

J i h o č e s k á u n i v e r z i t a v Č e s k ý c h
B u d ě j o v i c í c h

Z d r a v o t n ě s o c i á l n í f a k u l t a

**Porovnání způsobu komunikačních dovedností sester s umírajícími
klienty v nemocničním zařízení a zařízení hospic.**

Bakalářská práce

Vedoucí práce:

PhDr. Marie Trešlová, R.N.

Autor:

Lenka Adamcová

2010

ABSTRAKT

Comparison of nurses' skills in communicating with terminally ill patients in hospital and hospice facilities

This Bachelor's work examines nurses' skills in communicating with terminally ill patients in hospital and hospice facilities.

The aim of this work is to present a detailed overview of the communication skills of nurses treating dying patients in hospital and hospice facilities as well as to identify what approaches nurses working in hospital and hospice facilities are not taking when treating terminally ill patients and to identify the specific issues that nurses must deal with when treating terminally ill patients in hospital facilities.

A method of quantitative research was used to obtain findings for this Bachelor's work, and questionnaires were used to collect data. The addressed respondents were medical staff treating patients at the Central Military Hospital in Prague as well as at the St. Agnes of Bohemia Hospice in Červený Kostelec, the St. Lazarus Hospice in Plzeň and the Hospice on the Holy Little Hill in Olomouc. A total of 129 questionnaires were distributed, and only 33 were not returned. Therefore, 74% of the respondents did complete and return the questionnaires. However, 12 questionnaires were excluded for being incomplete. A total of 85 questionnaires, 66% of the original number of questionnaires distributed, were used to process the data. Therefore, the answers of 85 respondents were used for the research.

Four hypotheses were established: 1. The methods and the level of communication of nurses caring for terminally ill patients are influenced by education and awareness – this was confirmed; 2. The process of caring for terminally ill patients depends on the conditions for providing comprehensive treatment care in hospital departments and in hospice facilities – this was confirmed; 3. Nurses in hospital facilities lack sufficient education for communication with terminally ill patients, and the conditions for providing comprehensive care are insufficient as well – this was confirmed; 4. Nurses in hospice facilities are familiar with communication techniques and regularly use them when accompanying dying patients – this was confirmed.

The results of the research will be provided to employees in management positions in the examined hospital facilities and two hospices in order to improve the quality of the care provided to terminally ill patients.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Porovnání způsobu komunikačních dovedností sester s umírajícími klienty v nemocničním zařízení a zařízení hospic 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 Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích.....

.....

podpis studenta

Poděkování

Touto cestou bych ráda vyjádřila upřímné poděkování vedoucí mé bakalářské práce PhDr. Marii Trešlové, R.N. za její ochotu, vstřícnost a cenné rady. Děkuji také všem institucím, které mi umožnili provedení výzkumu: Ústřední vojenské nemocnici v Praze, hospici Anežky České v Červeném Kostelci, hospici sv. Lazara v Plzni a hospici na Svatém Kopečku v Olomouci. A v neposlední řadě bych ráda poděkovala mé rodině za všestrannou pomoc a podporu nejen během celého studia, ale hlavně v době mé vážné nemoci.

Obsah:

Úvod	3
1. Současný stav	5
1.1 Komunikace ve zdravotnictví	7
1.1.1 <i>Komunikace a ošetrovatelský proces</i>	7
1.1.2 <i>Efektivní komunikace</i>	8
1.1.3 <i>Komunikace s pacientem s infaustním onemocněním</i>	9
1.2 Vzdělávání nelékařských zdravotních povolání v ČR	10
1.2.1 <i>Získávání odborné způsobilosti k výkonu povolání všeobecná sestra</i>	10
1.2.2 <i>Formy vzdělávání</i>	11
1.3 Ošetrovatelská péče	12
1.4 Ošetrovatelský proces	13
1.5 Nemocniční zařízení	15
1.5.1 <i>Historický vývoj nemocnic</i>	15
1.5.2 <i>Historický vývoj nemocnic v České republice</i>	16
1.5.3 <i>Nemocniční péče v ČR</i>	17
1.6. Hospicová péče	18
1.6.1 <i>Historie Hospiců</i>	19
1.6.2 <i>Hospicová péče v České republice</i>	20
1.6.3 <i>Formy hospicové péče</i>	21
1.7 Terminálně nemocný pacient a jeho potřeby	23
1.7.1 <i>Uspokojování potřeb v těžké nemoci dle Maslowovi hierarchie</i>	24
1.9 Fáze vyrovnávání se s nemocí dle Elizabeth Kübler-Rossové	24
1.9.1 <i>První fáze – zavírání očí před skutečností a osamění (fáze šoku)</i>	25
1.9.2 <i>Druhá fáze – zloba (agrese)</i>	26
1.9.3 <i>Třetí fáze – vyjednávání (smlouvání)</i>	26
1.9.4 <i>Čtvrtá fáze – deprese</i>	27
1.9.5 <i>Pátá fáze – souhlas (akceptace)</i>	29

2. Cíl práce a hypotézy	31
2.1 Cíl práce	31
2.2 Hypotézy	31
3. Metodika	32
3.1 Metodika práce	32
3.2 Charakteristika zkoumaného vzorku	32
4. Výsledky	34
5. Diskuze	73
6. Závěr	85
7. Seznam použitých zdrojů	87
8. Klíčová slova	91
9. Přílohy	92
9.1 Seznam příloh	92

ÚVOD

Umírání a smrt není již v dnešní době tolik tabuizované téma jako bylo v minulém století. Je to určitý posun. Díky lidem jako např. E. Kübler-Rossové, M. Svatošové, M. Munzarové, H. Haškovcové a dalším se tato problematika odkrývá. Přesto doprovázení umírajících v rodinném kruhu, jako tomu bylo dříve, je nyní vzácnou výjimkou.

V 21. století je průměrný věk dožití vysoký, a proto jsou myšlenky o smrtelnosti odsouvány do pozdějšího věku. Smrt se z pohledu většiny lidí týká stáří. Pojmy - stáří, umírání, smrt – jsou vytěšňovány, nemluví se o nich. Pohled na umírající vyvolává úzkost, nejistotu a strach. K setkání se se smrtí dochází hlavně v nemocničním pokoji. Mnohdy lidé ani nevědí, jak se mají k umírajícímu chovat. Předpokládají, že v institucionalizované péči, kam svěrují své příbuzné a blízké, o ně bude po všech stránkách dobře postaráno.

V současné době tedy lidé umírají ve velké většině v nemocničních zařízeních. Sestry jsou zde partnery, kteří mají umírajícího doprovodit na jejich poslední cestě a klidně ho převést přes práh smrti. Je tedy jedním ze základních posláních sestry, provést terminálně nemocného tímto těžkým obdobím. Při poskytování veškeré ošetrovatelské péče (v holistickém pojetí člověka) je ovšem nezbytné mít nejen odborné znalosti, ale i komunikační dovednosti. Komunikace je základním prostředkem dorozumívání mezi lidmi, základní dovedností k navazování kontaktů a získávání důvěry klienta.

Ve zdravotnictví pracuji již dvanáct let a za tuto dobu jsem se mnohokrát setkala s umírajícími klienty. Když jsem v devatenácti letech, jako „čerstvá“ absolventka nastoupila na interní oddělení standardních lůžek, necítila jsem se připravená hovořit s terminálně nemocnými. Nepříspěla tomu ani moje první, odstrašující a deprimující zkušenost, spojená s přístupem nových kolegyně k umírajícímu pacientovi. Po nasbírání určitých životních zkušeností, které pro mě byly velkým přínosem a s odstupem 12ti let, mě zajímalo, jak s umírajícími hovoří ošetřující personál v dnešní době, kdy došlo k detabuizaci témat spojených se smrtí a umíráním – alespoň mezi odbornou veřejností. Z tohoto důvodu jsem si ke své bakalářské práci zvolila téma zabývající se především komunikací s terminálně nemocnými klienty. Dalším důvodem, který mě vedl

ke zvolení daného tématu, byla má vlastní zkušenost s doprovázením blízkého člověka v domácím prostředí.

Motto:

„Přijdou chvíle, kdy bude situace tak zlá, že si budete myslet, že s tím nemůžete nic dělat, ale vždycky je možné něco dělat, i kdyby jste měli jen s někým posedět a nechat ho plakat, aby nemusel plakat sám.“

Harold S. Kushner

1. Současný stav

V našem světě, díky modernizaci medicíny, se stále posouvá hranice konce života. Je mezi námi stále více starších lidí, kteří se musí vyrovnat nejen s mizejícími tělesnými silami, ale hlavně s úzkostmi, které pramení z budoucí osamělosti. Tato úzkost z osamění právě vede ke strachu ze smrti. Umírající člověk touží po lidském porozumění a úctě.

I v dřívějších dobách se lidé báli smrti. Smrt stále budí hrůzu, i když byla v mnoha kulturách překonána, úzkost stále zůstává. V minulosti umírali lidé v rodinném kruhu, mezi svými nejbližšími. Těžce nemocný člověk měl tak možnost uspořádat si své věci a rozloučit se se svými nejbližšími. Rodinných příprav na smutek se zúčastňovaly i děti. V minulosti neexistoval make-up ani se nepředstíral pokojný spánek u zemřelých, jen znetvoření a znaky velkého utrpení byly ukryty. Mrtvé tělo zůstávalo v domě až do doby pohřbu. Výjimku tvořili pouze nemocní s nakažlivými chorobami. Takto měl nemocný i jeho rodina čas, možnost a prostor vyrovnat se s přicházející smrtí a zároveň si zachovat důstojnost. Umírající člověk se nemusel přizpůsobovat žádným novým věcem, byl v prostředí, které dobře znal. Zemřel tak v klidu a úctě. I děti se zúčastňovaly tohoto procesu. Mluvílo se s nimi, nezůstávaly tedy stranou a tak mohly začít vnímat smrt jako přirozenou součást života.

Nynější společnost o umírání nehovoří. Děti jsou od těchto věcí izolovány, nikdo s nimi o těchto věcech nehovoří. Ony jsou tím samozřejmě frustrovány a vzniká nedůvěra k dospělému člověku, který se (sice) v dobrém úmyslu snaží držet dítě opodál.

Vyhýbavé řeči jsou jen útekem před realitou smrti. Současné umírání je hlavní doménou nemocnic, kde skoro vždy dochází k odtržení od rodiny. Samotné umírání je tedy dnes osamělé, neosobní. Další faktory, které se podílejí na vzniku osamělosti a strachu jsou například nemocniční hluk, světlo, chlad cizího prostředí, vytržení z domácího prostředí. V nemocnicích je velice opomíjený názor nemocného. Přetechnizovaná medicína sice nabízí uzdravení, ale na úkor pacientovy osobnosti. Je odsunut do pozadí a do popředí našeho zájmu se dostává nemoc jako taková. To vnímáme jako náš hlavní úkol. Snažíme se vyřešit nemoc za každou cenu. Často je s pacientem jednáno jako s předmětem. Taková komunikace ale pacienta neuklidní. Při jeho žádosti o klid je vnímán jako dotíravý či nespolupracující pacient. Často jsou mu naordinovány tisíce léky. A přitom nemocný člověk nejvíce touží po lidském, osobním jednání. Jeho potřebou je především klid, ohleduplné zacházení, jistota, bezpečí, důstojnost a hlavně komunikace. Komunikace spočívající v odpovědích na jeho otázky. Hledají kontakt, hledají někoho, kdo by jim naslouchal. Pečující člověk by se měl naučit hovořit s nemocnými. Nemocný pak získá důvěru, když má ve svém okolí člověka, o kterého se může opřít. „Navázání vztahu nevyhází ze slov, nýbrž z mnoha nepatrných gest (14, s 19).“ (5, 6, 14).

1.1 Komunikace ve zdravotnictví

1.1.1 Komunikace a ošetrovatelský proces

„Komunikovat s člověkem, který je v nelehké situaci, má trápení, bolest, je nervózní či nazlobený, není jednoduché. Stejně tak náročné je domluvit se, získat a předat nejen informace, ale i povzbuzení a naději. Prvním krokem k úspěšné komunikaci je naše odhodlání. Je možné ji rozvíjet kdykoliv v životě (27, s. 7).“ Je to dovednost, kterou se můžeme naučit a v níž se můžeme stále zdokonalovat (6).

Je také jedním z nejdůležitějších aspektů zdravotní péče o člověka ve zdraví a nemoci. Stejně jako je samozřejmostí kvalitní diagnostika a terapie, musí být na vysoké úrovni i komunikační schopnosti a dovednosti všech zdravotních pracovníků.

Je důležité si uvědomit, že při komunikaci existují určité zákonitosti a při jejich nedodržení může dojít k vážnutí komunikace. Znalost principů komunikace ji naopak usnadňuje. Umět klást otázky, umět naslouchat a vše poté správně vyhodnotit jsou dovednosti, které zdravotnický personál postrádá. A to nejen v naší zemi, ale na celém světě (6). Tuto součást své práce podceňují, neboť preferují instrumentální postupy a zapomínají na pacienta. Převážná část zdravotníků považuje rozhovor s pacientem za ztrátu času. Zaměřují se na nemoc, nikoli na nemocného člověka. Přitom, nemoc sama o sobě neexistuje. To je nutné si uvědomit a poté budeme schopni věnovat více času pacientovi. Zdravotníci nabízejí místo rozhovoru rychlé technické zákroky a nejeví zájem o pacientovy potíže. Ale teprve při systematickém vytváření vztahu s pacientem vzniká atmosféra důvěry. Z výše zmíněného se není čemu divit, že většina pacientů vyjadřuje svou nespokojenost o komunikačních dovednostech zdravotnických pracovníků a nepříznivě hodnotí vzájemné dorozumívání. Pociťují direktivní přístup ze strany zdravotníků, nerozumí jejich medicínskému slangu, vnímají rázné jednání s rychlostí ukončení rozhovoru bez ohledu na jejich potřeby, při kterém postrádají především porozumění. Empatie, která je potřebná pro vzájemné dorozumívání, je ale bohužel chápána mnohými zdravotníky jako soucit, a ten může pacienta zraňovat. Máme-li ovšem porozumět druhému a to platí všeobecně, je nutné vidět věci tak, jak je vidí on. Teprve tato základní znalost nám umožní úspěšně komunikovat (5, 6, 17, 21).

1.1.2 Efektivní komunikace

Efektivní komunikace je otevřený rozhovor (– základní prostředek mezilidské komunikace), kde si komunikující partneři rozumí a nedochází ke zkreslení informací. Jedná se o určitou neformální konverzaci, kde je očekávána důvěra obou komunikujících stran. Má jasně stanovený cíl, kterým je pochopení problémů klienta a tím zlepšení jeho zdraví. Cestou pro jejich vyřešení je společná aktivita terapeuta a klienta. Efektivní komunikace má určité podmínky, které je nutné při její realizaci dodržet. Tyto předpoklady jsou: *důvěryhodnost* – rozhovor musí probíhat v atmosféře důvěry, *kontext* – dialog musí být přiměřen reálnému prostředí, *obsah* – kdy sdělení musí mít pro příjemce význam a musí odpovídat jeho systému hodnot, *jasnost* – informace musí být formulovány v jednoduchých pojmech, *kontinuita a konzistence* – komunikace je nekončící proces, stále se opakující a sdělení musí být konzistentní, *kanály* – které je nutné všechny náležitě využít, *schopnost veřejnosti* – kdy známe schopnosti, zvyky, znalosti příjemce a využijeme jich, což příjemci usnadní přijímání informací.

Jednou z možností efektivní komunikace pro pomáhající profese, je využití techniky aktivního naslouchání (též nazýváno empatické, reflektivní). Je to způsob naslouchání druhé osobě, sociálně partnerský přístup, při kterém se snažíme porozumět jejímu sdělení. Při přijímání informací poskytujeme sdělicímu odezvu, dáváme najevo, že soustředěně vnímáme a rozumíme obsahu předávaných informací. Poskytujeme zpětnou vazbu a v rozhovoru podporujeme. Druhy technik aktivního rozhovoru tedy jsou: povzbuzení, objasnění, zrcadlení, parafrázování, shrnutí a ocenění. Jsou to vyjádření, která zlepšují komunikaci. Po vyslechnutí a pochopení všech sdělených faktů se pokoušíme společnými silami nalézt odpověď na řešení problémů. Nenabízíme ani nepředkládáme řešení jako takové, jsme klientovi partnerem a snažíme se společně najít cestu pro řešení problémů. „Umění naslouchat a dar schopnosti naslouchání není dán všem lidem stejnou měrou (17, s. 38).“ „Naslouchání se však lze naučit. Lze pracovat na zlepšování této schopnosti, stejně jako na jiných komunikačních dovednostech (17, tamtéž).“

V rámci efektivní komunikace je nutné zmínit terapeutický rozhovor. Je to určitá forma dialogu s klientem, nemocným člověkem, kdy mu při tomto kontaktu poskytujeme oporu a pomoc v těžkých chvílích rozhodování, přijímání závažných skutečností a pomoc při adaptaci na změnu. Podpůrný terapeutický rozhovor má za úkol zvýšit účinnost léčebných postupů. Má stejné podmínky, které je nutné při jeho realizaci dodržet, jako efektivní komunikace (4, 17, 27, 28).

1.1.3 Komunikace s pacientem s infaustním onemocněním

Zpráva o nevyhlášené nemoci je pro pacienta těžkou stresující situací, krizí, kterou není schopen zvládnout vlastními silami. Ošetřující personál může mít velký vliv na to, jak se nemocný člověk na tuto situaci adaptuje, jak se vyrovná s přicházejícími změnami a ztrátami. Může udělat mnohé pro to, aby daná situace byla pro pacienta i jeho blízké snesitelnější. „Diagnóza infaustního onemocnění a anticipace vlastní smrti – spolu s nejistotou „kdy a jak to přijde“ – může pacienta zcela přemoci. Pacient se může psychicky zhroutit (21, s. 114).“ Je to přirozená reakce a je nutné jí respektovat. Autorky knihy „*Základní otázky komunikace*“ Naděžda Špatenková a Jaroslava Králová uvádějí, že znalost jednotlivých fází psychické odezvy na závažné onemocnění dle Elizabeth Kübler-Rossové může napomoci ošetrovatelskému personálu k lepšímu porozumění, co pacient při vyrovnávání se s nepříznivou zprávou prožívá. Pochopení reakcí nemocného a porozumění jeho aktuálním potřebám, jim poté umožní přizpůsobit péči a komunikaci v této náročné životní etapě. Autorky ve své knize popsaly doporučení pro komunikaci s pacienty s infaustním onemocněním. Za nesmírně důležité považují, přijmout jakoukoliv reakci pacienta na zprávu o jeho nemoci, a to s maximálním ohledem na jeho individualitu. Při rozhovoru doporučují dopřát pacientovi dostatek času, aby mohl mluvit o svých obavách z bolesti, ze smrti, o strachu z diagnózy a léčby, o jejím dopadu na něj i na jeho nejbližší a hlavně se nevyhýbat žádným jeho otázkám. Radí, poskytnout mu prostor, pro jeho potřebu mluvit nebo mlčet – protože jsou chvíle, kdy umírající chtějí mluvit a naopak, kdy chtějí mlčet. Dále bychom si měli všimnout pacientových symptomů psychických problémů, jako jsou úzkost, deprese, sebevražedné myšlenky a v případě potřeby upozornit lékaře na

psychický stav pacienta a na vhodnost zajistit pacientovi psychologickou popř. psychiatrickou pomoc/péči. Ošetřující personál by měl také identifikovat sociální podporu, kterou může být rodina, psycholog, popř. kněz a poskytnout informace o dalších možných zdrojích pomoci. Touto pomocí jsou myšleny svépomocné skupiny, sociální pracovníci, kteří mohou pomoci vyřešit finanční či existenční problémy, psychologové, duchovní nebo dobrovolníci, pokud se nemocný cítí osamělý. Podpořit pacienta v hledání a nalézání smyslu života. Také ho povzbuzovat, aby dokončil nedokončenou práci a pokusit se ho orientovat spíše na přítomnost – pomoci mu žít v přítomnosti. A to hlavně proto, že i když má nemocný závažnou prognózu a je očekáván konec jeho života, stále ještě žije. Je důležité dopřát mu pocit kontroly nad jeho životem a nad způsobem, jak ho dožije. Ošetřující personál by se měl také zbavit zbytečných předsudků z farmakoterapie, a to zvláště z podávání antidepresiv, anxiolitik a analgetik. V terminální fázi onemocnění nesmí člověk trpět. Farmakoterapie může výrazně zlepšit či udržet kvalitu života, výrazně redukovat prožívání úzkosti a strachu, což v důsledku pozitivně napomáhá ovlivňovat bolesti.

Neměli bychom zapomínat ani na příbuzné, kteří také potřebují naši pomoc a podporu. Nenásilné a citlivé zapojení rodiny do péče, pomáhá nejen samotnému pacientovi, ale i příbuzným. Po odchodu svého blízkého mají vědomí, že pro něj udělali všechno co mohli a to jim posléze pomůže vyrovnat se s odchodem milované osoby (21, 23).

1.2 Vzdělávání nelékařských zdravotních povolání v ČR

1.2.1 Získávání odborné způsobilosti k výkonu povolání všeobecná sestra

Současné vzdělávání sester se v České republice řídí podle zákona č. 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotních povoláních. Odborná způsobilost k výkonu povolání všeobecné sestry se získává několika způsoby: studiem na zdravotnických školách, na vyšších zdravotnických školách nebo na vysokých školách. Výkonem povolání zdravotnického personálu je poskytování ošetrovatelské péče. Ošetrovatelskou péči zajišťují zdravotničtí pracovníci v rozsahu vymezeného zákonem a zvláštním právním

předpisem, který podrobněji rozpracovává příslušné zdravotnické zařízení. Všeobecná sestra se podílí na preventivní, léčebné, diagnostické, rehabilitační, neodkladné nebo dispenzární péči.

Zdravotnické pracovníky rozdělujeme dle způsobilosti k výkonu povolání do dvou skupin: zdravotničtí pracovníci bez odborného dohledu a zdravotničtí pracovníci pod odborným dohledem nebo přímým vedením. Osvědčení k výkonu zdravotního povolání bez odborného dohledu, v rámci celoživotního vzdělávání, vydává ministerstvo zdravotnictví – „Registr zdravotních pracovníků“, a to na základě písemné žádosti. Vydává se na období 6 let a zdravotnický pracovník, který získal osvědčení, se tak stává registrovaný. Registr je součástí „Národního zdravotnického informačního systému“. Je veřejně přístupný a poskytuje informace o počtu a odborném zaměření zdravotnických pracovníků poskytující ošetrovatelskou péči (15, 18).

1.2.2 Formy vzdělávání

Mezi formy vzdělávání nelékařských zdravotních povolání patří absolvování *akreditovaného kvalifikačního programu*, které provádí akreditované zařízení. U vzdělávacího programu je určena délka, rozsah a obsah přípravy praktického i teoretického vyučování. Účast v akreditovaných kvalifikačních kurzech se považuje za zvyšování kvalifikace nebo rekvalifikaci dle ministerstva zdravotnictví. Kurz je ukončen závěrečnou zkouškou, po které získá účastník osvědčení vydané ministerstvem o získané odborné způsobilosti z výkonu zdravotnického povolání.

Celoživotní vzdělávání je průběžné obnovování, zvyšování, prohlubování a doplňování vědomostí, dovedností a způsobilosti zdravotnických pracovníků v souladu s rozvojem oboru a nejnovějšími vědeckými poznatky. Je povinné pro všechny zdravotnické pracovníky. Získává se účastí na certifikovaných kurzech, inovačních kurzech, odborných stážích v akreditovaných zařízeních, účastí na školicích akcích, odborných konferencích, kongresech nebo sympóziích, publikační nebo pedagogickou a vědecko-výzkumnou činností a v neposlední řadě samostatným studiem odborné literatury. Studium vysokoškolských studijních programů je také považováno za celoživotní vzdělávání, při kterém se prohlubuje kvalifikace. Plnění této povinnosti se

prokazuje na základě kreditního systému. Podmínkou je získání stanoveného počtu kreditů.

Další formou vzdělávání nelékařských zdravotních pracovníků je *specializační vzdělávání*. Absolvováním specializačního vzdělání získá účastník způsobilost k výkonu specializovaných činností. Vzdělávací program se skládá z modulů – tj. ucelená část vzdělávacího programu s počtem kreditů stanoveným vzdělávacím programem. Je stanovena délka, rozsah a obsah přípravy praktického i teoretického vyučování, výuková pracoviště, teoretické znalosti a praktické dovednosti vyplývající z jednotlivých modulů. Po absolvování atestační zkoušky přizná ministerstvo účastníkovi specializovanou způsobilost.

Poslední forma vzdělávání je *certifikovaný kurz*. Jeho absolvováním se získává odborná způsobilost pro úzce vymezené činnosti. Akreditované zařízení, které tento certifikovaný kurz provedlo, vydá účastníkovi certifikát, který má platnost pro celou Českou republiku. Každý zdravotnický pracovník vlastní „*průkaz odbornosti*“, který slouží k průběžnému zaznamenávání druhu a délky získaného vzdělání, vykonaných zkoušek, průběhu celoživotního vzdělávání a druhu a délky vykonané činnosti při výkonu povolání.

Vzdělávací programy pro všechny zdravotnické pracovníky, tedy pro ty, kteří pečují o nemocné, se mají částečně překrývat. „Od všech zdravotníků se očekává kontinuální vzdělávání po celé profesní období (19, s. 26).“ (15, 18)

1.3 Ošetrovatelská péče

Ošetrovatelská péče je významnou složkou komplexní zdravotní péče o pacienty. Je zaměřena na poskytování velmi kvalitní ošetrovatelské péče, která je orientována hlavně na pacienta, jeho příbuzné a blízké. Zahrnuje soubor odborných činností zaměřených na prevenci, udržení, podporu a navrácení zdraví. Prioritou je respektování lidské důstojnosti, zajištění soukromí, dále bezpečí pacienta a důstojného umírání. Dále obsahuje morální a pracovní postoje nelékařských zdravotnických pracovníků. Jejich pracovní cíle vycházejí z Koncepce ošetrovatelství a Etického kodexu sester s využitím standardů péče o pacienty. Na péči o pacienty se podílejí

všeobecné sestry, sestry se specializací a sanitářky. Další nelékařští zdravotničtí odborníci, kteří se úzce spolupodílí na péči o pacienty, jsou například: rehabilitační pracovníci - fyzioterapeut, ergoterapeut, sociální pracovníce, nutriční terapeutky, zdravotní laboranti, radiologičtí asistenti, farmaceutičtí asistenti. Tito zdravotničtí pracovníci tvoří takzvaný ošetrovatelský tým. Poskytují ošetrovatelskou péči podle stupně dosaženého vzdělání a specializace. Od toho jsou odvozeny jejich kompetence (15, 19, 22, 25).

1.4 Ošetrovatelský proces

Ošetrovatelský proces je metoda, při kterém sestra logicky a profesionálně plánuje ošetrovatelské činnosti zaměřené na ošetrování pacienta. Jsou to racionální postupy poskytování a řízení ošetrovatelské péče, které na sebe vzájemně navazují. Je to proces cyklický, neboť jeho jednotlivé fáze se vzájemně prolínají a mohou se opakovat. Ministerstvo zdravotnictví České republiky vydalo koncepci ošetrovatelství, ve které uvádí metodické doporučení k zajištění jednotného postupu při poskytování ošetrovatelské péče ve zdravotnických zařízeních. Touto metodou je tedy ošetrovatelský proces, který si klade za cíl prevenci, odstranění nebo zmírnění problémů v oblasti individuálních potřeb pacientů.

Ošetrovatelský proces má těchto pět fází: ošetrovatelskou anamnézu, ošetrovatelskou diagnózu, plánování ošetrovatelské péče, realizaci a zhodnocení poskytnuté péče. *První fáze – ošetrovatelská anamnéza* obsahuje základní údaje o pacientovi. Ty jsou nezbytné k zahájení ošetrovatelské péče, dále pro stanovení ošetrovatelské diagnózy a plánování dalších činností. Dochází zde tedy ke sběru informací, jejich posouzení a k následnému třídění získaných údajů. Veškeré informace by měly být získávané s ohledem na osobnost pacienta a to obzvláště v holistickém pojetí, tedy v celostním přístupu. Hodnotíme úroveň uspokojených potřeb pacienta, nebo poruchy těchto potřeb, s maximálním ohledem na jeho bio – psycho – sociální a spirituální požadavky. Informace čerpáme nejen od pacienta, ale také z jeho zdravotnické dokumentace, dále od rodiny nebo lidí, kteří nemocného znají. V *druhé fázi* je stanovena *ošetrovatelská diagnóza*. Sestrou je identifikována potřeba

nemocného. Diagnózou je myšlen problém, který je slovně vyjádřen, definuje potřebu pacienta. Dále se jedná o klinický závěr sesterského posouzení reakcí nemocného na zdravotní problémy. A to jak potencionálních (hrozících) či skutečných. Cílem této fáze je společně najít, rozpoznat, co pacienta trápí. Formulování ošetrovatelské diagnózy se skládá ze tří částí: pojmenování problému, vyjádření příčiny, projev jmenovaného problému – aktuální ošetrovatelská diagnóza. Potencionální ošetrovatelská diagnóza se skládá pouze z vyjádření rizika, situace, která by mohla nastat v souvislosti s nějakým problémem. Sesterské – ošetrovatelské diagnózy se stanovují podle taxonomie NANDA (North American Nurse Diagnosis Association), což je nejnovější publikace, kterou sestry používají ke své práci. *Třetí fáze – plánování* zahrnuje tři kroky, které vždy směřují k prospěchu a pohodě pacienta. Je stanoven cíl, který popisuje, čeho chceme společně s nemocným dosáhnout. Tento cíl musí být konkrétní, reálný a musí být hodnotitelný. Plán ošetrovatelské péče, ošetrovatelské intervence, aktivity nebo činnosti provázejí pacienta po celou dobu hospitalizace a jsou závazné pro celý ošetrovatelský tým. Tím je zaručena kontinuita poskytované péče i její efektivnost. *Čtvrtá fáze – realizace plánu ošetrovatelské péče.* V průběhu této fáze dochází k plnění ošetrovatelských strategií každým z účastníků ošetrovatelského týmu. Je zde kladen důraz na dosažení žádoucích výsledků a naplnění předem stanovených cílů. *Pátou fází je zhodnocení poskytnuté péče.* Sestra zde hodnotí stav pacienta, tedy pokroky, ke kterým došlo. Porovnává zaznamenané očekávané výsledky a skutečný stav pacienta. Po dosažení cíle se ošetrovatelská diagnóza ukončuje. Při nesplnění kýžených výsledků se plán péče přehodnotí, poté upraví, popřípadě vytvoří znovu, a dále se opakuje jeho provedení a následné zhodnocení. Toto se opakuje až do propuštění pacienta. Sestra pravdivě zaznamenává stav pacienta do dokumentace k ošetrovatelským diagnózám. Ty by měly být číselně označené. Všechny fáze ošetrovatelského procesu jsou velice důležité a nezastupitelné. Těmito profesionálními, jednotlivými kroky směřujeme k poskytnutí vysoce kvalitní ošetrovatelské péče nemocnému (15, 18, 19, 22, 25).

