

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Bakalářská práce

2010

Jana Plecerová

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Efektivní komunikace v paliativní péči.

Bakalářská práce

Vedoucí práce:
Mgr. Judita Soukupová Maříková

2010

Autor práce:
Jana Plecerová

Abstract

The topic of this bachelor's degree diploma work is effective communication in palliative care. This diploma work focuses on the nurse-patient interaction in terminal stage of the disease, the communication with the patient's family and hospice and palliative care.

The aim of this diploma work has been to ascertain whether the patients being in terminal stage of their disease are content with the nurses' communication and whether the existing way of communication brings a moral support, whether the patient's families are informed about the possibilities of palliative care. Next step was to map out both ways and effect of communication with a nurse working with the patients in the terminal stage.

Theoretical part of this diploma work deals with a palliative care and nurse communication with the patients in palliative care.

The research part has been divided in two sections. For the first section dealing with research examination the qualitative research method has been applied. The research took place in the form of in-depth interviews with a group of patients from a hospice and pulmonary ward. The interviews were carried out on the basis of 27 open questions, which were prepared beforehand. Ten (10) patients from the pulmonary ward were involved in the research examination and nine (9) patients from the hospice of Saint John N. Neumann in the town Prachatice took part in the research examination. For the purpose of the verification of the hypothesis whether the nurses working in palliative care are able to establish effective communication with a patient a quantitative research method based on application of questionnaires distributed by general nurses in the hospice, in the hospital for terminal illnesses and in the hospital in the town of Strakonice. The questionnaire contained twenty (20) half-open (semi-closed) and closed questions. The research examination was performed in the time period beginning 11th January 2010 till 6th June 2010.

The aims of this diploma work were accomplished. The research questions have been answered, the hypothesis was confirmed. The research showed that the patients are satisfied with the nurse communication as well as with the their communication

style and the patients see nothing to be changed in the communication area. The research examinations have shown that for the majority of nurses the communication itself does not represent any demanding problem but on the other hand the nurses during the communication with a patient regarding his/her disease the majority of them often either change the topic or start being evasive in their communication.

This diploma work may be applied as an information material providing the information for the patients and their families regarding the possibilities of communication in paliative care.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma **Efektivní komunikace v paliativní péči** 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 16. 8. 2010

.....

Podpis studenta

Děkuji své vedoucí práce Mgr. Soukupové Maříkové za čas, pomoc a cenné rady, které mi poskytla během vypracování této bakalářské práce.

Dále bych chtěla poděkovat sestřičkám oddělení TRN nemocnice Strakonice a.s. za ohledy po dobu studia. MUDr. A. Dvořákové, primářce TRN oddělení a panu RnDr. R. Hunešovi, řediteli Hospice Sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích za umožnění vypracování této práce.

Poděkování patří hlavně mé rodině za podporu a trpělivost po dobu studia.

Obsah

Úvod	3
1. Současný stav	4
1. 1 Komunikace	4
1. 1. 1 Způsoby komunikace	5
1. 1. 2 Cíl komunikace v paliativní péči	5
1. 1. 3 Účel komunikace	6
1. 1. 4 Sestra a komunikace	6
1. 1. 4. 1 Komunikace sestra x nevléčitelně nemocný pacient	8
1. 1. 4. 2 Komunikace sestra x rodina nevléčitelně nemocného	9
1. 2 Zdraví x nevléčitelně nemocný pacient	10
1. 2. 1 Změny spojené s novou nemocí	11
1. 2. 2 Poslední fáze života	12
1. 3 Paliativní medicína	13
1. 3. 1 Definice paliativní medicíny	14
1. 3. 2 Cíle paliativní péče	15
1. 3. 3 Ošetrovatelská paliativní péče	16
1. 4 Hospicová ošetrovatelská péče	17
1. 4. 1 Hospice ve světě	18
1. 4. 2 Hospice u nás	19
1. 4. 3 Ecce homo	20
1. 5 Etika a nevléčitelně nemocný	21
1. 5. 1 „Ano, či ne?“	22
2. Cíle práce a hypotézy	23
2. 1 Cíle práce	23
2. 2 Hypotézy	23
2. 3 Výzkumné otázky	23
3. Metodika	24

3. 1 <i>Použité metody</i>	24
3. 2 <i>Charakteristika výzkumného souboru</i>	25
4. Výsledky	26
5. Diskuze	69
6. Závěr	76
7. Seznam literatury	77
8. Klíčová slova	80
9. Přílohy	81

Úvod

„...Boj se musí vydržet a dobojovat. Máš občas krásné výsledky, člověk by to rád pokládal za definitivní vítězství. Jenže životní drama je větší a delší. Trvá přesně do konce života. Tak vydrž!“ (14)

P. MUDr. Ladislav Kubíček

Motto „Efektivní komunikace v paliativní péči“ jsem si zvolila po zkušenostech, které jsem získala při ošetřování nevléčitelně nemocných pacientů, kteří v nemocnici trpěli bolestmi a mnohdy i v bolestech a sami, bez přítomnosti rodiny, umírali. Dalším podnětem pro zvolení tohoto tématu byly negativní reakce, odpor a někdy až agrese rodinných příslušníků těchto pacientů při nabídnutí možnosti hospicové péče. Hospice berou jako domy smrti, domy hrůzy a utrpení.

V této moderní uspěchané době, v době počítačů a moderní techniky nemá většina z dnešní populace žádné informace o možnostech paliativní péče. Dalším důvodem pro výběr tématu své bakalářské práce jsou poznatky z mé praxe, kdy jsem se několikrát přesvědčila, že sestry nechtějí a neumějí komunikovat s nevléčitelně nemocnými pacienty. Proto je mottem mé práce komunikace mezi ošetřujícím personálem a nevléčitelně nemocným pacientem. Efektivní komunikace je pro nemocného velmi důležitá; dodává pocit bezpečí, jistoty a blízkosti druhé osoby.

Během posledního roku, kdy jsem se věnovala paliativní a hospicové péči a snažila se nasbírat informace o znalostech a informovanosti, týkající se hospiců mě překvapilo, jak záporný postoj má dnešní populace k hospicové péči. A i když je v naší republice už 16 hospicových domů a další se staví, stále nejsou v naší uspěchané době prioritou a nevěnujeme jim pozornost.

1. Současný stav

1.1 Komunikace

Komunikace je nástroj, kterým se uskutečňují interakce, a interakce jsou vzájemné reakce, ke kterým dochází při setkání lidských bytostí. Je to mnohavrstevný a složitý proces, který je závislý na sociálních a individuálních zkušenostech, kulturní tradici a psychice. Je součástí bio – psycho - sociálních potřeb každého člověka. Cílem je co možná nejefektivněji a účinně předat informace, zjistit, poradit, přesvědčit. Komunikací rozumíme výměnu zkušeností, pocitů a informací. Každá interakce má specifický cíl a účel (9, 19, 22).

