ohledem na zdravotní stav, věk a mentalitu pacienta (Venglářová, Mahrová, 2006).

Komunikace s nemocným by měla být jednoduchá. Na konci rozhovoru se zeptáme pacienta, zda rozuměl právě sdělenému výkladu. Dále musí být komunikace s pacientem stručná, obzvláště pokud má pacient bolesti a necítí se dobře. Zřetelnost v mluvené komunikaci je nezbytností. Pacient nám musí rozumět a vědět podstatu toho, co mu chceme říct (Zacharová et al., 2007).

Musíme také zvážit vhodné načasování toho, co hodláme pacientovi sdělit. Pokud jde o velmi citlivé a soukromé informace, musíme se ujistit, že v okolí není nikdo, kdo by určitý rozhovor mohl vyslechnout. Také musíme přizpůsobit rozhovor tomu, jak na danou informaci pacient zareaguje. Pokud ji nepřijme dobře, musíme pacientovi dopřát čas na její zpracování. Důležité je, říká-li něco nemocný nám. Musíme mu věnovat plnou pozornost a naslouchat mu (Venglářová, Mahrová, 2006).

1.3.2 Neverbální komunikace

Neverbální komunikace je komunikace beze slov. Komunikace obsahuje až 80 % neverbální komunikace. Umíme se dorozumět, aniž bychom k tomu potřebovali slova. Stačí jen pozorovat. Mnohdy pocity člověka poznáme jen z výrazu tváře, postoje nebo gestikulací. Naučili jsme se mnohé rozpoznat, podle toho, jak se člověk tváří, jakou má zrovna náladu, nebo výraz souhlasu či nesouhlasu. Pouhým podáním ruky dáme člověku najevo úctu, rovnost dvou lidí (De Vito, 2008).

Známe několik typů neverbální komunikace. *Mimika* - jedná se o výraz obličeje. Mimikou sdělujeme naše emoce a momentální náladu. Mimikou rozpoznáme smutek, štěstí, překvapení, pláč, rozčilení nebo strach. *Proxemika* znamená vzdálenost mezi lidmi. Důležité je akceptovat osobní zóny člověka. Po překročení osobní zóny se

pacient cítí nepříjemně nebo může mít strach. *Haptika* neboli dorozumívání se dotekem. Při seznamování se s pacientem, a nejen s pacientem, je slušností podat druhému pravici. Také pohlazením pacienta při komunikaci dáme pacientovi najevo, že nám může důvěřovat a zmírníme jeho strach (Zacharová et al., 2007).

Posturologie, neboli postoj těla. Poloha těla. Naznačuje, jaký zaujímá dotyčný postoj a jak asi bude následující rozhovor probíhat. Například můžeme rozeznat agresivní postoj neboli bojovný postoj. Pokud chceme uskutečnit rozhovor, je nejlepší, aby probíhal vsedě. Pokud tak nelze a člověk musí ležet, měli bychom se k němu posadit (De Vito, 2008).

Kinetika je znaková řeč. Dorozumívání se rukama. Tyto pohyby by neměly být přehnané, ale koordinované. *Pohledy* jsou velice důležitou součástí komunikace. Podle toho, jak se na nás člověk dívá, jak dlouho se dívá, mrká, pohybuje očima, rozpoznáme mnohé. Měli bychom si dávat ale pozor na nepříjemné pohledy, tzv. „civění“. *Úprava zevnějšku* je také důležitá. To jak jsme oblečeni, zda máme čisté oblečení, zda máme upravené vlasy nebo nehty značí důvěryhodnost. Sestra, která se umí postarat o sebe, se umí starat o druhé. Nejen vzhled zevnějšku personálu je důležitý, ale i vzhled prostředí. To by mělo být čisté a příjemné (Venglářová, Mahrová, 2006).

1.4 Naslouchání u onkologických pacientů

Proces naslouchání je důležitým jevem komunikace. Tím, že umíme naslouchat, se učíme, navazujeme a udržujeme vztahy, můžeme ovlivnit postoj a chování jiných lidí. Ve zdravotnictví je naslouchání jedna z nejdůležitějších věcí, které musí sestra ovládat. Nasloucháním se vyjadřuje pochopení a porozumění. Lékař musí naslouchat svému pacientovi, aby se dozvěděl a pochopil, co ho trápí. Sestry naslouchají pacientům, neboť jsou často jedinými důvěrníky nemocných. Všeobecné sestry tráví s pacientem nejvíce času, podílejí se na vizitách a píšou ošetrovatelskou dokumentaci o daném pacientovi. Právě sestra je tím, kdo pacientovi nejvíce naslouchá, a to má u onkologického pacienta, který bývá hodně uzavřený do sebe a má strach z budoucnosti prvotní význam. Tím, že sestry umějí naslouchat a vcítit se do druhého člověka, vědí, že svou práci zvládají

dobře. Naslouchání by mělo proběhnout s empatií. Tím, že onkologickému pacientovi sestra naslouchá, vidí myšlení jeho očima, a tím spíš se dokáže vcítit do jeho situace (Venglářová, Mahrová, 2006; Vorlíček et al., 2012).

Jsou známy tři techniky, které nám umožní aktivně naslouchat. Ve zdravotnictví se tyto techniky užívají. První technika se nazývá parafrázování myšlenek mluvčího. To znamená, že opakujeme vlastními slovy to, co nám nyní mluvčí pověděl. Mluvčí tím ukáže, že chápe jeho myšlenky a projeví zájem o jeho problémy. Další technikou je vyjádření pochopení pocitů druhého. To znamená, že odhadujeme pocity mluvčího, a někdy i vstoupíme druhému do řeči a ptáme se, jak se zrovna cítí. Umožňuje to odhalit nesprávný závěr o jeho pocitech. Poslední z technik je technika vyptávání se. Tím, že se pacienta ptáme, vyjadřujeme zájem o jeho danou situaci, což pacientovi poskytne pocit podpory a důvod k důvěře (DeVito, 2008).

„Při empatickém i objektivním naslouchání se snažte porozumět jak myšlenkám, tak pocitům druhého. Dokud nepochopíte oboje, nedovedli jste své naslouchání do konce“ (Joseph A. DeVito, 2008, s. 111).

1.5 Onkologická onemocnění

„Onkologie je medicínský obor, který se zabývá prevencí, diagnostikou, terapií a následnou péčí o pacienty s nádorovým onemocněním“ (Laura Janáčková, Petr Weiss, 2006, s. 88).

Po celém světě se vyskytují onkologická onemocnění. Dle Vorlíčka (2006) postihne maligní onemocnění každého třetího obyvatele České republiky. Jde o určité změny v buňce, které narušují buněčné DNA a probíhá mutace neboli změna. Tím dojde k nekontrolovanému růstu buněk. Mutaci způsobují tzv. onkogeny, tím dochází ke změně, která může vznikat spontánně nebo na podkladě zevních faktorů neboli mutagenů (Vorlíček et al., 2012).

Onkologická onemocnění můžeme rozdělit na maligní (zhoubné) a benigní (nezhoubné). Benigní jsou tzv. nezhoubné nádory. Většina se dá snadno vyoperovat, protože mají ohraničený růst a nerozšiřují se. Zatímco maligní nádory rostou velice

rychle a tvoří metastázy. To znamená rozrůstání nádorů do okolních tkání a orgánů. Maligní nádorová onemocnění v pokročilém stádiu vedou ke smrti pacienta (Vorlíček et al., 2006).

Existuje celá řada rizikových faktorů a příčin onkologických nemocí. Záleží také na typu nádoru a na tom, jaký orgán nádorové buňky napadnou. Máme čtyři významné faktory, které se podílejí na tvorbě onkologického onemocnění, tedy dědičnost, chemický, fyzikální a biologický faktor. Dědičnost má velké zastoupení v mnoha onemocněních, a také u onkologických onemocnění není tato příčina zanedbatelná. Chemický faktor je důležitým článkem v onkologii. Patří sem z velké části kouření. Kouření škodí nejen samotným kuřákům, ale karcinom může nastat také při pasivním kouření. To znamená, že pokud sedí člověk v restauraci, kde je povoleno kouřit, dýchá velké množství tabákových a nikotinových výparů, které jsou pro něj nezdravé a vysoce škodlivé. Dalším chemickým faktorem je alkohol, dusíkaté sloučeniny nebo těžké kovy. Do fyzikálního faktoru se řadí ionizující záření či UV záření. Mezi biologické faktory se řadí onkoviry nebo imunodeficity např. HIV (Šafránková, Nejedlá, 2006).

Dalším významným faktorem je výživa. Nejedná se jen o to, co jíme, ale také kolik toho jíme, kdy jíme a jestli je do naší stravy zahrnuto ovoce, zelenina, či vláknina. Velkým rizikem pro vznik nádorů je obezita, nepřiměřené množství soli v jídle nebo stravovací návyky. Zanedbatelnými faktory jsou stres, pohybová aktivita, celkově nesprávná životospráva člověka, závislosti, apod. (Slezáková et al., 2010).

1.5.1 Diagnostika onkologických onemocnění

Důležitá je včasná diagnostika nádoru. Onkologické onemocnění lékař diagnostikuje mnoha metodami. Jednou z prvních metod je anamnéza neboli předchorobí. Zde zjišťujeme dědičný vliv, či různá varující znamení jako je krev ve stolici nebo v moči, nefyziologická bulka na prsu, či změny na kůži. Další vyšetřovací metodou je fyzikální vyšetření. Lékař vyšetřuje pohledem, poslechem, poklepem, či pohmatem. Nejčastěji vyšetřuje dutinu ústní, krk, kůži, lymfatické uzliny, u žen prsy, konečník, či u mužů prostatu. Důležitý je také test na okultní krvácení. Podle něho se

pozná, zda není nějaké skryté krvácení v oblasti tlustého střeva. Laboratorní vyšetření je velice důležitou součástí diagnostických metod. Vzorky se odesílají do hematologických, biochemických, mikrobiologických, cytologických či histologických laboratoří. Další metodou jsou endoskopie, endoskopy či fibroskopy. To jsou tubusy, které se zavádějí do dutých orgánů a pomocí optiky si je lékař může prohlédnout a za jejich pomoci odebrat vzorek na cytologické vyšetření. Tímto vyšetřením se lékař může podívat na změny v žaludku, konečniku, tlustého střeva, močového měchýře a dalších orgánů. Dále máme zobrazovací metody neboli RTG, CT (počítačová tomografie), magnetickou rezonanci, která nejlépe zobrazuje rozsah poškození maligním nádorem, nebo ultrasonografie. Důležitá je také pozitronová emisní tomografie (PET), která zhodnocuje metabolickou aktivitu buněk. Dochází k upozornění na změny funkčnosti různých orgánů za pomoci glukózy, která se snadno vychytává v nádorových buňkách, a tím jsou na tomografii snadno zjištělné. Pokud dojde k včasné diagnostice, tak dojde i k včasné léčbě (Vorlíček et al., 2012; Krška et al., 2014).

1.5.2 Léčba onkologických onemocnění

Úspěšné vyléčení onkologického onemocnění je úplné vymizení nádorových buněk chirurgickou, radiologickou a medikamentózní cestou. Známe 5 typů protinádorové léčby. Kurativní, adjuvantní, neoadjuvantní, paliativní a podpůrná. Kurativní léčba znamená úplné odstranění nádoru radikální chirurgickou cestou s cílem úplného uzdravení pacienta. Adjuvantní léčba se užívá, pokud je předpokládáno, že jsou v těle přítomny metastázy. Po operaci se tedy přidává chemoterapie a radioterapie. Tato léčba se výrazně projeví v kvalitě pacientova života. Neoadjuvantní léčbou je podávána chemoterapie před samotným chirurgickým výkonem s cílem zmenšení a tedy snadného vyoperování nádoru. Paliativní léčba má za cíl zkvalitnit pacientovi konec života, nikoli vyléčit onkologické onemocnění. Patří sem například zavádění kolostomie, rekonstrukční chirurgie, tlumení pacientovy bolesti. Nezabývá se vyléčením nádoru. Podpůrná léčba se zabývá zmírněním obtíží během léčby onkologického onemocnění. Zabývá se tlumením bolesti, nauzeami, zvracením. Taktéž sem zahrnujeme i duševní

potíže. Chirurgická léčba se provádí jak k léčbě nádorů, tak i k diagnostice nádorů. Chirurgická léčba je velice úspěšná při léčbě nezhoubných nádorů, které jsou ohraničené a dají se velice dobře vyoperovat. Před chirurgickým zákrokem se užívá i radioterapie či chemoterapie, která může zmenšit daný nádor. Při chirurgickém zákroku se může také odebrat vzorek na biopsii. Známe také paliativní chirurgický výkon, který udržuje či zlepšuje kvalitu života nemocného. Radiologická léčba se užívá pomocí rentgenového záření s cílem poškodit DNA buňky a zaniknutí buňky. Nevýhodou jsou nepříjemné nežádoucí účinky, jako je alopecie neboli vypadávání vlasů. V tomto případě lékař může předepsat pacientovi paruku. Dalším nežádoucím účinkem jsou reakce na kůži, jako jsou erytémy, vředy, olupování kůže nebo tvorba puchýřů na kůži, porucha krvetvorby, ztráta chuti k jídlu, nevolnost či zvracení. Významným typem radioterapie je brachyterapie, která využívá radiačního záření co nejbližší nádoru. Záření je umístěno právě v místě nádoru. Medikamentózní léčba neboli chemoterapie znamená podávání léků neboli cytostatik s cílem zničit nádorové buňky. Podle Vorlíčka (2012) se dávky cytostatik podávají dle výšky a váhy pacienta. Také se musí přihlížet k funkčnosti jater a ledvin. Velkou nevýhodou cytostatik jsou silné nežádoucí účinky, jako je nevolnost zvracení, infekční komplikace, útlum krvetvorby, poškození srdce (kardiotoxicita), poškození ledvin (nefrotoxicita) či plicní toxicita. Cytostatika se podávají nitrožilně. Velkou komplikací je tedy paravenózní podání, které je velice nebezpečné a pro pacienta bolestivé. Sestra musí znát základní kroky, které má provést, pokud dojde k paravazaci cytostatik. Důležité při léčbě je, aby sestra edukovala pacienta o možných nežádoucích účincích léčby, aby pomohla pacientovi s vyrovnáním se s touto skutečností. Sestra musí odpovídat na veškeré pacientovy dotazy (Šafránková, Nejedlá, 2006; Slezáková et al., 2010; Vorlíček et al., 2012; Krška et al., 2014).

V neposlední řadě je velice důležitá biologická léčba. Je také nazývána jako cílená terapie. Jedná se o podávání látek do těla, které jsou vyráběny rekombinantní technologií. To znamená izolace jednoduchých genů, které se zavádějí zpátky do buněk stejného či jiného organismu. Dochází k ovlivnění imunity organismu a zpomalení růstu nádorových buněk (Chalupa, 2010).

1.5.3 Hlášení onkologických onemocnění

Každé onkologické onemocnění musí být nahlášeno na Národní onkologický registr. Hlásí se nejen právě sdělená diagnóza, ale také zhoubný nádor, který byl příčinou úmrtí a byl zjištěn při právě provedené pitvě. Každý lékař, který diagnostikoval zhoubný novotvar, má za povinnost ohlásit toto onemocnění. V České republice bylo v roce 2011 do národního onkologického registru hlášeno 83 581 případů zhoubného nádoru. Z tohoto počtu případů mužům připadlo číslo 42 631 a ženám 40 950 (Zdravotnická ročenka České republiky, 2013, ÚZIS).