1.5 Nemocniční zařízení

Nemocnice jsou instituce, kde jsou soustředěny medicínské obory pro zajištění zdravotnické péče. Zřizovatelem těchto zdravotnických zařízení mohou být: Ministerstvo zdravotnictví České republiky – tyto zařízení jsou státní; a kraje, města, obce právnické nebo fyzické osoby a církve – to jsou zdravotnická zařízení nestátní. Koncem roku 2008 bylo v České republice evidováno 27 769 zdravotnických zařízení a z toho 192 nemocnic (26).

Nejkomplexnější centra, kde jsou soustředěny všechny medicínské obory, která poskytují komplexní péči, jsou fakultní nemocnice. Disponují ambulantní a lůžkovou částí, určitým počtem lůžek, mají zdravotnické týmy a poskytují pacientům nepřetržitou ošetrovatelskou a specializovanou péči. Posláním nemocnice je především co nejpřesněji stanovit diagnózu, popřípadě příčinu nemoci a udělat vše pro vyléčení nemocného. Usilují o navrácení zdraví svým pacientům. Vedle těchto základních funkcí jsou některé nemocnice centrem pregraduální i postgraduální výchovy zdravotnického personálu, působí v oblasti výzkumu a vykonávají zdravotně výchovnou činnost (7, 8, 26).

1.5.1 Historický vývoj nemocnic

Důvody, které vedly ke vzniku nemocnic, byly převážně náboženské a vojenské. Přispěla k tomu hlavně potřeba pečovat o nemocné a staré, o pocestné a zraněné vojáky. V průběhu staletí se měnily a plnily mnoho různých funkcí. Podobné organizace, jako jsou dnešní nemocnice, existovaly již ve starověku. Už v době 6. – 5. století př. n. l. vznikla svatyně na řeckém ostrově Kós Asklepieion. Za vlády císaře Augusta – 30 př. n. l. byly stavěny nemocnice pro legionáře. Roku 370 n. l. vznikl křesťanský útulek v blízkosti Caesareje – dnes oblast Turecka, kde nacházeli chudí, staří a nemocní ubytování (3). V sedmém století v Byzancii byly zakládány hospice pro poutníky a sloužily především k odpočinku. Avšak první nemocnice byla postavena v Káhiře roku 1238. V Evropě je rozvoj datován ke třináctému století. Ve středověku byly nemocnice (respektive špitály a lazarety) součástí klášterů a sloužily pro nemocné, pocestné i chudé občany měst a umírající. Byly zřizovány převážně církevními řády a odkázané na

dobročinné dary. Do lazaretů byli umisťováni nakažliví nemocní. Pracovaly zde především příslušnice různých církevních řádů. Přibližně od šestnáctého století v nemocnicích začala postupně převládat medicínská péče nad ošetřováním. V osmnáctém a devatenáctém století se změnily azylové funkce lazaretů na zařízení, které poskytovalo léčbu těžce nemocným, nemajetným občanům a staly se z nich nemocnice. V druhé polovině devatenáctého století a na začátku dvacátého století dochází k zásadním změnám ve vývoji a charakteru a to hlavně na základě velkého rozvoje medicíny. Vynález asepse, objevy v oblasti mikrobiologie, rentgenové diagnostiky a biochemie vedly ke vzniku specializovaných medicínských oborů. Nemocnice začínají být diagnostickými a léčebnými zařízeními, která se mimo jiné věnují výuce lékařů a dalších zdravotnických pracovníků. V době svého vzniku měly nemocnice pouze jedno oddělení. Až na začátku dvacátého století se začaly členit. Do konce druhé světové války měly nemocnice tyto oddělení: oddělení vnitřních a infekčních chorob, chirurgické oddělení a oddělení gynekologicko-porodnické. Po roce 1950 se tyto lékařské obory dále rozšiřují. V původních nemocnicích, které byly většinou umístěné v jednom objektu, byly pokoje s velkým počtem lůžek, i několik desítek. Ve dvacátém století, z důvodů nozokomiálních nákaz, byla jednotlivá oddělení situována do několika u sebe stojících budov. Po druhé světové válce jsou nemocnice stavěny vícepatrově. Kromě snížení rizika nozokomiálních nákaz a ekonomických faktorů zde byla hlavně výhoda možné spolupráce mezi všemi odděleními v nemocnici (2).

1.5.2 Historický vývoj nemocnic v České republice

Před rokem 1989 nebyly nemocnice na území České republiky zřizovány dle zdravotních potřeb obyvatelstva. Byly vystavovány především z místních aktivit jednotlivých obcí na základě jejich majetku. V chudých obcích byla nemocniční péče dostupná málo. Do roku 1948 spravovaly nemocnice okresy, města, obce, církevní řády, nemocenské pojišťovny a jen několik jich spravoval stát. Po zestátnění patřily všechny nemocnice státu a byly zařazeny do jednotné soustavy zdravotní péče. Nemocnice byly členěny do tří typů. První typ byl určen pro spádové území o počtu 50 000 obyvatel.

Měly čtyři základní oddělení: interní, chirurgické, porodnicko-gynekologické a dětské. Nemocnice druhého typu byly tzv. okresní. Měly větší možnosti v diagnostických a léčebných postupech. Poskytovaly zdravotní péči pro 150 000 až 200 000 obyvatel. Třetí typ tzv. krajské neboli fakultní nemocnice byly vysoce specializované a sloužily spádové oblasti zhruba 1,5 milionu obyvatel. Sloužily také jako školící centra pro výuku pregraduální a postgraduální. V sedmdesátých letech dvacátého století se začaly projevovat závažné problémy nemocnic a to v oblasti nedostatečné údržby budov. Byly naprosto nevyhovující pro poskytování zdravotní péče. Chyběly však finanční prostředky a to nejen na rekonstrukci budov, ale i na moderní technologie. Z těchto problémů byly mnozí lékaři a zdravotní sestry tak frustrovány, že odcházely mimo sektor zdravotnictví. Lůžková oddělení byla z tohoto důvodu nucena k omezování svého provozu nebo k úplnému uzavření. Po tzv. „sametové revoluci“ dochází k řadě změn v celé společnosti, tedy i ve zdravotnictví. Byla zahájena privatizace nemocnic, jejímž cílem bylo odstranit monopol státu a nabídnout občanům výběr a lepší kvalitu zdravotní péče (2).

1.5.3 Nemocniční péče v ČR

V dnešní době nemocnice poskytují péči v širokém spektru oborů. Jejich cílem je vysoce kvalitní a bezpečná zdravotní péče, kterou se snaží poskytovat s maximálními ohledy na potřeby nemocných. Cestou, jak dosáhnout tohoto cíle, je komplexnost, koordinované úsilí a spolupráce mezi různými odděleními a samotnými pracovníky nemocnic. Některá zdravotnická zařízení zvyšují svou prestiž získáním mezinárodních akreditací a kontrolují také efektivitu poskytovaných služeb. Na nemocnice jsou kladeny vysoké nároky v poskytování zdravotní péče (za současného tlaku na snižování provozních nákladů). Ministerstvo zdravotnictví České republiky (dále jen MZČR) vydalo Koncepti ošetřovatelství, ve které uvádí metodické doporučení k zajištění jednotného postupu při poskytování ošetřovatelské péče ve zdravotnických zařízeních. Touto metodou je ošetřovatelský proces, který si klade za cíl prevenci, odstranění nebo zmírnění problémů v oblasti individuálních potřeb pacientů. Na toto doporučení MZČR zavedly nebo zavádějí nemocnice jednotný postup při poskytování ošetřovatelské péči.

Zkracuje se doba hospitalizace pacientů. Některé výkony dříve prováděné za hospitalizace jsou nyní prováděny ambulantně. Tím je ve zdravotnických zařízeních napomáháno nejen snížit výdaje na nemocniční péči, ale jsou uvolněny lůžka pro dlouhodobě a chronicky nemocné, což je vzhledem k demografickým změnám a zvyšování počtu dlouhodobě nemocných pacientů potřebné. Ve všech nemocnicích by měla platit zásada, „že potřebná nemocniční péče musí být dostupná pro všechny občany, a to bez rozdílu na platební možnosti jedinců (10, s. 15)“. „Nemocnice jsou pouze jednou součástí celého systému péče o zdraví (7, s. 48).“ (2, 7, 8, 10)

1.6. Hospicová péče

Hospicová péče je souhrnem lékařských a rehabilitačně-ošetrovatelských úkonů, které jsou poskytovány terminálně nemocným pacientům. Je poskytována v hospici, což je specializované zařízení, které svou péči zaměřuje především na úlevu bolesti a dále na zmírnění obtíží vyplývajících ze zdravotního stavu pacienta a to nejen somatických, ale i psychických. Zohledňuje při tom biologické, psychologické, sociální a duchovní potřeby nemocného. Nemocný zde získává jistotu, že nebude za žádných okolností osamocen, že u sebe může mít doprovod, který si zvolí sám, že bude respektováno jeho přání na soukromí, že bude vždy vše děláno pro kvalitu jeho života, a že bude vždy respektována jeho lidská důstojnost. Hospic také doprovází příbuzné a blízké, kteří trpí současně s nemocným a je-li to třeba, je tato péče dlouhodobá. V tom je hlavní rozdíl od standardní nemocniční péče, která je zaměřena hlavně na léčbu nemoci. Dalším velkým rozdílem je možnost kontinuálních návštěv. Nemocný člověk je do hospicu přijímán až po vyčerpání všech možností léčby, ale i zde pokračuje léčba symptomatická. Musí být informován o svém zdravotním stavu. Elizabeth Kübler-Rossová popsala ve své knize „Rozhovory s umírajícími“ pět fází, kterými umírající člověk prochází. Cílem doprovázení je tedy pomoci nemocnému a jeho blízkým co nejrychleji a nejšetrněji projít všemi fázemi a dozrát do fáze smíření a akceptace. Autorka uvádí, že při zastírání pravdy toho není možné dosáhnout. V hospici není slibováno uzdravení, ale je důležité, že zde není brána ani naděje. „Myšlenka hospice vychází z úcty k člověku jako jedinečné a neopakovatelné bytosti.“ „V hospicích je

akcentován duchovní rozměr péče, který obyčejně v nemocnicích chybí (12, [online]).“ Týmová práce je u těžce nemocného pacienta v hospici naprosto nezbytná. Standardní součástí profesionálních týmů jsou mimo sester, ošetrovatelek, asistentů, rehabilitačních pracovníků a dobrovolníků také sociální pracovníci, psychologové a teologové. Všichni tyto zúčastnění pracují s hluboce lidským přístupem. Součástí ošetřujícího týmu je i pacientova rodina a přátelé. Každý ze zmíněných je nepostradatelný, stejně důležitý a nezastupitelný. Všichni dohromady pracují s jediným cílem, a to jakýmkoliv způsobem zlepšit kvalitu života nemocného. Základní podmínkou pro práci v hospici je odbornost, celoživotní vzdělávání, bezvýhradná láska k lidem a v neposlední řadě vyrovnání se svou vlastní smrtelností. V hospici je dále kladen velký důraz na prevenci „syndromu vyhoření“. Dle anglických zkušeností hrozí každému zdravotníkovi, ale i členům rodiny, kteří se bez odpočinku starají o nemocné. Udávají, že pracovníky postihne do dvou let. MUDr. Svatošová ve své knize „Hospice a umění doprovázet“ popisuje, že se náležitá pozornost, která se v ČR syndromu vyhoření věnuje, opravdu vyplácí. Autorka také uvádí, že všude na světě, kde vznikly hospice, bylo postupem času zaznamenáno výrazné zlepšení péče o umírající i v nemocnicích (12, 16, 19, 23, 24).

1.6.1 Historie hospiců

Hospic, jehož anglický výraz lze přeložit jako útulek či útočiště, můžeme zaznamenat již ve starověkém Římě. Ve středověku fungovaly tyto přístřešky – domy odpočinku pro poutníky, kteří si v nich mohli odpočinout na své dlouhé cestě do Palestiny, dále pro těhotné ženy, mohly zde porodit, a také nemocní, kteří tady mohli v klidu zemřít. Hospice později zanikly. Až v polovině osmnáctého století byla otevřena Mary Aikdenheadovou nemocnice pro umírající v Dublinu a Corku. V roce 1905 se v Londýně příslušnice Charty irských sester staraly o nemocné v St. Josephs Hospice v Hackney.

Za zakladatelku moderního hospicového hnutí je právem považována angličanka Dr. Cecily Saundersová původně zdravotní sestra a sociální pracovnice. Na základě svého přesvědčení, že umírající nutně potřebují uchránit od utrpení, se ve věku 38 let stala lékařkou a dále se věnovala těžce nemocným a umírajícím při jejich posledních

krocích životem. Dr. Cecily Saunders založila v Londýně roku 1967 první hospic. Ten nese název St. Christopher Hospice. V dnešní době je hospicová péče poskytována v 95 zemích (5).

1.6.2 Hospicová péče v České republice

V České republice byl první hospic, s podporou Diecézní charity v Hradci Králové, založen roku 1996 lékařkou Marií Svatošovou. Byl nazván „*Hospic Anežky České v Červeném Kostelci*“. Již v roce 1993 založila občanské sdružení pro podporu domácí péče a hospicového hnutí Ecce Homo. Ecce Homo stejně jako hospic podporuje práva pacientů, úctu k lidskému životu od narození až do smrti a dále rozvoj hospicového hnutí a domácí péče v České republice. Vynikající práce Dr. Marie Svatošové byla oceněna státním vyznamenáním – medailí za zásluhy. V současné době je dr. Svatošová prezidentkou Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče, založené v roce 2005. V České republice funguje nyní dvanáct hospiců a pět hospicových mobilních jednotek (viz. příloha 3) (5). V Čechách i na Slovensku jsou zakladateli hospiců církev nebo řády. Hospic je součástí širšího konceptu medicínské péče známé jako paliativní medicína (5, 23, 24).

Za samostatný obor u nás byla paliativní medicína uznána zákonem č. 95/2004 Sb. Paliativní péče je péče aktivní, která je poskytována nevléčitelně nemocným pacientům v pokročilém nebo konečném stádiu nemoci. Klade si za cíl především zmírnit bolest a udržet co nejvyšší kvalitu života. Je to určitý posun ve filozofii péče, protože je zde kladen důraz na bio – psycho – socio – spirituální jedinečnost každého člověka. Při poskytování této péče je také dbáno na nerozlučnou propojenost psychiky, somatiky, sociálních aspektů zdraví, nemoci a umírání. Paliativní péče je obor interdisciplinární, který využívá znalosti lékařů – specialistů různých oborů: onkologů, geriatrů, algeziologů, internistů, chirurgů, neurologů atd.. Dále předpokládá týmovou spolupráci lékařů, ošetřovatelů, psychologů, sociálních pracovníků, poradců, duchovních, rodiny a přátel nemocného. Další organizace na území ČR zabývající se nějakou formou paliativní péče jsou: Národní centrum domácí péče České republiky se sídlem v Praze, které poskytuje poradenský servis a vydává odborné publikace a

Centrum pro léčení a výzkum bolestivých stavů sídlící taktéž v Praze, přesněji ve Fakultní nemocnici v Praze v Motole (5, 19, 20, 23).

1.6.3 Formy hospicové péče

Hospicová péče má v České republice tři základní formy a to jsou: domácí hospicová péče, stacionární hospicová péče (denní pobyty) a lůžková hospicová péče.

Domácí hospicová péče, nebo se taktéž používá termín domácí hospic, je pro nemocné individuální. A to hlavně z toho důvodu, že člověk se bezpochyby nejlépe cítí doma. Tento druh péče je určen pro rodiny, které se chtějí o nemocného starat, ale nevědí jakým způsobem. Rodina je v této chvíli nejistá a neví nebo neumí zvládnout tuto náročnou situaci. Potřebují především psychickou a praktickou pomoc. A to obzvláště proto, že jsou tu nyní ošetrovatelské úkony, které se sice rodina naučí, ale mnoho dalších, které nejsou v jejich možnostech a musí je zajistit odborníci. Pracovníci domácí hospicové péče tedy motivují nemocné i rodinu k aktivní spolupráci, poskytují již zmíněnou psychickou podporu a faktickou pomoc. Důvody vedoucí k ukončení domácí péče jsou především na straně rodiny, která se dostala za hranice svých možností. Vyčerpání rodiny, ke kterému dochází vlivem příliš náročného ošetrování, a to především po odborné stránce, kdy není v možnostech rodiny je zvládnout, ale i nemožnosti odpočinku. Může to být i rodinné zázemí, které přestává či přestalo vyhovovat, například nevyhovující byt. Dalším problémem, který vede k ukončení, může být onemocnění pečující osoby (5, 23).

Stacionární hospicová péče umožňuje klientům denní pobyty. Nemocný je zpravidla přijat ráno nebo dopoledne a navečer se vrací do domácího prostředí. Tato forma péče je vhodná především pro nemocné z blízkého okolí. Dopravu zajišťuje rodina nebo hospic. Důvod pro přijetí může být například kontrola bolestí, které se nedaří zvládnout v domácím prostředí. Dále to mohou být léčebné důvody, kdy nemocný dochází do stacionáře k aplikaci chemoterapií. Mezi psychoterapeutické důvody patří převážně neschopnost či nemohoucnost rodiny hovořit s nemocným o jeho problémech. Pokud choroba nemocného trvá příliš dlouho, potřebuje si rodina ale i

nemocný od svých blízkých odpočinout. Je to velmi dobré preventivní opatření, které zabrání vyčerpání ošetřovatelů a zabrání také možným konfliktům.

Lůžková hospicová péče poskytuje nemocným paliativní péči 24hodin denně, klient je tedy hospitalizován. O přijetí nemocného do lůžkové hospicové péče rozhoduje vždy a výhradně vedoucí hospicový lékař. Žádost může podat ošetřující lékař, rodina i sám nemocný. Pokud jsou všechna lůžka obsazena, mají vždy přednost ti nemocní, kteří mají neblahou prognózu a u nichž se dříve předpokládá jejich smrt. „Takovým nemocným je hospic určen především (23, s. 131).“ „Jakákoliv protekce by byla v případě hospicové péče naprosto neetická (23, tamtéž).“ Jak uvádí M. Svatošová ve své knize „Hospice a umění doprovázet“ nemusí nemocný přijít do hospice za každou cenu zemřít. Může ho využít ke krátkodobému nebo opakovanému pobytu. Nemocní si to určují sami, dle svých potřeb. Bezpodmínečně nezbytná podmínka pro hospitalizaci je ovšem *plný písemný informovaný souhlas* (5, 23).

Hospicové zařízení se skládá z lůžkové části a ze stacionáře. Součástí hospice je edukační-vzdělávací centrum s poradnou. V hospici jsou většinou jednolůžkové pokoje s možností přistýlky pro člena rodiny. Ten může být přítomen po celou dobu hospitalizace. Neočekává se od něj, že bude o nemocného pečovat, ale pokud projeví tento zájem, je mu na rozdíl od nemocnic umožněn. Tento zájem pomáhá nejen samotnému pacientovi, ale i jeho rodině. Ta má po odchodu svého blízkého vědomí, že pro něj udělali všechno, co mohli, a to jim posléze pomůže vyrovnat se s odchodem milované osoby. Prostředí hospice, vnitřní i vnější, je příjemné a atmosféra připomíná spíše domácí prostředí. Denní režim je zcela přizpůsoben potřebám jednotlivých umírajících. Vstávají a chodí spát, kdy chtějí, stejné je to i s hygienou a stravou. Pokud chtějí, jsou oblečeni v civilních šatech. O svých problémech hovoří ve chvíli, kdy to sami potřebují a nezáleží na tom, kolik je právě hodin, zda je noc či den. Na každém pokoji je telefon, a to nejen pro klientovu potřebu komunikace s personálem, ale i s rodinou mimo hospic. Hospic dále disponuje nejrůznějšími pomůckami, které usnadňují každodenní život nemocného i personálu. Tyto pomůcky jsou zde v neomezeném množství. K hospici patří taktéž zahrada, která je všem plně k dispozici. Všechny prostory jsou plně bezbariérové. Hospice také navštěvují děti, často i zvířata,

konají se zde různé kulturní aktivity, což je velmi důležité v integraci zdravých a nemocných. Návštěvy jsou neomezené, možné 24 hodin denně, 365 dní v roce (5, 12, 23, 24).

1.7 Terminálně nemocný pacient a jeho potřeby

„Život člověka je naplněn neustálým naplňováním různých potřeb, z nichž některé jsou zcela zásadní pro lidskou existenci a jiné vytvářejí život bohatším, příjemnějším, vytvářejí pocit fyzické i psychické životní pohody (22, s. 43).“ Při ošetřování těžce nemocných se snažíme uspokojovat všechny potřeby, které si není nemocný schopen zajistit sám, nebo mu nemoc v jejich naplnění brání. Potřeby se v průběhu nemoci mění, některé mizí a jiné, které nebyly na začátku nemoci aktuální, se objevují. Základní životní potřeby člověka se v České republice nejčastěji hodnotí podle Maslowova klasifikačního „trojúhelníku“, tzv. Maslowovy hierarchie potřeb (příloha 1). Abraham H. Maslow (1908 – 1970) popsal teorii motivace, kdy každý jedinec má „svůj“ systém motivů, mezi nimiž je určité uspořádání. Tyto motivy jsou u každého jedince různě silné a podle nich si člověk vytváří individuální hierarchii základních potřeb. Potřeby Maslow rozdělil na vyšší a nižší. Nižší potřeby (fyziologické potřeby, potřeba bezpečí a jistoty) jsou nadřazeny vyšším, jsou důležité pro přežití. Pokud jedinec nedosáhne dlouhodobého uspokojení těchto základních potřeb, může dojít k trvalé ztrátě potřeb vyšších (láska a pocit příslušnosti, pocit sebeúcty). Mezi základní životní potřeby, které jsou tedy zcela zásadní pro lidskou existenci například patří: potřeba vody, stravy, dýchání, vyprazdňování atd. Vyšší potřeby, které tvoří náš život bohatší, naše přání, tužby, ideály vytvářejí v životě tzv. hodnotovou orientaci, naše životní hodnoty. Při uspokojování, jak základních životních potřeb, tak potřeb vyšších, je nutné postupovat zcela individuálně, protože každý člověk prožívá svou nemoc individuálně. To jakým způsobem dochází k uspokojování potřeb, je ovlivněno několika faktory. Jsou to faktory obecné, kam patří pohlaví, věk, psychické vlastnosti, tělesné dispozice, dále individuální faktory, kterými jsou vzdělání a výchova, rodinný stav a ekonomická úroveň. Mezi faktory společenské patří celkový životní standard, skupinový standard a patologické stavy (19, 22).

1.7.1 Uspokojování potřeb v těžké nemoci dle Maslowovi hierarchie

Maslowova pyramida potřeb má tedy dva okruhy, které jsou rozděleny do pěti skupin. V jeho spodní, tedy nejzákladnější řadě jsou fyziologické potřeby, bezpečí a jistota. Do této úrovně zahrnujeme potřeby, které si v případě těžké nemoci není schopen pacient sám uspokojit. Je to například příjem stravy, tekutin, nemít bolest atd. Ošetřující personál zde přijímá zodpovědnost za jejich zabezpečení. Nemocný člověk nesmí trpět jejich nedostatkem. O úroveň výš se nachází potřeba bezpečí a jistoty. Těžce nemocný člověk se bojí neznámého, hrozivého. Hledá jistotu, že v případě tohoto stavu nebude osamocen. Že uděláme vše, co mu přinese úlevu. Potřeba někam patřit, být druhými přijímán a milován zahrnuje Maslow do třetího okruhu s názvem „láska a pocit příslušnosti“. Je tedy nesmírně důležité dát nemocnému jednoznačně najevo své porozumění, projevit zájem o jeho osobu a pochopit ho. Další potřebou, tedy čtvrtou od potřeby základní, je sebeúcta. Ta zahrnuje být sám sebou kladně přijímán a zároveň i druhými. Po zdravotnicích je vyžadováno dávat nemocnému maximálně najevo, že neobtěžuje druhé, když o něj pečují, že respektujeme jeho soukromí. Velmi podstatné je dbát o jeho čistotu, čímž posilujeme sebeúctu nemocného. Úplnou špičku Maslowovy pyramidy uzavírá potřeba seberealizace. U těžce nemocných pacientů většinou tato potřeba téměř zaniká. Ale velmi důležité je ubezpečení, že on sám v životě něco dokázal a že za sebou něco pozitivního zanechává. Hlavním cílem ošetřovatelské péče je nejen uspokojení všech potřeb těžce nemocného, ale také zachování jeho autonomie. Je nesmírně podstatné, aby si nemocný zachoval identitu a pokud je to možné i svůj způsob života (19, 22).

1.9 Fáze vyrovnávání se s nemocí dle Elizabeth Kübler-Rossově

Mezinárodně uznávaná švýcarsko-americká lékařka Elizabeth Kübler-Ross byla psychiatrickou a odbornicí v oboru thanatologie. Řadu let pracovala s terminálně nemocnými pacienty. Autorka řady knih – „O smrti a umírání“, „Rozhovory s umírajícími“ hovořila se svými pacienty v době až pěti let před jejich smrtí. Na základě svých zkušeností jako první velmi přehledně charakterizovala jednotlivé fáze, jimiž vážně nemocný člověk prochází. Jednotlivé etapy zobecnila jako pocity a

psychickou odezvu na závažné onemocnění. Vnímala nemocného komplexně, i s jeho sociálními vztahy, respektovala individualitu jednotlivce. Velice dobře si uvědomovala, že jeho reakce závisí na mnoha vnějších okolnostech (např. na dosavadních zkušenostech, na osobnosti člověka). Přesto vystihla určité zákonitosti, kterými prochází všichni terminálně nemocní (5, 9, 13).

1.9.1 První fáze - zavírání očí před skutečností a osamění (fáze šoku, negace)

Zavírání očí před skutečností a osamění je první fáze při diagnóze nevléčitelného onemocnění dle Elizabeth Kübler-Rossové. Reakce většiny pacientů, kteří se dozvědí o svém onemocnění, je většinou údiv, pohoršení, neakceptování choroby, popírání dané skutečnosti, šok, otřes, často neochota spolupracovat. Může se také objevit pláč či uzavření se do sebe. „To není možné. Zaměnili výsledky (13, s.73).“ „Určitě se to nějak vysvětlí, vždyť jsem byl dosud zdrav. Lékaři se jistě mýlí (9, s. 132).“ To jsou nejčastější slovní vyjádření, v této počáteční fázi psychické odezvy na závažné onemocnění. Nemocní žádají o nová vyšetření s vědomím možné záměny diagnózy, omylu při jejím stanovování. Prvotní odmítání je přirozená reakce při zjištění smrtelné nemoci. Každý člověk se jí snaží od sebe zapudit, a to nejen v prvním okamžiku, ale opakovaně v různých fázích nemoci, v jejím průběhu. Elizabeth Kübler-Rossová popisuje: „nemocný, který ví o blížícím se konci, musí si jej občas zapírat, aby vůbec mohl ještě žít (14, s. 15).“ Takto se tedy chová umírající člověk, který má před sebou ještě nelehkou a dlouhou cestu s více či méně reálnou představou bolestí. Je to určitá obrana před závažnou chorobou, obrana, která mu pomáhá, aby stres vůbec zvládnul. Obranný systém pacienta je ovlivněn různými faktory jako jsou například charakterové vlastnosti, nervová soustava, výchova, prostředí ve kterém pacient žije. Někteří nemocní jsou sice schopni realisticky mluvit o své nemoci, avšak poté opět utíkají od této reality. Nemocný chce na svou chorobu zapomenout a věnovat se příjemným myšlenkám. Ošetřující personál by měl být v této fázi maximálně empatický a trpělivý. Čas věnovaný nemocnému a trpělivé naslouchání je nyní nesmírně důležité. Všichni pacienti občas potřebují zapomenout na vážnost svého zdravotního stavu. Přesto, že se blíží smrt, nevzdávají se naděje (5, 11, 14).