Sestra ve své zdravotnické praxi rozlišuje specifika výměny informací v těchto rovinách:

komunikace sociální – to je běžný rozhovor, který se odehrává mezi sestrou a pacientem při úpravě lůžka, ošetřování, hygieně a dalších sesterských výkonech u pacienta;

komunikace specifická – je oblast, kdy sestra pacienta edukuje, motivuje k dalším postupům léčby. U této formy komunikace je důležité zjistit, zda pacient rozuměl sdělení a zda ho akceptuje. Problematická je tato oblast komunikace u pacientů, kteří mají sníženou schopnost komunikovat. Tuto interakci používáme např. při sdělování informací a možných rizicích, při edukaci správného stravování při pacientově nemoci nebo když pacienta informujeme o postupech při vyšetření pacienta;

komunikace terapeutická – často se odehrává během rozhovoru s pacientem. Během této komunikace pomáháme pacientovi se rozhodnout v těžkých chvílích, sestra je pro pacienta oporou (22).

Výsledkem efektivní komunikace mezi pacientem a sestrou je, že: dostává příjemce a mluvčí informace, které jsou v dané situaci důležité, jejich důstojnost je zachována, mají pro dotazy a zopakování dostatečný prostor a mohou svůj názor vyjádřit.

Součástí profesní výbavy zdravotnického personálu jsou základní komunikační dovednosti (9, 19, 22).

1.1.1 Způsoby komunikace

Komunikace probíhá *verbálně* nebo *neverbálně*. *Verbální způsob* komunikace je za použití řeči a slov. Aby byla sdělení verbální komunikace srozumitelná, vyžadují kontrolu toho co chceme říct a jakým způsobem. Způsob vyjádření verbální komunikace je formou psanou a nebo mluvenou a má specifická a obecná pravidla. Komunikace verbálním způsobem musí být srozumitelná, jasná a stručná (9, 22).

Komunikace neverbální formou je komunikace, která probíhá za pomoci gest, mimiky, haptiky, proxemiky, posturologie, pohybů těla. „Přestože řeč je specificky lidským dorozumívacím prostředkem, podstatná část (70 – 90%) naší komunikace se uskutečňuje formou neverbální.“ (2, str.28)

Tato forma komunikace je sama o sobě srozumitelná a je první formou dorozumívání. Způsob této komunikace je považován za upřímnější a nahrazuje a podporuje řeč. V komunikaci ve zdravotnictví je velmi důležitá právě forma neverbální komunikace. Při interakci s nevléčitelně nemocným probíhá neverbální ale i verbální komunikace současně, proto se komunikace mnohdy definuje jako celek, v němž mluvíme činy i slovy. Součástí komunikace sestry a pacienta je i sdělování informací. Informujeme nemocného a okolí o pocitech, motivech, přáních a cílech, léčbě, léčebných postupech a možných komplikacích. To všechno můžeme sdělovat formou verbální i neverbální interakce. Proto musí sestra umět navázat vhodně a ve vhodnou dobu slovní kontakt s nemocným (2, 19, 22).

1.1.2 Cíl komunikace v paliativní péči

V paliativní i onkologické medicíně je komunikace s nevléčitelně nemocným pacientem velice náročná a naprosto nezbytná pro práci zdravotníků, pracujících s těmito pacienty. K tomu, aby komunikace mezi zdravotníky a nevléčitelně

nemocným byla co neefektivnější, je důležitá otevřená a citlivá informovanost pacienta o diagnóze onemocnění, léčbě a prognóze. Je nutné přizpůsobit rozsah informací psychickému stavu pacienta a při rozhodování o možnostech léčby je nutné brát na zřetel přání, preference a hodnoty nemocného. Během onkologické léčby klade nemocný často otázky existenční, jako je smysl života, vina, obavy ze smrti, odpuštění a posmrtný život. Zdravotníci by měli být na tuto situaci připraveni a neodmítat hovořit na toto téma. Za efektivní komunikaci je považována interakce, při které příjemce i mluvčí získají informace, které jsou pro ně důležité (12, 13, 24).

„Efektivní komunikace není také možná bez specifických dovedností, které si sestra musí osvojit, aby mohla nejen dobře poznat pacienta a jeho potřeby, ale aby byla schopná na něho i terapeuticky působit.“ (2, str.32)

1.1.3 Účel komunikace

Efektivní komunikace vede ke vzniku dobrého vztahu, který je mezi pacientem a sestrou. Základem ošetrovatelské péče je komunikace. Při každém setkání sestry se zdravotníky, rodinou pacienta a nevléčitelně nemocným probíhá specifická komunikace. V komunikaci obecně nejde jen o převod informací, způsob komunikace, ale při interakci s dalšími lidmi se komunikace účastníme, spoluvytváříme jí a jsme její částí a pozitivně ovlivňuje „kvalitu života“ nemocných a také jejich psychiku (10, 11, 20).

Významným a základním znakem komunikace je zpětnovazebný charakter. To znamená, že na informace, které vyslovíme, nemusíme dostat slovní odpověď, ale můžeme dostat odpověď od příjemce pomocí jeho těla a obličeje, například gesta, hlasové zvuky, mlčení, jak příjemce stojí či sedí (9).

1.1.4 Sestra a komunikace

Ošetrovatelství je chápáno jako věda a umění a přímo souvisí s posláním sestry. Pilířem ošetrovatelské péče je vztah pacient – sestra. Moderní ošetrovatelství je

směřováno na pacienta, jeho individualitu a potřeby. Důležitý je ošetrovatelský proces v péči o umírající a zemřelé. Ošetrovatelský proces je často definován jako přístup, který je logický, systematický a je součástí komplexní péče o pacienty, umírající a zemřelé (7).

„Výzkum v posledních několika desetiletích ukázal, že dobrá komunikace je nezbytným základem interakcí mezi zdravotnickými pracovníky a lidmi s terminálním onemocněním.“ (11, str.29)

V mnoha ohledech je komunikace ve zdravotnictví specifická. Při zprávě o nemoci, zvláště nevléčitelné, prodělává pacient velkou krizi - celý život se mu najednou změnil a nemá sílu vše zvládnout sám. Nastává stresující období jak pro pacienta, tak pro jeho rodinu. Před pacientem a jeho nejbližšími je nejistá a bolestná budoucnost plná ztrát a změn. Aby pro pacienta a jeho rodinu tato stresová situace, kterou přináší nevléčitelné onemocnění byla snesitelnější, je velmi důležitá komunikace zdravotnických pracovníků jak s pacientem tak i s rodinou (11, 20).

Dobrou a efektivní komunikací získáme pacienta ke spolupráci na jeho léčbě. Efektivní interakce sestry s nevléčitelně nemocným pacientem pomáhá odstranit strach, úzkost, pocit izolace a nervozitu. Cílem interakce sestry s pacientem je mít znalosti, interakční dovednosti a umět komunikovat. V průběhu ošetrovatelského procesu vyzývá sestra k úkonům, které jsou pro většinu pacientů citlivou záležitostí. Proto je velmi důležité během ošetrovatelského procesu u pacienta vytvořit atmosféru bezpečí a důvěry. Bez efektivní komunikace nelze vytvořit dobrý vztah mezi pacientem a sestrou (11, 20).