V Jihočeském kraji se počet hlášených onkologických onemocnění v roce 2011 zvýšil o 4 %. Nejvíce hlášených na 100 tisíc mužů vykazuje okres Tábor- 977,9 a nejméně vykázal okres Český Krumlov- 569,8. U žen vykazuje nejvíce onemocnění na 100 tisíc žen okres České Budějovice- 946,2 a nejméně v Českém Krumlově tedy- 512,2. Nejčastějším onkologickým onemocněním u mužů je zhoubný novotvar kůže, prostaty, průdušek a tlustého střeva. U žen je nejčastějším onkologickým onemocněním od roku 2011 zhoubný novotvar kůže, prsu a tlustého střeva. V roce 2013 zemřelo v Jihočeském kraji 6 604 osob, z toho 26,1 % lidí zemřelo na zhoubné novotvary (Zdravotnická ročenka Jihočeského kraje, 2013, ÚZIS).

1.6 Sdělování onkologické diagnózy

Diagnózu, ať už je jakákoli sděluje vždy lékař. Je to jedna z nejtěžších povinností lékaře. Ten by měl znát pacienta, kterému chce sdělit onkologickou diagnózu, měl by znát jeho sociální zázemí a jeho současný psychický stav. Lékař by si měl co nejlépe promyslet jak, kde a kdy jej pacientovi sdělí. Na sdělování takovéto diagnózy by měl být vhodný čas a místo. Samozřejmě diagnózu nesdělí na vizitě mezi ostatními pacienty, lékaři, či na ambulanci, kde je spousta cizích lidí. Rozhovor by měl být uskutečňován na místě, kde je dostatek soukromí. Pacient má právo mít při sdělování jeho diagnózy vedle sebe rodinu nebo blízkého člověka. Rodina je v této situaci velice důležitá. Poskytuje pacientovi oporu. Protože jsou pacienti po sdělení diagnózy v šoku,

mají tendenci přejít některé informace, a proto je přítomnost rodiny u tohoto rozhovoru vhodná, jelikož může pacientovi později tyto skutečnosti objasnit (Klusáková, 2004).

Záleží také na tom, v jakém rozsahu pacientovi lékař informace sdělí. Zde je velice podstatná komunikační schopnost. Je významné, aby lékař pacientovi sdělil co nejvíce informací o jeho nemoci, léčbě, prognóze a následné péči. Lékař by měl pacienta informovat o možnosti navštěvování různých onkologických center a možnosti využít psychologické či psychoterapeutické pomoci. Existují případy, kdy pacient nechce znát svou diagnózu a lékař toto přání musí respektovat. Zdravotník musí vždy odpovídat na pacientovi otázky a vždy mu ponechat naději na zlepšení stavu. Při nevléčitelném onkologickém onemocnění lékař nabídne pacientovi možnost využít hospicovou péči (Ptáček, 2011).

Existuje takzvané desatero zásad sdělování onkologické diagnózy, kde se uvádí, že informace, podávána pacientovi, se podává pravdivě, opakovaně, aby jí pacient sám porozuměl a měl čas jí vstřebat. Dále platí zásada, že informace vždy podává lékař. Informace o léčbě se podává okamžitě, ještě před zahájením první léčby. Sdělení o prognóze by mělo být uvážlivé a vždy podané jen na přímý dotaz pacienta. Lékař také nikdy nesmí slibovat vyléčení pacienta, ale měl by ho motivovat a udržet naději na uzdravení (Kalvodová, 2010; Heřmanová et al., 2012).

1.6.1 Zásady komunikace s onkologickým pacientem

Zásady rozhovoru mezi sestrou a pacientem nebo lékařem a pacientem jsou ve většině případů stejné. Každý zdravotnický pracovník by se měl vyhýbat cizím latinským slovům a medicínským názvům nebo slangům. Rozhovor by měl probíhat na základě etických kodexů. Někdy se pacient může bát požádat lékaře, aby mu vše vysvětlil. Nevědomost má za následek nervozitu a úzkost nemocného. Rozhovor nejen o diagnóze, ale i o pocitech pacienta by měl probíhat v intimním a soukromém prostředí. Pokud chce sestra či lékař něco pacientovi sdělit nebo vysvětlit, měl by volit klidný hlas a zřetelnou pomalou řeč. Jedná-li se o onkologického pacienta, předpokládáme, že jde o pacienta, který si prochází životní krizí. Znamená to tedy, že pacient má právo na

dostatek času ke vstřebání informací. Zdravotník by měl vyjádřit pacientovi pochopení a oporu. V rozhovoru by neměla chybět empatie. Vždy by měl rozhovor zakončit pacient. Zdravotník, který pacientovi cokoliv sděluje, by neměl budit dojem, že nemá dostatek času, či že nemá na pacienta náladu. Rozhovor by měl být v partnerském stylu. Zdravotník by měl ukazovat, že mu na pacientovi záleží, mluvit s jeho rodinou, zajímat se o jeho sociální zázemí a další jeho problémy. Sestra tráví s pacientem nejvíce času. Podává pacientovi léky, infuze, či jen upravuje lůžko. Při takovémto kontaktu může pacient mluvit o svých pocitech, náladách či obavách. Sestra by si v tomto případě měla vždy vyhradit čas na to, aby si o jeho problémech promluvila a řešila je. Nikdy sestra nesmí odbýt pacienta tím, že na něj nemá čas a slíbit mu, že přijde později. To u pacienta vzbudí nedůvěru (Špatenková, Králová, 2009; Kalvodová, 2010).

Nikdy by zdravotník neměl říkat pacientovi, že ví, jak se v danou chvíli cítí. Nikdo nemůže chápat, jak se nemocný cítí. To může poškodit vztah mezi zdravotníkem a lékařem. Dojde k nedůvěře pacienta ve zdravotníka. Zdravotník by měl dát nemocnému najevo, že je úplně normální, že si prochází krizí a nabídnout mu i odbornou psychologickou pomoc (Angenendt, Schütze-Kreilkamp, Tschuschke, 2007).

1.7 Dopad onkologického onemocnění na psychickou stránku

Lékaři jsou často specialisti na to, jak nádor odhalit. V dnešní době mají spoustu technik jak nádory regulovat a vyléčit. Žádný zdravotník si není jistý v tom, jak pacient vyslovenou diagnózu zvládne. Dle E. K. Rossové každý pacient prožívá 5 fází ke smíření se s diagnózou. V prvním stadiu může být člověk v šoku. Často pacient sám sebe přesvědčuje, že jde o omyl. Nemůže uvěřit, že se to stalo právě jemu. Komunikujeme s pacientem v této fázi klidně, opatrně a s velkou trpělivostí. Pacient musí mít dostatek informací o jeho nemoci. Sestry sdělují informace jen tak, jak je v jejich kompetenci. Následuje fáze agrese, kdy je pacient rozzuřený na zdravotníky, na své nejbližší i sám na sebe. Jeho agrese, ale nemusí být proti nám, nýbrž proti jeho nemoci. Nemocný nechápe, proč se to stalo právě jemu. Sestra musí být trpělivá a pacienta nenutí do rozmlouvání o jeho pocitech. Vždy musí počkat, až se pacient

rozmluví sám. Smlouvání je další fáze, kdy pacient smlouvá s lékařem, často trvá na tom, že zaměnili výsledky, nebo že se jednoduše spletli v diagnóze. Někdy pacient může smlouvat s vyšší mocí, s Bohem. Pacient hledá často viníka své nemoci. Zde spočívá komunikace hlavně v empatii. Sestra naslouchá pacientovi a projevuje mu podporu. Je to fáze zklidnění a pacient může rozmlouvat také sám se sebou, co se stane, zda pacient zemře. Rozmlouvá se smrtí. Čtvrtá fáze se nazývá deprese. Člověk je uzavřený sám do sebe. Lituje sám sebe, obává se smrti, neví, co bude dál. Pacient je unavený, vyčerpaný. Je důležité, aby v této fázi pacient nezůstal. Může vyústit v suicidní jednání. Pacientovi můžeme doporučit psychologickou pomoc. Sami s pacientem mluvíme o jeho strachu a obavách. Poslední fází je fáze smíření. Do této fáze se nemusí každý dostat. V této fázi už je člověk smířený se svou diagnózou. Často si řeší věci, které by chtěl ještě před smrtí stihnout. Vyřeší si případné neshody v rodině. Pacient je se smrtí smířený a je na ní připravený. Ve fázi smíření je důležité se k pacientovi posadit, chvíli ho držet za ruku, aby měl jistotu, že na svou nemoc není sám (Janáčková, Weis, 2008; Cibula, 2009; Heřmanová et al., 2012).

1.7.1 Psychologický přístup sester k onkologicky nemocným

Jak už víme, pacient prožívá 5 fází smíření se s onkologickým onemocněním. Sestra však nemůže vědět, v jaké fázi se pacient zrovna nachází. Určité fáze se mohou opakovat nebo nějaká fáze může chybět. Léčba může být neúspěšná, pacienta provází bolesti a to ho může stáhnout zpět z fáze smíření do fáze deprese. Další den může mít pacient optimističtější náladu, může věřit, že vše dobře dopadne a je veselejší. Vše záleží na průběhu léčby a na tom, jak sestra i další zdravotníci jednají s pacientem a jak s ním komunikují. Někdy sestra bývá jediným člověkem, kterému se pacient svěří se svými pocity. Sestra s ním prožívá jeho trápení, psychický i fyzický stav. Je to ona, kdo tiší jeho bolest. A také pro sestru není lehké se s tím vyrovnat (Vorlíček 2006).

Existují rady pro sestry, které by měly napomáhat komunikaci s onkologickým pacientem. Sestra musí zachovat klid, když si pacient na ní zrovna vybíjí své emoce. Pacientovi může pomoci, když se ho sestra dotkne na rukou nebo ramenou. Dává tím

pacientovi pocit, že není sám a vyjadřuje podporu. Sestra by měla své pacienty chválit i jen za malý úspěch. Vždy to pacienta povzbudí. Sestra by se měla ptát svých pacientů, zda něco nepotřebují, jak se určitý den cítí, a verbálně s nimi komunikovat. Sestra by měla hovořit o čemkoliv, aby onkologického pacienta přivedla na jiné myšlenky. S nemocným zdravotník však vždy mluví s úctou a pokorou. Sestra by měla pečovat i o svou psychiku, a dbát na prevenci syndromu vyhoření (Vorlíček, 2006).

Dle Zacharové, Hermanové a Šrámkové (2007) je nedílnou součástí dorozumívání se s pacientem pozorování. Pozorování je součástí ošetrovatelského procesu. Pozorování je určeno na zaměření a zhodnocení psychických jevů. Tímto způsobem můžeme zhodnotit stav nemocného nebo jeho současné psychické rozpoložení. Tato metoda sestřám pomáhá v přístupu k nemocným. Pokud správně zhodnotí stav pacienta a jeho náladu, usnadňuje jí to komunikaci s ním. Sestra však nesmí zapomínat na to, že i ona je pozorována pacientem. Měla by se chovat vždy tak, aby nepodnítila nejistotu pacienta v ní (Zacharová et al., 2007).

1.7.2 Psychologické aspekty pomoci pacientům s onkologickým onemocněním

Pod pojmem pomoc si člověk představuje většinou lékařskou pomoc. Jsou ale i jiné alternativy pomoci. Mnohdy je i na pacientovi samotném, jak se k onemocnění postaví. Osobnostní charakteristika je důležitým faktorem v boji proti nemoci. Dle Křivohlavého (2002) bylo v praxi zjištěno, že pacient, který se rozhodne s nemocí bojovat, má větší šanci na uzdravení než ten, kdo svůj boj vzdá a upadne do depresí a sebeobviňování. Proto sestra i rodina pacienta musí být jeho oporou a dávat mu smysl života. Dalším aspektem pomoci je sociální opora. Pomoc rodiny nebo přátel a dobré rodinné zázemí jsou velkým přínosem u nádorových onemocnění a onemocněních vůbec. Pacient si má s kým povídat, má se komu svěřit. Ví, že u nich vždy nalezne podporu, proto je důležité pacientovi při hospitalizaci, umožňovat co nejčastější a nejdélejší návštěvy rodiny. Dalším aspektem je psychoterapie. Vědci zjistili, že pokud pacient, spolu s chemoterapií a radioterapií, podstoupí psychoterapii v podobě relaxace a behaviorální terapie, má větší šanci na prodloužení průměrné doby přežití. Pomocí psychoterapeuta může pacient

ventilovat své pocity a nalézt způsob, jak se s nemocí vyrovnat. Rozsah i délka psychoterapie se řídí, jak pacientovými potřebami, tak i jeho zdravotním stavem. Relaxační techniky se využívají hlavně k vytěsnění negativních pocitů a myšlenek a také k navození klidu a psychické rovnováhy (Křivohlavý, 2002).

Skupinová setkání onkologických pacientů jsou další stránkou pomoci onkologicky nemocným. Schůzky, například jedenkrát týdně, umožňují popovídat si o svých problémech, nemocích, či se společně motivovat k boji proti onemocnění (Křivohlavý, 2002; Liga proti rakovině Praha, 2013).

1.8 Bolest v onkologii

„Bolest patří mezi nejčastější doprovodné příznaky probíhajícího nádorového onemocnění“ (Hakl, 2013, s. 214). Hakl (2013) udává, že nádorovou bolest značenou jako velmi silnou bolest pociťuje až 80 % nemocných. Po sdělení diagnózy se pacienti nejvíce obávají této bolesti. Ta závisí na typu nádoru a také na typu osobnosti. Každý pacient snáší bolesti jinak. Každý má jiný práh bolesti. Nádory slinivky břišní a nádory kostí jsou udávány jako nejbolestivější nádory. Mezi nejméně bolestivé nádory patří lymfomy. Tyto bolesti mohou být léčeny farmakologickou i nefarmakologickou cestou. Při léčbě se pacient setkává s bolestí a ta narušuje kvalitu pacientova života. Pacienti by měli být informováni o možné redukci bolesti. Pacient by měl být edukován o možnostech nežádoucích účinků, které mohou během užívání léků proti bolestem nastat, a měl by svému lékaři povědět o těchto účincích. Nejčastěji se bolest řeší farmakologicky. Pacientovi se nejprve podává neopioidní řada analgetik, postupně se do léčby přidávají léky opiátové řady dle udávaných silných bolestí. U onkologických onemocnění se často setkáváme s takzvanou průlomovou bolestí. Je to bolest, která má rychlé vzplanutí, krátké trvání s častější epizodou, ale bez známé příčiny. Nejčastěji se však tato bolest spojuje s metastázami vlastního onemocnění nebo při léčebných zákrocích. Tato bolest znamená, že pacient mezi svou stabilní bolestí pociťuje náhle bolest velice silnou. V raném stádiu tohoto onemocnění trpí až 60-80 % nemocných touto bolestí. Průlomová bolest velice omezuje pacienta v běžných i pracovních

činnostech, což vede k nespokojenosti a častým depresím a úzkostem (Munden, 2006; Hakl, 2013; Krch, 2010).