1.9.2 Druhá fáze - zloba (agrese)

Druhá fáze je charakterizována zlobou. Je jen málo pacientů, kteří si svou nemoc nepřipustí až do konce. Po první fázi – zavírání očí před skutečností – přichází většinou zloba, neshášenlivost, nenávisť, vztek, závist. Nemocný se ptá proč právě on, proč ta nemoc nepostihla někoho jiného. „Proč se to stalo zrovna mě? Proč právě teď“ (9, s. 132)?“ S nemocným se v této fázi hovoří velmi těžko. A to nejen zdravotnímu personálu, ale i rodině. Vybíjí si hněv na lidech kolem sebe, na nejbližších, na zdravotnickém personálu, na komkoliv. Typické je sekýrování nebo verbální agrese zejména vůči empatickému a úslužnému personálu. Zdravotníci jsou pro nemocného teď lidé, kteří nedělají nic správně. A ani rodina a její návštěva není v této chvíli přijímána radostně, i zde panuje stísněná atmosféra.

Málo kdo se dokáže vcítit do pocitů nemocného. Kdybychom to ale dokázali, byli bychom schopni pochopit právě důvody jeho zloby. Na to je důležité myslet především při komunikaci s nemocným. Porozumět signálům zloby a umět na ně reagovat, je základním předpokladem ošetřujícího personálu. Zloba má totiž svůj důvod. Každý by se jistě hněval či zlobil, kdyby musel přestat žít svůj dosavadní život, kdyby musel přestat dělat věci, které má rád, a na kterém je ve svém životě zvyklý. Je přirozené, že si nemocný člověk chce ulevit tím, že je nepříjemný či snad zlý právě na tyto lidi ve svém okolí. A k tomuto psychickému rozpoložení samozřejmě nepřispívá dlouhá hospitalizace a spousta nepříjemných vyšetření a obzvláště, když si ošetřující personál „tak bezostyšně“ užívá života. K pacientově zlobě je nutno přistupovat s velikou tolerancí. Je důležité nezaujímat obrannou pozici, ale snažit se o pochopení a akceptaci této agrese (9, 11, 14).

1.9.3 Třetí fáze – vyjednávání (smlouvání)

Třetí fáze pojmenovaná Elizabeth Kübler-Rossovou *vyjednávání*, také nazývána *smlouvání*, se týká oddalování příchodu nevyhnutelného. Je to přirozená reakce člověka, který si uvědomil závažnost své choroby. Upravuje svůj žebříček hodnot a do popředí se dostává touha po uzdravení. Zahraniční léky, alternativní medicína, vyhledávání léčitelů jsou další znaky typické pro toto období. Je velmi důležité, neboť na něj

nemocní spoléhají jako na svého pomocníka. Úpěnlivě prosí Boha o prodloužení života a také velmi často o několik bezbolestných dní. A to i přes to, že dříve k žádnému náboženství neinklinovali. Smlouvají téměř vždy o oddálení svého blížícího se konce, slibují dobré chování a zavazují se, že si již pak nic dalšího přát nebudou. Přesto, že se jim jejich přání vyplní a oni mohou uskutečnit své „poslední tužby“ většina z nich své sliby o dalších žádostech nedodrží. Přirozeně se tato situace opakuje posléze znovu. Tento „obchod“, který pacient uzavírá s Bohem, zůstává většinou utajen. Elizabeth Kübler-Rossová při rozhovorech s nemocnými zjistila, že většina pacientů jako cenu za trochu delší čas prohlašuje, že svůj život věnuje Bohu a službě církvi. Jiní slibují, že poskytnou-li lékaři své vědecké znalosti k prodloužení jejich života, odkáží části svého těla nebo tělo celé účelům vědy. Autorka knihy „rozhovory s umírajícími“ uvádí, že tyto sliby mohou pocházet ze skrytých pocitů viny, a proto je třeba, aby okolí nenechávalo tyto poznámky bez povšimnutí. Měli bychom hledat, z čeho jeho pocit viny pramení. Je důležité pojmenované trápení a s ním spojené úzkostné stavy zmírnit nebo úplně odstranit a také tyto neblahé pocity pramenící ze strachu nad nedodrženým slibem a následným potrestáním (9, 14).

1.9.4 Čtvrtá fáze – deprese

Ve fázi deprese si nemocný přestává nalhávat závažnost nemoci. Již si nemůže zastírat vážnost choroby. Obzvláště, když se mu stále vrací obtíže a on musí znovu do nemocnice. Přidávají se další symptomy a on se stává stále slabším. V této chvíli nastupuje pocit hrozného ztráty. Ta ztráta má více stránek. Záleží na diagnóze, čeho se dotýká, jaké oblasti těla, a na povaze člověka. Jedna z těchto stránek je i stránka finanční. Léčba a pobyt v nemocnici je pro většinu pacientů a jejich rodin velká finanční zátěž. Nemocný si tak nemůže dovolit věci, na které byl zvyklý. Nejprve to jsou malé radosti, ale později se to může dotknout i pacientova životního standardu. V některých případech se to může dotknout i rodin. Například, když nemocný ztratí pracovní místo, protože ho již nemůže zastávat, nebo zameškal mnoho dní, týdnů, měsíců. Tím se situace ještě zhoršuje. Pokud toto postihne muže, musí roli živitele převzít žena. Deprese tady tedy souvisí s neplněním jeho povinností vyplývajících z jeho role otce. A

pokud se jedná o ženu, a ta není schopna pečovat o děti, má pocit viny ze selhání a narůstá v ní žal, že je opouští. I tyto důvody je nutné znát, znát příčiny depresí. Pacient se tedy musí vyrovnat ne jen se selháním ve své životní roli, s velkými bolestmi, ale i se svým definitivním odchodem ze světa. Elizabeth Kübler-Rossová v souvislosti se čtvrtou fází, popisuje dva druhy depresí, a to v souvislosti s jejím původem. O prvním druhu hovoří jako o reaktivním a o druhém jako o přípravném. U první formy deprese uvádí zoufalství, stud a vinu. Je nutné dát pacientovi najevo, že i když například podstoupil náročnou operaci, při které mu/jí byl odstraněny pohlavní orgány, nestává se tím méně mužem/ženou. Zdravotničtí pracovníci, ale i psychologové či psychiatři nebo duchovní by pak měli být nápomocni a rodině vysvětlit, jak by mohli přispět k udržení nebo navrácení sebevědomí pacienta. V této chvíli je také velmi důležité myslet na pomoc v každodenním životě pacienta, například pomoci při vedení domácnosti, i jeho povinnosti související s jeho rolami. A to především při péči o děti nebo staré bezmocné rodiče. Pokud se tyto pacientovy starosti vyřeší, pokud se vyřeší tyto životní otázky, deprese se pak může rychle zlepšit. Je to důležité především proto, že nemocný se potřebuje vyrovnávat se svou blížící se smrtí. Druhý druh deprese vzniká z hrozící ztráty. „Každý z nás pociťuje nekonečnou bolest při ztrátě milované bytosti – nemocný je ale v postavení, že ztrácí vše, co miloval. Kdo může vyjádřit svou bolest, může se snadněji smířit se svým osudem a je vděčen těm, kteří v tomto stadiu deprese u něho setrvávají, aniž by neustále opakovali, že přece nemá být smutný. Tato fáze probíhá ve většině případů. Deprese je zde bolestí, která v tuto chvíli nepotřebuje slova, jen vědomí či přítomnost druhých, kteří budou tento stav sdílet. Nemocný se teď začíná zabývat věcmi, které ho čekají. Může jak odmítat návštěvy a chtít být sám, tak chtít někoho u sebe. Důležité je rozpoznat a porozumět potřebám nemocného. Zde by měl být prostor pro případnou modlitbu či duchovního, nebo pro člověka, kterého bude chtít mít nemocný ve své blízkosti. Oba druhy deprese mohou probíhat najednou. A okolí, zdravotničtí pracovníci, nebo ti, kteří se o pacienta starají, musí konflikty rozpoznat. Jejich řešení a přítomnost blízkého pak usnadňuje snášení utrpení daleko lépe (9, 11, 13, 14, 19).

1.9.5 Pátá fáze – souhlas (akceptace)

Jestliže nemocný nezemře náhle, projde nemocí, ve které se mu dostane pomoci, překoná předchozí fáze a dosáhne stadia, ve kterém nenahlíží na svůj osud se hněvem nebo poddaně. Vyrovnal se se svými emocemi, závistí ke zdravým, s hněvem a zlobou ke všem lidem, kterých se právě teď smrt netýká. Nyní čelí svému konci. Takový pacient, jak popisuje Elizabeth Kübler-Rossová, je velmi unavený, vysílený a potřebuje odpočinek. A to především spánek. Není už žádný čas na uzdravení. „Tato fáze znamená do jisté míry rezignaci ve smyslu – k čemu také – nebo – teď už nemohu dál bojovat (14, s. 67).“ Tyto věty, které nemocný vysloví, ukazují, že se blíží konec, ale neznamenají, že se pacient úplně vzdal. Autorka zde také zmiňuje, že tato poslední fáze nesmí být chápána jako stav šťastný, ale že je umírající pouze osvobozen od krutých pocitů. Mohlo by se zdát, že bolest již není přítomna a že nastal čas klidu před koncem života. V souvislosti s touto chvílí je také důležitá pomoc rodině. V tento čas, kdy pacient dosáhne určité míry pokoje, nechce být rušen, chce být ponechán v klidu. Komunikace se v této fázi omezuje spíše na gesta, pohyby rukou, kterými jsou vyjádřena přání. Důležitá je naše přítomnost. Tato forma komunikace s umírajícím je smysluplná. Nemocnému říká, že není sám, že jsme s ním až do konce. Není již nutno slov, vše co mělo být zařízeno je hotovo, vše bylo řečeno. Je jen otázka času, kdy jeho srdce dotluče a oči se zavřou navždy. Největší útěcha pro nemocného spočívá především v pocitu, že není zapomenut. Je ovšem část pacientů, kteří do této fáze nedojdou, nedosáhnou fáze souhlasu. Do poslední chvíle se snaží uniknout nevyhnutelné smrti. Oddálí si tím konečný klid. Ale i tito nemocní většinou konstatují, že přišel jejich konec. Tato poslední fáze je pro nemocné, kteří mají za sebou život plný práce, splněných úkolů, vchovaných dětí a znajících smysluplnost svého života, jednodušší. Je jich ovšem velice málo – jsou to většinou staří lidé a jen ti, kteří měli dostatek času na urovnání svých záležitostí, kteří mají čas k přípravě na smrt (9, 13, 14).

Tyto fáze, přesněji těchto pět fází, kterými nemocný člověk prochází jsou z psychologického hlediska obranné mechanismy a důležité k posílení v extrémně těžkých situacích. Jsou rozdílně dlouhé, mohou být oddělené, ale mohou se také

vzájemně prolínat nebo jít vedle sebe. V každé z oněch zmiňovaných fází je přítomna naděje. Tedy i ve fázi smíření, souhlasu (9, 23).

2. Cíl práce a hypotézy

2.1 Cíl práce

1. Zmapovat komunikační dovednosti sester v nemocničním zařízení a zařízení hospic při ošetřování umírajících klientů.
2. Zjistit co sestry pracující v nemocničním zařízení a zařízení hospic postrádají při ošetřování terminálně nemocných klientů.
3. Určit konkrétní problematiku sester v nemocničním zařízení při ošetřování terminálně nemocných klientů.

2.2 Hypotézy

H1. Metody a úroveň komunikace sester při péči o umírající klienty jsou ovlivněny vzděláním a vědomostmi.

H2. Ošetrovatelský proces v péči o umírající klienty závisí na podmínkách pro poskytování komplexní ošetrovatelské péče na nemocničních odděleních a zařízeních hospic.

H3. Sestry v nemocničních zařízeních nemají dostatečné vzdělání pro komunikaci s umírajícími klienty a podmínky pro poskytování komplexní ošetrovatelské.

H4. Sestry v zařízeních hospic znají komunikační techniky, které standardně používají při doprovázení umírajících klientů.

3. Metodika

3.1 Metodika práce

Pro získání poznatků k této bakalářské práci byla použita metoda kvantitativního výzkumu. Technikou sběru dat byl dotazník pro sestry v nemocničním zařízení ÚVN Praha a sestry pracující v zařízeních hospic v České republice. Dotazník byl anonymní a zcela dobrovolný (viz. příloha 1). Byl sestaven z otázek uzavřených, které nabízely výběr konkrétních odpovědí, z nichž respondenti vybírali odpovědi, které se nejvíce blížili jejich názoru; a polouzavřených otázek, kde mohli respondenti vyjádřit vlastní názor, pokud jim nevyhovovala žádná z nabízených možností. U některých otázek mohli respondenti označit více odpovědí. Dotazník obsahoval 31 otázek. První 3 otázky byly zaměřeny na identifikaci – délku praxe, dosažené vzdělání a typ zařízení. Další otázky byly zaměřené na pracovní prostředí, na podmínky potřebné k poskytování komplexní ošetrovatelské péče, na vzdělání a vědomosti, na péči o umírající nemocné a na komunikační dovednosti ošetrovatelského personálu.

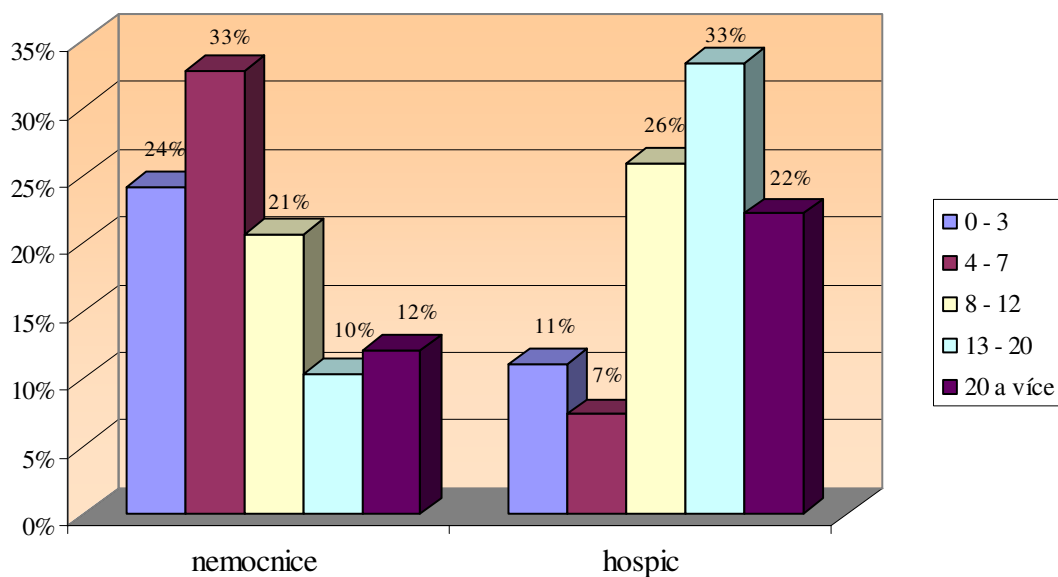
3.2 Charakteristika zkoumaného vzorku

Dotazníkové šetření bylo provedeno během měsíce března 2010. Pro umožnění i schválení výzkumného šetření byla oslovena hlavní sestra Ústřední vojenské nemocnice v Praze (dále jen ÚVN Praha) Mgr. Lenka Gutová, MBA; a vrchní sestry všech hospiců (viz. níže). Výzkumný soubor tvořil zdravotnický personál v ÚVN Praha, kde byly dotazníky rozdány na interní klinice, na odděleních: Metabolické jednotky, Koronární jednotky, na oddělení gastroenterologie, hepatologie a metabolismu A + B, dále na oddělení všeobecných interních lůžek, léčby dlouhodobě nemocných a následné ošetrovatelské péče; a v Hospici sv. Alžběty v Brně, v Hospici Anežky České v Červeném Kostelci, v Hospici sv. Lazara v Plzni, v Hospici sv. Jana Neumana v Prachaticích a v Hospici na Svatém Kopečku v Olomouci. Celkem bylo rozdáno 129 dotazníků, nevrátilo se 33 dotazníků, návratnost tedy činila 74% z původního počtu. Dále bylo vyřazeno 12 dotazníků pro neúplné vyplnění. Celkem bylo použito ke

zpracování údajů 85 dotazníků, tedy 66% z původního počtu rozdaných dotazníků.
Výzkumný soubor tvořil 85 respondentů.

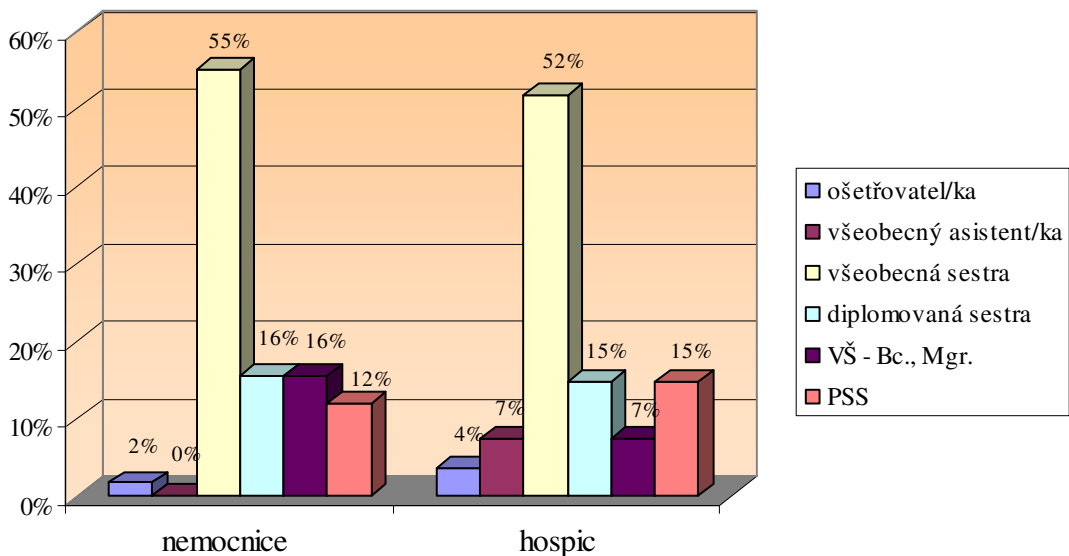
4. Výsledky

Graf 1 Délka práce ve zdravotnictví



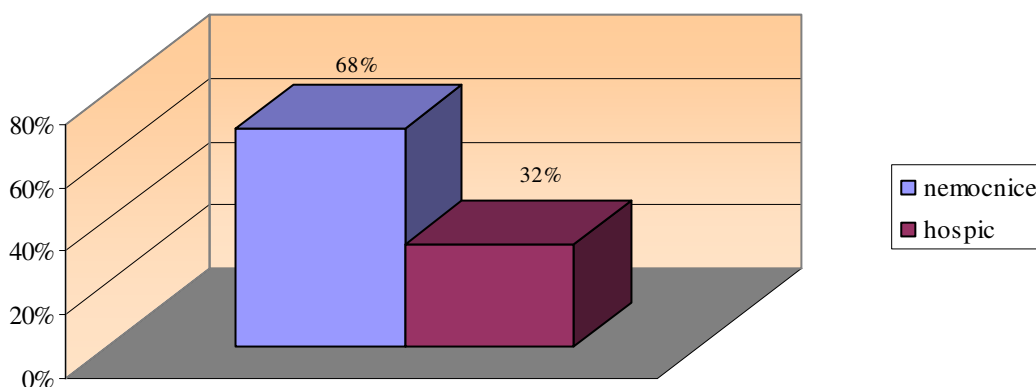
Ve zdravotnictví pracuje z nemocnic 0 - 3 roky 14 (24 %) respondentů, 4 - 7 let 19 (33 %) respondentů, 8 - 12 let 12 (21 %) respondentů, 13 - 20 let 6 (10 %) respondentů, 20 let a více 7 (12 %) respondentů. Z dotázaných respondentů z hospice pracují ve zdravotnictví 0 - 3 roky 3 (11 %) respondenti, 4 - 7 let 2 (7 %) respondenti, 8 - 12 let 7 (26 %) respondentů, 13 - 20 let 9 (33 %) respondentů a 20 let a více 6 (22 %) respondentů.

Graf 2 Dosažené ukončené vzdělání



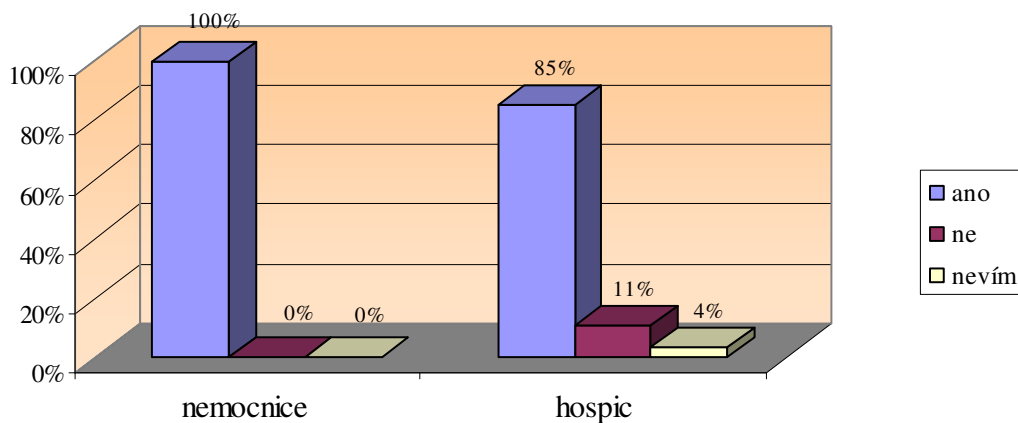
Výzkumu se zúčastnila z nemocnice 1 (2 %) ošetřovatelka, 0 (0 %) všeobecných asistentů, 32 (55 %) všeobecných sester, 9 (16 %) diplomovaných sester, vysokoškolské vzdělání (Bc., Mgr.) uvedlo 9 (16 %) respondentů a specializační studium uvedlo 7 (12 %) respondentů. Z hospice se výzkumu zúčastnila 1 (4 %) ošetřovatelka, 2 (7 %) všeobecní asistenti, 14 (52 %) všeobecných sester, 4 (15 %) diplomované sestry, vysokoškolské vzdělání (Bc., Mgr.) uvedli 2 (7 %) respondenti a specializační studium uvedli 4 (15 %) respondenti.

Graf 3 Zařízení



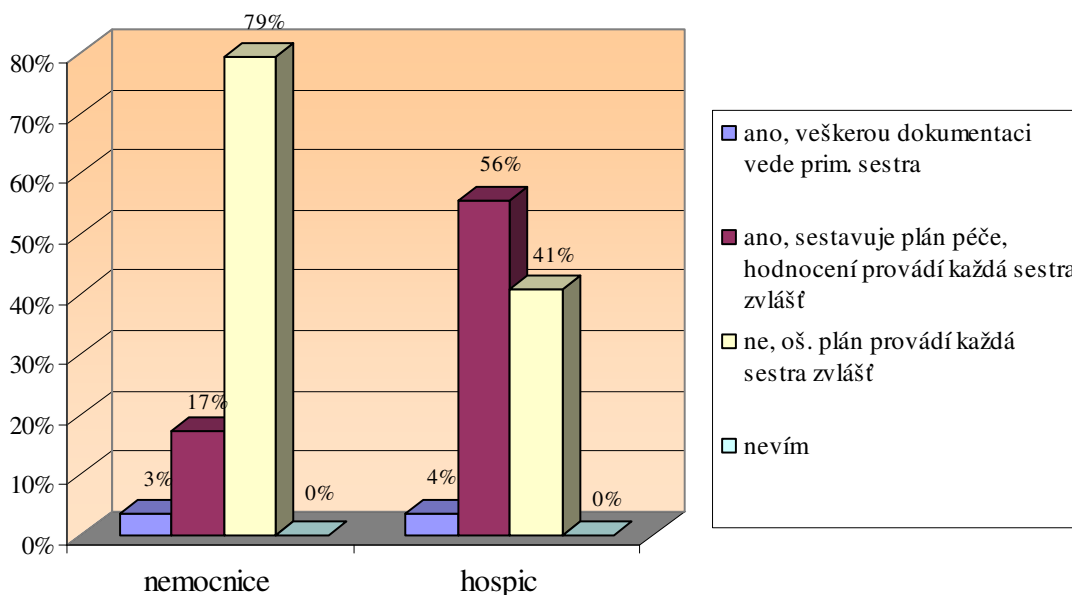
Výzkumu se z nemocnice zúčastnilo 58 (68 %) respondentů a 27 (32 %) respondentů z hospice.

Graf 4 Ošetrovatelský proces



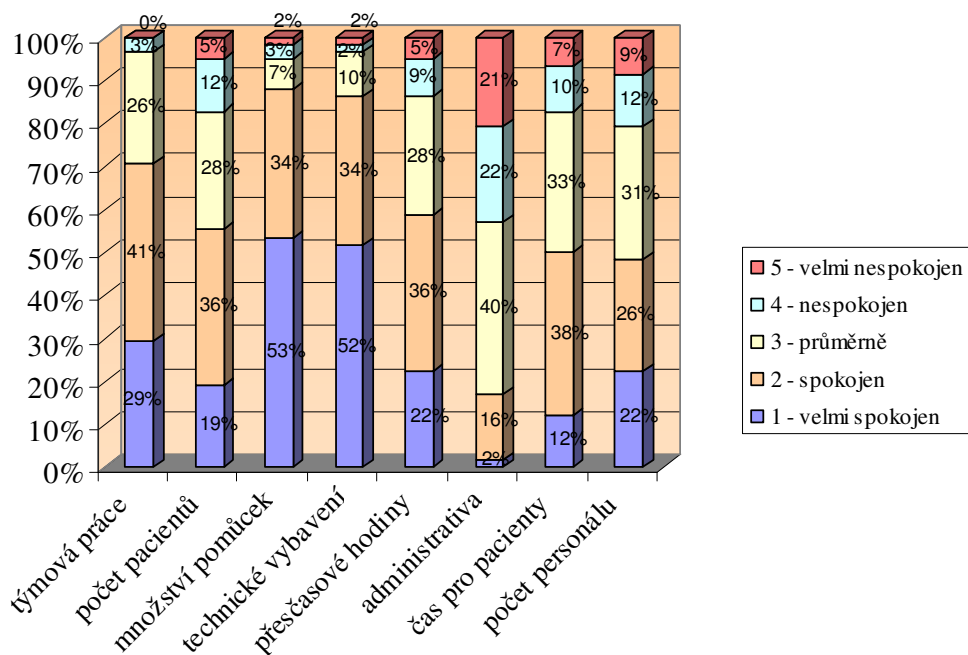
Z nemocnice uvedlo 58 (100 %) respondentů, že na oddělení, kde pracují, je používána metoda ošetrovatelského procesu; ne uvedlo 0 (0%) respondentů a nevím uvedlo 0 (0%) respondentů. Z hospice uvedlo 23 (85 %) respondentů, že na oddělení, kde pracují, je používána metoda ošetrovatelského procesu; 3 (11%) respondenti uvedli, že na jejich oddělení není používán ošetrovatelský proces a 1 (4 %) respondent odpověděl nevím.

Graf 5 Systém primární sestry



Využití systému primární sestry, kdy ona vede veškerou dokumentaci, uvádějí z nemocnice 2 (3 %) respondenti; 10 (17 %) respondentů uvedlo, že na oddělení, kde pracují, primární sestra sestavuje plán péče a hodnocení provádí každá sestra po své službě; 42 (79 %) respondentů uvádí, že systém primární sestry nepoužívají - ošetřovatelský plán a hodnocení provádí každá sestra zvlášť; nevím, zda na oddělení funguje systém primární sestry, odpovědělo 0 (0%) respondentů. V hospici uvádí 1 (4 %) respondent, že primární sestra vede veškerou dokumentaci; 15 (56 %) respondentů uvedlo, že primární sestra sestavuje plán péče a hodnocení provádí každá sestra po své službě; 11 (41 %) respondentů uvádí, že systém primární sestry nepoužívají - ošetřovatelský plán a hodnocení provádí každá sestra zvlášť; nevím, zda na oddělení funguje systém primární sestry, odpovědělo 0 (0 %) respondentů.

Graf 6a Pracovní prostředí - nemocnice



Na otázku související s pracovním prostředím odpovědělo všech 58 (100%) respondentů z nemocnice. Svou spokojenost či nespokojenost s pracovním prostředím, na svém pracovišti, hodnotili na škále od 1 do 5, kdy 1 znamenalo velmi spokojen/a a 5 velmi nespokojen/a.

S týmovou prací je v nemocnici velmi spokojeno 17 (29%) respondentů, spokojeno s týmovou prací je 24 (41%) respondentů, průměrnou spokojenost s týmovou prací uvedlo 15 (26%) respondentů, nespokojenost uvedli 2 (3%) respondenti a velmi nespokojeno s týmovou prací je 0 (0%) respondentů.

S počtem pacientů, o které ve službě pečují, je velmi spokojeno 11 (19%) respondentů, spokojeno je 21 (36%) respondentů, 16 (28%) respondentů odpovědělo „průměrně“, 7 (12%) respondentů je nespokojeno a 3 (5%) respondenti jsou velmi nespokojeni s počtem pacientů, o které ve službě pečují.