V komunikaci mezi sestrou a pacientem nejde jen o interakci, ale také způsob komunikace a výsledný dopad informací. Při ošetrování a interakci s nevléčitelně nemocným pacientem chráníme jeho důstojnost, snažíme se ho nepodceňovat, posilujeme možnost rozhodování. Jsme vnímavější k jejich bolesti, strachu, úzkosti a depresi (12).

Nemyslitelná je péče o nevléčitelně nemocné bez kvalitní komunikace, která probíhá mezi sestrou a nemocným, ale i mezi rodinou nemocného a zdravotníkem. Je to skutečnost, která je definována jako přenos informací. Pomocí komunikace sdělujeme

svá přání, očekávání, motivy, hodnoty a pocity. Aby interakce mezi nemocným a sestrou byla efektivní, je důležité splnit tyto podmínky:

chtít komunikovat,

umět komunikovat,

a umožnit komunikovat.

Chtít komunikovat bývá ve většině případů ze strany pacienta, který po sdělení diagnózy jeho nevléčitelné nemoci má potřebu hovořit o budoucnosti, léčbě, bolesti ale i o reakcích svého okolí. A nejbliže v té chvíli je ošetřující sestra, která by měla umět efektivně komunikovat. Základ efektivity v komunikaci je umět „navázat kontakt“ s okolím. Pilířem dobré komunikace jsou zkušenosti, se kterými se sestra setkává ve své praxi. Možnost komunikace bývá problematická ze strany pacienta. Ten by měl být schopný percepce a uchování informací v paměti. Častěji se setkáváme v paliativní péči s pacienty staršími, kteří mají sníženou schopnost pamatování, uchování informací a zhoršenou smyslovou funkci (2, 3).

1.1.4.1 Komunikace sestra x nevléčitelně nemocný pacient

S pacienty, kteří jsou nemocní dlouhodobě, se setkáváme v ambulantní i nemocniční péči. Nevléčitelně nemocní pacienti tvoří zvláštní skupinu. Komunikace s touto skupinou nemocných klade nárok na osobní zralost a profesionalitu sestry. Nevléčitelně nemocný pacient potřebuje komunikovat s člověkem – profesionálem, který pomůže v rámci interakce nést nemocnému náročný a těžký úděl (12, 22).

I v komunikaci sestry s nevléčitelně nemocným mohou nastat problémy, pacient neuneset tíhu závislosti na podpoře a pomoci druhých a nebo odmítá kontakt se zdravotníky. „Vhodný způsob komunikace volíme podle stádia přijetí závažného onemocnění pacientem.“ (10, str.114)

Proto je nutné, aby sestra při interakci s nevléčitelně nemocným posilovala kompetentnost a samostatnost nemocného, citlivě naslouchala, věnovala nemocnému dostatek času při probírání postupů a informací, které je dobré doplnit tištěným

materiálem a obrázky. Vhodný je také kontakt neverbální komunikace, hlavně u osamělých a starých pacientů (22).

Každý pracovník hospice musí umět zvládat mimoslovní a slovní kontakt s pacientem a co nejvíce hovořit s rodinou nemocného i s ním samotným. Výzkum v posledních několika desetiletích ukázal, že dobrá komunikace je nezbytným základem interakcí mezi zdravotníky a lidmi s terminálním onemocněním. Ne snadno se hovoří o umírání a smrti. Dobrá komunikace může ovlivnit jak fyzický tak psychický stav pacienta, ale také kvalitu života nevléčitelně nemocného pacienta (11, 24, 25).

Sestra s pacientem má úzký kontakt. Je spojovacím článkem pacienta s nemocničním prostředím, vyšetřovacími procesy, léčbou a změnami, které pobyt v nemocnici přináší. Pro pacienta je sestra důležitým prvkem v uspokojování základních potřeb. Interakční schopnosti sestry řadíme mezi aspekty ošetrovatelské péče o nemocného. Cílem interakce je zjistit pacientovi starosti, obavy a trápení a tento proces se nazývá terapeutická komunikace. K nevléčitelně nemocnému pacientovi přistupujeme individuálně. Každý pacient má strach a obavy z budoucnosti, a tyto aspekty musíme brát na zřetel. S příchodem sdělení diagnózy nemoci trpí pacient úzkostí, depesemi, beznadějí a strachem. Depresivní pacienti o problémech, které přišly s nemocí, méně hovoří. Pacienti v terminálním stádiu odmítají komunikovat a pokud hovoří, tak se komunikace týká duchovních, sociálních, somatických a psychických problémů. Otázkou zůstává, zda je sestra schopna profesionálně a efektivně komunikovat s pacientem v terminálním stádiu. Často interakce mezi pacientem a sestrou není dostatečná a efektivní. Za nízkou úrovní komunikace stojí nedostatek času, který v současnosti trápí většinu zdravotnických zařízení a nedostatečné vzdělání sester v odvětvích psychologie a komunikace (1, 7).

1.1.4.2 Komunikace sestra x rodina nevléčitelně nemocného

Již při sdělení diagnózy nemoci bez příznivé prognózy, zažívá rodina nemocného šok, stres, obavy, bolest a trápení. Rodina těžko přijímá pravdu o vážném stavu a o blízkosti smrti, ale pro nemocného hraje rodina důležitou roli. Chování

nejbližších má velký vliv na chování pacienta. S příchodem nevléčitelné nemoci dojde v běžném životě rodiny ke změnám, se kterými se musí rodina vypořádat. Proto je vhodné, aby na komunikaci s rodinou měla sestra dostatek času, aby vhodně volila slova nejen útěchy ale i povzbuzení, podpory a vysvětlila důležitost účasti a zapojení rodiny do péče o nemocného. Rodina pacienta je vystavena velkým požadavkům, které na ně klade péče o psychickou, duchovní a hlavně fyzickou stránku nemocného. Aby rodina nemocného vhodně a kvalitně uspokojovala požadavky pacienta, je potřeba aby byli plně informováni o všech stránkách nemoci, změnách stavu, možnostech léčby, jak komunikovat s ostatními členy jejich rodiny, jak vést komunikaci s nevléčitelně nemocným. Další ujištěním při komunikaci s rodinou je fakt, že pacient nebude trpět bolestí, že pacientovi budou podávány analgetika, které nenaruší jeho dosavadní úroveň života (7,8).

Velkým povzbuzením při komunikaci s rodinou, je ujištění, že nebude pacient umírat sám, bez přítomnosti sestry nebo člena rodiny. V neposlední řadě je důležitá psychická opora, mnohdy za asistence odborníků psychologie. Důležitá je pro rodinu nemocného otevřená komunikace o blízkosti smrti a umírání. V zármutku rodiny, může sestra pomoci pouze, pokud si uvědomí své zkušenosti se smrtí, umíráním a zármutkem. Aby podpora umírajícímu a jeho rodině byla efektivní, musí sestra být aktivní a přemýšlet, jak vhodně a co nejvíce pomoci ulehčit rodině nemocného, toto velmi náročné období, plné bolesti a ztráty. Z důvodu nedostatečného komunikačního vzdělání, neumí většina sester dostatečně podpořit rodinu a porozumět zármutku, který prožívají (7, 8).