Onkologická bolest se dá řešit i nefarmakologickou cestou. Pacientovi může být nabídnuta paliativní radioterapie, kde se používá jednorázové ozáření. Dalším nefarmakologickým řešením můžou být masáže, relaxační techniky, pohovory s psychologem, meditace nebo i hypnóza (O'Connor, Aranda, 2005; Munden, 2006).

1.8.1 Komunikace s pacientem s onkologickou bolestí

To, že pacienta něco bolí, se pozná již na první pohled. Z neverbálního projevu poznáme bolest mimikou. Pacient má zkroušený výraz ve tváři. Také jej poznáme pomocí polohy těla. Pacient většinou zaujímá úlevovou polohu. Pacient s bolestí se může i jinak chovat. Může mít změny nálad, může být agresivní nebo nervózní. Sestra musí vždy s pacientem komunikovat o jeho bolesti. Měla by se zeptat, co pacientovi ulevuje od jeho bolesti nebo co ji naopak zhoršuje. Ptá se, jak svou bolest prožívá a jaká je její intenzita. Tím sestra pochopí individuální prožívání bolesti (Payenová et al., 2007).

Sestra by si měla udělat čas a promluvit si s pacientem. Může také mluvit o něčem jiném, aby na chvíli odvedla pozornost od bolesti a pacient mohl myslet na něco jiného. Pacient na bolest může reagovat dvojitým způsobem. Buďto negativním způsobem, kdy pocítuje hněv, utrpení a zkroušení, může být i agresivní. Tyto náladu mohou přispět k možná vznikající deprivaci. Bolest může pacient ale i vnímat pozitivně, kdy prožívá takzvanou bojovou náladu. Pacient má vůli bojovat se svou nemocí a chce se uzdravit. Sestra by se měla pokusit vzbouzet v pacientovi takovéto pocity. Měla by s pacientem mluvit o to, že pokud bude bojovat, bude mít větší naději na uzdravení (Rokyta et al., 2009).

Jednou z nejdůležitějších zásad komunikace s pacientem s bolestí je, že pacienta sestra dostatečně informuje o tom, že bolest může nastat a jak se proti ní bránit. Onkologická bolest je jednou z nejtěžších bolestí vůbec. A tím, že poskytujeme dostatek informací, posilujeme v pacientovi důvěru ve zdravotnický personál. Musíme

pacientovi vysvětlit, co zapříčiňuje jeho bolest, jak dlouho bude trvat a jaké úlevové polohy známe. Sestra musí sdělit pacientovi, že si sám pacient může vyhledat svou úlevovou polohu. Vždy musíme pacientovi věřit, že opravdu bolest pociťuje. Pozorně posloucháme pacienta, pokud nám sděluje nové informace o jeho bolesti. Sestra vysvětlí pacientovi, jak bolest může snižovat. Po podání léků by se sestra měla do 10 minut vrátit a zkontrolovat, jak léky působí (Trachtová et al., 2006).

1.9 Paliativní péče

„Paliativní medicína je celková léčba a péče o nemocné, jejichž nemoc nereaguje na kurativní léčbu. Nejdůležitější je léčba bolesti a dalších symptomů, stejně jako řešení psychologických, sociálních a duchovních problémů nemocných. Cílem paliativní medicíny je dosažení co nejlepší kvality života nemocných a jejich rodin“ (Marková, 2010, s. 19).

Dle Markové (2010) by měla být paliativní péče poskytnuta ve všech zdravotnických zařízeních, pro pacienty v terminálním stádiu či pro pacienty s nevléčitelným onemocněním. Tato péče je důležitá pro zkvalitnění konce pacientova života. Paliativní péče se poskytuje v terminálním stádiu. V tomto stádiu se již neléčí onemocnění, ale tiší se jeho příznaky, tedy nejčastěji bolest. Paliativní péči by se mělo pacientovi dostat doma, v nemocnici nebo ve speciálních zařízeních jako například v hospicích, denních stacionářích nebo v onkologických centrech (Marková, 2010).

V paliativní péči je v centru zájmu hlavně pacient. Někdy se tak ale nestává. V nemocničních zařízeních je paliativní péče často opomíjená. Tiší se zde sice bolest fyzická, ale málokterý zdravotník tiší bolest psychickou, emocionální. V nemocničním zařízení se často opomíjí kontakt s rodinou či veškerá komunikace mezi zdravotníkem a pacientem. Paliativní péče je zaměřená také na člověka, na veškerou úctu k němu a k jeho životu. Je důležité, aby v tomto stadiu pacientova života byly uspokojovány všechny jeho potřeby. Cílem je zajistit důstojné umírání pacienta (Kalvach et al., 2010).

Lékař by měl pacientovi nabídnout s ohledem na jeho zdravotní stav hospicovou péči. Vychází z úcty a respektu k člověku. Hospice jsou specializované jednotky

paliativní péče. Poskytuje umírajícím umírání bez bolesti a důstojnou smrt. Hospice mají tři složky. Lůžkové, stacionáře a domácí péči v prostředí, které je pacientovi známé v okolí své rodiny. Stacionární hospic znamená, denní pobyt, kdy nemocný dojíždí ráno do hospice a večer se opět vrací domů. V lůžkovém hospici je zřízována kompletní paliativní péče. Do lůžkového zařízení má rodina klienta neomezený přístup. V tomto zařízení je poskytováno také sociální poradenství. Z hospice mohou být pacienti pro stabilizaci zdravotního stavu umístěny do domácí péče. Právě v hospici převažují nemocní s onkologickým onemocněním (Kupka, 2014).

Pacient, který chce nastoupit do lůžkové hospicové péče, musí splňovat některé podmínky. Klient musí trpět nemocí, která ho bezprostředně ohrožuje na životě. Tomuto pacientovi se již nemůže vyléčit jeho onemocnění, ale léčí se jen jeho symptomy. Přijímá se pacient, který nepotřebuje neodkladnou akutní péči, ale jeho stav je ustálený pro paliativní péči, ale také nemůže být ošetřovaný v domácím prostředí (Vorlíček et al., 2004).

V hospicovém zařízení prochází nemocný třemi obdobími. První období se nazývá *Pre finem*. V tomto období se pacient smiřuje se svou nemocí a přijímá, že jeho nemoc je nevyléčitelná a smrtelná. Období *In finem* je typické pro blížící se smrt, kdy pacient trpí nechutenstvím a nezájmem o své okolí, nepřijímá stravu ústy a je většinou pod vlivem silných léků. Toto období je vhodné pro rozloučení se s rodinou. Posledním obdobím je *Post finem*, kdy se uskutečňuje poslední důstojné rozloučení s nemocným (Marková, 2010).

Paliativní péče v nemocnicích a terénní hospicová péče

Paliativní péče je také poskytována ve zdravotnických zařízeních. Velkou nevýhodou je, že často personál neví, jak má s takovýmto pacientem komunikovat. V nemocničním zařízení často nejsou dostatečně uspokojovány psychosociálně spirituální potřeby. Zdravotnický personál je, bohužel, více zaměřený na vyléčení nemocných. V nemocnicích se také velice málo komunikuje s rodinnými příslušníky. V zahraničí, zejména v USA, jsou uskutečněny 4 modely pro paliativní péči ve zdravotnickém zařízení, nemocniční podpůrný tým paliativní péče, ambulantní tým

paliativní péče, specializované oddělení paliativní péče a jednotka akutní paliativní péče. V nemocnicích v ČR tato specializovaná zařízení paliativní péče ve většině nemocnic chybí (Bužgová, 2015).

Dle Slámy a Špinky (2004) by v každém zdravotnickém zařízení v České republice měl být referent, který by navrhl plán pro paliativní péči. Dále je doporučováno, aby bylo zřízeno samostatné oddělení paliativní péče v každém zdravotnickém zařízení a mělo by úzce spolupracovat s oddělením léčby bolesti. Na tomto oddělení by měli pracovat lékař, sestry, sociální pracovník, psycholog a duchovní (Sláma, Špinka, 2004).

Terénní hospicová péče, také nazývaná jako domácí péče, se velice liší od nemocniční paliativní péče. Znamená poskytování péče v terminálním stadiu v prostředí svého domova. Tato péče má mnohá pro a proti. Velkou výhodou domácí hospicové péče je, že je klient ve svém prostředí, nemusí se před nikým stydět, je tedy zachována veškerá intimita. Klient může být se svými rodinnými příslušníky a neztrácí svou identitu. Tato péče ale nemůže být poskytnuta každému. Musí se brát ohled na pacientův stav. Pokud je péče pro rodinné příslušníky nezvládnutelná, nemůže být umožněna. Péče o takového pacienta může být pro pečovatele velice fyzicky i psychicky náročná. V domácí péči není možná profesionální péče, dostatečné tlumení léků a včasný odborný zásah (Vorlíček et al., 2004).

Pro paliativní péči poskytovanou v domácím prostředí pacienta musí být splněny určité podmínky. Jednou ze tří podmínek je, že alespoň jeden člen pacientovy rodiny převezme péči o nemocného. Další podmínkou je, že odborný tým musí být k dispozici 24 hodin denně, 7 dní v týdnu. Třetí podmínkou je, že pacient musí tuto péči odsouhlasit a být s ní plně srozuměn. Domácí hospicovou péči schvaluje pacientův lékař. Ten také musí vypsát plán péče, to znamená, jaké úkony bude sestra provádět a jak se péče bude hradit (Vorlíček et al., 2004).

1.9.1 Sestra a paliativní péče

Sestra v paliativní péči se setká se smrtí mnohem častěji, než sestra v běžném zdravotnickém zařízení. Dle Markové (2010) je zcela přirozené, že sestra nad

zemřelými pacienty pláče. Sestra by neměla přejít smrt pacienta mávnutím ruky, ale účastnit se i posledního rozloučení. Každý člověk má potřebu nad ztrátou plakat (Marková, 2010).

Sestra by také měla hledat smysl ve své práci. Pacienti v paliativní péči se již neuzdraví, ale sestra je může motivovat k něčemu, co ještě zamýšleli před smrtí udělat. Sestra podporuje pacienta v dalších jeho krocích. Tady má sestra hledat smysl své práce (Marková, 2010).

Sestra v paliativní péči by měla dbát také na prevenci syndromu vyhoření. V práci s onkologickými pacienty nebo nevléčitelnými pacienty může mít sestra pocit, že ztrácí smysl své práce, protože nevidí na pacientech výsledky uzdravení, jako například v nemocničním zařízení. Sestra proto může být podrážděná a nervózní. A svou nespokojeností může působit negativně na pacienty. Takovéto sestře chybí dostatek empatie a profesionální nadšení. Sestra je nekolegiální, projevují se časté konflikty i mezi pacienty a může to dospět např. k závislosti na alkoholu. Proto by měla sestra dbát na duševní hygienu a starat se také sama o sebe. Dle Venglářové (2011) sestra musí mít ráda samu sebe a přijímat se takovou jaká je. Sestra by neměla být až přehnaně empatická. Také by měla umět v psychické nouzi požádat o pomoc. Měla by se zajímat o nové věci, mít dostatek zájmů a koníčků. Škodí také to, že sestra myslí na svou práci doma. Měla by se naučit, jak myšlenky, vyplývající z práce, nechávat v zaměstnání. Sestra by se měla starat o svou fyzickou kondici, zdravě jíst a dodržovat zdravý životní styl (Venglářová, 2011).

1.9.2 Komunikace v paliativní péči

Správná komunikace je základem dobré paliativní péče, i péče o onkologicky nemocné. Jak už je výše uvedeno, pro pacienta je nejdůležitější poskytování dostatečných informací ohledně léčby i prognózy. Pacient v průběhu onkologického onemocnění má v hlavě spoustu otázek. Děsí ho smrt, utrpení i odmítnutí rodinou. Klade si také otázky, zda je nějaký život po životě. Profesionální zdravotníci by měli na ně odpovídat a být na ně připravení. Již ve vzdělávacím procesu se zdravotníci učí, jak

čelit těmto onemocněním, jak správně odpovídat na tyto existenciální otázky. Dle Vorlíčka (2012) by zdravotníci měli pacientovi nabídnout odbornou pomoc, např. psychologa, pokud se na takovýto rozhovor necítí být kompetentní (Vorlíček, 2012).

V paliativní péči zdravotníci nazývají rozhovory, jako terapeutickou komunikaci. Nevhodná komunikace může mít negativní dopad na pacienta. Špatná komunikace může jen zvyšovat u onkologických pacientů úzkosti a deprese. Profesionální zdravotníci jsou během svého studia připraveni na to, jakým způsobem čelit těmto pocitům a rozpoznat psychickou tíseň. Nedostatek komunikačních schopností u sester může navodit v pacientovi pocit, že jim na jejich problémech nezáleží (O'Connor, Aranda, 2005).

Bylo zjištěno, že lidé ve zdravotnické profesi mají nedostatek důvěry ve své komunikační dovednosti, přičemž dobrá komunikace je nezbytná pro paliativní péči. Zejména sdělování špatných zpráv je důležitý a náročný úkol a proces. Více se setkáváme u pacientů s distancováním, než s popřením špatné zprávy. Tato koluze je obranný mechanismus, který je ovšem překážkou k otevřené komunikaci (Baldwin, Woodhouse, 2011).

1.10 Sdružení Amelie

Dle zákona č. 108/2006 sb. je centrum Amelie registrovaný poskytovatel sociálních služeb. Sdružení Amelie bylo založeno ředitelkou Pavlou Tichou v roce 2006 s nápadem psychické pomoci jak pacientům s onkologickým onemocněním, tak i jejich rodinám mimo zdravotnické zařízení z důvodu neustálého růstu onkologických onemocnění. V tomto centru jsou poskytovány telefonické poradenské služby vykonávané psychoterapeutem. Tato centra se nacházejí v Praze, v Olomouci a v Rakovníku. Jejich cílem je nabízení služeb, jako například odborné sociální poradenství, konzultace s lékařem nebo s lékárníkem, či skupinové aktivity s ostatními nemocnými a rodinou nemocného. Cílem je poskytnout komplexní psychickou pohodu, péči a takové sociální poradenství s onkologickým klientem, které občas v nemocničních zařízeních chybí. Jedná se především o onkologicky nemocné a o jejich

rodiny. Centrum má hodně aktivit jak pro nemocné, tak i pro jejich rodiny. Lidé mohou navštívit taj-či, či otevřenou terapeutickou skupinu Kruh. Amelie má spoustu dobrovolníků pro onkologické poradenství. Také pracuje na novém projektu, který se jmenuje Dobrovolní poradci. Pro tyto a další dobrovolníky nabízí školicí program, který probíhá v Institutu onkologie a rehabilitace, ve kterém si dobrovolníci nacvičí jak teoretické, tak i praktické jednání s lidmi. Pro dokončení tohoto kurzu musí být splněny určité podmínky jako např. aktivní účast, splnění 18 výukových hodin a vyplnění závěrečného dotazníku. Pracovníci v tomto centru musí mít alespoň 5 let praxe na onkologickém oddělení a zkušenosti s jednáním takto nemocných. Amelie rozšířila takové vzdělání o akreditované semináře, které jsou uskutečňovány pro sociální pracovníky (Slavíková, Tichá, 2010).