S množstvím pomůcek, které mají respondenti k dispozici k ošetřování pacientů, je velmi spokojeno 31 (53%) respondentů, spokojeno je 20 (34%) respondentů, 4 (7%) respondenti odpověděli „průměrně“, 2 (3%) respondenti jsou nespokojeni a 1 (2%)

respondent je velmi nespokojen s množstvím pomůcek potřebných k ošetrovatelské péči.

S technickým vybavením, které mají respondenti k dispozici k ošetrování pacientů, je velmi spokojeno 30 (52%) respondentů, spokojeno je 20 (34%) respondentů, 6 (10%) respondentů odpovědělo „průměrně“, 1 (2%) respondent je nespokojen a 1 (2%) respondent je velmi nespokojen s množstvím pomůcek potřebných k ošetrovatelské péči.

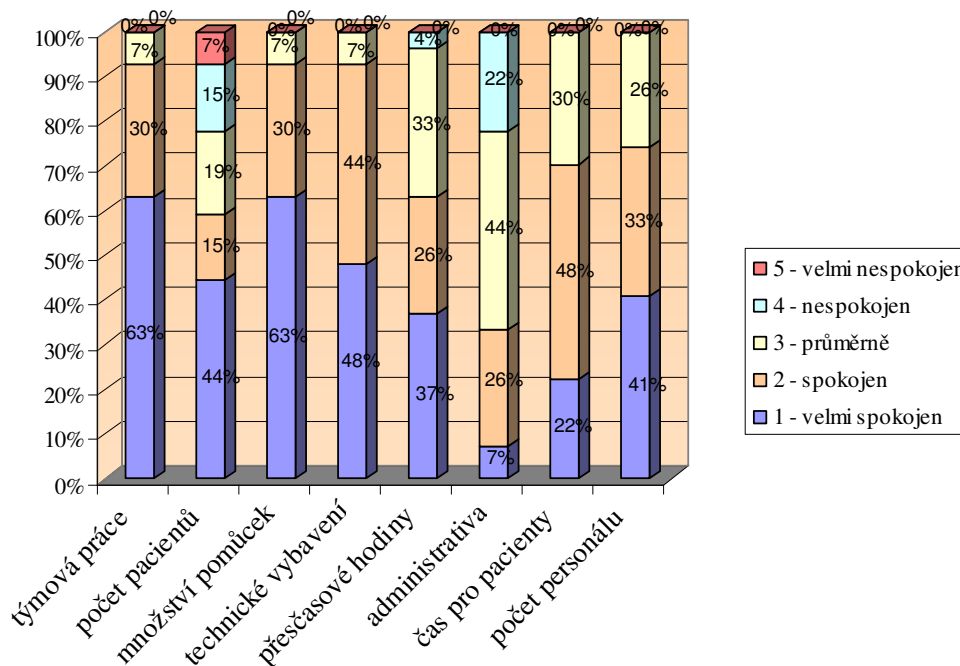
S přesčasovými hodinami, které respondenti z nemocnice pracují nad rámec týdenní pracovní normy, je 13 (22%) respondentů velmi spokojeno, 21 (36%) respondentů je spokojeno, 16 (28%) respondentů odpovědělo „průměrně“, 5 (9%) respondentů je nespokojeno a 3 (5%) respondenti jsou velmi nespokojeni s odpracovanými přesčasovými hodinami.

S časem, který respondenti z nemocnice věnují administrativě, je 1 (2%) respondent velmi spokojen, 9 (16%) respondentů je spokojeno, 23 (40%) respondentů odpovědělo „průměrně“, 13 (22%) respondentů je nespokojeno a 12 (21%) respondentů je velmi nespokojeno s délkou času, který věnují administrativě.

S množstvím času, který respondenti z nemocnice věnují nemocnému, je velmi spokojeno 7 (12%) respondentů, spokojeno je 22 (38%) respondentů, 19 (33%) respondentů uvedlo „průměrně“, 6 (10%) respondentů je nespokojeno a 4 (7%) respondenti jsou velmi nespokojeni s délkou času, který věnují nemocnému.

S počtem ošetrujícího personálu na odděleních v nemocnici je velmi spokojeno 13 (22%) respondentů, spokojeno je 15 (26%) respondentů, 18 (31%) respondentů uvedlo „průměrně“, 7 (12%) respondentů je nespokojeno a 5 (19%) respondentů je velmi nespokojeno s počtem ošetrujícího personálu.

Graf 6b Pracovní prostředí - nemocnice



Na otázku související s pracovním prostředím odpovědělo všech 27 (100%) respondentů z hospice. Svou spokojenost či nespokojenost s pracovním prostředím, na svém pracovišti, hodnotili na škále od 1 do 5, kdy 1 znamenalo velmi spokojen/a a 5 velmi nespokojen/a.

S týmovou prací je v hospici velmi spokojeno 17 (63%) respondentů, spokojeno s týmovou prací je 8 (30%) respondentů, průměrnou spokojenost s týmovou prací uvedlo 2 (7%) respondentů, nespokojenost uvedlo 0 (0%) respondentů a velmi nespokojeno s týmovou prací je 0 (0%) respondentů.

S počtem pacientů, o které ve službě pečují, je velmi spokojeno 12 (44%) respondentů, spokojeni jsou 4 (15%) respondenti, 5 (19%) respondentů odpovědělo „průměrně“, 4 (15%) respondenti jsou nespokojeni a 2 (7%) respondenti jsou velmi nespokojeni s počtem pacientů, o které ve službě pečují.

S množstvím pomůcek, které mají respondenti k dispozici k ošetřování pacientů, je velmi spokojeno 17 (63%) respondentů, spokojeno je 8 (30%) respondentů, 2 (7%) respondenti odpověděli „průměrně“, 0 (0%) respondentů je nespokojeno a 0 (0%) žádný

respondent neuvedl, že je velmi nespokojen s množstvím pomůcek potřebných k ošetrovatelské péči.

S technickým vybavením, které mají respondenti v hospici k dispozici k ošetřování pacientů, je velmi spokojeno 10 (37%) respondentů, spokojeno je 7 (26%) respondentů, 9 (33%) respondentů odpovědělo „průměrně“, 1 (4%) respondent je nespokojen a 0 (0%) tedy žádný respondent neuvedl, že je velmi nespokojen s množstvím pomůcek potřebných k ošetrovatelské péči.

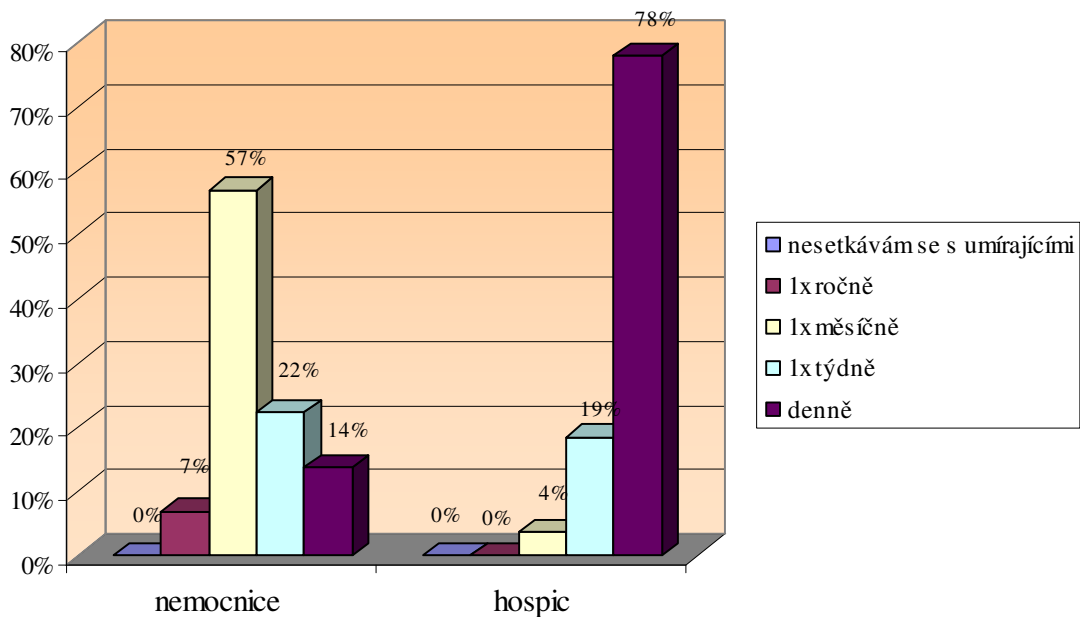
S přesčasovými hodinami, které respondenti v hospici pracují nad rámec týdenní pracovní normy, je 10 (37%) respondentů velmi spokojeno, 7 (26%) respondentů spokojeno, 12 (44%) respondentů odpovědělo „průměrně“, 6 (22%) respondentů je nespokojeno a 0 (0%) tedy žádný respondent neuvedl, že je velmi nespokojený s množstvím přesčasových hodin.

S časem, který respondenti z hospice věnují administrativě, jsou 2 (7%) respondenti velmi spokojeni, 7 (26%) respondentů spokojeno, 12 (44%) respondentů odpovědělo průměrně, 6 (22%) respondentů je nespokojeno a 0 (0%) respondentů uvedlo, že jsou velmi nespokojeni s délkou času, který věnují administrativě.

S množstvím času, který respondenti z hospice věnují nemocnému, je velmi spokojeno 6 (22%) respondentů, spokojeno je 13 (48%) respondentů, 8 (30%) respondentů uvedlo „průměrně“, 0 (0%) respondentů je nespokojeno a 0 (0%) respondentů uvedlo, že jsou velmi nespokojeni s délkou času, který věnují nemocnému.

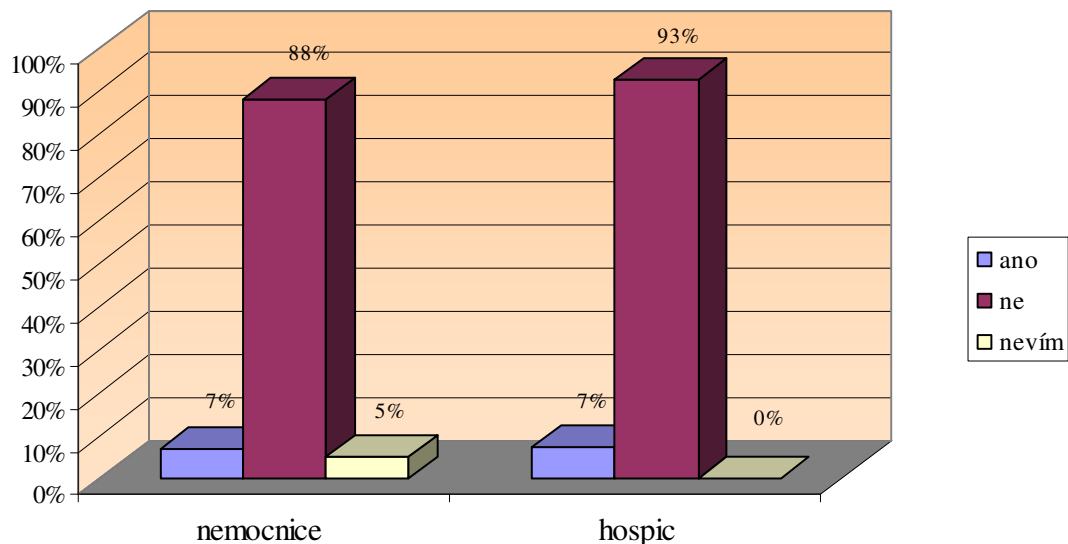
S počtem ošetrujícího personálu v hospici je velmi spokojeno 11 (41%) respondentů, spokojeno je 9 (33%) respondentů, 7 (26%) respondentů uvedlo „průměrně“, 0 (0%) respondentů je nespokojeno a 0 (0%) respondentů uvedlo, že jsou velmi nespokojeni s počtem ošetrujícího personálu.

Graf 7 Setkávání se s úmrtím



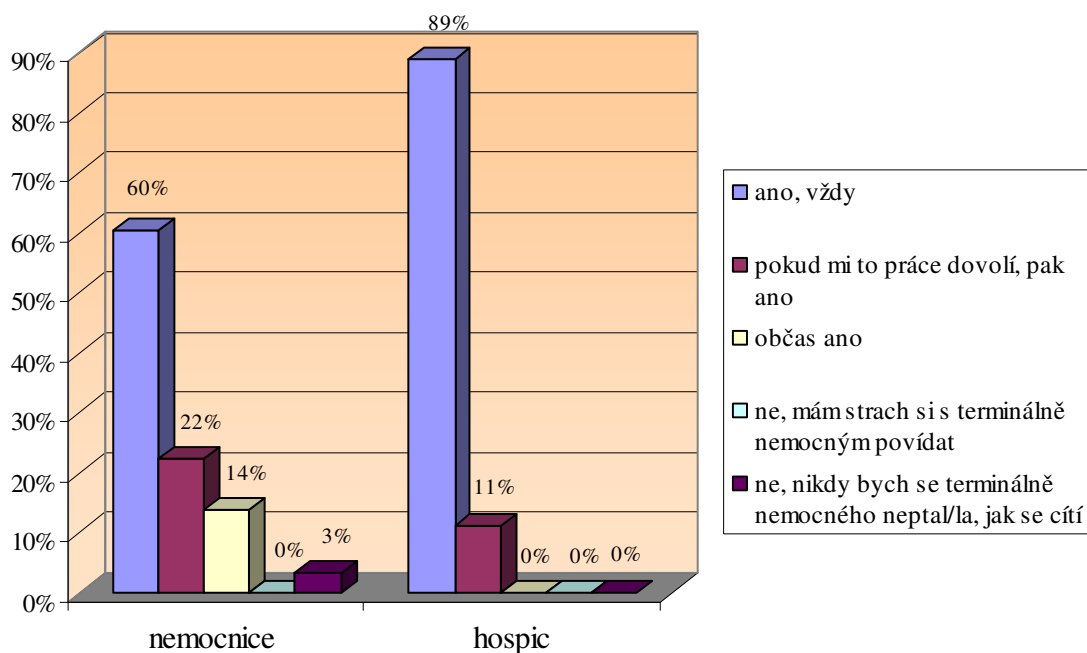
S úmrtím na oddělení v nemocnice se nesetká 0 (0%) respondentů, 1x ročně se s umírajícími pacienty setkávají 4 (7%) respondenti, 1x měsíčně 33 (57%) respondentů, 1x týdně 13 (22%) respondentů a denně se s umírajícími setkává 8 (14%) respondentů. V hospici nevedl žádný respondent 0 (0%), že se s úmrtím nesetkává, stejně tak jako u možnosti setkání s umírajícími 1x ročně - 0 (0%) respondentů, setkání s úmrtím 1x měsíčně uvedl 1 (4%) respondent, setkání s umírajícím 1x týdně uvedlo 5 (19%) respondentů a setkávání se s umírajícími klienty denně uvedlo 21 (78%) respondentů.

Graf 8 Důvod pro komunikaci s terminálně nemocným



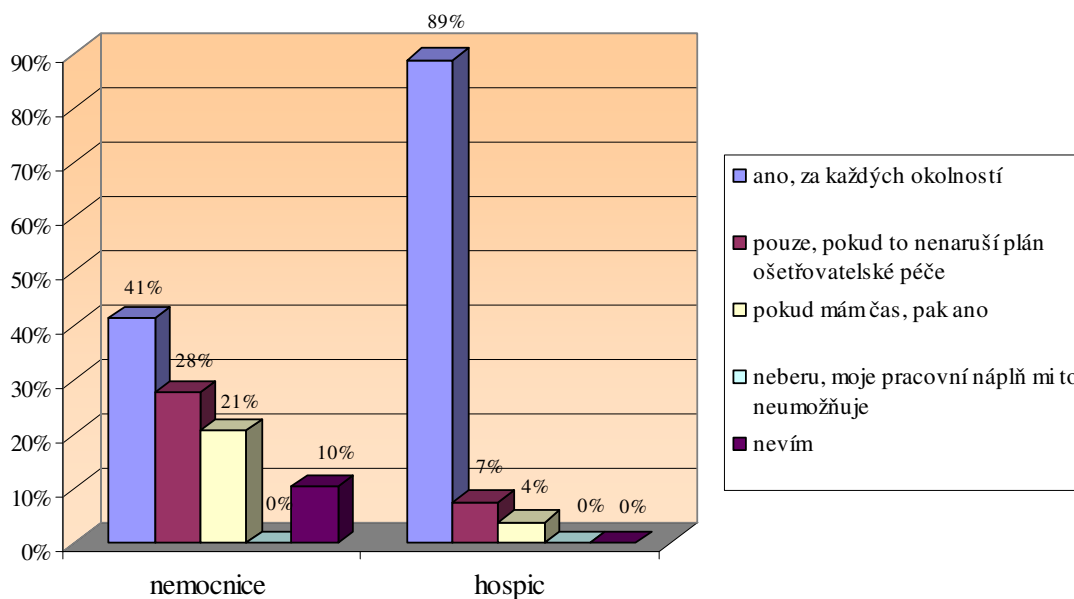
Počet respondentů z nemocnice, kteří hovoří s terminálně nemocným jen tehdy, když potřebují zjistit konkrétní informace je 4 (7%); 51 (88%) respondentů uvedlo ne, tedy, že nehovoří s terminálně nemocným pouze, když potřebují zjistit informace a 3 (5%) respondenti odpověděli nevím. V hospici hovoří s terminálně nemocnými klienty jen když potřebují zjistit konkrétní informace 2 (7%) respondenti; 25 (93%) respondentů uvedlo ne, tedy, že nehovoří s terminálně nemocným pouze, když potřebují zjistit informace a 0 (0%) respondentů odpovědělo nevím.

Graf 9 Vztah ošetrovatelského personálu k pocitům umírajících



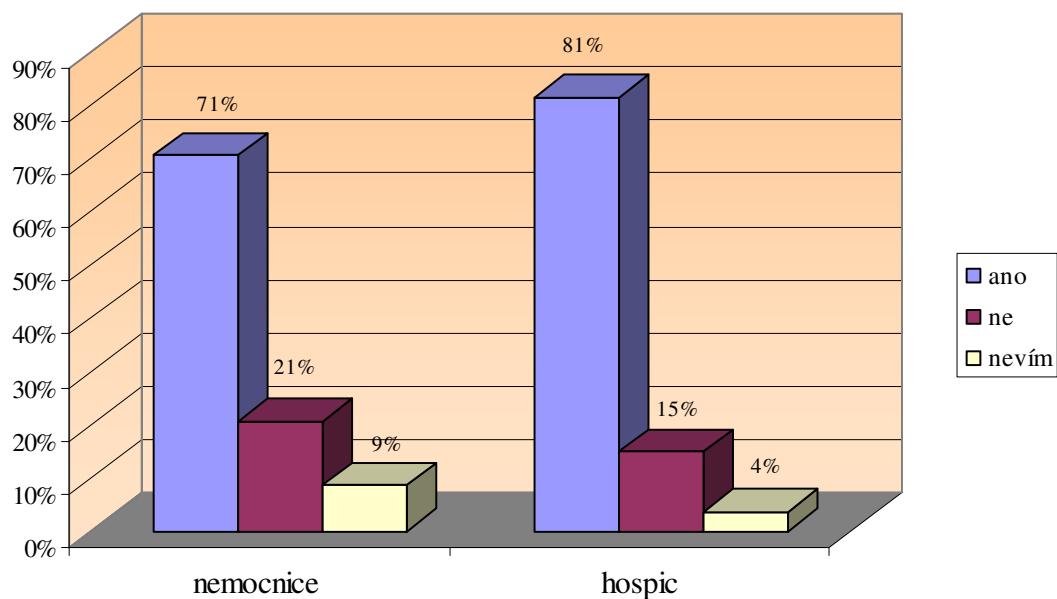
Počet respondentů z nemocnice, kteří se vždy ptají terminálně nemocného pacienta jak se cítí bylo 35 (60%); 13 (22%) respondentů uvedlo, že pokud jim to práce dovolí, tak ano; 8 (14%) respondentů uvedlo občas ano; 0 (0%) respondentů má strach s terminálně nemocným hovořit a 2 (3%) respondenti by se terminálně nemocného nikdy neptali, jak se cítí. V hospici se ptá terminálně nemocného klienta 24 (89%) respondentů, jak se cítí; 3 (11%) respondenti uvedli, že pokud jim to práce dovolí, tak se klienta ptají, jak se cítí; 0 (0%) respondentů uvedlo občas ano; 0 (0%) respondentů uvedlo, že má strach s terminálně nemocným hovořit a 0 (0%) respondentů odpovědělo, že by se nikdy neptali, jak se terminálně nemocný cítí.

Graf 10 Přání terminálně nemocných



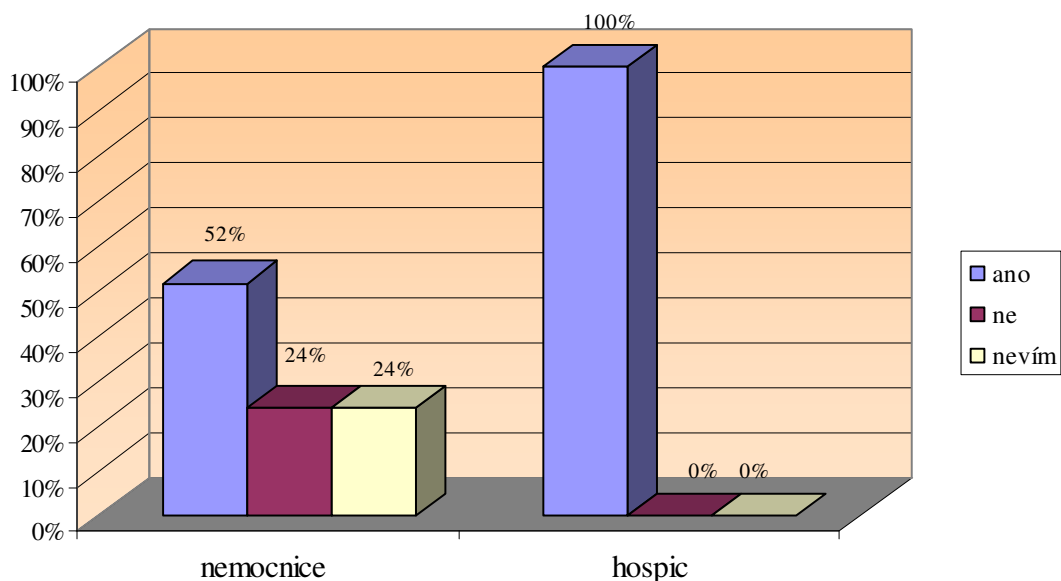
Na představy a přání terminálně nemocného pacienta bere v nemocnici ohledy 24 (41%) respondentů; 16 (28%) respondentů pouze tehdy, pokud to nenaruší plán ošetrovatelské péče; 12 (21%) respondentů pokud má čas; 0 (0%) respondentů nebere ohledy na pacientova přání a 6 (10%) respondentů uvedlo nevím. V hospici bere ohledy na představy a přání terminálně nemocného klienta 24 (89%) respondentů; 2 (7%) respondenti pokud tím nenaruší plán ošetrovatelské péče; 1 (4%) respondent uvedl, že pokud má čas, tak ano; 0 (0%) respondentů uvedlo, že na klientovi přání ohledy nebere a 0 (0%) respondentů odpovědělo nevím.

Graf 11 Efektivní - terapeutická komunikace



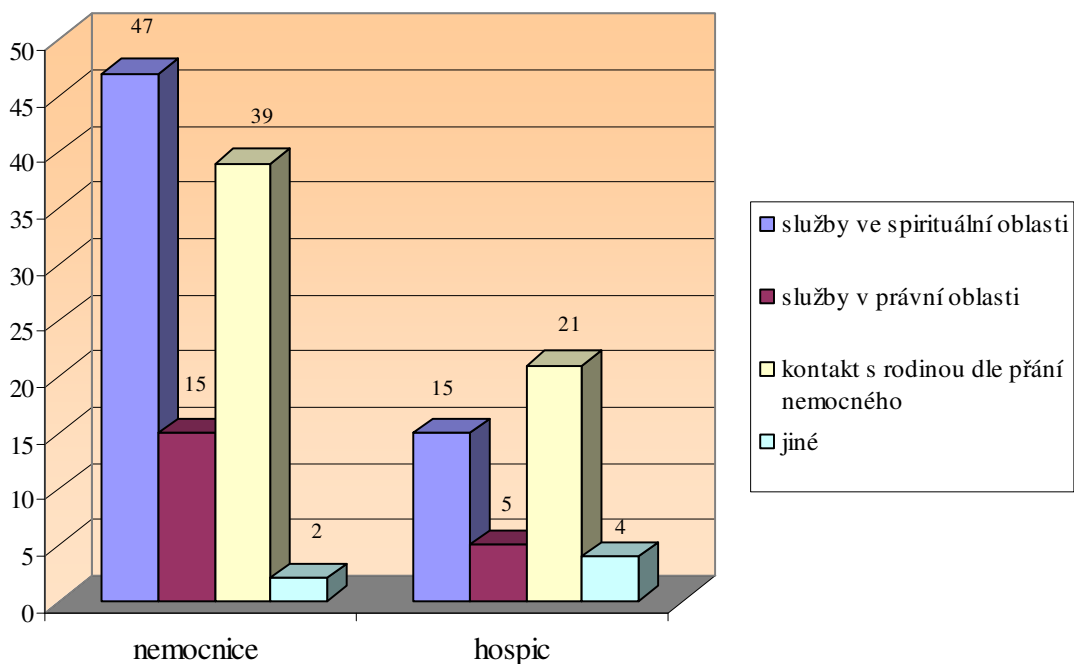
Z nemocnice uvedlo 41 (71%) respondentů, že byli vedeni při komunikaci s umírajícím klientem k používání dovedností efektivní - terapeutické komunikace; 12 (21%) respondentů uvedlo ne a 5 (9%) respondentů uvedlo nevím. V hospici uvedlo 22 (81%) respondentů, že byli vedeni při komunikaci s umírajícím klientem k používání dovedností efektivní - terapeutické komunikace; 4 (15%) respondenti uvedli ne a 1 (4%) respondentů uvedlo nevím.

Graf 12 Možnosti v plnění přání terminálně nemocným



Dostatečné možnosti při plnění přání terminálně nemocných pacientů má v nemocnici 30 (52%) respondentů; 14 (24%) respondentů odpovědělo, že tyto možnosti nemá a 14 (24%) respondentů odpovědělo nevím. V hospici uvedlo všech 27 respondentů, že mají dostatečné možnosti při plnění přání terminálně nemocných klientů. Ne tedy odpovědělo 0 (0%) respondentů a nevím také 0 (0%) respondentů.

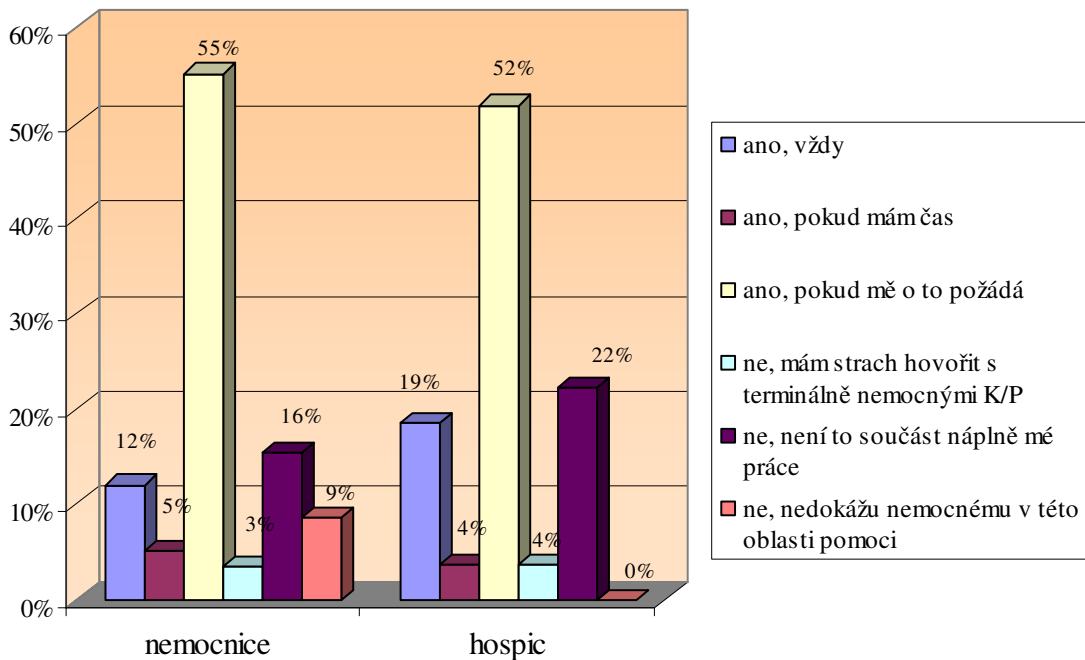
Graf 13 Služby nabízené terminálně nemocným K/P



U otázky spojené s grafem 13, měli respondenti možnost zaškrtnout více odpovědí. Z tohoto důvodu jsou výsledky uvedeny v absolutních číslech. V nemocnici tvoří 103 odpovědí 100% a v hospici 45 odpovědí 100%.