1.2 Zdraví x nevléčitelně nemocný pacient

Pokud chceme doprovázet vážně nemocné pacienty, nejprve si musíme správně odpovědět na otázku, jak chápeme zdraví. Pokud zdraví chápeme jako stroj, který funguje a nebo je rozbitý a potřebuje nutně opravit, nemáme šanci být nevléčitelně nemocným pacientům být oporou (17). Zdraví je multidimenzionální a složitý proces. Je podmíněné tím, jak si všichni chráníme, rozvíjíme a udržujeme své zdraví.

T. Parsons zdraví vidí jako „stav optimální kapacity individua účinně vykonávat své role a povinnosti.“ Pokud je člověk zdravý, může plnit své životní úkoly, cíle a čelit nátlaku okolí (1).

Dle definice WHO z roku 1948 je zdraví definováno jako „stav úplné tělesné, a duchovní pohody a nejen nepřítomnost nemoci“. Zdraví je považováno za systém poměrně složitý, ve kterém psychické, fyzické a sociální oblasti spolu s okolím tvoří vyrovnaný celek. Pokud některá z těchto oblastí je narušena, přichází nemoc. A nemoc, jak říká české přísloví, nechodí po horách, ale po lidech. A tak se stávají z lidí pacienti, kteří potřebují kromě ošetřovatelské péče také naši oporu a nebo vyslechnout (1, 17).

Opakem zdraví je právě nemoc. Ta zaskočí každého, nemocného samotného i jeho okolí. Tato fáze se nazývá šok. Šok patří mezi reakce, které jsou typické pro člověka v těžké situaci. Tyto fáze výstižně popsala dr. Elizabeth Kübler – Rossová. Nemocný prochází fází šoku, hněvu, smlouvání, deprese, rezignace a smíření. Ten, kdo se s touto teorií, vytěženou z její dlouholeté lékařské praxe včas seznámí, nelituje. Vyvaruje se totiž chyb, kterých by se bez těchto znalostí s největší pravděpodobností dopustil. Stejně tak jako zdraví i nemoc má psychickou, biologickou a společenskou stránku. Dle T. Parsonse je nemoc poruchou soběstačnosti jedince plnit očekávané úkoly a role (1, 19).

1.2.1 Změny spojené s novou nemocí

Období nemoci má čtyři fáze.

První fáze nastává při objevení prvních symptomů a nemocný si uvědomuje svojí novou roli a postavení. Období druhé fáze začíná pacientovým vyhledáním odborné pomoci nemocným. Pacient se ocitá v neznámé nebo mimořádné situaci. V tomto období většina pacientů trpí strachem a obavami z budoucnosti, z toho, co je čeká. Tato fáze je velmi psychicky náročná pro většinu nemocných. Třetí stádium nemoci je přijetí choroby, pacient je ztotožněn se svojí novou rolí a to s rolí pacienta. Čtvrtým a zároveň posledním stádiem nemoci je návrat k rolím, které vykonával před nemocí. Vrací se do původního stavu (1).

Těžkou situací v životě, která na nás klade požadavky na adaptaci je nově zjištěná nemoc, hlavně nevyléčitelná. Zvýšený tlak je zároveň na rodinu nemocného. Změny, které nemocného zasáhnou jsou:

sociální – nemoc zasáhne všechny pacientovi životní role, v rodině, ve volném čase, v zaměstnání;

tělesné – tyto změny znemožňují soběstačnost nemocného, ovlivňují kvalitu života, průvodním symptomem je bolest;

psychické – tyto změny členíme do několika skupin, jsou to změny, které přichází s vyslovením diagnózy nemoci, změnou životních rolí a vlivem dlouhodobé frustrace a zátěže.

1.2.2 Poslední fáze života

„ Smrt je dnem narození pro druhý, nejdůležitější úsek života“ (19).

František Hobizal

Jedinou jistotou od narození, kterou máme je smrt. Ta byla donedávna velké tabu. Byli jsme tak zaměstnaní budováním nových, lepších zítřků a nemohli se rozptylovat a zdržovat morbidními otázkami jako je umírání a smrt. Výsledkem minulé doby jsou sídliště plná lidí, kteří nejsou na smrt a ani na její skutečnost připraveni. Naše generace se hrozí slov jako je onkologické onemocnění, bezmocnost a závislost. Velmi dlouho ještě potrvá, než se vrátíme na úroveň našich předků, pro které byla smrt součástí života. V dřívějších dobách naši předkové umírali doma za přítomnosti celé rodiny, která se střídala u lůžka umírajícího, vyslechli ho, drželi za ruku, utěšovali a modlili se. „Na počátku 20. století umíralo doma ještě 80% lidí.“ (15, str.27) Tato forma umírání byla zcela přirozená, nikoho by nenapadlo nechat umírající samotné a opuštěné, tak jako se to děje dnes za dveřmi nemocničního pokoje (2, 19).

Lidé dříve krátkou dobu „stonali a rychle umírali“. Bylo to zapříčiněno tím, že nebyla tak rozvinutá péče o umírající a péče byla poskytována hlavně bohatým lidem. Umírání v domácím prostředí bylo klasickým pohledem umírání. Péče byla

poskytována laická. Lidé věděli, jak se mají chovat, jak reagovat na potřeby umírajícího, co se od nich očekává. Psychickou oporou umírajícímu v této těžké chvíli byli kněží, sousedé a rodina. Doprovázení nemocných v závěru jejich života vyžaduje hodně síly a konfrontuje nás s vlastní smrtelností (1, 8, 23).

Umírání a smrt je součástí, nutnou podmínkou a skutečností každého života. „Nic není jisté jako smrt, a přesto většinou žijeme tak, jako by se smrt týkala jen těch druhých.“ (15, str.24) Smrt je poslední fáze, kterou život skončí. I když je více osamělejší, odlišná a mechanická. Nemocný, který umírá v nemocnici, umírá v neznámém prostředí, umírá v nepohodlí a většinou sám. Přitom jediné po čem v této chvíli každý umírající touží je, usmát se na něho, být s ním, vzít ho za ruku, vyslechnout. V nemocnici umírá až 92% pacientů, jak ukázaly průzkumy, i když přáním většiny nevléčitelně nemocných je zemřít doma. Domácí prostředí je pro ně známým místem, kde jsou jeho nejbližší (1, 8, 23).

Strach z umírání patří zákonitě k životu, čeká nás všechny a neunikneme mu. Strach velmi často sešněruje i zdravé lidi, kteří se pohybují v okolí nevléčitelně nemocného. Proto nemocného v nemocnici nenavštíví, bojí se s ním komunikovat. Neví, co by si s ním povídali, co by mu říkali. Ale to je omyl. Nemocný, který trpí nevléčitelnou chorobou nečeká moudra z ulice, nečeká, že budeme něco vyprávět. To, co nemocný v dané chvíli potřebuje je, že budeme pozorně naslouchat, snažit se vcítit a vžít se do něho, abychom předvídali a odhadovali jeho přání a potřeby. Samozřejmě nemocný pacient trpí strachem, trpí strachem ze samoty, z bolesti, ze společenského znemožnění, ze smrti (19).