1.11 Sdružení Liga proti rakovině

Onkologické sdružení Liga proti rakovině byla založena v roce 1990. Předsedkyní centra je Iva Kurcová, DiS. Cílem Ligy je snížit úmrtnost na zhoubné nádory v ČR. Liga působí po celé České republice a dnes má 60 členských organizací, 1800 individuálních členů a tři dlouhodobé programy. Prvním programem je soustavná výchovná činnost populace k nádorové prevenci. Patří sem několik významných dní, sbírek, či demonstrací ochrany zdraví nekuřáků před cigaretovým kouřem. Významný den je Český den proti rakovině, kdy se provádí sbírka každou druhou středu květnového měsíce. Liga proti rakovině (dále jen LPR) provádí také besedy pro mateřské školy a žáky prvních až pátých tříd základních škol. Také tato organizace tiskne preventivní a poradenské brožury, které jsou nejen pro onkologicky nemocné, ale také pro širokou veřejnost. Dalším cílem je program zlepšení kvality života onkologicky nemocných. Pro nemocné je zavedená nádorová telefonní linka, kam můžou volat nejen nemocní, ale i rodinní příslušníci a laici. LPR nabízí pro nemocné 14 denní rekondiční pobyty a každé čtvrtletí se vydává zpravodaj o novinkách v léčbě a prevenci nádorů. LPR také každoročně přispívá hospicovým zařízením. Poslední program je pro podporu onkologického výzkumu, kdy LPR investuje do vybavení a modernizace onkologických

pracovišť. Přispívá tak na výzkumnou činnost vybraným žadatelům. Podporuje vydávání učebnic a monografií s onkologickou tematikou. LPR má velké množství dobrovolníků, sponzorů a poradců. S centrem spolupracuje celá řada lékařů, kteří jsou buďto na telefonní lince nebo poskytují poradenství pro onkologicky nemocné i v případě prevence (Liga proti rakovině, 2015).

2 Cíle práce, výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zjistit současný stav komunikace zdravotníků s onkologickými pacienty.

Cíl 2: Zjistí, jaké komunikační problémy mají pacienti při kontaktu se zdravotníky.

2.2 Výzkumné otázky

Na podkladě vytyčených cílů, byly stanoveny následující výzkumné okruhy.

VO 1: Jak probíhá komunikace se všeobecnou sestrou?

VO 2: Jak probíhá komunikace s lékařem?

VO 3: Jak probíhá sdělování onkologické diagnózy?

VO 4: Jak vypadala komunikace zdravotníků s Vaší rodinou?

VO 5: Co si myslíte o patientských organizacích?

Výzkumné otázky zaměřené na sestry mapují nejčastější problémy v komunikaci s pacienty s onkologickým onemocněním.

VO 6: Jak probíhá komunikace s pacientem?

VO 7: Jak probíhá další vzdělávání ohledně komunikace s onkologickým pacientem?

VO 8: Jak probíhá komunikace s rodinou pacienta?

VO 9: Jak se vyrovnáváte s péčí o onkologického pacienta?

VO 10: Co si myslíte o patientských organizacích?

3 Metodika

3.1 Metodika práce

Výzkumná část byla zaměřena na zmapování komunikace mezi zdravotníky a pacienty s onkologickým onemocněním. Tato práce byla zpracována na základě stanovených cílů a dané problematiky. Empirická část byla vytvořena metodou kvalitativního výzkumu pomocí polostrukturovaných rozhovorů, kdy byly pokládány otevřené otázky dle předem připraveného schématu (viz. Příloha 1 a 2), ale jejich pořadí se s vyvíjejícím se rozhovorem měnilo (Farkašová, 2006).

Respondenti byli tázáni, jak by popsali komunikaci zdravotníků s nimi samotnými a naopak všeobecné sestry byly tázány, jak probíhá z jejich pohledu komunikace s pacienty.

Po souhlasu respondentů se uskutečnil rozhovor, který byl ručně zaznamenán a poté přepsán do programu Microsoft Office Word. Interview bylo uskutečněno v průběhu února a března 2016. Díky pracovní vytíženosti zdravotníků musely být tyto rozhovory předem domluvené s hlavní sestrou dané nemocnice a vrchní sestrou odpovídajícího oddělení. Vzhledem k citlivému tématu musel být rozhovor uskutečněn v soukromí a v prostředí příjemném respondentům (Kutnohorská, 2009).

Pro dosažení informací byly použity otevřené otázky orientované na zmapování základních znalostí nejen u sester, ale i u pacientů. Dále byly zmapovány zkušenosti pacientů se zdravotníky a sesterská specifika komunikace s těmito pacienty.

Takto zpracované informace byly analyzovány metodou otevřeného kódování, což je technika použitelná a používaná díky své jednoduchosti a účinnosti ve značně rozsáhlé škále kvalitativních záměrů. Obecně se jedná o operace, pomocí nichž jsou dosažené údaje analyzovány, specifikovány a složeny novým způsobem (Švaříček, Šed'ová, 2007).

3.2 Podmínky úspěšného rozhovoru

Před každým zahájením empirické části bakalářské práce je třeba uvědomit si cíl, kterého chceme dosáhnout. Pro úspěšný rozhovor a srozumitelnost výsledku je třeba zcela promyslet jak otázky, tak pořadí, ve kterém je chceme pokládat. Jejich pořadí se však může měnit dle toho, jak rozhovor bude probíhat. Dotazovaný musí otázkám přesně rozumět. Pokud jde o pacienta, výzkumník by se měl vyvarovat odborným výrazům a pojmům, kterým by nerozuměl. Výzkumník by měl promyslet, zda jsou jeho otázky vhodné vzhledem k jeho soukromí, danému problému a psychickému a fyzickému stavu respondenta. Tvůrce rozhovoru musí brát v úvahu věk respondenta a jeho informovanost k dané problematice. Předem se tvůrce rozhovoru vždy ujistí, kolik toho respondent o dané problematice ví. K úspěšnému rozhovoru je zapotřebí, aby byl uskutečněn v soukromí a v prostředí příjemném pro respondenta a sestru. Na dotazovaného výzkumník nesmí tlačit, ale musí si vytvořit vztah důvěry a spolupráce. Tvůrce rozhovoru musí být na rozhovor zcela připraven. V případě nesrozumitelnosti otázek pro respondenta musí být výzkumník připravený vše vysvětlit. Rozhovor může být vzhledem k tématice pro respondenty náročný, proto by měl tazatel zvážit, jak dlouho rozhovor bude trvat. Respondent může být po delší době unavený a proto nesoustředěný na jeho otázky (Farkašová, 2006; Kutnohorská, 2009).

3.3 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořili sestry a pacienti s onkologickým onemocněním. První soubor tvořily sestry. Rozhovor probíhal v Nemocnici České Budějovice a.s. na onkologickém oddělení a v Nemocnici Tábor a.s. na onkologické ambulanci. Celkem osloveno deset všeobecných sester, z nichž sedm rozhovor poskytlo. Zdravotníkům byly kladeny otázky ohledně komunikace s onkologickým pacientem dle daných cílů (Farkašová, 2006).

Druhý soubor tvořili pacienti s onkologickým onemocněním. Tyto rozhovory taktéž probíhaly v Nemocnici České Budějovice a.s., kde bylo osloveno pět pacientů (Bártlová, Sadílek, Tóthová, 2008).

V rozhovoru se sestrami byly získávány identifikační údaje ohledně věku, vzdělání, délky praxe v oboru. Všechny informace byly zpracovány do přehledné tabulky (viz Tabulka 1.). Ostatní otázky směřovaly specifickým komunikaci při ošetrovatelském procesu. Dále byly zjišťovány možnosti návštěv vzdělávacích kurzů či získávání informací o komunikaci s onkologickým pacientem jiným způsobem. Během rozhovorů s pacienty byly získávány identifikační znaky (viz Tabulka 2). Dále bylo zjišťováno, jaká mohou nastat úskalí během komunikace a jak komunikace probíhá. Na základě získaných informací byly respondentům pokládány i doplňující otázky. Pozitivem těchto otázek je, že konkretizují pole pro odpověď a nutí respondenta držet se daného tématu (Kutnohorská, 2009).

Rozhovory s respondenty jsou označeny znakem R1 až R5 (pacienti s onkologickým onemocněním) a S1 až S7 (sestry). Poté došlo k doslovnému přepisu, opakovanému pečlivému přečtení a za použití metody „tužka a papír“ byly odpovědi kódovány do jednotlivých kategorií.

Výzkumný soubor tvořilo 7 všeobecných sester a 5 pacientů s onkologickým onemocněním. Probíhající rozhovory byly uskutečňovány dle přání respondentů. Všichni souhlasili s uveřejněním získaných informací v této bakalářské práci. Z důvodu zachování anonymity jsme použili název „respondent“ a „sestra“.

3.3.1 Identifikace sester a respondentů

Tabulka 1 Identifikační údaje sester

Identifikace sester				
Respondent	označení	Délka odborné praxe	Vzdělání	Věk
Sestra 1	S1	33 let	SZŠ	61
Sestra 2	S2	42 let	SZŠ	60
Sestra 3	S3	4 roky	Bc.	30
Sestra 4	S4	1,5 roku	Bc.	25
Sestra 5	S5	10 let	Bc.	39
Sestra 6	S6	8 let	SZŠ	59
Sestra 7	S7	6 let	SZŠ	40

Tabulka 1 označuje identifikační data sester. Sestra 1 bude v práci dále označována jako S1. Na výzkumném pracovišti působí již 33 let a k tomuto oddělení byla přiřazena po mateřské dovolené. Její nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské. Sestra 2 bude dále označována jako S2. Na výzkumném pracovišti působí již 42 let a na toto pracoviště nastoupila po dokončení středoškolského studia. Sestra 3 bude dále označována jako S3. Na výzkumném pracovišti působí 4 roky a na toto oddělení byla přiřazena po mateřské dovolené. Její nejvyšší dosažené vzdělání je vysokoškolské bakalářský stupeň. Sestra 4 bude dále označována jako S4. Na výzkumném pracovišti působí 1,5 roku. Na toto pracoviště nastoupila z osobních důvodů. Její nejvyšší dosažené vzdělání je vysokoškolské bakalářský stupeň. Sestra 5 bude dále označována jako S5. Na výzkumném pracovišti působí 10 let a toto oddělení jí bylo přiřazeno. Její nejvyšší dosažené vzdělání je vysokoškolské bakalářský stupeň. Sestra 6 bude dále označována jako S6. Na výzkumném pracovišti působí 8 let. Na toto pracoviště nastoupila z důvodu nabídky volného místa. Její nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské. Sestra 7 bude dále označována jako S7. Na výzkumném pracovišti působí 6 let. Na pracoviště nastoupila po mateřské dovolené. Její nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské.

Tabulka 2 Identifikační údaje pacientů

Identifikace respondentů				
Respondent	označení	pohlaví	věk	Typ onemocnění
Pacient 1	R1	Muž	54	Kolorektální karcinom
Pacient 2	R2	Muž	65	Plicní karcinom
Pacient 3	R3	Žena	72	Karcinom kůže
Pacient 4	R4	Žena	35	Karcinom prsu
Pacient 5	R5	Muž	43	Kolorektální karcinom

Tabulka 2 obsahuje identifikaci pacientů, kteří trpí onkologickým onemocněním. První nemocný bude v práci označován jako R1. Je to muž, je mu 54 let a trpí kolorektálním karcinomem. Nyní je na onkologickém oddělení v rámci radioterapie. Druhý nemocný bude v práci označován jako R2. Je to muž, je mu 65 let. Trpí plicním karcinomem. Nyní je na onkologickém oddělení v rámci radioterapie. Třetí respondent bude v práci označován jako R3. Je to žena, je jí 72 let. Trpí karcinomem kůže a na onkologickém oddělení je v rámci chemoterapie. Čtvrtý respondent bude v práci označován jako R4. Je to žena, je jí 35 let a trpí karcinomem prsu. Nyní je na onkologickém oddělení v rámci radioterapie. Pátý nemocný bude v práci označován jako R5. Je to muž, je mu 43 let. Trpí kolorektálním karcinomem a nyní je na onkologickém oddělení v rámci radioterapie.

4 Výsledky

Tato kapitola je rozdělena do dvou částí. V první části se budeme zabývat výsledky výzkumného šetření se sestrami a ve druhé části výsledky výzkumného šetření pacientů. Rozhovory byly uspořádány do jednotlivých kategorií.

4.1 Kategorizace dat sester

1. Onkologicky nemocní
2. Školení/vzdělání
3. Realizace komunikace s onkologickým pacientem a jeho rodinou
4. Riziko syndromu vyhoření
5. Možnosti další podpory

4.1.1 Onkologicky nemocní

Tuto kategorii jsme nazvali onkologicky nemocní. Budeme se zde zabývat kontaktem sestry s onkologickým pacientem (dále jen OP). Sestry byly dotazovány, jak je pro ně náročný styk s OP. S1, S6 a S7 tvrdí, že styk s OP je pro ni velice psychicky náročný. S1 ještě dodala: *„nikdy styk s takovým pacientem neberu jako samozřejmost, když jsem odcházela domů, tak jsem i dřív brečela“*, stejně tak jako S2. Oproti tomu S3 odpověděla, že styk s OP jí nedělá problém, stejně jako S4, která odpověděla, že styk s pacientem pro ní není psychicky náročný, protože je vůči tomuto tématu odolná a silná. S5 odpověděla, že si na takovéto situace zvykla. S1-S7 se shodly v tom, že nejsou přítomné u sdělování onkologické diagnózy, že se s pacienty setkávají až po sdělení. Nejvíce zatěžující jsou asi reakce pacientů na nemoc. *„Hodně často vidím hněv a zlobu, poté pláč“*, S5. Další sestry odpovídají, že reakce pacientů jde těžce rozpoznat. *„Každá reakce je jiná, ale u hodně pacientů se dá odhadnout, jak bude reagovat“*, S2. Na této odpovědi se shodl zbytek sester, kromě S7, která dodala: *„nejčastěji zde vidím šok.“* Je těžké ale na pacientovu odpověď reagovat. Jak odpovídat na špatné reakce? S1

odpověděla, že takovému pacientovi nelze nic slibovat a nalhávat a dodala: „*můžu říct, že se všichni vynasnažíme, aby jeho stav byl co nejlepší, ale nemůžu jim nic slíbit*“. Podobně odpověděly i S2, S3 a S6, které podobně řekly: „*nelze nic slibovat, platí hlavně uchláhlení a utěšování*“. S4 oproti tomu odpověděla: „*snažím se je uklidnit slovně i vlídným zacházením*“. Podle S5 jsou nejčastější otázky pacientů, kdy půjdou domů a kdy jim vypadají vlasy, stejně tak odpověděly i ostatní sestry. S1, S2 a S4 uvádí, že nejčastější otázky pacientů jsou: „*Kdy začnu zvracet? Uzdravím se?*“. S6 a S7 se shodly v odpovědi: „*Dá se to vyléčit? Jaké budou komplikace?*“ Všechny sestry se shodly na tom, že pacienti o infaustní nemoci a budoucnosti nechtějí mluvit vůbec. Kromě S6, která odpověděla: „*mě může přejet auto, až vyjdu z nemocnice. Nikdy nevíme, kdy zemřeme*“.