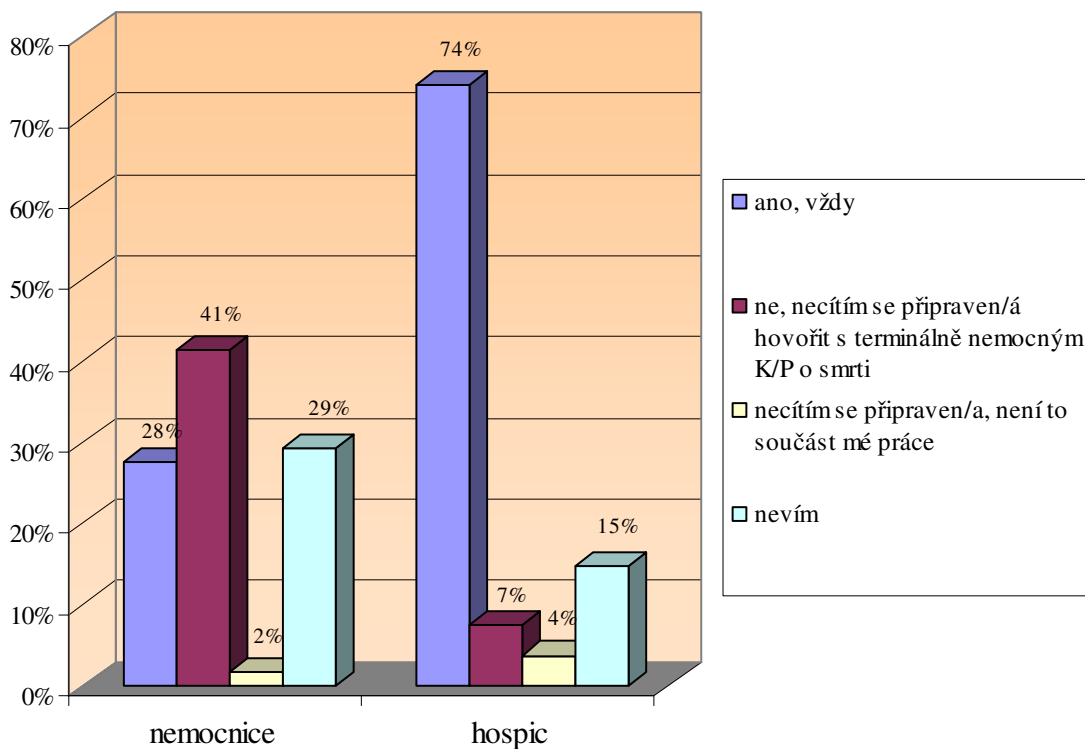
V nemocnici nabízí terminálně nemocným pacientům pomoc ve spirituální oblasti 47 (46%) respondentů, služby v právní oblasti 15 (15%) respondentů, kontakt s rodinou dle přání nemocného 39 (38%) respondentů a možnosti jiné využili 2 (2%) respondenti a uvedli, že nabízejí individuální pomoc dle potřeby. V hospici nabízí terminálně nemocnému klientovi pomoc ve spirituální oblasti 15 (33%) respondentů, služby v právní oblasti 5 (11%) respondentů, kontakt s rodinou dle přání nemocného 21 (47%) respondentů a možnosti jiné využili 4 (9%) respondenti, kteří uvedli, že terminálně nemocným klientům nabízejí sociální služby, psychologické služby a dle přání nemocného kontaktují sociální pracovníci, která zařídí „oč klient žádá“ (holiče, pedikúru, nákup).

Graf 14: Komunikace o závažnosti stavu



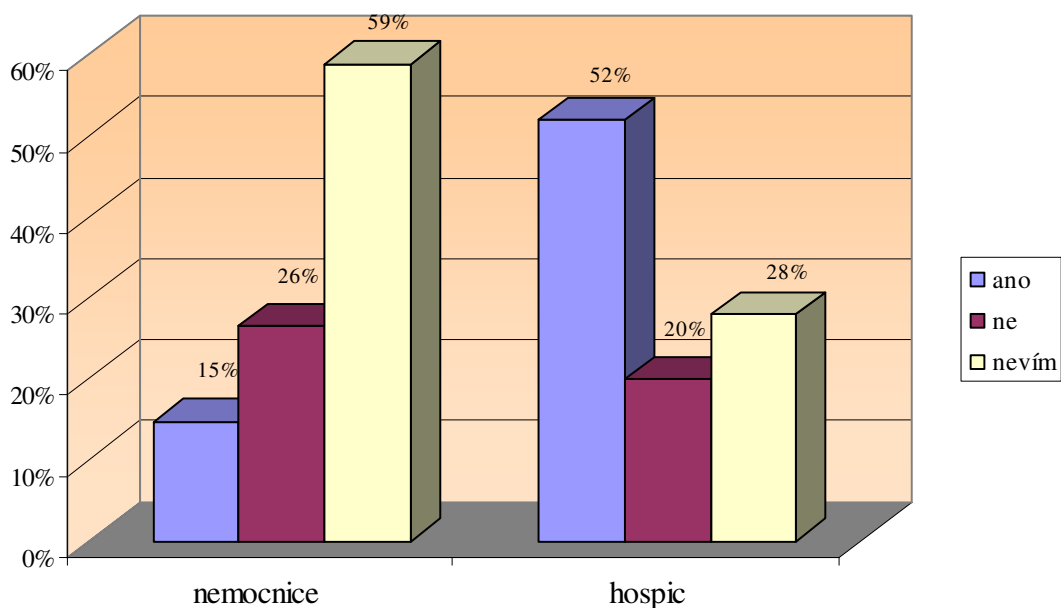
S terminálně nemocným pacientem hovoří o závažnosti jeho stavu v nemocnici vždy 7 (12%) respondentů, 3 (5%) respondenti pokud mají čas, 32 (55%) respondentů pokud je o to nemocný požádá, 2 (3%) respondenti uvedli, že mají strach s terminálně nemocným hovořit; 9 (16%) respondentů uvedlo, že není náplní jejich práce hovořit s terminálně nemocnými a 5 (9%) respondentů uvedlo, že nedokáží nemocnému v této oblasti pomoci. V hospici vždy hovoří s terminálně nemocnými o jejich stavu 5 (19%) respondentů, 1 (4%) respondent pokud má čas, 14 (52%) respondentů, pokud je o to nemocný požádá, 1 (4%) respondent uvedl, že má strach hovořit s terminálně nemocnými klienty; 6 (22%) respondentů uvedlo, že není náplní jejich práce hovořit s terminálně nemocnými a 0 (0%) respondentů uvedlo, že nedokáží nemocnému v této oblasti pomoci.

Graf 15 Přípravenost ošetrovatelského personálu hovořit o smrti



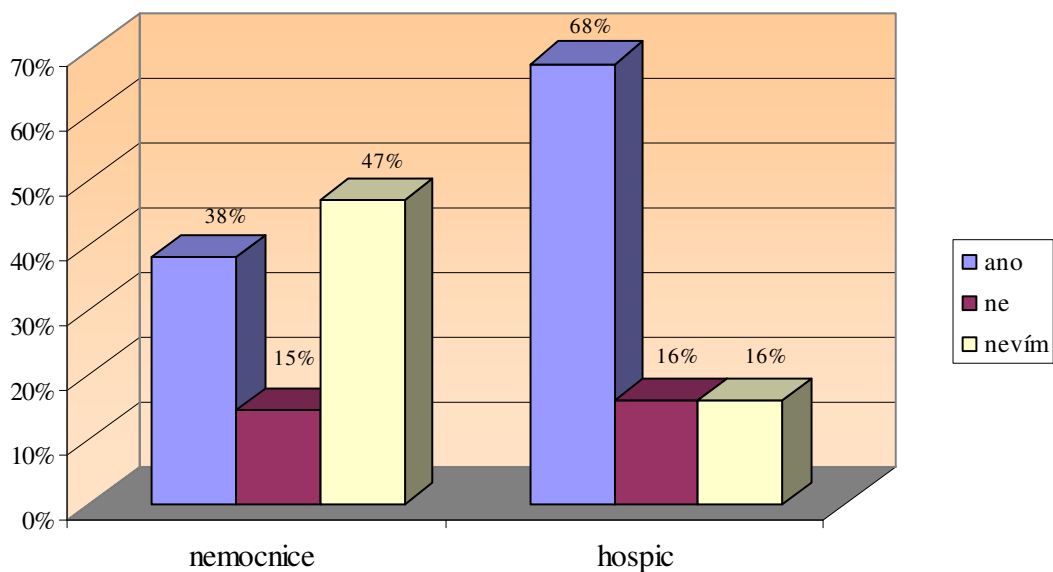
V nemocnici se cítí být připraveno hovořit s terminálně nemocným pacientem 16 (28%) respondentů; 24 (41%) respondentů odpovědělo, že se necítí být připraveno s terminálně nemocným hovořit; 1 (2%) respondent uvedl, že se necítí být připraven a že to není součástí jeho práce a 17 (29%) respondentů uvedlo nevím. V hospici uvedlo 20 (74%) respondentů, že se cítí být připraveno hovořit s terminálně nemocným klientem; 2 (7%) respondenti uvedli, že se necítí být připraveni na komunikaci s terminálně nemocným; 1 (2%) respondent uvedl, že se necítí být připraven a že to není součástí jeho práce a 4 (15%) respondenti uvedli nevím.

Graf 16 Nejvhodnější čas pro rozhovor o smrti



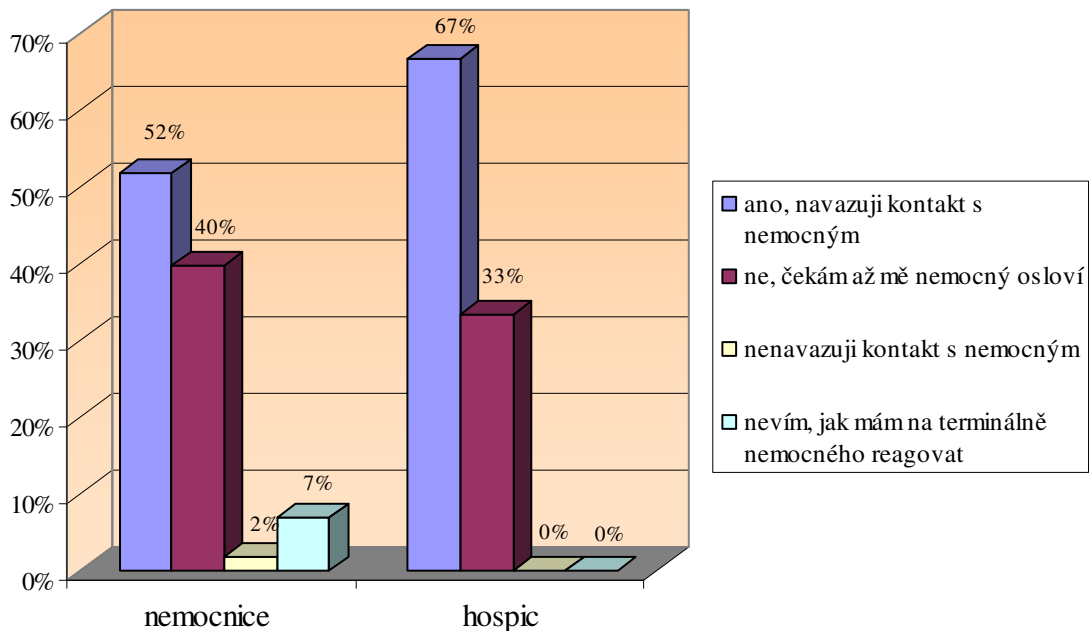
Z nemocnice odpovídalo 34 (100%) respondentů na otázku, zda poznají, kdy je nejvhodnější začít s nemocným mluvit o smrti takto: 5 (15%) respondentů uvedlo, že ano; 9 (26%) respondentů uvedlo, že nepozná, kdy je nejvhodnější začít s nemocným hovořit o smrti a 20 (59%) respondentů uvedlo nevím. Z hospice 25 (100%) respondentů odpovědělo: 13 (52%) respondentů pozná, kdy je nejvhodnější začít s nemocným hovořit o smrti; 5 (20%) respondentů uvedlo, že tento vhodný okamžik nepozná a 7 (28%) respondentů uvedlo nevím.

Graf 17 Dovednost reagovat na otázky umírajících



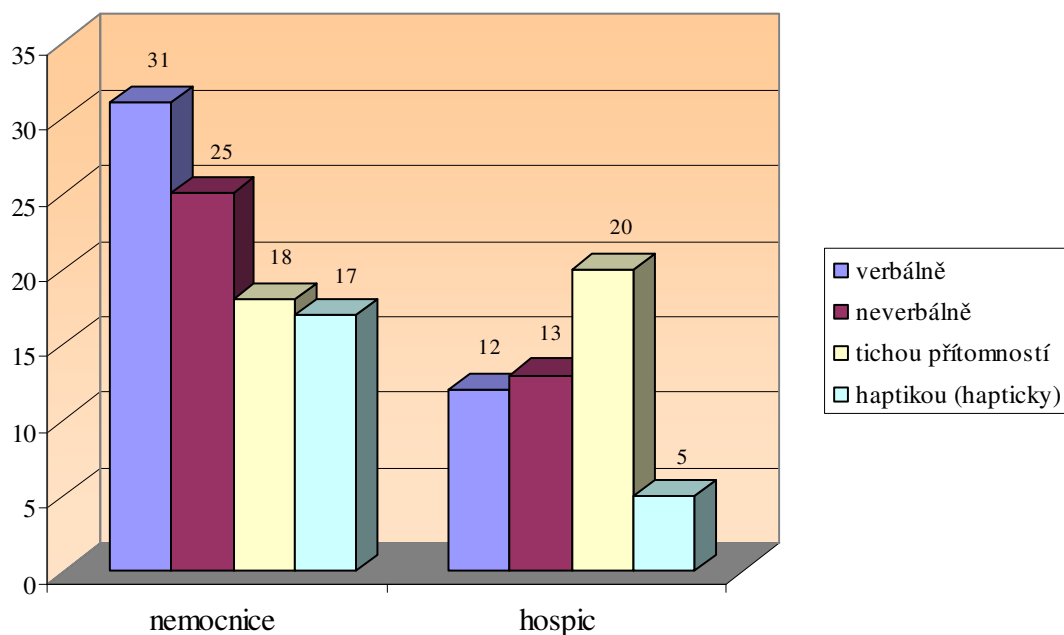
Z nemocnice odpovídalo 34 (100%) respondentů na otázku, zda dokáží reagovat na otázky umírajícího pacienta týkající se smrti takto: 13 (38%) respondentů uvedlo ano; 5 (15%) respondentů uvedlo ne a 16 (47%) respondentů uvedlo, že neví, zda dokáží reagovat na otázky umírajícího pacienta, které se týkají smrti. Z hospice 25 (100%) respondentů odpovídalo takto: 17 (68%) respondentů dokáže reagovat na otázky umírajícího pacienta týkající se smrti; 4 (16%) respondenti uvedli ne a 4 (16%) respondenti uvedli, že neví, zda dokáží reagovat na otázky umírajícího pacienta, které se týkají smrti.

Graf 18 Navazování kontaktu s terminálně nemocným



V nemocnici navazuje kontakt s terminálně nemocným a první impuls vychází z jejich strany 30 (52%) respondentů; 23 (40%) respondentů uvedlo, že čeká, až je nemocný osloví, dávají mu prostor, aby sám určil čas, kdy chce o svých problémech hovořit; 1 (2%) respondent uvedl, že nenavazuje s nemocným kontakt, těmto situacím se vyhýbá a 4 (7%) respondenti uvedli nevím, jak mám na otázky terminálně nemocného reagovat. V hospici 18 (67%) respondentů navazuje kontakt s terminálně nemocným a první impuls vychází z jejich strany; 9 (33%) respondentů uvedlo, že čeká, až je nemocný osloví, dávají mu prostor, aby sám určil čas, kdy chce o svých problémech hovořit; 0 (0%) respondentů uvedlo, že nenavazuje s nemocným kontakt, těmto situacím se vyhýbá a 0 (0%) respondentů uvedlo nevím, jak mám na terminálně nemocného reagovat.

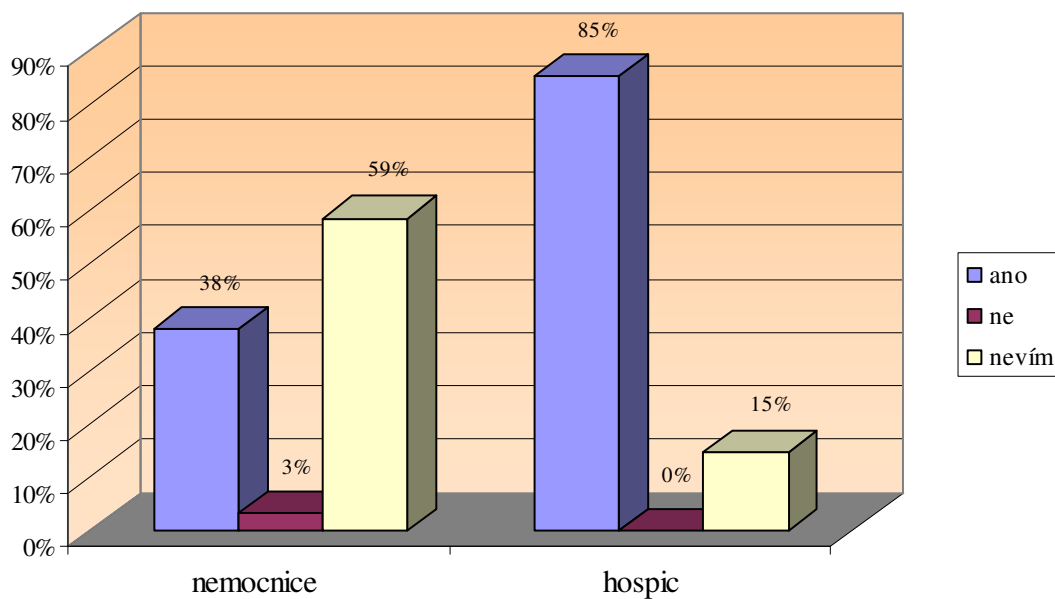
Graf 19 Komunikace s již nereagujícím nemocným



U otázky spojené s grafem 19, měli respondenti možnost zaškrtnout více odpovědí. Z tohoto důvodu jsou výsledky uvedeny v absolutních číslech. V nemocnici tvoří 91 odpovědí 100% a v hospici 50 odpovědí 100%.

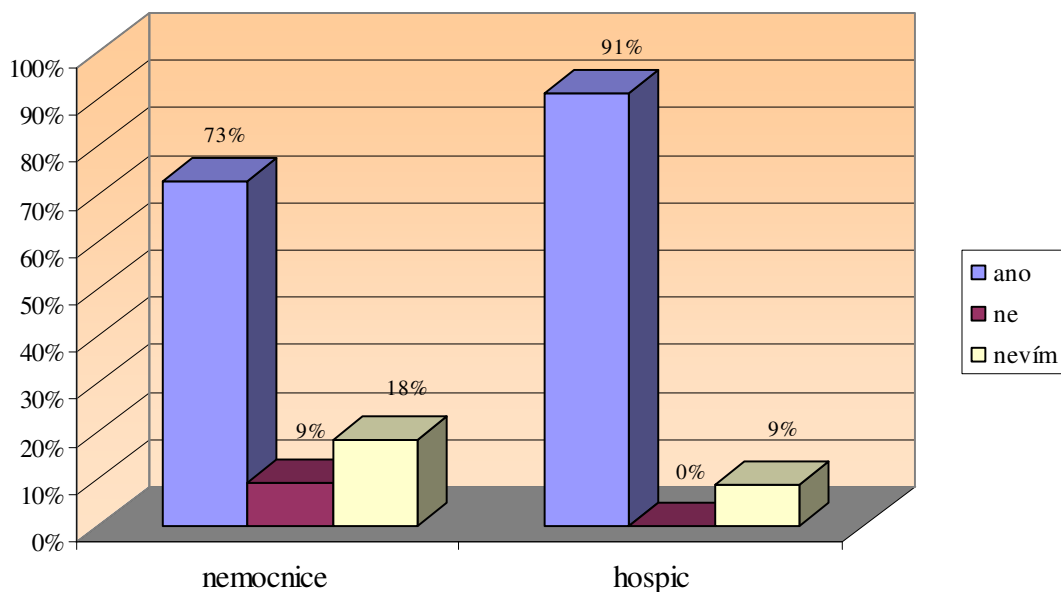
S terminálně nemocným, který již není schopen komunikace, navazuje kontakt v nemocnici 31 (34%) respondentů verbálně, 25 (27%) respondentů neverbálně, 18 (20%) respondentů tichou přítomností a 17 (19%) hapticky. V hospici navazuje s terminálně nemocným klientem, který již není schopen komunikace 12 (24%) respondentů verbálně, 13 (26%) respondentů neverbálně, 20 (40%) tichou přítomností a 5 (10%) hapticky.

Graf 20 Důležitost rozeznání fází dle E. Kübler-Rossově



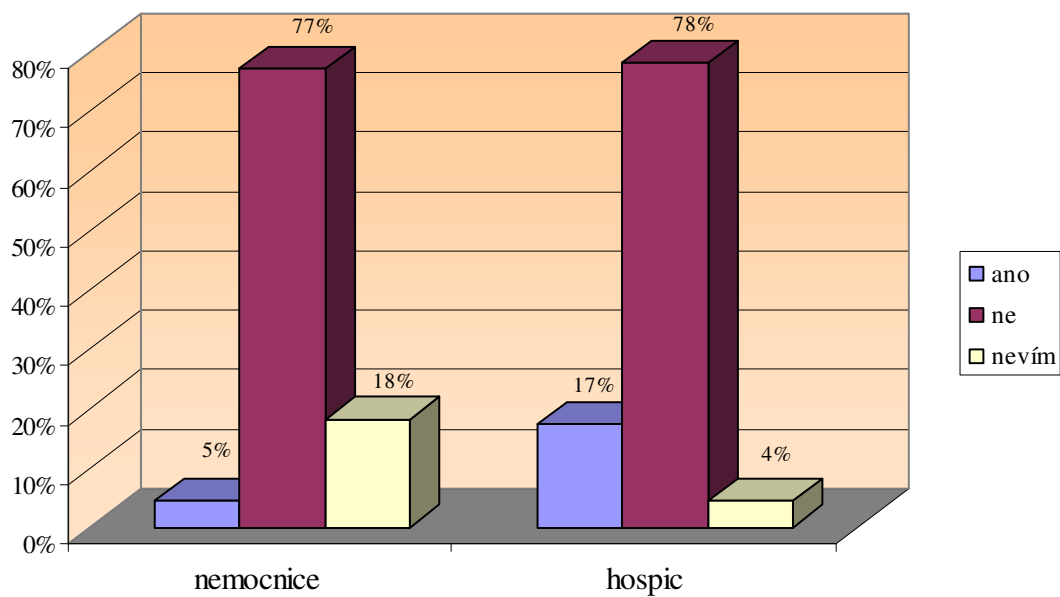
Počet respondentů z nemocnice, kteří si myslí, že je důležité rozeznat fáze psychické odezvy na závažné onemocnění, které popsala E. Kübler – Rossová je 22 (38%), 2 (3%) respondenti odpověděli, že není důležité tyto fáze rozeznat a 34 (59%) respondentů uvedlo nevím. V hospici si myslí, že je důležité rozeznat fáze psychické odezvy na závažné onemocnění, které popsala E. Kübler – Rossová 23 (85%) respondentů, 0 (0%) respondentů uvedlo ne a 4 (15%) respondenti uvedli nevím.

Graf 21 Znalost fází dle E. Kübler-Rossové



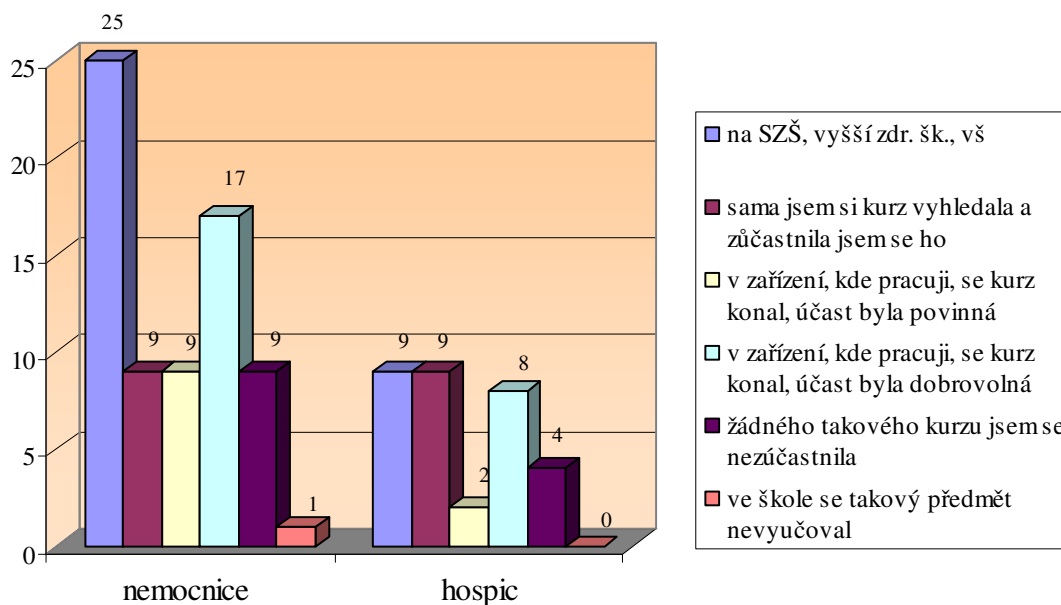
V nemocnici odpovídalo 22 (100%) respondentů na otázku, zda poznají fáze dle E. Kübler-Rossové takto: 16 (73%) respondentů uvedlo ano, 2 (9%) respondenti uvedli ne a 4 (18%) respondenti odpověděli nevím, zda poznám fáze psychické odezvy na závažné onemocnění, které popsala dle E. Kübler-Rossová. V hospici odpovědělo 23 (100%) respondentů na stejnou otázku takto: 21 (91%) respondentů tyto fáze pozná, 0 (0%) respondentů uvedlo ne a 2 (9%) respondenti uvedli nevím.

Graf 22 Práce s terminálně nemocným dle fází E. Kübler-Rossové



V nemocnici odpovídalo 22 (100%) respondentů a z toho, 1 (5%) respondent uvedl, že pracuje dle fází E. Kübler-Rossové; 17 (77%) respondentů uvedlo ne a 4 (18%) respondenti uvedli nevím. V hospici pracují dle fází E. Kübler-Rossové 4 (17%) respondenti; 18 (78%) respondentů uvedlo, že nepracují podle těchto fází a 1 (4%) respondent uvedl nevím.

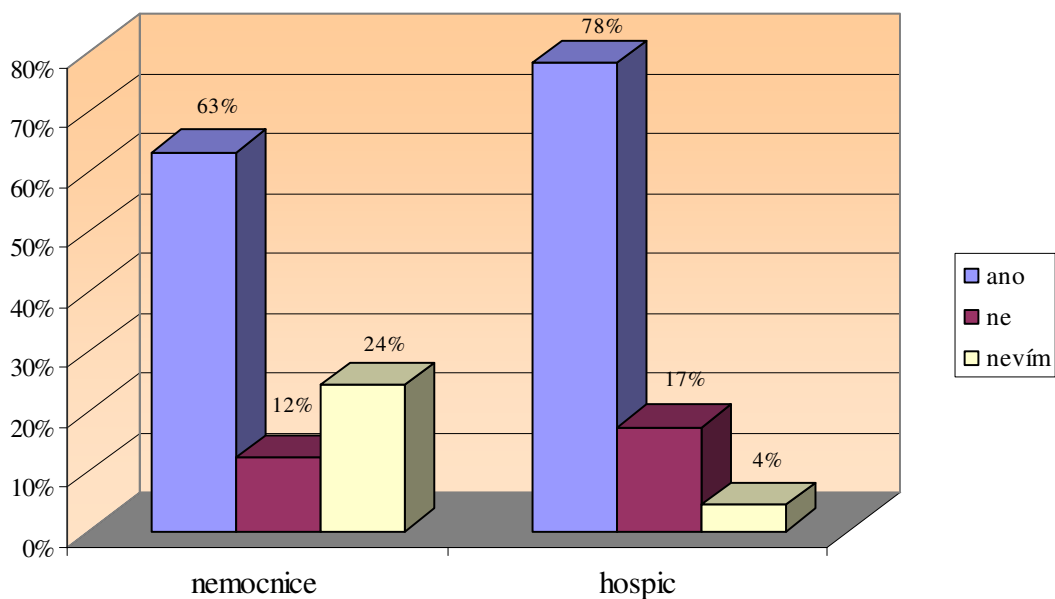
Graf 23 Kurz komunikace



U otázky spojené s grafem 23, měli respondenti možnost zaškrtnout více odpovědí. Z tohoto důvodu jsou výsledky uvedeny v absolutních číslech. V nemocnici tvoří 70 odpovědí 100% a v hospici 32 odpovědí 100%.