1.3 Paliativní medicína.

Reálnou nadějí pro umírající nemocné je paliativní medicína. „Paliativní medicína není druhořadá a horší, i když časově nastupuje jako druhá“ (3, str.48) Často bývá v literatuře zmiňována jako specializace, která je mladá a nová. Jedná se ale o nejstarší ošetrovatelskou a lékařskou disciplínu. Celá medicínská historie je ve znamení zmírňování příznaků nemocí, zvláště jedná – li se o onkologické onemocnění. Dříve

nebylo v popředí zájmu zdravotníků pečovat o chronicky nemocné nebo o nevléčitelně nemocné pacienty. Pokroky v chirurgii, radioterapii a farmakologii za posledních dvacet let výrazně zlepšily možnosti paliativní péče. Současná paliativní péče přispívá k výborné kvalitě života chronicky a nevléčitelně nemocných za využití týmové spolupráce všech zdravotníků s různými dovednostmi, znalostmi a novými poznatky, které paliativní medicína přináší. Nejdůležitější léčbou v paliativní terapii je léčba bolesti a řešení duchovních, sociálních a psychologických oblastí pacienta (1, 25).

Jejím cílem je pomáhat nemocným, kteří mají nevléčitelnou chorobu a udržet jejich co možná nejvíce kvalitní život i v tak těžké situaci, jako je nevléčitelnost nemoci. Součástí paliativní medicíny je hospic a hospicová péče (6, 26). Již v dobách antiky byla poskytována paliativní péče. V moderních časech byla tato péče poskytována hlavně nevléčitelně nemocným pacientům, prováděli jí duchovní, jeptišky, sestry, lékaři i rodina nemocného. Koncem 19. století a na začátku 20. století byla zřizována zařízení, která poskytovala hospicovou péči, různými řády v Anglii, Spojených státech amerických, Irsku, Austrálii a Francii (25).

1.3.1 Definice paliativní medicíny

Velká Británie 1987

„ Paliativní medicína je celková léčba a péče o nemocné, jejichž nemoc nereaguje na kurativní léčbu. Nejdůležitější je léčba bolesti a dalších symptomů, stejně jako řešení psychologických, sociálních a duchovních problémů nemocných. Cílem paliativní medicíny je dosažení co nejlepší kvality života nemocných a jejich rodin“ (25, str.24).

WHO 2002

„ Paliativní péče je přístup, který usiluje o zlepšení kvality života pacientů, kteří čelí problémům spojeným s život ohrožujícím onemocněním. Včasným rozpoznáním, kvalifikovaným zhodnocením a léčbou bolesti a ostatních tělesných, psychosociálních a duchovních problémů se snaží předcházet a mírnit utrpení těchto nemocných a jejich rodin“ (25, str.24).

Při přečtení těchto definic můžeme sledovat vývoj v oblasti rozvoje paliativní medicíny. Definice z roku 1987 vymezuje paliativní medicínu jako péči pouze pro onkologicky nemocné pacienty, ale my už dnes víme, že paliativní péče není určena jen pro tyto pacienty, ale pro všechny nevléčitelně nemocné, chronicky nemocné. Definice z roku 2002 ale už pracuje „s konceptem onemocnění ohrožujícího život.“ U těchto pacientů se paliativní medicína zaměřuje na zmírnění utrpení ve všech směrech potřeb pacienta (25).

1.3.2 Cíle paliativní péče

Období, které nastává po ukončení léčby a před smrtí se nazývá „ období paliativní péče“. Během tohoto období se nemocný i jeho nejbližší připraví na okamžik smrti. Setkáváme se zde s lidmi čelícími velkým změnám v životě. Pacienti v takové chvíli chtějí hovořit o mnoha problémech, o naději, strachu, smrti, o své nemoci. Je důležité, aby nemocní věděli, že nyní je příležitost a čas podělit se o svoje trápení a starosti. Takovéto rozhovory jsou tzv. „hovory o nemoci.“ V této době se pacienti postupně vyrovnávají se smrtí. Jsme přesvědčeni, že se pacienti bojí smrti samotné, ale většina z nich má obavy z umírání. Velkou úlevou jim přináší zjištění, že v období paliativní péče to nejhorší již překonali. Úkolem paliativní péče je prevence nebo mírnění komplikací a symptomů nevléčitelné choroby a prodloužení doby přežití. Výhodou paliativní péče je možnost usměrnit pacientovu úzkost a pomáhat mu sdílet jeho obavy a smutek (14, 24).

Paliativní péče je součástí péče ošetrovatelské, je částí profesionální úlohy všech zdravotníků. Pouze dobrá znalost paliativní péče poskytne ošetrovatelskému personálu efektivní péči o pacienty v terminálním stádiu (1).

V péči o nemocného je důležitá týmová spolupráce, aby došlo k uspokojování všech potřeb pacienta. Cílem zájmu ošetrovatelského týmu, je sledovat požadavky ve prospěch dobra pacienta. Žádoucí je co nejvíce zkvalitnit a zlepšit úroveň života (18).

Základem paliativní péče je empatická a otevřená komunikace, která probíhá mezi nemocným, zdravotníkem a rodinou nemocného. V současné době se velmi často

setkáváme s názorem, že nevléčitelně nemocný pacient by měl být informován o své nemoci cestou citlivého a otevřeného rozhovoru. Takto vedený rozhovor by měl nemocnému osvětlit nejen diagnózu a prognózu, ale také možnosti a účinnost léčby a rizika, která se léčby týkají. Při vytyčování léčebných cílů je důležité preferovat hodnoty a přání pacienta. Během léčby a hlavně u pacientů v pokročilém či terminálním stádiu nemoci, klade nemocný otázky týkající se utrpení, smyslu života, strachu z umírání a ze smrti, otázky odpuštění. Proto by každý zdravotník měl být připravený umět odpovědět na pacientovy otázky. Těmto rozhovorům se většina zdravotníků raději vyhýbá, protože neví, jak reagovat na pacientovy obavy a problémy, a pokud pacient na toto téma začne hovořit, zdravotník okamžitě převede hovor na jiné téma, bojí se komunikace s nevléčitelně nemocným. Cílem je snaha o udržení kvalitního života. Snaží se o efektivní léčbu a zajištění podpory při obtížích psychosociálních, duchovních a tělesných. Hlavním kritériem péče a léčby je respektování jedinečnosti každého pacienta (24).

1. 3. 3 Ošetrovatelská paliativní péče

Součástí pracovní náplně každé sestry, pracující v různých zdravotnických zařízeních, je ošetrovatelská paliativní péče. Dobré znalosti, které sestra získá při ošetrování v paliativní péči, vedou k efektivnímu poskytování kvalitní ošetrovatelské péče. Sestra tak může pomoci i rodině nemocného. V paliativní péči rozlišujeme:

„*Paliativní přístup*“ - to je oblast vědomostí a znalostí, které sestra využívá při ošetrovatelské péči o pacienty v terminálním stádiu, umí rozlišit psychické a fyzické problémy a najít vhodný způsob řešení.