- Kontakt s OP je zatěžující S1, S2, S6, S7
- Kontakt s OP je běžný S3, S4, S5
- Sestry nejsou přítomné u sdělování onkologické diagnózy S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7
- Sestry odhadnou reakci pacienta na diagnózu S1, S2, S3, S4, S6, S7
- Nejčastější reakcí pacienta je hněv a pláč S5
- Nejčastější otázka pacienta na nemoc je: „*Kdy mi vypadají vlasy? Kdy začnu zvracet? Uzdravím se?*“ S1, S2, S3, S5, S4, S7
- Nejčastější otázka pacienta je: „*Dá se to vyléčit? Jaké budou komplikace?*“ S6, S7
- Nejlepší odpověď sestry je chláhlení a utěšování S2, S3, S6
- Pacienti o infaustní nemoci a smrti nemluví S1, S2, S3, S4, S5, S7

4.1.2 Školení/Vzdělání

Tato kategorie je nazvána Školení/vzdělání, protože se zde zkoumá, zda se sestry zdokonalují v komunikaci s OP. První otázka směřovala na to, zda je pro sestry vůbec obtížné s takovýmto pacientem komunikovat o jejich onemocnění. S1 odpověděla ne, stejně tak jako S4. S2 uvádí: „*obtížné je to vždycky, hlavně jim nesmíte nic zaručovat, protože Vám potom nebudou pacienti důvěřovat*“. „*Ano. Komunikuji s nimi dle jejich stavu, pokud je vážný, je to pro mě těžké*“, uvádí S5. S6 odpověděla: „*není to obtížné, ale psychicky to vyčerpává, čím víc komunikujete, tím je to horší*“. S7 odpověděla, že je to pro ní obtížné. Na otázku zda se sestry školí v komunikaci s OP, S1, S2 a S6 odpověděly, že ano, přičemž S1 dodala: „*nikdy Vás nikdo nenaučí, jak se v danou chvíli zachovat, ani si na žádné kurzy nevzpomenete. To Vás naučí praxe*“. Stejně odpověděla i S2. S3, S4 a S5 odpověděly, že školení proběhlo pouze staniční sestrou. S7 odpověděla: „*školení neproběhlo, ale chtěla bych se zúčastnit kurzu se zajímavým tématem této problematiky*“. Na otázku, zda sestry znají etické kodexy, S1 odpověděla: „*neznám, nepřemýšlím o tom, když komunikuji s pacientem. Zním práva pacientů*“. Stejně odpověděly ostatní sestry. „*Hlavně poučujeme pacienta, aby nebyl doma sám, aby se hlídal a podobné rady*“, dodala ještě S2. S6 naopak odpověděla: „*ano, znám a využívám je*“.

- Komunikace s OP o jejich onemocnění je obtížná S2, S5, S7,
- Komunikace s OP o jejich onemocnění není obtížná S1, S4
- Komunikace není obtížná, ale vyčerpávající S6
- Školení proběhlo S1, S2, S6
- Školení proběhlo pouze staniční sestrou S3, S4, S5
- Školení neproběhlo S7
- Sestry neznají etické kodexy S1, S2, S3, S4, S5
- Sestra zná etické kodexy a využívá je S6

4.1.3 Realizace komunikace s OP a jeho rodinou

Na otázku, zda si sestry myslí, že zvládají komunikovat s OP, ano odpověděly S1, S2, S4, S5, S6 i S7. Zato S3 odpověděla: „myslím, že se toho musím ještě hodně naučit. Přece jen praxe mě naučí“. S1 a S6 prohlásily, že problémy s takhle nemocným nemají. Na otázku, jaké problémy má s tímto nemocným S4 odpověděla: „problémem je jejich aktuální psychické rozpoložení“. S3 odpověděla: „problém mi dělá pacientův strach, vždy když komunikujeme, vidím mu ho v očích. Bojí se další chemoterapie, výsledků vyšetření a ze spousty dalších věcí. Proto je pro mě obtížné nějak věc zlehčovat, protože to prostě nejde. Někteří jsou energičtí, tak to jde snadno“. S2 a S5 se k této otázce nevyjádřily. S7 odpověděla: „největším problémem je nedostatek času“. Důležitý je čas, který zdravotníci věnují pacientům. „Vždy si čas uděláme, protože tady bereme pacienty hodně vážně. Na některé jsme zvyklé, protože se k nám často vrací“, S1. Podobně odpověděly i S3, S4 a S5. S2 odpověděla: „vždycky je čas si promluvit. Ale oni o svých problémech většinou nemluví. Když si potřebují popovídat, aby mysleli na něco jiného, vždy je ráda vyslechnu“. S6 a S7 se shodly v odpovědi: „čas si tady chceme udělat, ale v ambulanci to jde těžko“, S6. „Snažíme se, ale tady na ambulanci to moc nejde“, S7. Na otázku ohledně komunikace s rodinnými příslušníky S3 odpověděla, že s rodinnými příslušníky vůbec nekomunikuje, stejně tak jako S4: „s rodinou komunikuje lékař“. Zato S1 a S2 se podobně shodly podobně v odpovědi: „s některými rodinnými příslušníky je to těžké, protože sem přivezou tatínka, který na pohled vypadá v pořádku, ale chemoterapie nebo radioterapie ho tak změní, že nás rodina nařkne, že jsme ho tu úplně zničili“, S1. „Je to v lidech. S některými vycházíte lépe a s některými to jde hůř. Snažíme se vždy, aby byli klidní a vše jim vysvětlit, jak se o jeho člena postarat“, S2. S5 odpověděla: „vždy se snažím být ohleduplná a mluvím na ně opatrně. Informace musím opakovat častěji, rodina všemu nerozumí“. S7 se k této otázce nevyjádřila. S6 odpověděla: „většinou jsou smutní, proto je zde utěšujeme“. Všechny sestry se shodly v tom, že pacient se nikdy neptá na infaustní nemoc, přičemž S2 dodala: „neptají se na nemoc, spíš se ptají, co bude dál“. Na otázku, co pomáhá sestře při komunikaci s OP, S3 odpověděla: „hodně věcí. Někteří pacienti jsou smíření s tím co je, proto se snažím vždy říct něco, abych je rozesmála. Vždy mi naskočí husí kůže, když vím, že za jejich

úsměv můžu já“. S4 odpověděla: „mně nejvíce pomáhá, když mám vedle sebe sestru s dlouholetou praxí, která má více zkušeností“. „Pomáhají nám oni sami, pacienti se sem vrací, jako kdyby se vrátili domů, oni mě nabíjí energií“, odpověděla S1. S2 prohlásila: „řeknu si, zaplat' pán Bůh, že nejsem na jejich místě“. S6 odpověděla: „praxe a zkušenosti“. S7 se k otázce nevyjádřila.

- Sestry si myslí, že umí komunikovat s OP S1, S2, S4, S5, S6, S7
- V komunikaci s OP se toho musím hodně naučit S3
- Sestra nemá problém v komunikaci s OP S1
- Problém v komunikaci je aktuální psychické rozpoložení S4
- Problém v komunikaci je strach pacienta S3
- Problém je nedostatek času na ambulanci S6, S7
- Sestry si udělají vždy čas na pacienta S1, S2, S3, S4, S5
- S rodinnými příslušníky nekomunikují S3, S4
- S rodinnými příslušníky je těžká komunikace S1, S2, S6
- Sestra se snaží vše rodině vysvětlit S5
- Pacienti se nikdy neptají na infaustní nemoc nebo na smrt S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7
- V komunikaci s OP sestře pomáhá rozesmát pacienta S3
- Sestře pomáhá v práci s OP přítomnost starší sestry s dlouholetou praxí S4
- Sestře pomáhá v práci s OP sám pacient S1
- Sestře pomáhá praxe, při komunikaci s OP S6

4.1.4 Riziko syndromu vyhoření

V této kategorii se budeme zabývat tím, jak se sestry chrání proti syndromu vyhoření. „Pomáhá mi hlavně moje rodina. Mám bezvadné vnučky, se kterými dělám

turistiku“, S1. Podobně odpověděla většina sester. „*S partou sester z celého oddělení jezdíme na muzikály*“, dodala S2. S4 a S5 odpověděly: „*pomáhá mi manžel, hudba, sauna a dobrá kniha*“. Stejně tak S6 a S7 odpověděly: „*hlavně rodina, ta je na prvním místě*“. S3 odpověděla podobně. V této kategorii zazněla otázka o vyrovnanosti s péčí o onkologického pacienta. „*Když jdu domů, zavřu dveře a vše zůstane za těmi dveřmi. Myslím, že to je nejlepší obrana, nepřemýšlet nad tím doma*“, S1. „*Nejlepší je nechat vše v nemocnici a doma vypnout*“, odpověděla S3. „*Vyrovřádám se s tím snadno, pomáhá mi mluvit o tom s kolegyněmi*“, odpověděly S2 a S4. S6 a S7 se k této otázce nevyjádřily. Na otázku zda na tomto oddělení sestry chtějí zůstat i nadále, všechny odpověděly, že ano.

- Povzbuzení sestry hledá v rodině S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7
- Pro povzbuzení sestry pomáhá sauna, četba a hudba S4, S5
- Myšlenky, které se nezaobírají prací s OP, jsou velice účinné S1, S3
- Vyrovřádání pomáhá komunikace o tématu s ostatními sestrami S2, S4
- Sestry chtějí na tomto oddělení zůstat i nadále S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7

4.1.5 Možnosti další podpory

V této kategorii zjišťujeme, zda všeobecné sestry znají nějaké patientské organizace a jaké mají další možnosti k podpoře pacienta. Na otázku, koho oslovují na pomoc při komunikaci s OP, S1-S5 odpověděly, že oslovují psycholožku. S1 a S3 ještě dodaly: „*oslovujeme také v některých případech kněze*“, S3. „*Pokud pacient chce, oslovujeme i duchovního*“, S1. S6 odpověděla: „*svoji psycholožku tady nemáme. Nabízím jim věci, podle toho, jak se koukají na smrt, pokud nejsou věřící, nepoženu je do kostela*“. S7 prohlásila, že nikoho na pomoc neoslovuje. Na otázku, jaké znají sestry patientské organizace, S1 a S3 odpověděly: „*znám Mamma help a Lymfohelp*“. S4 odpověděla: „*znám Amelii a Arcus, Haima*“. S2 odpověděla, že zná pouze organizaci

pro stomiky. S5 odpověděla, že žádnou organizaci nezná a dodala: „*máme tady brožurky, které pacientům dáváme, a tam nějaké organizace jsou*“. S6 odpověděla: „*znám Ligu proti rakovině, ale tady jim ji nenabízím*“. Zato S7 odpověděla: „*znám Mamma help a Stomaligu. Hlavně pacienti si je hledají na internetu a potom se nás na ně ptají*“. S1, S2, S3 a S4 odpověděly, že nabízejí pacientům výše uvedené organizace.

- Na pomoc při komunikaci s OP se oslovuje psycholožka S1, S2, S3, S4, S5
- Sestra na pomoc nikoho neoslovuje S7
- Sestra oslovuje na pomoc odborníka, podle situace S6
- Sestra oslovuje kněze S1, S3
- Sestry znají patientské organizace S1, S2, S3, S4, S6, S7
- Sestra využívá při nabízení patientských organizací pouze brožury S5
- Sestry nabízejí pacientům organizace S1, S2, S3, S4, S7
- Sestry nenabízejí patientské organizace S6

4.2 Kategorizace dat respondentů

1. Komunikace s lékařem
2. Sdělování informací
3. Komunikace s všeobecnou sestrou na onkologickém oddělení
4. Komunikace personálu s rodinnými příslušníky
5. Pomoc a podpora nemocných

4.2.1 Komunikace s lékařem

Pro pacienta je velice důležité, jak lékař vede rozhovor při seznamování pacienta s diagnózou. „Rozhovor běžel asi normálně. Věděl jsem to už jen z toho, jak na mě doktor koukal“, odpověděl R1 se smutným úsměvem. R2 odpověděl podobně: „rozhovor byl veden klidně, lékař mluvil klidně a bez okolků“. Zato R3 odpověděl: „vzhledem k tomu, že trvalo asi dva roky, než zjistili, že mám rakovinu, tak to byla otrěsná zkušenost. Lékař se mnou jednal jako se samozřejmostí“. R4 odpověděl s pohledem do země: „lékařka mě na to připravila, ale úplně mi to sdělila telefonicky. Chtěla jsem to vědět hned. Mluvila jsem s ní dlouho, byla milá a upřímná“. R5 oproti tomu odpověděl: „rozhovor probíhal mezi čtyřma očima, lékař mluvil opatrně, jako bych se měl v tu chvíli rozpadnout“.

Všichni respondenti se shodli v odpovědi, že intimita při rozhovoru byla zachována.

Na otázku, co respondentovi při rozhovoru chybělo, odpověděl R1: „myslím, že nebyl čas ani o rozhovoru přemýšlet. Když o tom zpětně přemýšlím, ani by mi nemohlo nějak pomoci, kdyby byl rozhovor veden jinak“. Shodl se v odpovědi s R2, který ještě s úsměvem dodal: „pomohla mi upřímnost doktora, šel na to hned. Bylo to jako stržení náplasti“. R3 má oproti tomu úplně jiný názor. „chyběla mi ohleduplnost, rovnost mezi námi. Mohl to podat tak, aby to nebyl takový šok. Mohl to říkat pomaleji, srozumitelněji“. R4 odpověděl: „myslím, že se lékařka dostatečně snažila, abych vše pochopila. Myslím, že by mi více pomohlo, kdyby se mi mohla dívat do očí a já v nich viděla pochopení“. R5 odpověděl: „nic mi nechybělo. Lékař byl opravdu lidský, ohleduplný a empatický“.

Respondentům byla položena otázka, zda na ně měl jejich lékař dostatek času při jejich rozhovoru. R1, R2, R4 a R5 uvedli, že jejich lékař na ně dostatek času opravdu měl. Jen R3 má jiný názor: „pospíchal, asi měl plnou čekárnu lidí. Řekl, že mám rakovinu, že je to vzácné a předal mě zase dál“.

Poslední otázka této kategorie byla zaměřena na to, zda by respondenti uvítali, kdyby u rozhovoru byla sestra. „Možná, že kdyby tam byla sestra, tak by se doktor nechoval hloupě“, odpovídá rozčileně R3. R1 a R2 se shodli v tom, že u jejich

rozhovoru sestra přítomná byla. R1 k tomu dodal: „*celou dobu mě držela za ruku, bylo to povzbuzující*“. R2 naopak dodal: „*moc na mě nemluvila, byl jsem za to rád*“. R4 a R5 se shodli v tom, že u jejich rozhovoru sestra přítomná nebyla.