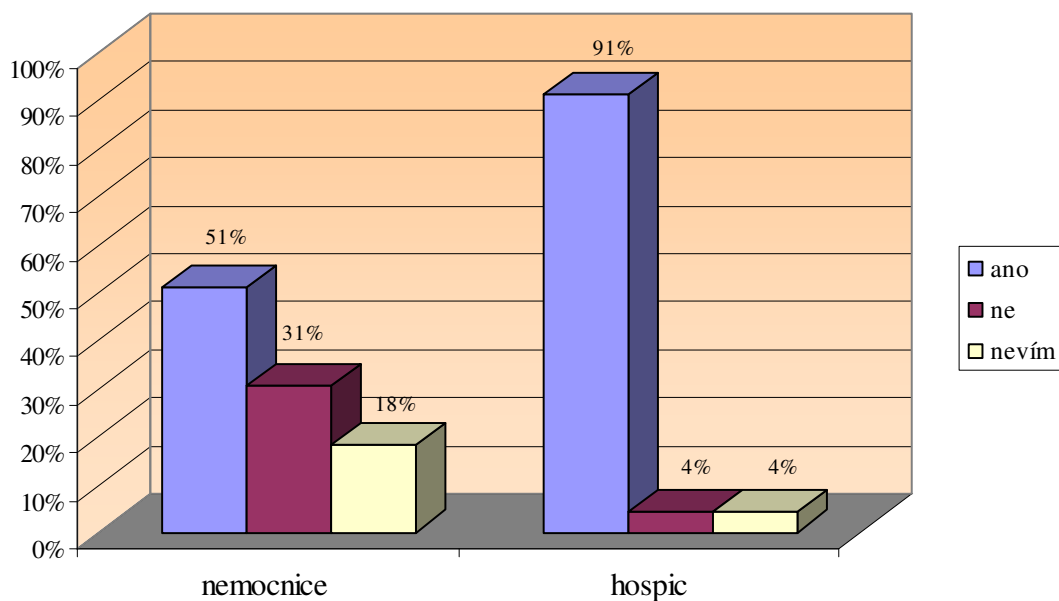
Z uvedených respondentů z nemocnice odpovědělo 25 (36%), že absolvovalo kurz komunikace na zdravotní škole, který byl oficiálně zařazen do učebních osnov; 9 (13%) respondentů uvedlo, že si kurz vyhledali a zúčastnili se ho sami; 9 (13%) respondentů uvedlo, že v zařízení, kde pracují, se kurz konal a účast byla povinná; 17 (24%) respondentů uvedlo, že v zařízení, kde pracují, se kurz konal a účast byla dobrovolná; 9 (13%) respondentů uvedlo, že se žádného takového kurzu nezúčastnilo a 1 (1%) respondent uvedl, že se ve škole předmět komunikace nevyučoval. V hospici uvedlo 9 (28%) respondentů, že absolvovali kurz komunikace na zdravotní škole, který byl oficiálně zařazen do učebních osnov; 9 (28%) respondentů uvedlo, že si kurz vyhledali a zúčastnili se ho sami; 2 (6%) respondenti uvedli, že v zařízení, kde pracují, se kurz konal a účast byla povinná; 8 (25%) respondentů uvedlo, že v zařízení, kde pracují, se kurz konal a účast byla dobrovolná; 4 (13%) respondenti uvedli, že se žádného takového kurzu nezúčastnili a 0 (0%) respondentů uvedlo, že se ve škole předmět komunikace nevyučoval.

Graf 24 Komunikace s terminálně nemocným - součást semináře



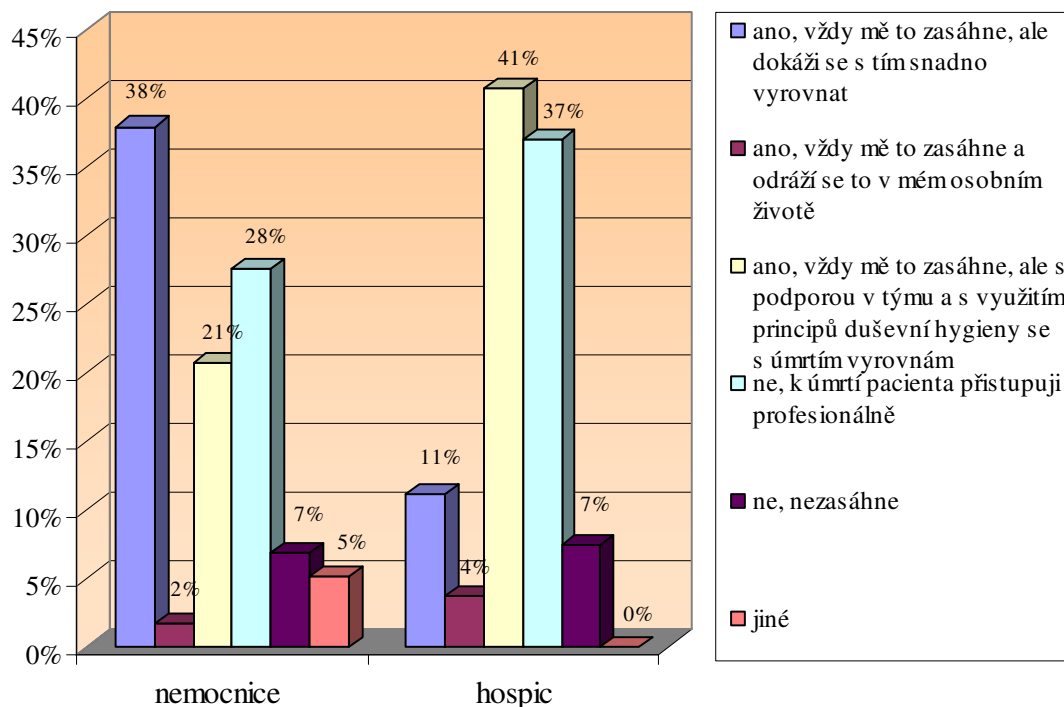
Z nemocnice odpovídalo 49 (100%) respondentů na otázku, zda v rámci tohoto semináře byla zmiňována problematika komunikace s umírajícím takto: 31 (63%) respondentů uvedlo ano, 6 (12%) respondentů uvedlo ne a 12 (24%) respondentů uvedlo nevím. Z hospice odpovídalo 23 (100%) respondentů na stejnou otázku takto: 18 (78%) respondentů uvedlo ano, 4 (17%) respondenti uvedli ne a 1 (4%) respondent uvedl nevím.

Graf 25 Přínos semináře v komunikaci s terminálně nemocným



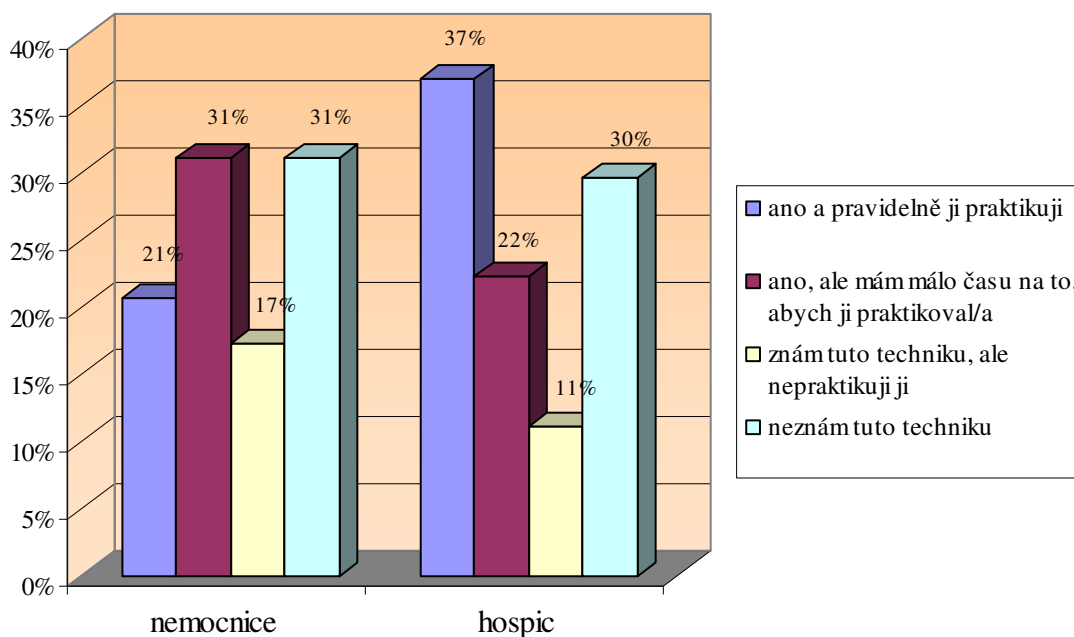
Z nemocnice odpovídalo 49 (100%) respondentů. Přínos semináře v/při komunikaci s terminálně nemocným uvedlo 25 (51%) respondentů; 15 (31%) respondentů uvedlo ne a 9 (18%) respondentů uvedlo nevím. V hospici odpovídalo 23 (100%) respondentů. Přínos semináře v/při komunikaci s terminálně nemocným uvedlo 21 (91%) respondentů; 1 (4%) respondent uvedl ne a 1 (4%) respondent uvedl nevím.

Graf 26 Vliv úmrtí klienta na ošetrující personál



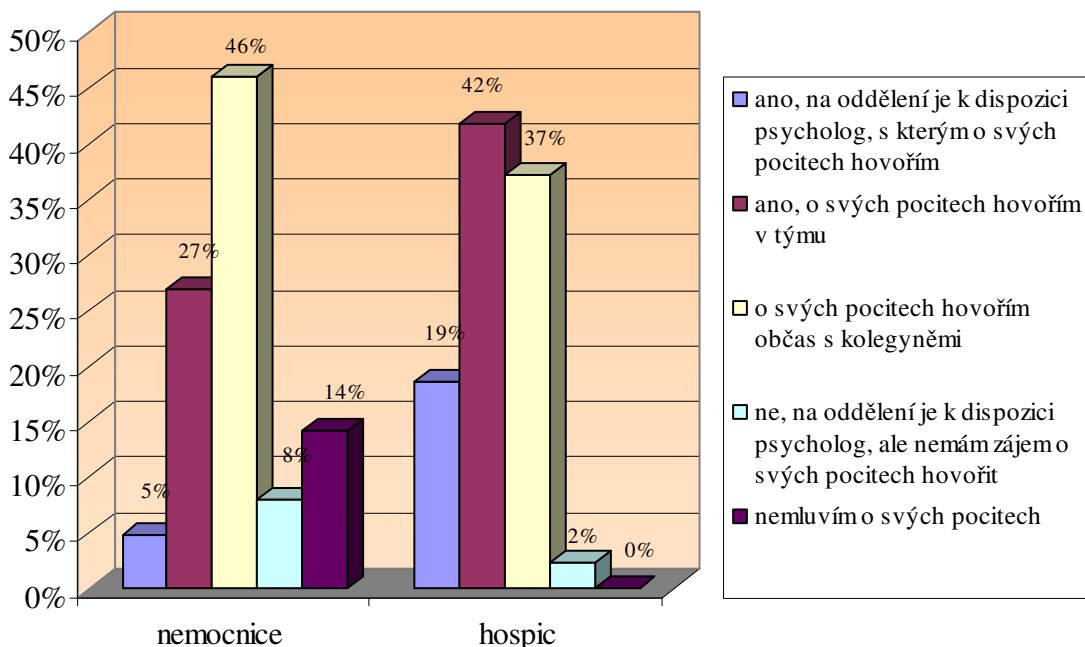
Zemře-li pacient v nemocnici, vždy to zasáhne 22 (38%) respondentů, ale dokáží se s tím snadno vyrovnat; 1 (2%) respondenta to vždy zasáhne a odráží se to v jeho osobním životě; 12 (21%) respondentů úmrtí vždy zasáhne, ale s podporou v týmu a s využitím principů duševní hygieny se s úmrtím vyrovná; 16 (28%) respondentů k úmrtí pacienta přistupuje profesionálně; 4 (7%) respondenty úmrtí pacienta nezasáhne a možnosti jiné využili 3 (5%) respondenti, z toho 2 respondenti uvedli, že úmrtí mladého pacienta je zasáhne vždy a 1 respondent uvedl, že záleží na pacientovi, jeho věku a závažnosti onemocnění. Při úmrtí klienta v hospici jsou vždy zasaženi 3 (11%) respondenti, ale dokáží se s tím snadno vyrovnat; 1 (4%) respondenta to vždy zasáhne a odráží se to v jeho osobním životě; 11 (41%) respondentů úmrtí zasáhne vždy, ale s podporou v týmu a s využitím principů duševní hygieny se s úmrtím vyrovnají; k úmrtí přistupuje profesionálně 10 (37%) respondentů; 2 (7%) respondenti uvedli, že je úmrtí klienta nezasáhne a možnost jiné nevyužil žádný respondent 0 (0%).

Graf 27 Duševní hygiena



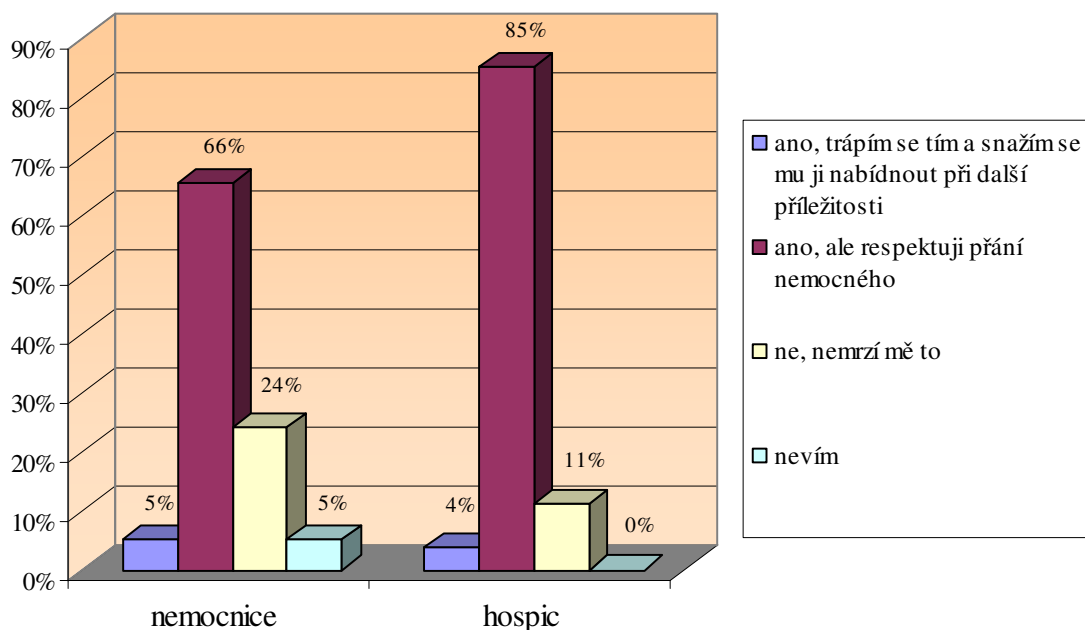
Techniku duševní hygieny v nemocnici zná a pravidelně ji praktikuje 12 (21%) respondentů; 18 (31%) respondentů uvádí, že techniku duševní hygieny zná, ale mají málo času na to, aby ji praktikovali; 10 (17%) respondentů uvádí, že tuto techniku zná, ale nepraktikuje ji a 18 (31%) respondentů uvedlo, že tuto techniku nezná. V hospici zná techniku duševní hygieny a pravidelně ji praktikuje 10 (37%) respondentů; 6 (22%) respondentů uvedlo, že techniku duševní hygieny znají, ale mají málo času na to, aby ji praktikovali; 3 (11%) respondenti uvedli, že tuto techniku znají, ale nepraktikují ji a neznám tuto techniku uvedlo 8 (30%) respondentů.

Graf 28 Exprese a sdílení vlastních pocitů



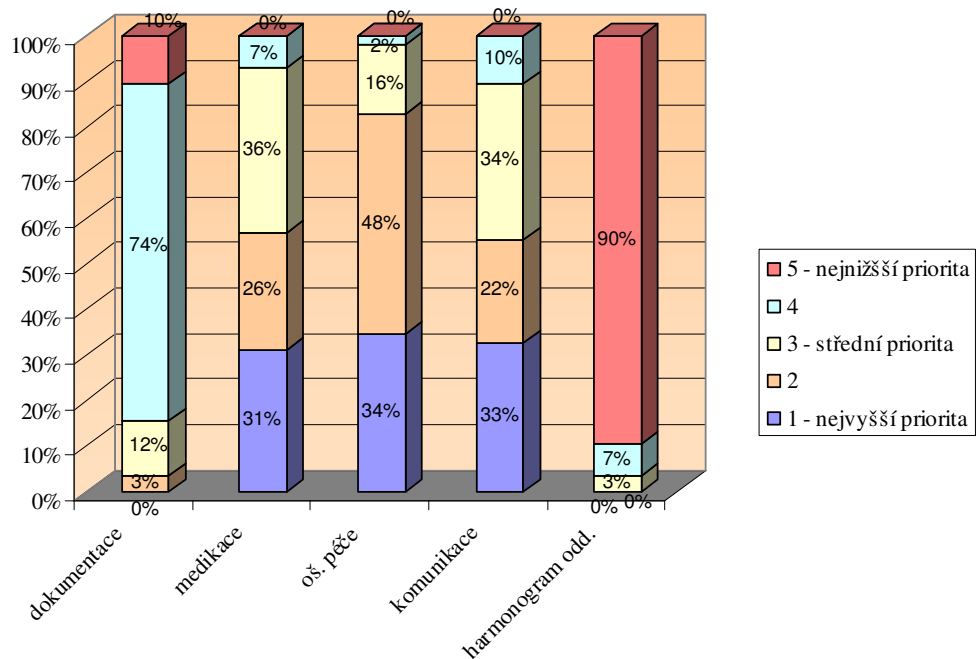
Zemře-li v nemocnici pacient, o svých pocitech hovoří 3 (5%) respondenti s psychologem, který je na oddělení k dispozici; 17 (27%) respondentů o svých pocitech hovoří v týmu; 29 (46%) respondentů o svých pocitech hovoří občas s kolegyněmi; 5 (8%) respondentů uvedlo, že na oddělení je k dispozici psycholog, ale nemají zájem o svých pocitech hovořit a 9 (14%) respondentů o svých pocitech nehovoří. Zemře-li klient v hospici, o svých pocitech hovoří 8 (19%) respondentů s psychologem, který je k dispozici na oddělení; 18 (42%) respondentů o svých pocitech hovoří v týmu; 16 (37%) respondentů o svých pocitech hovoří občas s kolegyněmi; 1 (2%) respondent uvedl, že na oddělení je k dispozici psycholog, ale nemá zájem o svých pocitech hovořit a 0 (0%) respondentů o svých pocitech nehovoří.

Graf 29 Odmítnutí nabízené pomoci klientem



Pokud v nemocnici odmítne terminálně nemocný pacient nabízenou pomoc, trápí se tím 3 (5%) respondenti a snaží se mu ji nabídnout při další příležitosti; 38 (66%) respondentů to mrzí, ale respektují přání nemocného; ne, nemrzí mě to uvedlo 14 (24%) respondentů a 3 (5%) respondenti uvedli nevím. V hospici se trápí s odmítnutím nabízené pomoci 1 (4%) respondent a snaží se mu ji nabídnout při další příležitosti; 23 (85%) respondentů to mrzí, ale respektují přání nemocného; ne, nemrzí mě to uvedli 3 (11%) respondenti a 0 (0%) respondentů uvedlo nevím.

Graf 30a Hodnotový žebříček pracovních činností - nemocnice



Na otázku související s hodnotovým žebříčkem pracovních činností odpovědělo všech 58 (100%) respondentů z nemocnice. Uvedené termíny označili číslicí od 1 do 5, kdy 1 mělo nejvyšší prioritu a číslo 5 nejnižší.

Dokumentaci označilo 0 (0%) respondentů z nemocnice nejvyšší prioritou, 2 (3%) respondenti číslem 2, 7 (12%) respondentů zařadilo dokumentaci ve svém hodnotovém žebříčku na třetí pozici - označili ji jako střední prioritu, 43 (74%) respondentů označilo dokumentaci číslem 4 a 6 (10%) respondentů uvedlo, že dokumentace má u nich nejnižší prioritu v jejich hodnotovém žebříčku činností.

Medikaci označilo 18 (31%) respondentů nejvyšší prioritou, 15 (26%) respondentů ji zařadilo na druhou pozici, 21 (36%) respondentů označilo medikaci jako střední prioritu, 4 (7%) respondenti označili medikaci číslem 4 a 0 (0%) respondentů uvedlo medikaci jako nejnižší prioritu.

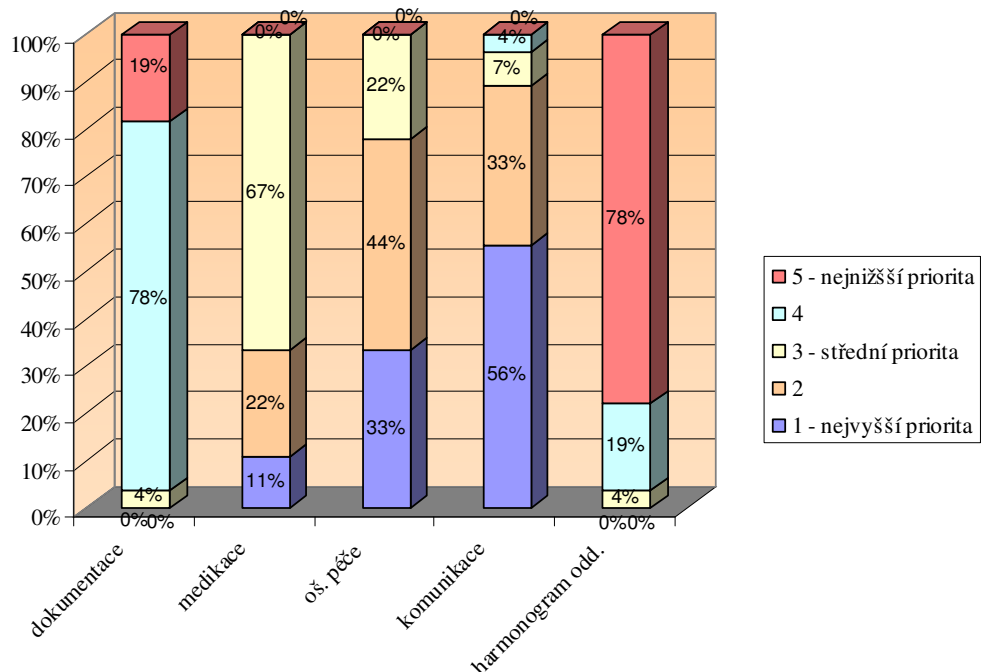
Ošetřovatelskou péči uvedlo 20 (34%) respondentů jako nejvyšší prioritu, číslem 2 označilo ošetřovatelskou péči 28 (48%) respondentů, 9 (16%) respondentů zařadilo ošetřovatelskou péči na třetí pozici ve svém hodnotovém žebříčku pracovních činností,

číslo 4 uvedl 1 (2%) respondent a jako nejnižší prioritu ohodnotilo ošetrovatelskou péčí 0 (0%) respondentů.

Komunikaci přiřadilo 19 (33%) respondentů nejvyšší prioritu, 13 (22%) respondentů ji zařadilo na druhou pozici ve svém hodnotovém žebříčku pracovních činností, 20 (34%) respondentů ji ohodnotilo střední prioritou, 6 (10%) respondentů ji ohodnotilo číslem 4 a 0 (0%) respondentů přiřadilo komunikaci nejnižší prioritu.

Plnění harmonogramu oddělení považuje 0 (0%) respondentů za svou nejvyšší prioritu, 0 (0%) respondentů označilo číslem 2, 2 (3%) respondenti ho zařadili na třetí pozici ve svém hodnotovém žebříčku pracovních činností, 4 (7%) respondenti označili harmonogram práce na oddělení číslem 4 a 52 (90%) respondentů přiřadilo harmonogramu práce na oddělení nejnižší prioritu.

Graf 30b Hodnotový žebříček pracovních činností - hospic



Na otázku související s hodnotovým žebříčkem pracovních činností odpovědělo všech 27 (100%) respondentů z hospice.

Dokumentaci označilo 0 (0%) respondentů z hospice nejvyšší prioritou, 0 (0%) respondentů ji ohodnotilo číslem 2, 1 (4%) respondent zařadil dokumentaci ve svém hodnotovém žebříčku na pozici střední priority, 21 (78%) respondentů označilo dokumentaci číslem 4 a 5 (19%) respondentů uvedlo, že dokumentaci vnímá jako nejnižší prioritu ve svém hodnotovém žebříčku pracovních činností.

Medikaci označili 3 (11%) respondenti nejvyšší prioritou, 6 (22%) respondentů ji zařadilo na druhou pozici, 18 (67%) respondentů označilo medikaci střední prioritou, 0 (0%) respondentů označilo medikaci číslem 4 a 0 (0%) respondentů uvedlo medikaci jako nejnižší prioritu ve svém hodnotovém žebříčku pracovních činností.

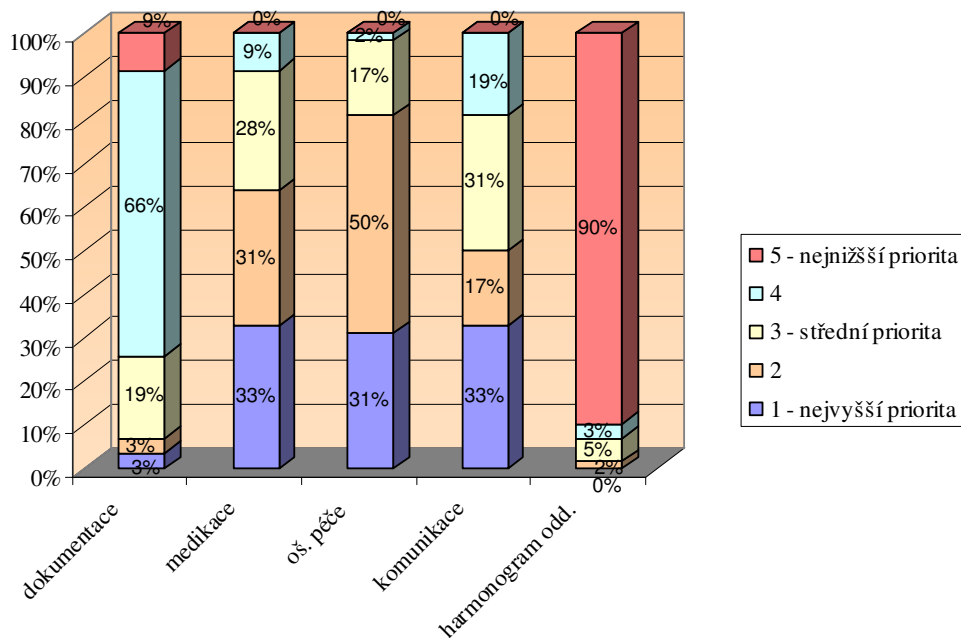
Ošetřovatelskou péči uvedlo 9 (33%) respondentů jako nejvyšší prioritu, číslem 2 označilo ošetřovatelskou péči 12 (44%) respondentů, 6 (22%) respondentů zařadilo ošetřovatelskou péči na třetí pozici ve svém hodnotovém žebříčku pracovních činností,

číslo 4 uvedlo 0 (0%) respondentů a jako nejnižší prioritu ohodnotilo ošetrovatelskou péči 0 (0%) respondentů.

Komunikaci přiřadilo 15 (56%) respondentů nejvyšší prioritu, 9 (33%) respondentů ji zařadilo na druhou pozici ve svém hodnotovém žebříčku pracovních činností, 2 (7%) respondenti ji ohodnotili střední prioritou, 1 (4%) respondent ji ohodnotil číslem 4 a 0 (0%) respondentů přiřadilo komunikaci nejnižší prioritu.

Plnění harmonogramu oddělení považuje 0 (0%) respondentů za svou nejvyšší prioritu, 0 (0%) respondentů označilo harmonogram číslem 2, 2 (4%) respondenti ho zařadili na třetí pozici ve svém hodnotovém žebříčku pracovních činností, 5 (19%) respondentů označilo harmonogram práce na oddělení číslem 4 a 21 (78%) respondentů přiřadilo harmonogramu práce na oddělení nejnižší prioritu.

Graf 31a Žebříček pracovních činností vzhledem ke komunikaci - nemocnice



Na otázku související s pozicí komunikace v žebříčku pracovních činností odpovědělo všech 58 (100%) respondentů z nemocnice. Uvedené termíny označili číslicí od 1 do 5, kdy 1 byla nejvyšší priorita a číslo 5 nejnižší priorita.

Dokumentaci označili 2 (3%) respondenti z nemocnice nejvyšší prioritou, 2 (3%) respondenti číslem 2, 11 (19%) respondentů označilo dokumentaci v žebříčku pracovních činností střední prioritou, 38 (66%) respondentů označilo dokumentaci číslem 4 a 5 (9%) respondentů uvedlo, že dokumentace zaujímá nejnižší prioritu v jejich pracovním žebříčku činností vzhledem ke komunikaci.

Medikaci označilo 19 (33%) respondentů nejvyšší prioritou, 18 (31%) respondentů ji zařadilo na druhou pozici, 16 (28%) respondentů označilo medikaci střední prioritou, 5 (9%) respondentů označilo medikaci číslem 4 a 0 (0%) respondentů uvedlo medikaci jako nejnižší prioritu.