„*Specializovaná intervence*“ – péče, kdy je nutné požádat o spolupráci specialisty z jiných oborů, kteří potřebnou pomoc zajistí. V této rovině paliativní ošetrovatelské péče své vědomosti uplatní dietní terapeut, sestra se specializací na hojení defektů vlhkou metodou a další odbornosti.

„*Specializovaná paliativní péče*“ – tuto péči poskytují sestry, které prošly školením a mají znalosti v paliativní péči, umí pomoci jak nemocnému tak i jeho rodině (7).

Paliativní péče je kontinuální péče, která je poskytována od všeobecné roviny po specializovanou péči. Tato péče je nemocným poskytována od pradáвна, prováděli jí laici, sestry, lékaři, jeptišky, duchovní a členové rodiny. Cílem je starat se o nemocné s nevy léčitelným onemocněním, jejich nejbližší, monitorovat potřeby nemocného a umět je uspokojit. „Významnou roli hraje nejen komunikace, ale také způsob, jakým vykonáváme činnosti spojené s ošetřováním nemocného.“ (17, str.108). Sestra pracuje v paliativní ošetrovatelské péči nejen s nevy léčitelně nemocným, ale také s rodinou pacienta. Aby byla paliativní péče a komunikace s nevy léčitelně nemocným pacientem efektivní, očekává se od sestry profesionální přístup a odborné rady (7).

1.4. Hospicová ošetrovatelská péče.

Hospicová ošetrovatelská péče je nadějným a uceleným pomocným systémem nevy léčitelně nemocnému i jeho nejbližším. S respektem smrti jako přirozené a nedílné součástí života se setkáváme právě v této péči. Myšlenkou hospicové péče je úcta k člověku a k životu (5, 17).

V současné době jsou známé tyto formy péče:

Lůžkový hospic –základní forma poskytované hospicové péče, jde o „lůžkové zařízení“, které má okolo 30 lůžek. V těchto zařízeních je kladen důraz na prostředí, které je podobné prostředí domácím.

Mobilní hospic – domácí hospicová péče, takovýto typ péče je poskytován u pacientů v domácnosti. Cílem této formy péče je aktivizace a podpora nejbližších.

Denní hospicový stacionář – je zařízení s možností pobytu přes den, tato forma poskytované péče umožňuje pacientovi odjet na noc domů. V úvahu tato forma péče připadá jen u pacientů, kteří bydlí v blízkosti hospice.

Oddělení paliativní péče – toto oddělení je součástí nemocnice, jde o přenos hospicové péče do nemocničního prostředí.

Konziliární týmy paliativní péče – tým, který konziliárně působí u lůžka nevy léčitelně nemocného.

Potřeba paliativní či podpůrné péče se během nemoci u každého nemocného výrazně mění a vyvíjí. Proto by mělo být v zájmu pacientů i zdravotníků, aby u nás vznikaly různé druhy poskytování paliativní péče (24). Hospicová ošetrovatelská péče se poskytuje v zařízeních, která nazýváme hospic. Cílem péče poskytované v hospicových zařízeních je sloužit a pomáhat (17).

Hospic je anglický výraz, který znamená útočiště nebo také útulek. Původně byl tento výraz použit v dobách středověku pro domy odpočinku. Tyto domy sloužili jako útočiště poutníků, kteří si zde odpočinuli, nabrali nové síly, najedli se, napili a ošetřili případné bolesti. V čele takového domu stál člověk, který byl schopen vést hostinec a také se vyznal v ranhojičství. Později hospice zanikly a nová myšlenka na Hospic se zrodila v polovině 18. století, kdy vznikla v Dublinu a Corku za úsilí Mary Aikdenheadové nemocnice, která poskytovala péči umírajícím pacientům. Tato nemocnice dostala název Hospic. Hospic je specifické zařízení, které poskytuje paliativní péči, která je zaměřená na úlevu od bolesti. Slibuje léčitelnost, ale neslibuje vyléčení. Nebere naději, ale také neslibuje uzdravení. S těmito domy se dnes setkáváme v 95 zemích světa. Odhaduje se, že ve světě je více jak 2000 hospiců (18, 26).

Hospice jsou lůžková zařízení, zaměřená na poskytování péče pacientům v terminálním a preterminálním stádiu nemoci. Základem poskytované péče jsou individuální přání a potřeby každého pacienta (6).

1.4.1 Hospice ve světě.

V roce 1905 vznikl v Londýně další hospicový dům. Byl to St. Joseph's Hospice. V roce 1967 byl opět v Londýně otevřen hospic, který je nazýván domem mateřským hospicových zařízení a v čele hospice St. Christopher's Hospice, jak se tento hospic jmenoval stanula Dr. Cicelly Saundersová. Tato původem zdravotní sestra, dosáhla ve svých 38 letech lékařského vzdělání. Ve své práci se při ošetrování pacientů, setkala s jedním osamoceným polským emigrantem, o kterého pečovala v Hospici St. Joseph's a on této lékařce na sklonku svého života daroval 500 liber a vyslovil přání, aby tyto peníze byly použity na výstavbu dalšího hospice. Úspěchy hospice St.

Christopher's ukázaly cestu k založení dalších hospicových domů, nastal tak dramatický rozvoj zřizování hospicových domů ve světě (3, 7).

1.4.2 Hospice u nás.

U nás první hospic založila lékařka Marie Svatošová. Hospic Anežky České v Červeném Kostelci byl otevřen 8. prosince 1995 a první pacienty přivítali v lednu 1996. Filozofie hospiců vychází z úcty k člověku, který je vnímán jako neopakovatelná a jedinečná bytost a z úcty k životu. Cílem hospiců je pomáhat a sloužit (17). Je místem pro důstojné a klidné umírání. Hospicová péče má čtyři kritéria, je to spirituální a psychosociální doprovod, opora při truchlení a paliativní péče. Denní režim v hospici je zcela odlišný od toho v nemocnici. Režim v hospici se odvíjí od přáních a potřeb nemocného. Nezbytnou nutností v hospicích jsou jednolůžkové pokoje, kde nikoho z dalších pacientů neobtěžují kontinuální návštěvy (25). Personál, který pracuje v hospicích vnáší mezi nevléčitelně nemocné pacienty atmosféru klidu, bezpečí, lásky, pokoje, naděje a uznání. To vše nevléčitelně nemocný pacient potřebuje a v takovýchto zařízeních je jim poskytováno mnohem víc, prioritou nemocného je zde na prvním místě. „Všichni musí sledovat dobro pacienta. Všechno, co může zlepšit kvalitu života nemocného, je žádoucí.“ (18, str.24)

Garance , které hospic nemocnému dává:

nebude trpět bolestí,

bude respektována důstojnost nemocného,

nebude sám v posledních minutách života.