- | | |
|---|--------------------|
| • Lékař měl na respondenta čas | R1, R2, R4, R5 |
| • Lékař neměl na respondenta čas | R3 |
| • Intimita při rozhovoru byla zachována | R1, R2, R3, R4, R5 |
| • U rozhovoru chyběla ohleduplnost | R3 |
| • U rozhovoru nic nechybělo | R2, R5 |
| • U rozhovoru chyběl oční kontakt | R4 |
| • U rozhovoru byla přítomná sestra | R1, R2 |
| • U rozhovoru nebyla přítomná sestra | R3, R4, R5 |

4.2.2 Sdělování informací

V této kategorii jsme analyzovali, jakým způsobem jsou pacientovi sdělovány informace o onemocnění a léčbě. „*Lékař mi podal papír s informacemi, které jsem ani nečetl*“, odpověděl R1. R2 tiše přiznal: „*sdělil mi jí ústně z očí do očí. Cítil jsem se hrozně, myslel jsem, že je to jen zápal plic*“. R3 při vzpomínce na svou zkušenost znechuceně odpověděl: „*lékař mi dal papír s informacemi, doporučil mě k nějakému specialistovi a to je vše*“. Odlišně odpověděl R4, která přiznala, že jí informace byly sděleny telefonicky. R5 odpověděl, že informace mu byly podány ústně a dodal: „*byl jsem v šoku. Lékař se snažil být opatrný, ale skoro jsem ho nevnímal*“. R1, R2, R4 i R5 na otázku kolik měl času na přijetí informace a zda mohli pokládat lékaři otázky, odpověděli, že dostatek, přičemž R1 a R2 dodali: „*radši jsem se ale na nic neptal*“. R3 odpověděl: „*ani si to nepamatuji, byla jsem znechucená. Dostala jsem ten papír, ale informace jsem si našla na internetu*“.

- | | |
|--------------------------------------|--------|
| • Informace byly sděleny ústně | R2, R5 |
| • Informace byly sděleny telefonicky | R4 |

- Informace byly sděleny pomocí informačního listu R1, R3
- Respondentovi byl sdělen dostatek informací R4, R5
- Respondentovi nebyl sdělen dostatek informací R1, R3
- Respondent si hledal informace na internetu R3

4.2.3 Komunikace s všeobecnou sestrou na onkologickém oddělení

Tuto kategorii jsme pro výzkumné šetření nazvali- Komunikace s všeobecnou sestrou. První otázka zněla: „*Jaké bylo první setkání se sestrou?*“. Na tuto otázku R1 odpověděl: „*tak setkání bylo dobré. Sestřičky se mě tady neustále ptají, zda se mám dobře, nebo zda mě něco nebolí*“. R2 odpověděl podobně, jen dodal: „*se sestřičkami je sranda a to je pro mě důležité, nemusím na to stále myslet*“. Podobně odpovídal i R4. R3 odpověděl: „*zpočátku to bylo těžké. Myslím, že jsme si museli na sebe zvyknout*“. R5 odpověděl: „*sestřičky se bály komunikovat. Myslím, že se bály, že řeknou něco špatného. Teď je to dobré*“.

Na otázku, zda pacienti komunikují se sestrami o svém onemocnění, R1 a R2 prohlásili: „*o svém onemocnění mluvit nechci, protože tím nechci nikoho zatěžovat*“. Oproti tomu R3 odpověděl: „*sestřička se mnou komunikuje, vždy mi vše vysvětlí, například na jaké jdu vyšetření, co tam budu dělat a proč. Vždy mě vyslechne*“. R5 odpověděl: „*ano, snažil jsem se, vždy si sestřička udělala čas, ale někdy měla moc práce*“. R5 ještě dodal: „*moc na mě radši nemluví. Myslím, že sestřičky se bojí na cokoli mi odpovědět nebo se zeptat, ale já je chápu*“.

Všichni respondenti přiznali, že sestra na onkologickém oddělení si na ně vždy udělala čas, když s ní chtěli komunikovat. Na otázku, co respondentovi pomohlo při komunikaci se sestrou, R1 odpověděl: „*hlavně upřímnost sester*“. R2 s úsměvem odpověděl: „*pomohl mi zájem sester. To je cenné*“. Zato R3 odpověděl: „*poprvé mi nic nepomohlo, byla jsem vyděšená*“. R4 odpověděl: „*pomohlo mi, když jsem řekla, ať se mě sestřičky nebojí*“. R5 s úsměvem, ale pohledem do země odpověděl: „*pomohl mi její smysl pro humor*“. Poslední otázka této kategorie zněla: „*Jak jste se cítil při komunikaci se sestrami?*“ Na tuto otázku R1 a R3 odpověděli: „*cítil jsem se dobře*“, R1

ještě dodal: „*vidím v nich oporu*“. R2 a R5 se shodli v odpovědi spíše opačné: „*cítil jsem se divně, stále jsem cítil lítost*“. R4 odpověděl: „*jak kdy, někdy se cítím hloupě, někdy je to v pořádku*“.

- První setkání se sestrou bylo dobré R1, R2, R4
- Museli jsme si na sebe zvyknout R3
- Sestry se bály komunikovat R5
- Sestry se stále ptají, jak se pacient cítí R1
- Se sestrami byla sranda R2
- Respondenti nekomunikují, protože nechtějí obtěžovat R1, R2
- Sestry hodně komunikují s respondenty R3
- Sestry si vždy udělají čas R1, R2, R3, R4, R5
- Sestry se bojí na něco ptát ohledně onemocnění R5
- Respondentům pomáhá upřímnost sester R1
- Respondentům pomáhá zájem sester R2
- Respondentům nic nepomáhá při komunikaci R3
- Respondentovi pomohl smysl pro humor sester R5
- Respondenti se cítí dobře při komunikaci R1, R3
- Respondenti se cítí divně při komunikaci R2, R5
- Respondenti mají smíšené pocity při komunikaci R4

4.2.4 Komunikace personálu s rodinnými příslušníky

Tato kategorie je zaměřená na rodinné příslušníky pacienta, protože je velice důležitý kontakt s blízkými pacienta. Na první otázku této kategorie, zda byl u sdělování diagnózy i rodinný příslušník, odpověděli R1, R2, R3 a R4: „*ne*“. R5 odpověděl: „*ano, lékař manželce vysvětloval vše tak, jako mně*“. Na otázku, jak probíhala komunikace s rodinou, R1 odpověděl: „*nekomunikoval. Vždy, když personál něco potřeboval, obracel se na mě*“. R2 odpověděl: „*ani nevím, manželka se nezmiňovala. Asi mluvili jen*

o organizačních věcech, ale říkala, že zde jsou všichni milí“. R3 s pokyvováním hlavy odpověděl: *„lékaři i sestry mluvili s mými dcerami a ony říkaly, že jsou zde všichni milí“.* R4 odpověděl: *„ano, komunikují s manželem, to je pro mě důležité, že se na to neptá mě, ale vždy mu to poví odborník. Zdravotníci byli ohleduplní vůči manželovi“.* R5 odpověděl: *„hodně s nimi chce mluvit manželka, sestry si vždy udělají čas, ale lékaři hodně spěchají“.*

- Respondent neměl u sdělování diagnózy rodinného příslušníka R1, R2, R3, R4
- Respondent měl u sdělování diagnózy rodinu R5
- Personál nekomunikoval s rodinou R1
- Personál komunikuje s manželem/manželkou R2, R4, R5
- Personál mluvil s dcerami respondenta R3
- Personál je milý a ohleduplný při komunikaci s rodinou R2, R3, R4

4.2.5 Pomoc a podpora nemocných

Tato kategorie byla zvolena pro informaci, zda vůbec respondenti znají patientské organizace a co jim pomáhá při vyrovnání se s nemocí. R1 odpověděl: *„uvědomil jsem si, že nejsem nesmrtelný“.* R2 odpověděl: *„musel jsem to přijmout. Nic jiného mi nezbyvalo“.* R3 smutně odpověděl: *„zpočátku jsem byla v šoku, ale dcera mi řekla, že to zvládneme a já jí věřila“.* Stejně odpověděl i R4. Zato R5 s úsměvem dodal: *„chtěl jsem bojovat kvůli své ženě“.*

Všem respondentům s nemocí pomohla rodina. Všem respondentům byla nabídnuta patientská organizace, ale nikdo jí nevyužil, kromě R4, která odpověděla: *„přemýšlím o přijetí nabídky Mamma help“.*

- Z diagnózy byli respondenti v šoku R3, R4
- Respondent si uvědomil, že není nesmrtelný R1
- Respondent musel přijmout diagnózu R2

- Respondent bojoval kvůli ženě R5
- Respondentům s nemocí pomáhá rodina R1, R2, R3, R4,
R5
- Respondentům byla nabídnuta patientská organizace R1, R2, R3, R4,
R5
- Respondent využije nabídku organizace R4

5 Diskuse

K hodnocení kvalitativní části výzkumu bylo zpracováno 7 polostrukturovaných rozhovorů s všeobecnými sestrami a 5 polostrukturovaných rozhovorů s onkologickými pacienty. První část rozhovorů obsahují identifikační znaky (dále jen IZ) sester i OP. Všeobecné sestry pracující na onkologickém oddělení byly dotazovány na délku praxe, vzdělání a věk. Délka odborné praxe sester je velmi široce rozložená. Dvě dotazované sestry pracují na onkologickém pracovišti déle jak 30 let, jedna dotazovaná sestra působí na pracovišti 10 let a 4 sestry na pracovišti působí méně jak 10 let. Dalším IZ bylo vzdělání sester. Čtyři sestry uvedly, že jejich nejvýše dosažené vzdělání je středoškolské. Tři sestry uvedly, že jejich nejvýše dosažené vzdělání je bakalářské. Pět sester uvedlo, že jejich věk dosahuje 30 let a více, zatímco dvěma sestrám je méně než 30 let.

IZ se týkaly také pacientů. Dva respondenti jsou ženy a tři respondenti jsou muži. Třem respondentům je více jak 50 let, zatímco dvěma respondentům je méně než padesát let. Nejmladšímu respondentovi je 35 let. Dva respondenti uvedli, že mají kolorektální karcinom, jeden respondent uvedl, že má plicní karcinom, další respondent uvedl, že má karcinom kůže a poslední respondent uvedl, že má karcinom prsu. Onemocnění respondentů je tedy v této práci velmi rozmanité. Okruhy otázek v rozhovoru mi umožnily odpovědět na výzkumné otázky: „*Jak probíhá komunikace s pacientem a všeobecnou sestrou?*“ Dle Vorlíčka (2006) je kontakt s OP psychicky náročný, což potvrzují čtyři sestry, které se shodly v názoru, že styk s OP způsobuje psychickou zátěž, zatímco opak tvrdily tři sestry, které si na takto zátěžové situace již zvykly a nedělají jim problém. Myslím si ale, že na takto zátěžové situace se zvyká nesnadně. Komunikace musí být pomalá, empatická a vstřícná. Už jen toto využít při péči o těžce nemocného zapříčiňuje velkou psychickou zátěž. Z tohoto šetření však vyplývá, že se sestry snaží pomoci pacientovi v jeho životní krizi. Většina sester si však nedokáže zvyknout na takto zátěžové situace. Nelze si zvyknout, protože neví, jak se pacient zachová. Z výzkumu jsme se dozvěděli, že pacienti nechtějí mluvit o infaustní nemoci, ale chtějí se bavit o průběhu léčby, což je pro sestry úlevné. Některé sestry mi dokonce odpověděly, že je pro ně spíše lepší, když se na infaustní nemoc neptají,

protože neví, jak na otázku odpovědět. To potvrdil i R5, který uvedl, že sestry na něj moc nemluví, protože se bojí na něco se zeptat. Pro sestry je obtížná komunikace s těžce nemocným pacientem. Jedna sestra dokonce tvrdila, že čím více komunikují, tím je to psychicky náročnější. Přesto však z výzkumu vyplynulo, že všechny sestry chtějí na tomto oddělení zůstat. Z pohledu respondenta komunikace s všeobecnou sestrou probíhá v pořádku, protože jsou velice milé, zábavné a upřímné. Také respondenti přiznali, že si na ně udělaly sestry vždycky čas, což potvrzuje názor Kalvodové (2010), která ve svém článku tvrdí, že dostatek času je jednou ze zásad komunikace s OP a rozhovor by měl vždy ukončit pacient. Při analýze dat z rozhovorů s pacienty jsme došli k názoru, že sestry se chovají dle patřičných pravidel, jsou empatické a při tom profesionální. Taková sestra má být na onkologickém oddělení. Z rozhovoru se sestrami vyplynulo, že jim na pacientech opravdu záleží. Jedna sestra dokonce tvrdila, že se k nim pacienti vrací jako domů a berou je jako součást rodiny. Myslím si, že takhle by měl partnerský přístup zdravotníků vypadat. Starat se o jejich pocity a znát nejen jejich diagnózu, což výzkum potvrdil, že tak opravdu je.

Jak ale probíhá komunikace s lékařem z pohledu nemocného? Dle Zacharové, Hermanové a Šrámkové (2007) by lékaři jako ostatní zdravotníci měli mít ke každému pacientovi partnerský přístup. Je tomu ale vždycky tak? Ptala jsem se respondentů, jak se k nim lékař v ambulanci či na oddělení choval. Udivilo mě, že jeden respondent přiznal, že chování lékaře nebylo profesionální a už vůbec ne empatické, což zcela vyvrací tvrzení Zacharové, Hermanové a Šrámkové (2007). Další respondent přiznal, že s ním o jeho onemocnění lékař mluvil po telefonu, což je zcela proti etickým podmínkám a pravidlům. Naštěstí zbytek respondentů sdělil, že přístup lékařů na onkologickém oddělení byl profesionální a lidský. Při sdělování onkologické diagnózy se lékař musí řídit také určitými pravidly. Podle Klusákové (2010) je dobré, když má lékař u sebe příručku s potřebnými informacemi o onemocnění. Bohužel pouze dva respondenti uvedli, že tuto příručku opravdu obdrželi. Další respondent uvedl, že informaci obdržel telefonicky, což je opravdu v nesouladu s etickými pravidly. Ano, informace lékařka sdělila na přání pacientky takto nezvyklým způsobem, ale podle mě je to zcela nevhodné. Naštěstí zbytek respondentů uvedl, že jim diagnózu lékař sdělil

v soukromí z očí do očí. Podle Klusákové (2010) by měl mít lékař na pacienta také dostatek času. Při rozhovoru jsem se respondentů ptala, zda na ně opravdu lékař čas měl, při sdělení takto vážné informace. Čtyři respondenti uvedli, že mohli pokládat otázky, dostali dostatek informací a zbytek respondentů odpověděl, že ani informace nechtěli slyšet, protože byli v šoku.

Dle Ptáčka (2011) diagnózu vždy určuje lékař, ale vždy je vhodné, aby měl pacient u sebe při sdělování onkologické diagnózy psychickou podporu. Tou podporou může být i všeobecná sestra. Z rozhovorů však vyplynulo, že pouze dvě sestry přítomná u onkologické diagnózy byly. Jeho tvrzení však potvrdili tři respondenti, kteří uvedli, při položené otázce, že by uvítali, kdyby u rozhovorů byla přítomná. Další respondent přiznal, že u jeho rozhovoru sestra přítomná byla a dodal, že její přítomnost byla velice povzbuzující. Jeden respondent odpověděl, že dostatek informací nedostal a tak si je raději našel na internetu. Tyto reakce mi odpověděly na další výzkumnou otázku, jak byl pacient spokojený s rozhovorem při sdělování onkologické diagnózy. Z jejich odpovědí je patrné, že spokojena byla jen část respondentů.