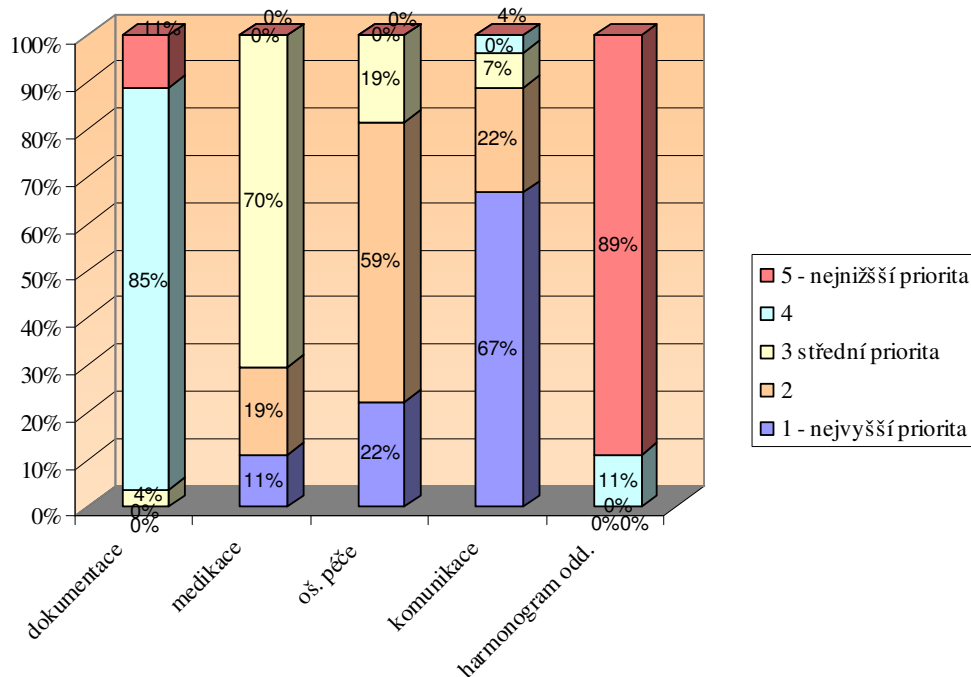
Ošetrovatelskou péči uvedlo 18 (31%) respondentů jako nejvyšší prioritu vzhledem ke komunikaci, číslem 2 označilo ošetrovatelskou péči 29 (50%) respondentů, 10 (17%) respondentů zařadilo ošetrovatelskou péči na třetí pozici ve svém žebříčku

pracovních činností, číslo 4 uvedl 1 (2%) respondent a jako nejnižší prioritu ohodnotilo ošetrovatelskou péči 0 (0%) respondentů.

Komunikaci přiřadilo 19 (33%) respondentů nejvyšší prioritu, 10 (17%) respondentů ji zařadilo na druhou pozici ve svém žebříčku pracovních činností, 18 (31%) respondentů ji ohodnotilo střední prioritou, 11 (19%) respondentů ji ohodnotilo číslem 4 a 0 (0%) respondentů přiřadilo komunikaci nejnižší prioritu.

Plnění harmonogramu oddělení považuje 0 (0%) respondentů jako nejvyšší prioritu, 1 (2%) respondent označil harmonogram číslem 2, 3 (5%) respondenti ho zařadili na třetí pozici ve svém žebříčku pracovních činností vzhledem ke komunikaci, 2 (3%) respondenti označili harmonogram práce na oddělení číslem 4 a 52 (90%) respondentů přiřadilo harmonogramu práce na oddělení nejnižší prioritu.

Graf 31b Žebříček pracovních činností vzhledem ke komunikaci - hospic



Na otázku související s pozicí komunikace v žebříčku pracovních činností odpovědělo všech 27 (100%) respondentů z hospice.

Dokumentaci označilo 0 (0%) respondentů z hospice nejvyšší prioritou, 0 (0%) respondentů číslem 2, 1 (4%) respondent zařadil dokumentaci ve svém žebříčku pracovních činností na pozici střední priority, 23 (85%) respondentů označilo dokumentaci číslem 4 a 3 (11%) respondenti uvedli, že dokumentace má nejnižší prioritu v jejich žebříčku pracovních činností vzhledem ke komunikaci.

Medikaci označili 3 (11%) respondenti nejvyšší prioritou, 5 (19%) respondentů ji zařadilo na druhou pozici, 19 (70%) respondentů označili medikaci střední prioritou, 0 (0%) respondentů označilo medikaci číslem 4 a 0 (0%) respondentů označilo medikaci za nejnižší prioritu.

Ošetrovatelskou péči uvedlo 6 (22%) respondentů jako nejvyšší prioritu, číslem 2 označilo ošetrovatelskou péči 16 (59%) respondentů, 5 (19%) respondentů zařadilo ošetrovatelskou péči na třetí pozici ve svém pracovním žebříčku činností vztahující se

ke komunikaci, číslo 4 uvedlo 0 (0%) respondentů a nejnižší prioritou ohodnotilo ošetrovatelskou péči 0 (0%) respondentů.

Komunikaci přiřadilo 18 (67%) respondentů nejvyšší prioritou, 6 (22%) respondentů ji zařadilo na druhou pozici ve svém žebříčku pracovních činností, 2 (7%) respondenti ji ohodnotili jako střední prioritou, 1 (4%) respondent ji ohodnotil číslem 4 a 0 (0%) respondentů přiřadilo komunikaci nejnižší prioritou.

Plnění harmonogramu oddělení považuje 0 (0%) respondentů jako nejvyšší prioritou, 0 (0%) respondentů označilo harmonogram číslem 2, 0 (0%) respondentů ho zařadilo na třetí pozici ve svém žebříčku pracovních činností vzhledem ke komunikaci, 3 (11%) respondenti označili harmonogram práce na oddělení číslem 4 a 24 (89%) respondentů přiřadilo harmonogramu práce na oddělení nejnižší prioritou.

5. Diskuze

Výzkum byl zaměřen na využívání komunikačních dovedností ošetrovatelského personálu při ošetrování terminálně nemocných klientů a dále na zjištění, co ošetrovatelský personál postrádá při péči o klienty s infaustním onemocněním. Výzkum probíhal na interních odděleních Ústřední vojenské nemocnice a v hospicích v ČR, kde se předpokládá častější setkání se se smrtí, než na jiných odděleních. Výzkumný soubor tvořilo 85 respondentů, z toho v nemocnici činil výzkumný celek 58 (68%) respondentů; a v hospicích, kde byl počet respondentů 27 (32%). Vzhledem k faktu, že cílem výzkumného šetření bylo zmapovat komunikační dovednosti sester v nemocničním zařízení a zařízení hospic a zjistit, co sestry pracující v těchto zařízeních postrádají při ošetrování terminálně nemocných klientů, byly výsledky zpracovány odděleně – dle typu zařízení. Výsledky tedy uvádějí 58 respondentů z nemocnice jako 100% a 27 respondentů z hospice 100%.

Doposud je výuka sester často zaměřena na komplikované vyšetřovací a léčebné postupy, které jsou směřovány hlavně k uzdravení nemocného. V nemocnici je v současnosti všeobecně a společensky přijímaná strategie úspěchu. Důraz je kladen na výkon, techniku, vysokou odbornost a úspěch – „vítězná medicína (5, s. 15)“ [preferující zdraví a mládí (9)]. „Péče o chronicky nemocné a o nemocné v terminální fázi života nebývá v popředí zájmu zvláště u mladších zdravotníků (5, s. 11)“. Tato fakta mohou být jedním z důvodů potvrzující výsledky grafu 1. Zobrazuje délku praxe respondentů ze zkoumaných pracovišť a vyplývá z něj, že největší zastoupení respondentů pracujících v nemocnici je 4 – 7 let (33%), zatímco v hospici je to 13 – 20 let (33%). Zajímavé je srovnání délky práce ve zdravotnictví a to 0 – 3 let, kdy v nemocnici tuto možnost uvedlo 24% respondentů a v hospici 11% respondentů; zatímco ve věkové kategorii 20 a více v nemocnici pracuje 12% a v hospici 22% respondentů. S krátkou délkou praxe zaměstnanců nemocnic může dále souviset náročnost práce (fyzická, psychická, sociální a vysoce odborná), kterou zdravotnické povolání bezpochyby je. Nejvyšší věkové zastoupení respondentů v hospici je 13 – 20

let (33%). K této skutečnosti může vést sociální zralost, spojená s vyšším věkem sester (1).

Výsledky, týkající se nejvyššího dosaženého vzdělání (graf 2) ukázaly, že v nemocnici i v hospici mají největší zastoupení všeobecné sestry. Dále mají přibližně stejné zastoupení diplomované sestry a sestry se specializačním studiem. Za povšimnutí stojí 0% zdravotních asistentů pracujících v nemocnici, na rozdíl od hospice, kde je zastoupeno 7% zdravotních asistentů. A ačkoli je počet respondentů s tímto vzděláním velmi nízký, můžeme z těchto výsledků vyvodit závěr, že v hospici je kladen důraz především na ošetrovatelskou péči, narozdíl od nemocnice, kde je více žádána vysoká odbornost ošetřujícího personálu.

Na využívání ošetrovatelského procesu ukazuje graf 4. Je pozitivní, že jak v nemocnici, tak v hospici je ošetrovatelský proces aplikován do denní praxe, a to ve 100% v nemocnici a v 85% v hospici. Zkoumané zdravotnické zařízení ÚVN Praha má mezinárodní akreditaci Joint Commission International a na všech odděleních je při poskytování ošetrovatelské péče pracováno metodou ošetrovatelského procesu.

Primární systém práce sester je racionální metoda práce sester zdůrazňující kontinuitu péče tím, že jedna sestra řídí komplexní péči skupině hospitalizovaných pacientů na daném oddělení. Nemocným je přidělena ihned po přijetí do nemocnice. „Primární sestra“ odpovídá za zajištění ošetrovatelského procesu (viz. teoretická část, kapitola 1.4) po celou dobu hospitalizace, za vedení ošetrovatelské dokumentace a dále je odpovědná za koordinaci veškeré péče pro danou skupinu pacientů během jejich pobytu na ošetrovatelské jednotce. Podílí se také na ošetřování ostatních nemocných, kterým není primární sestrou (15). Graf 5, který je právě zaměřen na využívání systému primární sestry na jednotlivých pracovištích, je zvláště překvapivý. Přes to, že zkoumaná zdravotnická zařízení poskytují individualizovanou péči prostřednictvím ošetrovatelského procesu (graf 4), 79% respondentů z nemocnice a 41% respondentů z hospice uvedlo, že nevyužívá systém práce primární sestry – ošetrovatelský plán a hodnocení provádí každá sestra zvlášť. Jak vyplývá z výsledků grafů 6a, 6b (viz. níže), ošetřující personál uvádí svou nespokojenost s množstvím administrativy, která pak logicky ovlivňuje další oblasti péče (a v důsledku také nespokojenost sester i s těmito

dalšími oblastmi). Domnívám se, že aplikací tohoto efektivního systému práce sester, by se vyřešila časová náročnost (jímž sestavování anamnézy, diagnostika a plánování péče nepochybně je) spojená s administrativou. Tím by se také dále odkryl velký prostor pro zkvalitnění péče, a to hlavně v oblasti „času věnovanému nemocným“, tedy individualizované ošetrovatelské péči (viz. graf 6a, 6b). Také na nespokojenost v této oblasti, mimo jiné, poukázali sami dotázaní.

K problematice podmínek, které ovlivňují ošetrovatelský proces u terminálně nemocných klientů, se vztahuje druhá hypotéza: *Ošetrovatelský proces v péči o umírající klienty závisí na podmínkách při poskytování komplexní ošetrovatelské péče na nemocničních odděleních a zařízeních hospic*. Na otázku související s pracovním prostředím (graf 6a a 6b) odpovědělo všech 58 (100%) respondentů z nemocnice a 27 (100%) respondentů z hospice. Svou spokojenost či nespokojenost hodnotili na škále od 1 do 5, kdy 1 znamenalo velmi spokojen/a a 5 velmi nespokojen/a. Z výsledků grafů vyplývá, že ze zmíněných oblastí (*týmová práce; počet klientů/pacientů, o které ve službě ošetřující personál pečuje; množství pomůcek, které má ošetřující personál k dispozici při ošetřování klientů/pacientů; technické vybavení, které má ošetřující personál k dispozici při ošetřování K/P; přesčasové hodiny; administrativa; čas pro K/P a počet ošetřujícího personálu na oddělení*) jsou zaměstnanci nemocnice i hospice nejvíce nespokojeni s časem věnovaným administrativě. V nemocnici 40% respondentů označilo „průměr“ spokojenosti, 22% respondentů nespokojenost a 21% respondentů je velmi nespokojeno s časem věnovaným administrativě. V hospici bylo ve stejné oblasti „průměrně“ spokojeno 44% respondentů a nespokojeno 22% respondentů. Čas, který musí ošetřující personál věnovat dokumentaci, namísto aby tuto dobu věnoval nemocným, je druhou problematickou oblastí. Respondenti si uvědomují, že nemocný v terminální fázi potřebuje jejich přítomnost, ale za daných podmínek, kdy se věnují narůstající ošetrovatelské dokumentaci, nemohou tyto potřeby plnit. V nemocnici s oblastí „času pro pacienty“ uvádí svou spokojenost 22 (38%) respondentů, „průměr“ spokojenosti pak 19 (33%) respondentů; v hospici svou spokojenost uvedlo 13 (48%) respondentů a „průměr“ spokojenosti 8 (30%) respondentů. Svou nespokojenost také vyjádřili respondenti s přesčasovými hodinami a počtem personálu, který pečuje o

klienty/pacienty. Téměř jedna třetina dotazovaných ve zkoumané nemocnici (28%), i v hospicích (33%), uvádí jen „průměrnou“ spokojenost (na dané škále možností) s odpracovanými přesčasovými hodinami. S počtem personálu, který pečuje o terminálně nemocné, je v nemocnici „průměrně“ spokojena jedna třetina dotazovaných (31%); a v hospici ve stejné možnosti 26% respondentů. Dotázaní také vyjádřili spíše svou nespokojenost s počtem pacientů, o které ve své službě pečují. To jistě souvisí s předešlými dvěma oblastmi. Poslední oblastí, která také jistě stojí za povšimnutí je týmová práce. V nemocnici uvedlo 29% respondentů, že jsou velmi spokojeni s týmovou prací, 41% uvedlo spokojenost a 26% respondentů jen „průměrnou“ spokojenost. Naproti tomu v hospici je s týmovou prací velmi spokojeno 63% respondentů, 30% je spokojeno a jen 7% respondentů uvedlo „průměr“ spokojenosti. Tyto výsledky potvrzují, že je na týmovou práci – spolupráci, je v hospici kladen obrovský důraz. Zdravotníci, duchovní, psychoterapeuti, jejich rodina, přátelé – stručně řečeno všichni, kdo v hospici pracují – se snaží „uspokojit všechny potřeby nemocného (tělesné, duševní, sociální i duchovní) a vytvořit kolem něj atmosféru lásky, klidu a pokoje (24, s. 24)“. Klient je plnoprávným členem tohoto týmu a všichni dělají maximum pro zlepšení jeho kvality života. To co ji už zlepšit nemůže, tím není obtěžován. Princip této práce spočívá hlavně v tom, že každý v týmu je stejně důležitý, nepostradatelný, nikdo není nadřazený či podřazený a „všichni musí táhnout za jeden provaz (24, s. 24)“ (24). To také potvrzuje Haškovcová, která uvádí: „O doprovod umírajícího se musí postarat celý tým, rodina, psychologové, sociální pracovníci, teologové (11, s.26)“. V nemocnici zatím není týmová práce na takové úrovni, jako v hospici. Lze sice říci, že i tady funguje spolupráce mezi jednotlivými odděleními, ale pacient zde není považován za rovnoprávného člena týmu. Léčebné a ošetrovatelské postupy se převážně orientují jeho nemoc a uzdravení. Tyto postupy maximálně využívají všechny možné invazivní metody, což u umírajících jistě nevede ke zvýšení kvality života, jak to oni sami vnímají (24). A pokud k uzdravení nedojde, je to považováno „za neúspěch a případné selhání jednotlivce i týmu (5, s. 11)“. Na základě uvedených výsledků se hypotéza 2 potvrdila. S těmito výsledky souvisí i hypotéza 3.

Jak často se na svém pracovišti setkává ošetřující personál s úmrtím, ukazuje výsledek grafu 7. V nemocnici uvedlo nejvíce respondentů možnost 1x měsíčně (57%) a dále pak 1x týdně 22% respondentů. V hospici uvedlo 78% respondentů, že se s umírajícími klienty setkávají denně. S frekvencí setkávání se se smrtí úzce souvisí otázka, jak na sestry úmrtí klienta působí (graf 26). V nemocnici uvedlo 38% respondentů, že je úmrtí zasáhne vždy, ale dokáží se s tím snadno vyrovnat a 28% respondentů k úmrtí klienta přistupuje profesionálně. V hospici uvedla necelá polovina respondentů (41%), že je úmrtí klienta zasáhne vždy, ale s podporou v týmu a s využitím principů duševní hygieny se s ním vyrovnají. Dále pak v hospici 37% respondentů přistupuje k úmrtí profesionálně. Také způsob, jakým se ošetřující personál s touto stresovou situací vyrovnává, je velmi důležitý (graf 28). V nemocnici respondenti nejvíce (46%) hovoří o svých pocitech, spojených s úmrtím klienta, s kolegyněmi; zatímco v hospici nejvíce respondentů (42%) sděluje své pocity v týmu. Pro zdravotnického pracovníka je péče o umírajícího stresující záležitost. Zdravotník odvádí práci nejen odbornou, ale i fyzicky, psychicky a sociálně náročnou a tím se dostává do stresujících situací (11). Irmiš (11, s.37) k tomu dodává, že „umění zvládat stres je proces, kterého nedosáhneme hned“.

Velmi pozitivní je, že se ošetřující personál v nemocnici zajímá (60%) o pocity terminálně nemocného, jak vyplývá z grafu 9. V hospici hovoří s terminálně nemocným klientem o jeho pocitech 89% respondentů. S tím také souvisí plnění přání nemocných (graf 10). Zde je ovšem zarážející, že 28% respondentů z nemocnice plní tato přání pouze tehdy, pokud to nenaruší plán ošetrovatelské péče; a 21% respondentů pouze, pokud mají čas. Tyto výsledky opět souvisejí s hypotézou 3. Potřeby a přání pacientů se v průběhu nemoci mění. V terminálním stadiu nemoci vystupují do popředí přání zejména v oblasti urovnání vlastních záležitostí, smysluplného využití zbývajících času, nalezení smyslu toho co požívá, přijetí vlastního života i vlastního konce, smíření se sebou samým, smíření se svou rodinou, s Bohem, doprovod blízkého člověka a ujištění o tom, že něco dokázal (5, 23, 24). Je podstatné, aby si ošetřující personál uvědomil, že psychologické a spirituální potřeby jsou pro umírajícího stejně důležité jako potřeby fyziologické. Celková péče by se tedy měla odvíjet hlavně od toho, co v dané chvíli

považuje za důležité právě a jen umírající. Nemělo by obecně platit, že nejdříve se vyřeší somatické obtíže a až pak přijdou na řadu pacientovi přání. „Teprve dosažení určitého stupně smíření a akceptace v oblasti psycho-spirituální může dát umírání a smrti charakter události, která je smutná, někdy tragická, ale přesto důstojná a hluboce lidská (20, s. 310)“. Pokud ale sestry v nemocnici nemůžou žádané služby zajistit, nemůžou saturovat potřeby nemocných, ačkoliv jsou pro pacienta nesmírně důležité, není ošetrovatelský proces poskytován na kvalitní úrovni. K takto negativním výsledkům může vést například nepoužívání správných intervencí nebo nedostatečné podmínky pro poskytování komplexní ošetrovatelské péče. Problém s plněním přání nemocných si uvědomuje i Svatošová, která uvádí, že v nemocnici je středem zájmu nemoc, zatímco nemocný člověk ustupuje do anonymity (23). V hospici bere ohledy na představy a přání terminálně nemocných 24 (89%) respondentů, a to za každých okolností. Graf 12 navazuje na předchozí odpovědi respondentů a vybízí je k zamyšlení, zda mají dostatečné možnosti v plnění přání terminálně nemocným klientům. Z výsledků vyplynulo, že polovina dotázaných respondentů (52%) v nemocnici si myslí, že tyto možnosti má; 24% respondentů se domnívá, že možnosti v plnění přání terminálně nemocných klientů nemá a čtvrtina dotázaných odpověděla neví. Naproti tomu v hospici je o dostatečných možnostech, v plnění těchto přání, přesvědčeno všech 27 respondentů (100%). Výše uvedené výsledky potvrzují hypotézu 2.

V rámci péče o terminálně nemocné nabízejí respondenti z nemocnice i z hospiců pomoc ve spirituální oblasti a dále možnost kontaktu s rodinou dle přání nemocného (graf 13). Avšak na rozdíl od nemocnice, respondenti z hospiců poskytují svým klientům služby v psychoterapeutické a sociální oblasti, popřípadě kontaktují sociální pracovníci, která zařídí, „oč klient žádá“ (například: holiče, pedikúru, nákup). Tyto služby uvedli respondenti v kolonce „jiné“. U otázky mohli zaškrtnout více odpovědí a napsat další služby, které nebyly uvedené v možnostech dotazníku.

Komunikaci ošetrovatelského personálu s terminálně nemocným, v oblasti závažnosti jeho stavu, můžeme vidět v grafu 14. Výsledky ukazují, že celá polovina respondentů z nemocnice (55%) i z hospice (52%) s klientem o závažnosti jeho stavu hovoří. Výsledky grafu jsou zvláště překvapivé, a to hlavně vzhledem k výsledkům

grafů 6a, 6b. Jedna třetina respondentů z nemocnice i z hospiců uvádí svou „průměrnou“ spokojenost s časem věnovaným nemocným. V nemocnici je pak ve stejné oblasti nespokojeno a velmi nespokojeno 17% respondentů, což v součtu všech tří stupňů hodnocené oblasti činí celou polovinu respondentů. Pokud je tedy zmíněných 50% respondentů negativně hodnotících čas pro pacienty a 55% respondentů, kteří odpověděli pozitivně na otázku související „s komunikací o závažnosti stavu“, tatáž stejná polovina, je na místě otázka, zda zmíněný ošetřující personál komunikuje efektivně, a nebo je úroveň této komunikace nedostačující. A to obzvláště proto, že komunikace s terminálně nemocným klientem, v oblasti závažnosti jeho stavu, vyžaduje především náš čas (21). Potom by byly výsledky jednotlivých grafů v rozporu. Pouze (16%) dotázaných z nemocnice a (22%) dotázaných z hospice uvádí, že to není součástí náplně jejich práce. V souvislosti s tímto tvrzením ovšem Čechová uvádí (1), že diagnózu sice sděluje zásadně lékař, ale úkolem sestry je hovořit o pocitech, které byly tímto sdělením vyvolány.

Nepostradatelným předpokladem pro interakci mezi sestrou a nemocným s terminálním onemocněním je komunikace. Grafy 15, 16 a 17 poukazují na negativní výsledky související s komunikačními dovednostmi nemocničního ošetřujícího personálu s terminálně nemocnými. Je-li na oddělení v nemocnici klient v terminálním stádiu, tak se 41% respondentů (graf 15) necítí být připraveno hovořit s ním o smrti. Respondenti, kteří se pozitivně vyjádřili na otázku spojenou s grafem 15 (34 respondentů – 100%), dále uváděli (59% respondentů – graf 16), že nevědí, kdy je nejvhodnější začít s nemocným mluvit o smrti; a 47% dotázaných (graf 17) uvedlo, že neví, zda dokáže reagovat na otázky umírajícího, týkajících se smrti. Komunikace s umírajícím klientem by ale měla patřit k profesionálním dovednostem ošetřujícího personálu a také by měla být řazena mezi priority při poskytování ošetrovatelské péče umírajícím. Z výše uvedeného vyplývá, že se potrdila hypotéza 1: *Metody a úroveň komunikace sester při péči o umírající klienty jsou ovlivněny vzděláním a vědomostmi.* K této oblasti se vztahuje i hypotéza 3. Kelnarová v souvislosti s touto problematikou uvádí, že „komunikace mezi sestrou a pacientem ve zdravotnických zařízeních není na vysoké úrovni. Způsobeno je to nedostatkem vzdělání, nedostatkem času sester. Chybí

praktické dovednosti...(11, s. 47)“. Tento fakt potvrzuje i Čechová: zdravotník prožívá setkání se smrtí jako trauma, a to na základě nepřipravenosti komunikovat s umírajícím člověkem na profesionálně správné úrovni (1). Naproti tomu v hospici 74% respondentů (graf 15) uvádí, že se cítí být vždy připraveno hovořit s terminálně nemocným klientem. Respondenti, kteří se vyjádřili pozitivně na otázku spojenou s grafem 15 (25 respondentů – 100%), dále uváděli (52% respondentů – graf 16), že poznají, kdy je nejvhodnější začít s nemocným hovořit o smrti; a 68% respondentů (graf 17) dokáže reagovat na otázky umírajících – což je velmi pozitivní výsledek, který také potvrzuje hypotézu 4: *Sestry v zařízeních hospic znají komunikační techniky, které standardně používají při doprovázení umírajících klientů.* Péče v hospici je orientovaná především na minimalizování bolesti, mírnění všech potíží vyplývajících ze základní diagnózy i jejich komplikací a na bio – psycho – sociální potřeby nemocného (12, 24). Tyto pozitivní výsledky tak jistě vycházejí ze správných intervencí ošetřujícího personálu v hospicích. Výše uvedené výsledky také souvisí s výsledky grafů 30a a 30b. Ty ukazují pozici komunikace (v hodnotovém žebříčku pracovních činností) ošetřujícího personálu. Komunikaci řadí zaměstnanci hospiců mezi nejvyšší prioritu při poskytování komplexní ošetrovatelské péče. V nemocnici je komunikace řazena do stejné roviny, jako je medikace a ošetrovatelská péče.

Jakým způsobem komunikuje ošetřující personál s nemocným, který již není schopen komunikace, ukazuje graf 19 (u otázky spojené s tímto grafem, mohli respondenti vybrat více odpovědí). Z výsledků grafu vyplývá, že ošetrovatelský personál v nemocnici navazuje nejčastěji kontakt verbálně, zatímco personál v hospici tichou přítomností. Můžeme se domnívat, že tento výsledek souvisí se znalostí fází psychické odezvy na závažné onemocnění dle E. Kübler – Rossové, a ačkoliv tyto fáze personál nemocnici ani v hospici při své práci nepoužívá (viz. graf 22), umožňují ošetřujícímu personálu používání efektivní komunikace s již nereagujícím nemocným. To opět potvrzuje hypotézu 1.

Rozeznání fází psychické odezvy na závažné onemocnění, které popsala E. Kübler – Rossová (viz. teoretická část, kapitola 1.9 až 1.9.5), se věnuje graf 20. V nemocnici je 38% respondentů přesvědčeno, že je důležité rozeznat fáze dle

zmiňované autorky, avšak 59% respondentů uvádí, že neví, zda je rozeznání pro práci s terminálně nemocnými důležité. Naproti tomu v hospici si myslí 85%, že je důležité rozeznat fáze psychické odezvy na závažné onemocnění, které popsala E. Kübler – Rossová. Na výše zmíněné výsledky navazuje graf 21. Respondenti, kteří se kladně vyjádřili na otázku spojenou s grafem 20 [22 (100%) respondentů z nemocnice; a 23 (100%) respondentů z hospiců], hodnotili svou znalost zmíněných fází pozitivně. To opět souvisí s hypotézou 1. Proto je velmi překvapivé až zarážející, že ani na odděleních v nemocnici, jak uvádí (77%) respondentů (graf 22), ani v hospicích, (78%) respondentů, není podle těchto fází pracováno. Svatošová jednoznačně doporučuje seznámit se s fázemi, které popsala E. Kübler – Rossová. A to nejen z důvodu, že těmito fázemi neprochází samotný pacient a jeho rodina, ale hlavně proto, abychom nemocného v daných fázích správně a lépe pochopili a podpořili ho (23). Dále také uvádí, že ošetřující personál v hospici používá v ošetrovatelské dokumentaci barevné „papírky“, značky, které korespondují s fází (dle E. Kübler – Rossové), ve které se právě klient nachází. „Černá znamená šok, červená agresí, zelená smlouvání, modrá rezignaci a žlutá, tu máme nejraději, znamená fázi smíření, akceptace (24, s 32).“ Autorka popisuje nespornou výhodu tohoto systému (dle Svatošové je v hospicích používán), a to hlavně v okamžitá orientaci ošetřujícího personálu v psychickém stavu pacienta (24). Zmíněné je ale v naprostém rozporu s výsledky výzkumu (viz. výše). Zjištění výsledného rozporu by bylo nepochybně velmi zajímavé, ale nad rámec této bakalářské práce. Janovský k této problematice ještě dodává: že úkolem všech, kteří jsou nemocnému nablízku, je udělat maximum pro to, aby klient se závažným onemocněním dospěl do fáze smíření (9). Osobně jsem tedy přesvědčená, že ne jen znalost těchto fází, ale i jejich aplikace do denní praxe, by vedla ke zlepšení péče o terminálně nemocné klienty, a hlavně by výrazně pomohla v komunikaci s nimi, a to především v nemocničním zařízení. Uvedené výsledky také souvisí s hypotézou 1.

Zarážející je výsledek grafu 27, kde 1/3 respondentů (30%) z hospice uvádí, že nezná techniku duševní hygieny a 11% respondentů, přes to, že tuto techniku zná, ji neprovede. Výsledek ovšem také nekoresponduje s myšlenkou Marie Svatošové (23), která ve své knize „Hospice a umění doprovázet“ uvádí, že v hospici je kladen velký

důraz na prevenci „syndromu vyhoření“, protože hrozí každému zdravotníkovi. Tento postoj zaujala hlavně proto, že dle anglických zkušeností postihne syndrom vyhoření pracovníky hospice do dvou let. Uvádí také, že se náležitá pozornost, která se v ČR syndromu vyhoření věnuje, opravdu vyplácí. Hledání důvodů, proč sestry pracující v hospici nepraktikují techniku duševní hygieny, je ale již nad rámec této bakalářské práce.