„Hospic je určen nemocným s infaustní prognózou a obtížnými symptomy.“
(25, str.518)

Hospic je doplňkem a vítaným typem způsobu paliativní péče, kde nejde o léčbu nemoci, kterou již nelze vyléčit, ale o mírnění bolestí, vlídné doprovázení umírajících a jejich rodin, v neposlední řadě i o laskavou péči. Hospic je v současnosti

vlivem rozvoje paliativní péče chápán jako zařízení, které je víc než zdravotnické zařízení. Zdravotníci, kteří pracují v hospici, vytváří atmosféru klidu, uznání, lásky, pokoje, naděje a bezpečí. Úkolem hospice je nabídnout podporu a pomoc lidem, kteří je potřebují. Pro většinu pacientů je nejdůležitější, že nebudou v posledních chvílích života sami a nebudou trpět nesnesitelnými bolestmi (1, 7, 15). „Jádrem myšlenky hospice je snaha učinit umírání součástí života a vrátit ho zpět do každodenního života.“ (15, str. 26)

Pohled, který nám nabízí hospic zevnitř i zvenku je velmi odlišný. Jako každá mince má rub a líc, tak i hospic má dvě strany. Rubem hospicové péče je vše smrtelné a bolavé. Lícem, který už není tak známý je atmosféra, která se line hospicovou budovou a to je pohoda, klid a radost. Je to jako oáza klidu uprostřed bouře (18).

1.4.3 Ecce homo

V roce 1993 bylo založeno lékařkou Marií Svatošovou a jejími přáteli sdružení Ecce homo, jehož dlouhodobým cílem je podporovat domácí a hospicovou péči a prosadit hospicovou péči na jiná místa, mimo hospice, kde také umírají nemocní.

Strategií tohoto sdružení je:

mluvit nahlas a přemýšlet o smrti a umírání,

budovat nové hospice,

poznatky a zkušenosti z hospicové péče šířit dál,

prosadit mimo objekty hospice myšlenku hospicové péče (18).

1. 5 Etika a nevléčitelně nemocný

Etika je filozofickou disciplínou. Základem je „lidská bytost“, kterou je nutné respektovat. Myšlenky etiky vychází z hippokratovské tradice. V hippokratovské etice už byly známy principy neškození a dobročinnosti (10).

V roce 1992 se stala etika neboli nauka o mravnosti „samostatnou vědní disciplínou“. Etika zdravotní se zabývá problémy mravovědy ve zdraví. Řeší problémy, které se týkají systémů ve zdravotnictví a zdravotnictví samotného. V naší současné kultuře si smrt z našeho vědomí neustále vytěšňujeme a vytváříme si iluze o trvání nekonečného života. Hlavně moderní, rychlá doba nám nedovoluje zamyslet se nad otázkou konce života, umírání a smrti. V poslední době se naše společnost potýká s nejdiskutovanějším problémem a to je eutanazie. Z průzkumů občanů naší země vyplývá, že více jak polovina oslovených je pro eutanazii. Otázka eutanazie je velice závažné a obsáhlé téma plné otázek. Co vlastně eutanazie je? Eutanazie je smrt ze soucitu, z milosrdenství nebo z útrpnosti. Tak jako jsme si nedali sami život, tak bychom si ho neměli ani brát. Žijeme v časech, kdy se názory lidí mění a mnohem častěji se ptáme „čím je tento člověk“ místo toho abychom se ptali „kdo je tento člověk“. Je důležité respektovat nezaměnitelnost, jedinečnost a originalitu pacienta, respektovat jeho svobodu, ošetřovat a vnímat jeho dimenze a aby měl pacient v nás oporu a důvěru. Potom budeme schopni lépe nevléčitelně nemocným pomáhat v jeho trýzních a v okamžiku umírání (4, 10, 12).

Obtížným úkolem v komunikaci s nevléčitelně nemocným je sdělení jeho nové diagnózy. Náročným obdobím interakce s nemocným je situace, kdy dojde k progresi nebo relapsu choroby. Posledním krokem náročné komunikace s nevléčitelně nemocným pacientem je sdělení o nutném ukončení léčby nebo navrhnutí hospicové péče. V polovině 20. století se začalo upouštět od přesvědčení, nesdělovat informace o povaze onemocnění pacienta a prognóze. Milosrdná lež, která byla nemocnému sdělena, vedla pacienty do izolace a narušovala důvěru ve vztazích, jak v rodině nemocného, tak ve vztahu zdravotníka s pacientem. Sporadicky se diskutovalo už před rokem 1989 o právech pacientů na komplexní informace, týkající se jejich

nevléčitelné choroby. Až od roku 1990 došlo k výrazným změnám, které se týkaly informovanosti pacienta (12).

Etický kodex s definitivním textem „Práv pacientů“ vešel v platnost v únoru 1992. V kodexu se říká, že pacient má být srozumitelně informován o povaze nemoci, navržení dalších terapeutických postupů, o prognóze a možných komplikacích spojených s léčbou (4, 12).

K dalšímu významnému pokroku v etických problémech, týkajících se nevléčitelně nemocných pacientů a následné smrti došlo po roce 1989, kdy se začalo otevřeně a nahlas hovořit o problematice smrti a umírání. V posledních letech se o problematiku týkající se smrti a umírání obecně začíná zajímat většina zdravotníků, z důvodu nedostatku zkušeností s interakcí s umírajícími (4).

1. 5. 1 „ Ano, či ne?“

„Každý je oprávněn znát všechny informace o svém zdraví. Pokud si však někdo nepřeje být informován o svém zdraví, je třeba to respektovat.“ (3, str.27)

Otazníkem současné doby a etiky je otázka: „ Ano, či ne?“ Po dlouhá léta se vedou diskuze zabývající se komunikací nevléčitelně nemocným a problémy, které jsou spojené s jeho léčbou (4).

Komunikace a terapie nevléčitelně nemocných má léta nevyřešený problém, týkající se otázky, zda říci pacientovi pravdu či ne. Říct nemocnému pravdu o své nemoci může být etické, ale i neetické. Osvobozující pravda může být pokládána za etickou. Za neetickou stránku pravdy o sdělení diagnózy nemoci jsou považována slova pravdy, která mohou pacientovi ublížit. Na téma pravdy, která je vyřčena u lůžka nevléčitelně nemocného, bylo vedeno mnoho diskuzí a vzniklo mnoho otázek (4).

V centrech paliativní péče a onkologie, ve standardech, v etice je doporučováno, aby potřebám pacientů byla věnována dostatečná pozornost a péče, která je založená na efektivní komunikaci (12).

2. Cíle práce a hypotézy

2.1 Cíle práce

C 1 Zjistit, zda jsou pacienti v terminálním stádiu nemoci spokojeni s komunikací sester v hospicích a zda je pro ně daný způsob komunikace psychickou podporou.

C 2 Zjistit, zda jsou pacienti a jejich rodiny informované o způsobech a možnostech paliativní péče.

C 3 Zmapovat způsoby a efekt komunikace sester, které pracují s klientem v terminálním stádiu.