Zajímalo mě, jaké vidí sestry reakce OP na sdělenou diagnózu, když s pacienty komunikují po rozhovoru s lékařem. Většina sester uvedla, že reakce jsou značně různé a nikdy nelze předpokládat, jak se OP zachová. Jedna sestra přiznala, že někteří pacienti odejdou, aniž by jim došlo, co jim právě bylo sděleno. To potvrzuje tvrzení Heřmanové (2012), která uvedla, že podle E. K. Ross existuje 5 fází smíření s krizovou životní situací, počínaje šokem. Toto tvrzení potvrzuje sestra, která uznala, že pacientova fáze přijetí diagnózy opravdu začíná šokem. Tvrzení Heřmanové je v souladu se sestrou, která uvedla, že vidí hodně pláč. Pacient je natolik v šoku, že nevnímá lékaře, pláče, zcela jim nedochází, co jim lékař řekl a to je přesně první fáze. Většina sester uvedla, že na plačtivé reakce mohou odpovídat pouze chlácholením, utěšováním, vlídným zacházením, ale hlavně ne nalháváním lepší budoucnosti. Tato část výzkumného šetření mapovala, jak se pacient chová po sdělení onkologické diagnózy.

Další výzkumná otázka byla zaměřena na školení všeobecných sester ohledně komunikace s OP. Tři sestry uvedly, že školení před několika lety absolvovaly. Ty mladší sestry však tvrdí, že jejich školení proběhlo pouze staniční sestrou. Sestry tedy

nejsou dostatečně školené pro komunikaci s onkologickým pacientem, což mě přivádí k další otázce, jak je možné, že taková školení na onkologickém onemocnění nejsou běžná už pro jeho důležitost? Jeden respondent také přiznal, že některé sestry se zdráhají s ním komunikovat, protože mají obavu, aby neřekly něco špatně. Myslím si, že kdyby sestry absolvovaly kurzy zaměřené na komunikaci s onkologickým pacientem, mohlo by se takovým situacím předejít a sestry by uměly efektivně komunikovat s nemocnými. Při shromažďování údajů k teoretické části této práce jsem zjistila, že existuje mobilní hospic Cesta domů, který na svých internetových stránkách nabízí e-learningové kurzy, které sestrám přibližují, jak s OP komunikovat. Myslím, že tento kurz by byl pro sestry na onkologickém oddělení velmi prospěšný.

Další výzkumná otázka se zaměřuje na to, jak se vyrovnávají sestry s péčí o OP. Z výzkumu vyplynulo, že pro sestry je největší oporou rodina, přátelé a jejich koníčky a zájmy. Je jasné, že, pokud má člověk podporu při kontaktu s těžce nemocnými nebo umírajícími jsou rodina a zájmy důležitým faktorem při prevenci syndromu vyhoření. Ani jedna sestra při rozhovorech se nejevila, že by měla, byť jen počáteční známky syndromu vyhoření. Dle Venglářové (2011) sestry potřebují blízké lidi, kteří jim mohou aktivně naslouchat a pomoci v zátěžových situacích. Sestry dokonce odpovídaly, že aby nad tím nemusely přemýšlet samy, povídají si o tom se svými kolegyněmi na oddělení, což je podle mě správné. Pocity z jejich dne je třeba ventilovat a nemít je jen uzavřené ve svých myšlenkách.

Není těžká jen komunikace s nemocnými, ale také s jejich rodinnými příslušníky. Tři sestry uvedly, že je velice těžká komunikace s rodinnými příslušníky, protože si myslí, že sestry jejich blízkým spíše ubližují, než pomáhají. Důvodem je například vzhled pacienta po chemoterapii. Je samozřejmé, že rodina má o svého blízkého člověka strach, proto je důležitá informovanost rodiny a komunikace se sestrami a lékaři. Respondenti na dotaz ohledně způsobu komunikace mezi jejich rodinou a zdravotníky, odpovídali kladně. S jejich rodinou sestry i lékaři hodně komunikují, vše jim vysvětlují dle jejich kompetencí. Respondenti se shodli v tom, že při sdělování diagnózy u sebe neměli žádnou oporu ze svých blízkých. Pouze jeden respondent uvedl, že měl po boku manželku při sdělování diagnózy. Tyto informace odpovídají na

výzkumnou otázku, která byla položena jak respondentům, tak i sestřím, jak probíhala komunikace s rodinnými příslušníky. Myslím, že šetření vyšlo kladně z obou stran, kromě dvou sester, které uvedly, že s rodinou nekomunikují. Je velkým pochybením, pokud zdravotník nekomunikuje s rodinnými příslušníky pacienta. Dle Vybíhalové (2012) jsou důležité komunikační schopnosti sester při komunikaci s rodinou OP. S rodinou někdy není možná stejná komunikace jako s pacientem. Sestra musí dle svých znalostí a zkušeností zvážit, jak s rodinou pacienta nejlépe komunikovat a také jim sděluje informace pouze dle svých kompetencí. Nemluví na ně na základě odborných výrazů, mluví klidně a musí se vyvarovat ráznosti svého hlasu a jednání. Sestra může s rodinou spolupracovat v rámci ošetrovatelského procesu zaměřeného na jejich blízkou osobu a také může edukovat rodinu v případě propuštění OP do domácí péče. Myslím, že v těchto směrech je komunikace velmi důležitá, protože rodina musí vědět, co se s jejich blízkým člověkem děje, popřípadě, jak se o něj v budoucnu postarat.

Je jasné, že vážné onemocnění - jako je onkologické - je pro pacienta velice náročnou životní situací. Při rozhovoru s respondenty i se sestrami jsme se zabývali tím, zda mají nějaké zkušenosti s patientskými organizacemi, či zda sestry nabízejí podporu ze strany odborníků. Pět sester se sedmi uvedlo, že na pomoc volají psycholožku, která je dle jedné sestry opravdu potřebná a oslovují jí velmi často. Dvě sestry uvedly, že na pomoc oslovují také duchovního kněze, pokud si to pacient žádá. Co se týče patientských sdružení, všechny sestry uvedly, že znají onkologická sdružení a také všechny, kromě jedné, je doporučují pacientům. Jedna sestra dokonce uvedla, že pacienti si je už vyhledávají na internetu, ale až na jejich oddělení se jich ptají na jejich názor a zkušenosti jiných pacientů. Většina respondentů se shodla, že jim organizace byly nabídnuty, ale pouze jeden využil tuto možnost. Možná proto, že při onemocnění, dle respondentů, jim pomáhá hlavně rodina. Tato část se vztahuje k výzkumné otázce, co si myslí respondenti o pomáhajících organizacích. Já si myslím, že pacienti nechtějí využít této možnosti, protože jí neznají a nemají s ní zkušenosti. Myslím si, že mají strach z této neznámé cesty. Jedna sestra mi sdělila, že se byla podívat v jedné organizaci pro ženy s rakovinou prsu a byla nadšená. Měla jen pozitivní pocity a ani se jí nechtělo domů. Kladla jsem si otázku, zda by i respondenti změnili názor, kdyby

skutečně něco takového zažili a vyzkoušeli. Proč ve společnosti není víc informací o takových organizacích a sdruženích?

Tento výzkum byl zaměřený na současný stav komunikace zdravotníků s onkologickým pacientem. Po analýze rozhovorů dat od sester i od pacientů, můžeme konstatovat, že komunikace mezi sestrami a pacienty je na dobré úrovni. Pacienti hodnotí komunikaci pozitivně a to i přesto, že sestry jsou pod velkým tlakem při komunikaci s takto těžce nemocnými. Pozitivním zjištěním je, že jsem se nesetkala se sestrou, která by byla nepříjemná a autoritativní bez empatie. Myslím, že sami pacienti sestry posilují v jejich práci a dodávají jim sílu. To mi potvrdila i jedna sestra, která prohlásila, že je pacienti nabíjí takovou energií, že mají chuť do další práce. To je pro práci s OP velice důležité. Zarážející je, že nejsou organizovány pro sestry semináře, které by je naučily správné komunikaci s OP.

Respondenti jsou spokojeni s komunikací se sestrami. Sestry jsou jim oporou, udělají si na ně čas a vyslechnou je. Což je pro pacienty nejpodstatnější.

6 Závěr

Bakalářská práce je zaměřena na současný stav komunikace zdravotníků s onkologicky nemocným pacientem. K naplnění cílů této práce byl zvolen kvalitativní výzkum pomocí polostrukturovaných rozhovorů. Celkově bylo osloveno 12 respondentů, z toho bylo pět pacientů s onkologickým onemocněním a sedm sester pracujících na onkologickém pracovišti.

Analýza dat potvrdila velmi pozitivní výsledky. Pacienti jsou s komunikací se sestrami spokojeni. Z této práce vznikl manuál, který má sestřím přiblížit zásady komunikace s OP. Tato práce zjišťovala, jaká je spolupráce zdravotníků s onkologickým pacientem. Realizace výzkumného šetření mě moc bavila, hlavně sama mám problémy v komunikaci s těžce nemocnými, ale teď už vím, že jde nejen o umění komunikace, ale o umění empatie, vstřícnosti, naslouchání a ochotu pomoci. Takový pocit jsem z výzkumu měla. Shledala jsem, že je to práce nelehká, psychicky náročná, ale velice naplňující. Z výzkumu jsem zjistila, že většina sester se k pacientům opravdu umí chovat. Mají všechny vlastnosti profesionální sestry, které jsou důležité pro práci na onkologickém oddělení s těžce nemocnými. Myslím si, že mají krásný přístup k nemocným, dobré komunikativní schopnosti a dostatek empatie. Všichni respondenti souhlasili, že jsou se sestrami spokojeni. Vždy si na ně udělají čas a mohou se vypovídat. Myslím si, že si sestry musí zvyknout na počáteční fáze styku s OP. Jsou nervózní, neví, co mají říkat, bojí se zeptat. Je zarážející, že sestry nejsou vůbec školeni na tyto situace. Sestry odpověděly, že jsou informovány staniční sestrou, ale stačí to? Tato práce může sloužit jako informace pro management nemocničních zařízení, aby zařadili do vzdělávání sester i kurzy pro komunikaci s onkologicky nemocným pacientem. Protože sestra musí jednat na profesionální úrovni a vědět jak odpovídat na pacientovy otázky, vědět jak reagovat na chování pacienta při sdělování diagnózy.

Jeden pacient mi mimo rozhovor řekl, abych nezapomněla, že vlídné slovo pohladí na mysl i na duši. Měl pravdu. V krizových situacích všichni potřebujeme vědět, že nejsme sami a chceme vlídná slova a hlavně pacienti s těžkým onemocněním.

Pacient si přece zaslouží, aby někdo, kdo se o něj stará umí nejen odborně pracovat, ale umět s ním jednat.

Z výzkumu také vyplynulo, že je pro respondenty důležitá pro boj s jejich onemocněním jejich rodina. Myslím, že by rodina měla mít k pacientovi nepřetržitý přístup. Sestry by měly v rámci partnerského přístupu k nemocnému, mluvit s pacientovou rodinou, rozebírat s nimi pacientovy problémy a vyslechnout je pokud je třeba. Negativním zjištěním, je, že sestry s rodinnými příslušníky moc nekomunikují. Neměli bychom rodinné příslušníky opomíjet. Rodina je pro pacienta důležitá a pozitivní vztah a důvěra rodiny v pečující je pro kvalitní péči zásadní. Profesionální sestra se bude starat nejen o tělo pacienta, ale i o jeho pocity, emoce a obavy. Myslím, že bychom se my sestry měly chovat tak, jak bychom chtěly, aby bylo jednáno s námi nebo s naší rodinou.

7 Seznam použitých zdrojů

1. ANGENDENT, Gabriele, Ursula SCHÜTZE-KREILKAMP a Volker TSCHUSCHKE, 2007. *Praxis der Psychoonkologie, Psychoedukation, Beratung und Therapie*. Stuttgart: Hippokrates. 216 s. ISBN 978-3-8304-5316-1
2. BALDWIN, A. Moyra a Jan WOODHOUSE, 2011. *Key Concepts in Palliative Care*. London: SAGE publ., p. 256. ISBN 978-1-84860-871-9
3. BÁRTLOVÁ, Sylva, Petr SADÍLEK a Valérie TÓTHOVÁ, 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. 2. přeprac. a dopl. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně. 185 s. ISBN 978-80-7013-467-2
4. BUŽGOVÁ, Radka, 2015. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních, potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada. 168 s. ISBN 978-80-247-5402-4
5. CIBULA, David, Luboš PETRUŽELKA a kol, 2009. *Onkogynekologie*. Praha: Grada. 616 s. ISBN 978-80-247-2665-6
6. De VITO, Joseph A, 2008. *Základy mezilidské komunikace: 6. vydání*. 1. vyd. [i.e. 2. vyd.]. Praha: Grada. 512 s. ISBN 978-80-247-2018-0
7. FARKAŠOVÁ, Dana a kol., 2006. *Výzkum v ošetrovatelství*. Martin: Osveta. 87 s. ISBN 80-8063-229-4
8. HAKL, Marek a kol. 2013. *Léčba bolesti: současné přístupy k léčbě bolesti a bolestivých syndromů*. 2., dopl. vyd. Praha: Mladá fronta. 240 s. ISBN 978-80-204-2902-5

9. HEŘMANOVÁ, Jana, Marek VÁCHA, Hana SVOBODOVÁ a kol., 2012. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 200 s. ISBN 978-80-247-3469-9
10. CHALUPA, P., © 2010. *Biologická léčba a její komplikace*. [online] 2010, 6. 28. [cit. 2016-03-02]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/biologicka-lecba-a-jeji-komplikace-452988>
11. JANÁČKOVÁ, Laura a Petr WEISS, 2008. *Komunikace ve zdravotnické péči*. Praha: Portál. 136 s. ISBN 978-80-7367-477-9
12. JANOUŠEK, Jaromír, 2015. *Psychologické základy verbální komunikace*. Praha: Grada. 384 s. ISBN 978-80-247-4295-3
13. KALVACH, Zdeněk a kol., 2010. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty: pomoc při rozhodování v paliativní nejistotě*. Praha: Hospicové a občanské sdružení Cesta domů. ISBN 978-80-904516-4-3
14. KALVODOVÁ, L., © 2015. *Psychologický náhled na problémy onkologických pacientů a ošetřujícího týmu* [online]. 2010, 9. 7. [cit. 2015-12-02]. Dostupné z <https://www.mojemedicina.cz/pro-lekare/praxe/psychologie-a-komunikace/psychologicky-nahled-na-problemy-onkologicky-pacientu-a-osetrujiciho-tymu-1/#12>
15. KLUSÁKOVÁ, P., © 2004. *Kariéra- Jak sdělit diagnózu* [online]. 2004, 11. 25. [cit. 2015-12-02]. Dostupné z <http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/kariera-jak-sdelit-diagnozu-164113>
16. KRCH, J., © 2010. *Průlomová bolest a nové možnosti léčby* [online]. 2010, 7. 10. [cit. 2015-12-3]. Dostupné z <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/prulomova-bolest-a-nove-moznosti-lecby-461816>