Jak poukazuje graf 23 (respondenti měli možnost vybrat více odpovědí), zaměřený na kurzy komunikace, a to jak zařazených ve školních osnovách, tak pořádaných zaměstnavatelem s povinnou či dobrovolnou účastí, se těchto kurzů zúčastnilo 86% respondentů z nemocnice a 87% respondentů z hospiců. Z takto pozitivního výsledku by se dalo vyvodit, že respondenti nebudou mít žádné problémy v komunikaci s terminálně nemocnými a úroveň této komunikace bude jistě na skvělé úrovni. Opak je ovšem pravdou. A ač naším předpokladem opravdu bylo, že ošetřující personál v nemocnici není dostatečně připraven na komunikaci s klienty s infaustním onemocněním – hypotéza 3, na což také poukazují grafy 15, 16, 17, samotné nás výsledek výše návštěvnosti kurzů komunikace překvapil. V odpovědích dále pokračovali respondenti, kteří absolvovali „nějaký“ kurz komunikace [49 (100%) respondentů z nemocnice a 23 (100%) respondentů z hospice]. Výsledky grafu 24 uvádějí, zda byla součástí navštíveného semináře zmíněna tématica komunikace s terminálně nemocným. Dotázaní uvedli ano v 63% v nemocnici a v 78% v hospici. Na toto vyjádření navazuje graf 25, kde respondenti poukazují na přínos navštíveného semináře v komunikaci s terminálně nemocnými. Přínos semináře uvedlo v nemocnici 51% dotázaných; a 49% respondentů se vyjádřilo negativně. V tomto směru však nevíme a nemůžeme již zjistit, zda se jednalo o teoretické přenášky, nebo o kurzy s praktickým nácvikem. S přihlédnutím k zjištěným výsledkům se ale domníváme, že se jednalo spíše o kurzy teoretické. V hospici uvedlo 91% respondentů nesporný přínos semináře v komunikaci s terminálně nemocným. Zjištěná fakta zde svědčí spíše pro praktický nácvik komunikačních dovedností v absolvovaných kurzech v hospicích. Ukazuje se zde tedy naléhavost neustálého vzdělávání zdravotnického personálu v oblasti komunikace, a to nejen na teoretické, ale také na praktické úrovni. Výše

uvedené výsledky opět potvrzují první hypotézu: *Metody a úroveň komunikace sester při péči o umírající klienty jsou ovlivněny vzděláním a vědomostmi.* V souvislosti s vzděláváním uvádí Kelnarová (11), že komplexní ošetrovatelská péče o umírající a zamřelé vyžaduje od sester, aby se celoživotně a neustále vzdělávaly, aby se zúčastňovaly odborných seminářů, přednášek a sympózií. Autorka podotýká, že dobrá komunikace může pozitivně ovlivnit psychický, ale i fyzický stav nemocného, a že „komunikační dovednosti patří mezi nejdůležitější faktory při optimálním uspokojování potřeb pacienta“ (11, s.47). Taktéž Svatošová (23) zdůrazňuje důležitost dalšího vzdělávání, a to ať již četbou odborné literatury, časopisů, tak účastí na kurzech a školeních.

Na základě analýzy výše zmíněných výsledků můžeme konstatovat, že hypotéza 3 byla potvrzena.

Při zpracování této bakalářské práce, které pro mě bylo velmi obohacující, jsem dospěla k názoru, že vzdělání je jen jeden faktor, který ovlivňuje komunikaci s terminálně nemocnými klienty. Na efektivní komunikaci s terminálně nemocnými má dále významný vliv sociální zralost sestry, emoční vyrovnanost (1), dobře zvládnutý stres spojený s péčí o umírajícího (11), ale také, a to především, úcta a láska k lidem (23). Z tohoto důvodu je důležitá nejen důsledná příprava budoucího zdravotnického personálu v oblasti komunikace s terminálně nemocnými klienty, ale i další vzdělávání stávajícího ošetrovatelského personálu v této problematice.

Byly také odkryty problémové oblasti spojené s pracovním prostředím ošetrojícího personálu. Z výzkumného šetření je zřejmé, že sestry v nemocnici i v hospicích jsou nejvíce nespokojené především s množstvím administrativy, a z tohoto faktu vyplývající nedostatek času pro klienty/pacienty. Postrádají tedy čas, jenž by měli věnovat nemocným, a který považují za důležitý při poskytování kompletní ošetrovatelské péče. Dalšími oblastmi, ve kterých respondenti vyjádřili spíše svou nespokojenost jsou: nedostatečný počet personálu na oddělení; počet pacientů, o které ve službě pečují a přesčasové hodiny. Těmto oblastem by bylo vhodné věnovat náležitou pozornost a tím zkvalitnit péči o terminálně nemocné klienty. To by mělo

samozřejmě také vliv na péči, která je poskytována všem hospitalizovaným nemocným. Vysoce kvalitní a bezpečná zdravotní péče, s maximálními ohledy na potřeby nemocných, je bezpochyby hlavní myšlenkou zdravotnických zařízení.

6. Závěr

V 21. století je průměrný věk dožití vysoký, a to hlavně díky modernizaci medicíny. Stále se posouvá hranice konce života. Tím také ale přibývá dlouhodobě nevyлéčitelně nemocných. V současné době většinou lidé umírají v nemocničných zařízeních. Proto také byla tato práce zaměřena na problematiku umírání a smrti.

Cílem práce bylo zmapovat komunikační dovednosti sester v nemocničním zařízení a zařízení hospic při ošetrování umírajících klientů; dále zjistit co sestry pracující v nemocničním zařízení a zařízení hospic postrádají při ošetrování terminálně nemocných klientů; a určit konkrétní problematiku sester v nemocničním zařízení při ošetrování terminálně nemocných klientů. Cíle práce byly splněny. Z vyhodnocení dotazníků vyplynulo, že ošetrovatelský personál v nemocnici nemá dostatečně osvojené komunikační dovednosti pro komunikaci s umírajícími klienty a dále podmínky pro poskytování kompletní ošetrovatelské péče, které jsou převážně ovlivněny nedostatkem času; kdežto v hospici používá ošetrovatelský personál komunikační dovednosti na kvalitní úrovni. Z výzkumného šetření ovšem dále vyplynulo, že také sestry v hospici vnímají podmínky pro poskytování kompletní ošetrovatelské péče jako nedostatečné, a to především kvůli množství administrativy, a z toho vyplývající nedostatek času pro nemocné. Šetření bylo prováděno metodou kvantitativního výzkumu, technikou dotazníku. Výzkumný soubor tvořil ošetrovatelský personál v Ústřední vojenské nemocnici v Praze, v Hospici Anežky České v Červeném Kostelci, v Hospici sv. Lazara v Plzni a v Hospici na Svatém Kopečku v Olomouci. Byly stanoveny čtyři hypotézy: H1 Metody a úroveň komunikace sester při péči o umírající klienty jsou ovlivněny vzděláním a vědomostmi – byla potvrzena. H2 Ošetrovatelský proces v péči o umírající klienty závisí na podmínkách pro poskytování komplexní ošetrovatelské péče na nemocničních odděleních a zařízeních hospic – byla potvrzena. H3 Sestry v nemocničních zařízeních nemají dostatečné vzdělání pro komunikaci s umírajícími klienty a podmínky pro poskytování komplexní ošetrovatelské – byla potvrzena. H4 Sestry v zařízeních hospic znají komunikační techniky, které standardně používají při doprovázení umírajících klientů – byla potvrzena.

Výsledky výzkumného šetření budou poskytnuty vedoucím pracovníkům ve zkoumaném nemocničním zařízení a dvěma hospicům. Tato práce by mohla posloužit k zamyšlení nad možným rozšířením ošetrovatelského vzdělávání v oblasti komunikace, a tím přispět ke zkvalitnění komplexní ošetrovatelské péče sester při komunikaci s umírajícími klienty v nemocničním zařízení. Doporučujeme více informovat sestry o vzdělávacích akcích v oblasti komunikace zaměřené především na komunikaci s umírajícími klienty. V neposlední řadě může také práce posloužit k zamyšlení vedoucích pracovníků nad pojmenovanými problémovými oblastmi (pracovní podmínky ošetrovatelského personálu) a nad jejich možným řešením. Tím také přispět k zlepšení ošetrovatelského managementu pracovních činností.

7. Seznam použitých zdrojů

1. ČECHOVÁ, H., MELLANOVÁ, A., KUČEROVÁ, H. *Psychologie a pedagogika II*. 1. vyd. Praha: Informatorium, 2004. 160 s. ISBN 80-7333-028-8.
2. DLOUHÝ, M., STRNAD, L. *Nemocnice: kvalita, efektivita, finance*. Vydání neuvedeno. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 1999. 137 s. ISBN neuvedeno.
3. DUINOVÁ, N., SUTCLIFFE, J., HÖSCHL, C. *Historie medicíny: od pravěku do roku 2020*. 1. čes. vyd. Praha: Slovart, 1997. 256 s. ISBN 80-85871-04-1.
4. GJURIČOVÁ, Š., KUBIČKA, J. *Rodinná terapie – systematické a narativní přístupy*. 1. vyd. Havlíčkův Brod: Grada, 2003. 184 s. ISBN 80-247-0415-3.
5. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanalogie: nauka o umírání a smrti*. 2. přeprac. vyd. Praha: Galén, 2007. 244 s. ISBN 978-80-7262-471-3.
6. HONZÁK, R. *Komunikační pasti v medicíně*. 2. dopl. vyd. Praha: Galén, 1999. 165 s. psychologie. ISBN 80-7262-032-0.
7. INSTITUT ZDRAVOTNÍ POLITIKY A EKONOMIKY. *Nemocnice v měnící se Evropě*. 1. vyd. leden 2003, (dotisk září 2003). Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2003. 52 s. ISSN 1213-8096.
8. INSTITUT ZDRAVOTNÍ POLITIKY A EKONOMIKY. *Nemocnice II.: problémy organizačně právního postavení nemocnic (zejména bývalých okresních nemocnic) v kontextu reformy veřejné správy*. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2004. 112 s. ISSN 1213-8096.

9. JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Triton, 2003. 223 s. ISBN 80-7254-329-6.
10. KALA, M., KUBÍNEK R. *Nemocnice aneb Rukověť zvědavého pacienta*. 1. vyd. Olomouc: Rubico, 2000. 195 s. ISBN 80-85839-47-4.
11. KELNAROVÁ, J. *Tanatologie v ošetrovatelství*. 1. vyd. Brno: Littera, 2007. 112 s. ISBN 978-80-85763-36-2.
12. KIZÁK, J. *Co je hospice?* [online]. 2.2.2000 [cit. 2008-12-12]. Dostupné z www.: <<http://www.hospice.cz/hospice1/hospic.html>>.
13. KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 163 s. ISBN 978-80-247-2069-2.
14. KÜBLER-ROSSOVÁ, E. *Rozhovory s umírajícími*. 1. vyd. Nakladatelství SIGNUM UNITATIS ve spolupráci s agenturou TMG, 1992. 135 s. ISBN 80-85439-04-2.
15. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Věstník 9/2004*. [online]. [cit. 2009-7-1]. Dostupné z www.: <http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/vestnik_1881_1038_3.html>.
16. PAYNEOVÁ, S., SEYMOUROVÁ, J., INGLETONOVÁ, CH. *Principy a praxe paliativní péče*. 1. vyd. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. 807s. ISBN 978-80-87029-25-1.
17. POKORNÁ, A. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. 2. přeprac. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2008, 100 s. ISBN 978-80-7013-466-5.

18. PORTÁL VEŘEJNÉ ZPRÁVY ČESKÉ RESPUBLIKY. *Zákon č. 96/ 2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů.* [online]. [cit. 2009-7-1]. Dostupné z:
<http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/701/.cmd/ad/.c/313/.ce/10821/.p/8411?PC_8411_p=5&PC_8411_l=96/2004&PC_8411_ps=10#10821>.
19. ŠAMÁNKOVÁ, M. a kol. *Základy ošetrovatelství pro studující lékařských fakult.* 1. vyd. Praha: Karolinum, 2002. 274s. ISBN 80-246-0477-9.
20. SLÁMA, O., KABELKA, L., VORLÍČEK, J. a kol. *Paliativní medicína pro praxi.* 1. vyd. Praha: Galén, 2007. 362s. ISBN 978-80-7262-505-5.
21. ŠPATENKOVÁ, N., KRÁLOVÁ, J. *Základní otázky komunikace.* 1. vyd. Praha: Galén, 2009. 135 s. ISBN 978-80-7262-599-4.
22. STAŇKOVÁ, M. *Základy teorie ošetrovatelství.* 1. vyd. Vydavatelství Karolinum, 1996. 193s. ISBN 80-7184-243-5.
23. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet.* 5. dopl. vyd. Praha: Ecce homo, 2003. 150 s. ISBN 80-902049-4-5.
24. SVATOŠOVÁ, M., JIRMANOVÁ, M. *Hospic obrazem a slovem.* 1. vyd. Praha: Ecce homo, 1998. 148 s. IBSN 80-902049-1-0.
25. TÓTHOVÁ, V. a kol. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace.* 1. vyd. Praha: Triton, 2009. 159 s. ISBN 978-80-7387-286-1.
26. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. *Sít zdravotnických zařízení 2008.* [online]. [cit. 2010-4-1]. Dostupné z [www.:](http://www.uzis.cz)

<http://www.uzis.cz/download.php?ctg=10&search_name=zdravotnick%FDch%20za%F8%EDzen%ED%202®ion=100&kind=1&mnu_id=5300>.

27. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Vydání neuvedeno. Praha: Grada Publishing, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.

28. VYMĚTAL, J. a kol. *Obecná psychoterapie*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004, 340 s. ISBN 80-247-0723-3.

8. Klíčová slova

Komunikace

Ošetrovatelská péče

Nemocnice

Hospic

Terminálně nemocní

Vzdělání

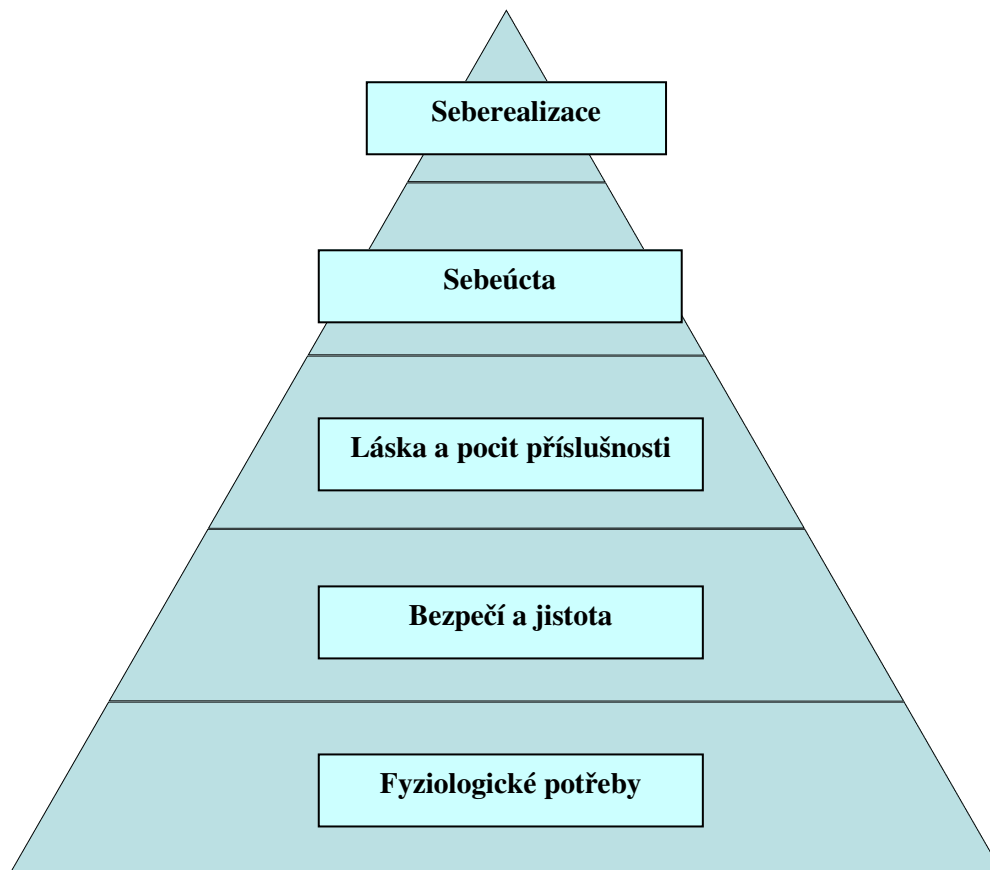
Podmínky

9. Přílohy

9.1 Seznam příloh

1. Maslowova hierarchie potřeb
2. Práva umírajících
3. Seznam lůžkových a mobilních hospiců
4. Dotazník

Příloha 1 Maslowova hierarchie potřeb



Zdroj: 19

Příloha 2 Práva umírajících

- Mám právo na to, aby se mnou bylo zacházeno jako s lidskou bytostí.
- Mám právo na naději, a nezáleží na tom, že se mění moje životní perspektiva.
- Mám právo vyjádřit své pocity a emoce týkající se blízké smrti.
- Mám právo podílet se na rozhodnutích týkajících se péče o mě.
- Mám právo na stálou zdravotnickou péči, přestože se cíl „uzdravení“ mé nemoci mění na „zachování pohodlí a kvality života“.
- Mám právo nezemřít opuštěn.
- Mám právo být ušetřen bolesti.
- Mám právo na poctivé odpovědi na své otázky.
- Mám právo nebýt klamán.
- Mám právo na pomoc od rodiny a na pomoc pro rodinu v souvislosti s přijetím mé smrti.
- Mám právo zemřít v klidu a důstojně.
- Mám právo uchovat si svou individualitu a mám právo na laskavé pochopení svých rozhodnutí a názorů.
- Mám právo být ošetřován pozornými, citlivými a zkušenými lidmi, kteří se pokusí porozumět mým potřebám a kteří budou prožívat zadostiučinění z toho, že mi budou pomáhat tvář v tvář smrti.

Zdroj: 11

Příloha 3 Lůžkové a mobilní hospice

12 lůžkových hospiců:

- Hospic Sv. Alžběty v Brně
- Hospic Anežky České Červený Kostelec
- Hospic Citadela ve Valašském Meziříčí
- Hospic Hvězda ve Zlíně
- Hospic Sv. Lazara v Plni
- Hospic v Mostě
- Hospic Sv. Jana N. Neumana v Prachaticích
- Hospic Sv. Josefa v Rajhradě
- Hospic Sv. Štěpána v Litoměřicích
- Hospic Sv. Kopečku u Olomouce
- Hospic Štrasburk v Praze
- (Hospic v Ostravě ve výstavbě)

5 mobilních hospiců:

- Mobilní hospic Cesta Domů v Praze
- Mobilní hospic Dobrého Pastýře v Čerčanech
- Hospicové hnutí Vysočina
- Mobilní hospic Charita Ostrava
- Mobilní hospic Ondráček v Ostravě – Porubě

Zdroj: 5

Příloha 4 Dotazník

Vážená kolegyně, kolego,

jmenuji se Lenka Adamcová a jsem studentkou 3.ročníku ZSF JCU v Českých Budějovicích, oboru všeobecná sestra. Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění dotazníku k mé bakalářské práci, který je zaměřený na zkoumání komunikačních dovedností a pracovních podmínek při ošetřování terminálně nemocných klientů. Tento dotazník je zcela anonymní a všechna získaná data využiji pouze pro účely mé práce.

Na otázky odpovídejte, pokud není uvedeno jinak, vždy jen jednou možností. Pokud se při vyplňování zmýlíte, stačí chybnou odpověď zřetelně přeškrtnout a vyplnit správné okénko.

Děkuji Vám za Váš čas a spolupráci. Velmi si Vaší ochoty vážím.

Dotazník

1. Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?

- 0 – 3
- 4 – 7
- 8 – 12
- 13 – 20
- 20 a více

2. Jaké je Vaše nejvyšší ukončené dosažené vzdělání?

- středoškolské bez maturity – ošetřovatel/ka
- středoškolské s maturitou - zdravotní asistent/ka
- středoškolské s maturitou - zdravotní sestra
- vyšší odborná škola – diplomovaná sestra
- VŠ – sestra Bc., Mgr.
- PSS (specializační studium)

3. V jakém zařízení pracujete?

- nemocnice
- hospic

4. Pracujete na Vašem oddělení formou ošetřovatelského procesu?

- ano
- ne
- nevím

5. Funguje na Vašem oddělení systém primární sestry?

- ano, veškerou dokumentaci vede právě ona
- ano, sestavuje plán péče, hodnocení provádí každá sestra po své službě
- ne, oš. plán a hodnocení provádí každá sestra zvlášť u pacienta, o kterého se ve své službě stará
- nevím

6. Vyjádřete, prosím, Vaši spokojenost či nespokojenost s následujícími termíny, které souvisejí s Vaší prací na oddělení (na uvedené škále 1 – 5, kdy 1 je velmi spokojen/a a 5 velmi nespokojen/a)

a) týmová práce	1 – 2 – 3 – 4 – 5
b) počet pacientů, o které ve službě pečujete	1 – 2 – 3 – 4 – 5
c) množství pomůcek k ošetrovatelské péči	1 – 2 – 3 – 4 – 5
d) technické vybavení k poskytování oš. péče	1 – 2 – 3 – 4 – 5
e) přesčasové hodiny	1 – 2 – 3 – 4 – 5
f) čas věnovaný administrativní činnosti	1 – 2 – 3 – 4 – 5
g) množství času, který věnujete nemocnému	1 – 2 – 3 – 4 – 5
h) počet ošetřujícího personálu	1 – 2 – 3 – 4 – 5

7. Jak často se setkáváte s umírajícím klientem/pacientem?

- nesetkávám se s umírajícími
- s umírajícími pacienty se setkávám 1x ročně
- s umírajícími pacienty se setkávám 1x měsíčně
- s umírajícími pacienty se setkávám 1x týdně
- s umírajícími pacienty se setkávám denně

8. Mluvíte s terminálně nemocným jen tehdy, když potřebujete zjistit konkrétní informace?

- ano
- ne
- nevím

9. Ptáte se terminálně nemocného klienta/pacienta, jak se cítí?

- ano, vždy
- pokud mi to práce dovolí (mám čas), pak ano
- občas ano
- ne, mám strach si s terminálně nemocným povídat
- ne, nikdy bych se terminálně nemocného neptal/la, jak se cítí

10. Berete ohledy na představy a přání terminálně nemocného klienta/pacienta?

- ano, za každých okolností
- pouze tehdy, pokud to nenaruší plán ošetrovatelské péče stanoveného u konkrétního pacienta
- pokud mám čas, pak ano
- neberu, moje pracovní náplň mi to neumožňuje
- nevím

11. Jste (byl/a jste) veden/a při komunikaci s umírajícím klientem/pacientem k používání dovedností efektivní – terapeutické komunikace? (naslouchání, reflexe, parafrázování, mlčení...)

- ano
- ne

- nevím

12. Máte dostatečné možnosti při plnění přání terminálně nemocných klientů/pacientů?

- ano
 ne
 nevím

13. Jakou pomoc terminálně nemocným klientům/pacientům nabízíte?

- služby ve spirituální oblasti
 služby v právní oblasti
 kontakt s rodinou dle přání nemocného

- (napište, prosím, které další služby Vaše zařízení klientům nabízí)

14. Hovoříte s terminálně nemocnými klienty/pacienty o závažnosti jejich stavu?

- ano, vždy
 ano, pokud mám čas
 ano, pokud mě o to požádá
 ne, mám strach hovořit s terminálně nemocnými klienty/pacienty
 ne, není to součástí náplně mé práce
 ne, nedokážu nemocnému v této oblasti pomoci

15. Cítíte se připraven/á hovořit s terminálně nemocným klientem/pacientem o smrti?

- ano, vždy
 ne, necítím se připraven/a hovořit s terminálně nemocným klientem/pacientem o smrti
 necítím se připraven/a, není to součástí náplně mé práce
 nevím

Pokud jste odpověděl/la ne, pokračujte prosím otázkou č. 18.

16. Poznáte, kdy je nejvhodnější začít s nemocným mluvit o smrti?

- ano, vždy
 ne
 nevím

17. Máte pocit, že dokážete reagovat na otázky umírajícího pacienta týkající se smrti?

- ano, vždy
 ne
 nevím

18. Navazujete kontakt s terminálně nemocným klientem/pacientem, nebo čekáte až Vás nemocný osloví?

- ano, navazuji kontakt s nemocným (první impuls vychází z mé strany)
- ne, čekám, až mě nemocný osloví, dávám mu prostor, aby sám určil čas, kdy chce o svých problémech hovořit
- nenavazuji s nemocným kontakt, těmto situacím se vyhýbám
- nevím, jak mám na terminálně nemocného reagovat

19. S terminálně nemocným klientem/pacientem, který již není schopen komunikace, navazuji kontakt: (u této otázky můžete zaškrtnout více odpovědí)

- verbálně
- neverbálně
- tichou přítomností
- haptikou (hapticky)

20. Myslíte si, že je důležité rozeznat fáze psychické odezvy na závažné onemocnění, které popsala E. Kübler – Rossová ?

- ano
- ne, myslím, že jsou pro moji práci nepodstatné
- nevím

Pokud jste odpověděl/a ne nebo nevím, pokračujte, prosím, otázkou č. 23.

21. Poznáte tyto fáze?

- ano
- ne
- nevím

22. Pracujete s terminálně nemocným klientem/pacientem podle těchto fází?

- ano, vždy
- někdy je těžké je rozeznat, ale snažím se s těmito fázemi pracovat
- nepracuji dle těchto fází

23. Absolvoval/a jste nějaký kurz komunikace?

- na zdravotní škole (SZŠ, vyšší zdr. šk., VŠ) byl oficiálně zařazen do učebních osnov
- sama jsem si kurz vyhledala a zúčastnila se ho
- v zařízení, kde pracuji, se konal kurz komunikace, účast byla povinná
- v zařízení, kde pracuji, se konal kurz komunikace, účast byla dobrovolná
- žádného takového kurzu jsem se nezúčastnila
- ve škole se takový předmět ne vyučoval

Pokud jste odpověděl/a ne, pokračujte prosím otázkou č. 26.

24. V rámci tohoto předmětu/semináře byla zmiňována problematika komunikace s terminálně nemocným či umírajícím?

- ano
- ne
- nevím

25. Pomohl Vám (byl pro Vás přínosem) tento seminář v/při komunikaci s terminálně nemocným klientem/pacientem?

- ano
- ne
- nevím

26. Zasahuje Vás úmrtí klienta/pacienta na Vašem odd.?

- ano, vždy mě to zasáhne, ale dokážu se s tím snadno vyrovnat
 - ano, vždy mě to zasáhne a odráží se to v mém osobním životě
 - ano, vždy mě to zasáhne, ale s podporou v týmu a s využitím principů duševní hygieny se s úmrtím klienta/pacienta vždy vyrovnám
 - ne, k úmrtí pacienta přistupuji profesionálně
 - ne, nezasáhne
- jiné, prosím rozepište
.....

27. Znáte techniku duševní hygieny?

- ano a pravidelně ji praktikuji
- ano, ale mám málo času na to, abych ji praktikoval/a
- znám tuto techniku, ale nepraktikuji ji
- neznám tuto techniku

28. Mluvíte o svých pocitech? (u této otázky můžete zaškrtnout více odpovědí)

- ano, na oddělení je k dispozici psycholog, s kterým o svých pocitech hovořím
- ano, o svých pocitech hovořím v týmu
- o svých pocitech hovořím občas s kolegyněmi
- ne, na oddělení je k dispozici psycholog, ale nemám zájem o svých pocitech hovořit
- nemluví o svých pocitech

29. Mrzí Vás, když terminálně nemocný klient/pacient odmítne Vámi nabízenou pomoc? (např. v oblasti: oš. péče, biol. potřeb, spirituální oblasti, právní oblasti...)

- ano, trápím se tím a snažím se mu ji nabídnout při další příležitosti
- ano, ale respektuji přání nemocného
- ne, nemrzí mě to
- nevím

30. Na jaké pozici jsou ve Vašem hodnotovém žebříčku činností následující termíny, které souvisejí s Vaší prací? (každý termín označte prosím číslicí od 1 do 5, kdy číslo 1 má nejvyšší prioritu, číslo 5 nejnižší)

- ... dokumentace
- ... medikace
- ... ošetrovatelská péče
- ... komunikace
- ... plnění harmonogramu oddělení

31. Na jaké pozici je ve Vašem žebříčku pracovních činností komunikace? (každý termín označte prosím číslicí od 1 do 5, kdy číslo 1 má nejvyšší prioritu, číslo 5 nejnižší)

- ... dokumentace
- ... medikace
- ... ošetrovatelská péče
- ... komunikace
- ... plnění harmonogramu oddělení

Děkuji Vám za čas, který jste vyplnění tohoto dotazníku věnoval/la.

PŘIPOMÍNKY

Pokud máte nějaké připomínky, které by jste chtěl/la zmínit k tomuto tématu, napište je prosím zde.