17. KRŠKA, Zdeněk, David HOSKOVEC, Luboš PETRUŽELKA a kol., 2014. *Chirurgická onkologie*. Praha: Grada. 904 s. ISBN 978-80-247-4284-7
18. KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2002. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada. 198 s. ISBN 80-247-0179-0
19. KUPKA, Martin, 2014. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada. 216 s. ISBN 978-80-247-4650-0
20. KUTNOHORSKÁ, Jana, 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. 176 s. ISBN: 978-80-247-2713-4
21. LIGA PROTI RAKOVINĚ PRAHA. © 2013. *Psychologické aspekty nádorových onemocnění* [online]. 2013, 7. 4. [cit. 2015-12-01]. Dostupné z http://www.lpr.cz/index.php/ke-stazeni/cat_view/41-publikace?start=15
22. LIGA PROTI RAKOVINĚ PRAHA. © 2015. *Kronika, stručná historie a přehled činností* [online]. 27. 3.2015, 3. 27. [cit: 2016-02-25]. Dostupné z: http://www.lpr.cz/index.php/ke-stazeni/cat_view/41-publikace
23. MARKOVÁ, Monika, 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-3171-1
24. MIKULÁŠTÍK, Milan, 2010. *Komunikační dovednosti v praxi*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada. 325 s. ISBN 978-80-247-2339-6
25. MUNDEN, Julie (ed), 2006. *Vše o léčbě bolesti příručka pro sestry*. Praha: Grada. 355 s. ISBN 80-247-1720-4

26. O'CONNOR, Margaret a Sanchia ARANDA, 2006. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. Praha: Grada. 324 s. ISBN 80-247-1295-4
27. PAYNOVÁ, Sheila, Jane SEYMOUROVÁ a Christine INGLETONOVÁ, 2007. *Principy a praxe paliativní péče*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu. 808 s. ISBN 978-80-87029-25-1
28. PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK, 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. 528 s. ISBN 978-80-247-3976-2
29. ROKYTA, Richard a kol., 2009. *Bolest a jak s ní zacházet: učebnice pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada. 184 s. ISBN 978-80-247-3012-7
30. SLÁMA, Ondřej a Štěpán ŠPINKA, 2004. *Koncepce paliativní péče v ČR: pracovní materiál k odborné a veřejné diskuzi*. Praha: Hospicové občanské sdružení Cesta domů. ISBN 80-239-4330-8
31. SLEZÁKOVÁ, Lenka a kol., 2010. *Ošetrovatelství v chirurgii II*. Praha: Grada. 308 s. ISBN 978-80-247-3130-8
32. ŠAFRÁNKOVÁ, Alena a Marie NEJEDLÁ, 2006. *Interní ošetrovatelství II*. Praha: Grada. 216 s. ISBN 978-80-247-1777-7
33. ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Jaroslava KRÁLOVÁ, 2009. *Základní otázky komunikace, komunikace (nejen) pro sestry*. Praha: Galén. 135 s. ISBN 978-80-7262-599-4
34. ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ a kol., 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. 384 s. ISBN 978-80-7367-313-0

35. TRACHTOVÁ, Eva, Gabriela TREJTNAROVÁ a Dagmar MASTILIAKOVÁ, 2013. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 3., nezměn. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 185 s. ISBN 978-80-7013-553-2
36. VENGLÁŘOVÁ, Martina, 2011. *Sestry v nouzi, syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-3174-2
37. VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ, 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 80-247-1262-8
38. VÉVODA, Jiří, 2013. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-4732-3
39. VORLÍČEK, Jiří, 2004. *Paliativní medicína*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. 480 s. ISBN 80-247-0279-7
40. VORLÍČEK, Jiří, Jitka ABRAHÁMOVÁ a Hilda VORLÍČKOVÁ, 2012. *Klinická onkologie pro sestry*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. 450 s. ISBN 978-80-247-3742-3
41. VYBÍHALOVÁ, L., © 2012. *Komunikace a spolupráce s rodinou nemocného* [online]. 2012, 11.16. [cit. 2016-04-04]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/komunikace-a-spoluprace-s-rodinou-nemocneho-467702>
42. VYMĚTAL, Jan, 2008. *Průvodce úspěšnou komunikací, efektivní komunikace v praxi*. Praha: Grada. 328 s. ISBN 978-80-247-2614-4

43. ZACHAROVÁ, Eva a Jitka ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, 2011. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-247-4062-1
44. ZACHAROVÁ, Eva, Miroslava HERMANOVÁ a Jaroslava ŠRÁMKOVÁ, 2007. *Zdravotnická psychologie- Teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5
45. *Zdravotnická ročenka Jihočeského kraje, 2013* [online]. UZIS [cit. 2015-11-26]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/publikace/zdravotnicka-rocenka-jihoceskeho-kraje-2013>
46. *Zdravotnická ročenka České republiky 2013* [online]. UZIS [cit. 2016-01-23]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/publikace/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky-2013>

8 Seznam příloh a obrázků

Příloha 1: Rozhovor s pacienty s onkologickým onemocněním

Příloha 2: Rozhovor se sestrami

Příloha 3: Manuál komunikace s onkologickým pacientem

8.1 Rozhovory s pacienty s onkologickým onemocněním

ROZHOVOR ONKOLOGICKÝ PACIENT

Identifikační znaky

1. Kolik je Vám let?
2. Pohlaví
3. Jaké máte onkologické onemocnění? Jak dlouho, stručný průběh.

Komunikace s lékařem

4. Jak probíhal rozhovor mezi lékařem a Vámi při sdělování diagnózy?
5. Jak Vám informaci lékař sdělil? Jak jste se v danou chvíli cítil/a?
6. Dal Vám lékař čas na přijetí informace? Mohl/a jste pokládat dotazy?
7. Byla zachovaná intimita při rozhovoru – kde byl rozhovor veden?
8. Měl lékař dostatek času, nespíchal? Nechal Vás lékař reagovat?
9. Byl u rozhovoru i rodinný příslušník? Komunikoval lékař i s Vaší rodinou?
10. Co Vám u rozhovoru chybělo, co by Vám pomohlo, jak by měl lékař informaci podat, aby to pro Vás bylo co nejpříjemnější – jak by podle Vás měl tento rozhovor vypadat?
11. Chtěl/a byste, aby u tohoto rozhovoru byla přítomna sestra a povzbudila Vás? Dělala podporu?

Komunikace se sestrou

12. Jaké bylo první setkání se sestrou?
13. Komunikoval/a jste se sestrou o onkologickém onemocnění?
14. Měla na Vás sestra dostatek času? Byla ochotna Vás vyslechnout? Jak reagovala na Vaše dotazy?
15. Jak jste se cítil/a při komunikaci se sestrami?
16. Starala se sestra o Vaše pocity? Co by Vám pomohlo při komunikaci se sestrou? Máte nějaké návrhy na zlepšení komunikace?

17. Komunikoval zdravotnický personál s Vaší rodinou? Jak probíhala komunikace s rodinnými příslušníky?

Onemocnění - pomoc

18. Jak jste se s diagnózou vyrovnal/a?

19. Co nebo kdo Vám pomohl při vyrovnávání se s diagnózou?

20. Byla Vám nabídnuta ze strany zdravotnického personálu nějaká patientská organizace?

21. Pokud ne chtěl/a byste, aby Vám tato možnost byla nabídnuta?

22. Pokud ano využil/a jste tuto nabídku?

8.2 Rozhovor se sestrami

ROZHOVOR SESTRY

Identifikační znaky

1. Délka odborné praxe
2. Vzdělání
3. Věk
4. Na jakém oddělení pracujete? / V jakém zařízení pracujete?
5. Důvody výběru pracoviště, proč onkologie?

Onkologicky nemocní

6. Setkáváte se s nemocnými s onkologickými onemocněními? Jak často?
7. Je to pro Vás psychicky náročné? Lze si na zátěžové situace zvyknout?
Je Vám téma onkologické onemocnění, smrti a umírání nepříjemná?
8. Jste přítomen/přítomna u sdělování onkologické diagnózy?
9. Jste připraven/a na reakce klientů na sdělení onkologické diagnózy?
10. Jak se klienti projevují a jak v takových situacích reagujete?

Školení/vzdělání

11. Je pro Vás obtížné komunikovat s klientem o onkologickém onemocnění popřípadě smrti?
12. Byl/byla jste školená na komunikaci v těchto situacích? Jaké kurzy, školy, vzdělání Vám pomohly, co bylo nejužitečnější? Plánujete v budoucnu se školit v oblasti komunikace s onko. nemocnými a umírajícími?
13. Jaké metody/techniky komunikace využíváte? Znáte nějaké etické kodexy? Využíváte je?

Realizace komunikace

14. Domníváte se, že umíte komunikovat s onkologickým pacientem?
15. Jaké problémy (úskalí nejčastěji shledáváte) při komunikaci s onkologickým pacientem pociťujete?

16. Uděláte (máte čas?) si čas pro komunikaci s pacientem?
17. Jak komunikujete s rodinnými příslušníky, jaké pociťujete problémy při komunikaci s rodinou, co by zlepšilo Vaší komunikaci s rodinou pacienta?
18. Jak odpovídáte na otázky pacienta ohledně infaustní nemoci?
19. Jak odpovídáte na otázku: Já umřu? Kdy umřu? Já nechci umřít?
20. Co Vám pomáhá při komunikaci s onkologickým pacientem?

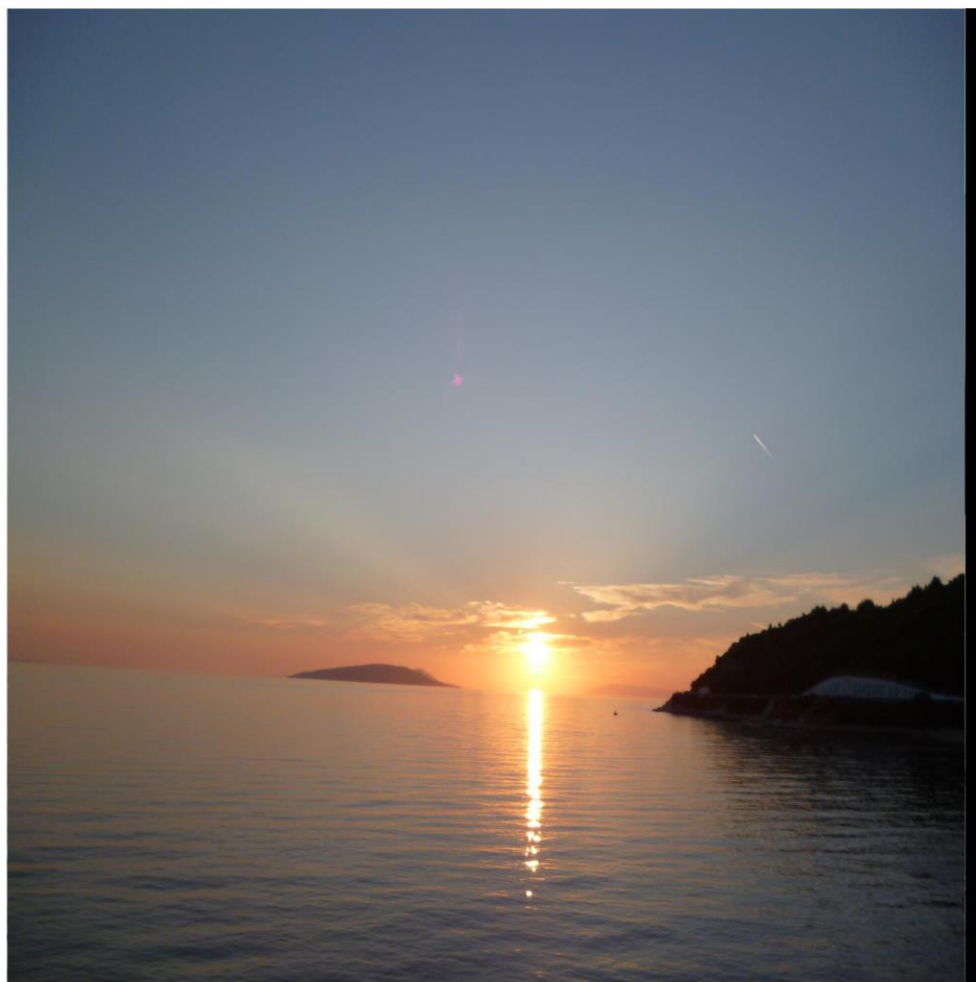
Riziko syndromu vyhoření

21. Jak se z psychického hlediska vyrovnáváte s péčí o onkologického pacienta?
22. Kde hledáte povzbuzení, jak relaxujete? Co Vám pomáhá nevyhořet?
23. Plánujete na tomto pracovišti setrvat i v budoucnu?

Možnosti další podpory

24. Oslovujete někoho na pomoc v komunikaci s onkologicky nemocným pacientem? Psycholog, psychiatr, duchovní, kněz?
25. Znáte nějaké patientské organizace?
26. Pokud ano, doporučujete pacientům nějaké organizace

8.3 Manuál komunikace s onkologickým pacientem



MANUÁL

ZÁSADY KOMUNIKACE VŠEOBECNÝCH SESTER S ONKOLOGICKÝM PACIENTEM

Tento manuál bude sloužit pro přiblížení komunikace s onkologickým pacientem nejen na onkologickém oddělení, ale také na ambulancích, v onkologických sdruženích, či hospicových zařízeních.

UMĚNÍ KOMUNIKACE

ZÁSADY KOMUNIKACE VŠEOBECNÝCH SESTER S ONKOLOGICKÝM PACIENTEM

Zdravotní sestry jsou osobnosti, které sdílí s pacientem veškeré jejich starosti a trápení. Tato sestra musí vědět, jak správně komunikovat s takovým pacientem.

Zásady:

- Řiďte se etickým kodexem sester
- Mluvte klidně, pomalu, zřetelně
- Vyhýbejte se cizím slovům nebo slovům, kterým pacient nerozumí
- Vysvětlete pacientovi vše, čemu nerozumí (vyšetření, co obnáší radioterapie, chemoterapie,...)
- Udělejte si na pacienta vždy čas
- Vyjadřujte pochopení, podporu a empatii
- Dodržujte partnerský přístup k nemocnému
- Smějte se s pacientem
- Komunikujte s rodinou pacienta
- Na otázky ohledně infaustní nemoci reagujte klidem, vyslechněte pacienta. Někdy pacient nechce slyšet odpovědi, ale chce vědět, že s ním někdo sdílí jeho obavy.
- Otázky na infaustní nemoc nezlehčujte
- Nabídněte pacientovi odbornou pomoc (Angendent et al., 2007; Špatenková, Králová, 2009; Kalvodová, 2015).

POUŽITÉ ZDROJE

KALVODOVÁ, L., © 2015. *Psychologický náhled na problémy onkologických pacientů a ošetřujícího týmu* [online]. 2010, 9. 7. [cit. 2015-12-02]. Dostupné z <https://www.mojemedicina.cz/pro-lekare/praxe/psychologie-a-komunikace/psychologicky-nahled-na-problemy-onkologickych-pacientu-a-osetrujiciho-tymu-1/#12>

ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Jaroslava KRÁLOVÁ, 2009. *Základní otázky komunikace, komunikace (nejen) pro sestry*. Praha: Galén. 135 s. ISBN 978-80-7262-599-4

ANGENDENT, Gabriele, Ursula SCHÜTZE-KREILKAMP a Volker TSCHUSCHKE, 2007. *Praxis der Psychoonkologie, Psychoedukation, Beratung und Therapie*. Stuttgart: Hippokrates. 216 s. ISBN 978-3-8304-5316-1

Obrázek: zdroj- vlastní