2.2 Hypotéza

H 1 Sestry, pracující v paliativní péči, jsou schopny navázat efektivní komunikaci s pacientem.

2.3 Výzkumné otázky

VO 1 Pokládají pacienti způsob komunikace sester za vyhovující?

VO 2 Mají pacienti a jejich rodiny dostatečné informace o způsobech a možnostech paliativní péče?

3. Metodika

3.1 Použité metody

Pro výzkumné šetření a zodpovězení výzkumné otázky VO 1 byla použita metoda kvalitativního výzkumu formou hloubkového rozhovoru se skupinou pacientů z hospice a TRN oddělení a jejich nejbližších členů rodiny. Rozhovor byl proveden na podkladě připravených 28 otázek s 10 nevléčitelně nemocnými pacienty plicního oddělení a s 9 klienty Hospice Sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích. Otázka č. 1, 2 jsou identifikační, zaměřené na věk a rodinný stav pacienta. Následující otázky č. 3, 4, 5, 6 jsou zaměřeny na nemoc pacienta. Otázky č. 7, 8, 9, 10, 11 se týkají informovanosti pacienta a jeho rodiny o možnostech hospicové péče. Další otázky č. 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19 se týkají komunikace sester s nevléčitelně nemocným. Následující otázka č. 18 se týká pacientovy důvěry v ošetřující personál. Dvacátá otázka je zaměřená na priority pacientů. Další otázky č. 22, 23, 24 jsou zaměřeny na oblast víry a vyznání pacientů. Otázka č. 21, 25 a 28 se týkají životních hodnot. Otázka č. 26, 27 se zaměřují na rodinu pacienta (Příloha č. 1).

Pro ověření hypotézy byla použita metoda kvantitativního výzkumu formou dotazníku. Z celkového počtu 100 dotazníků, bylo rozdáno všeobecným sestřám v hospici 15 dotazníků, celková návratnost byla 92%. Dotazník obsahoval 20 otázek. První tři otázky jsou identifikační, zaměřené na věk, délku praxe a oddělení, kde zdravotník pracuje. Otázky č. 4, 5, 6 jsou zaměřeny na problematiku víry a jejího vlivu na práci zdravotníků. Otázka č. 7 je zaměřená na potřeby nevléčitelně nemocného pacienta. Následující otázka č. 8 se týká ocenění práce zdravotníků. Otázka č. 9, 10, 11, 12, 15 se zabývá komunikací pacientů s ošetřujícím personálem. 13. otázka je zaměřená na mimoslovní interakci. Otázka č. 14, 16, 17 je zaměřená na vliv komunikace a reakce zdravotníků. Poslední otázky č. 18, 19 a 20 jsou zaměřeny na možnost školení, konzultací s psychologem a na vliv komunikace s nevléčitelně nemocným na ošetřující personál (Příloha č.2).

3. 2 Charakteristika výzkumného souboru

Počet dotazníků, které byly rozdané sestřám byl 100 kusů. Návratnost byla 92%, což je 92 dotazníků. Z toho bylo vyřazeno pro nesprávné nebo neúplné vyplnění 15 dotazníků. Pro výzkumné šetření bylo použito 77 dotazníků. Z hospice se zúčastnilo výzkumného šetření 8 sester. Z plicního oddělení, oddělení následné péče, kožního oddělení a oddělení dlouhodobé intenzivní péče z nemocnice ve Strakonících a.s. se zúčastnilo výzkumného šetření 34 všeobecných sester. Z Léčebny dlouhodobě nemocných ve Volyni se zapojilo do výzkumného šetření 20 sester. Ve výzkumném šetření jsem oslovila také 15 všeobecných sester z Alzheimer centra v Písku.

Výzkumného šetření se zúčastnilo 10 onkologicky nemocných pacientů z plicního oddělení nemocnice ve Strakonice a.s. a jejich nejbližších. Spolupráce s pacienty byla velmi dobrá.

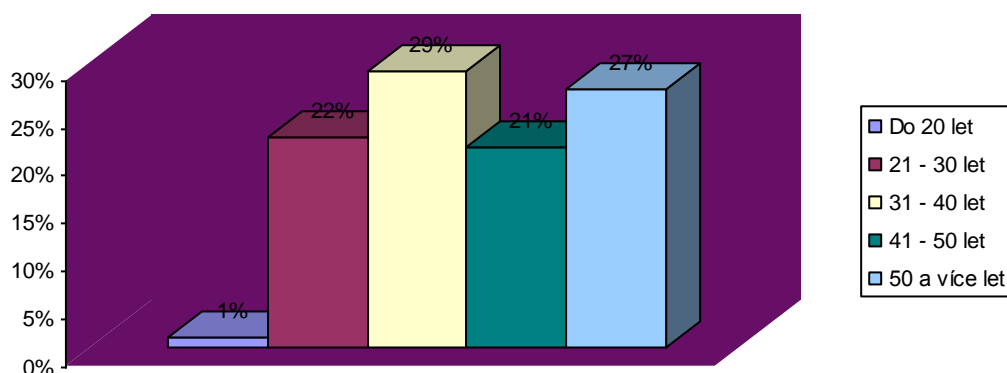
Do výzkumného šetření se také zapojilo 9 klientů z Hospice Sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích. Spolupráce s klienty byla výborná. Klienti byly velmi vstřícní a ochotní k rozhovoru.

Výzkumné šetření bylo prováděno od 11.ledna 2010 do 6. června 2010.

4. Výsledky

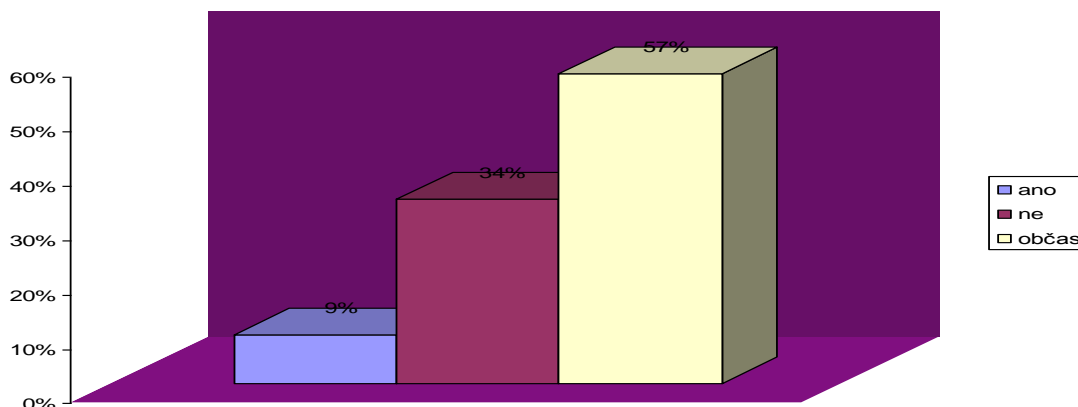
Kvantitativní výzkumná část

Graf 1 Věk dotazovaných respondentů (graf k otázce č.1)



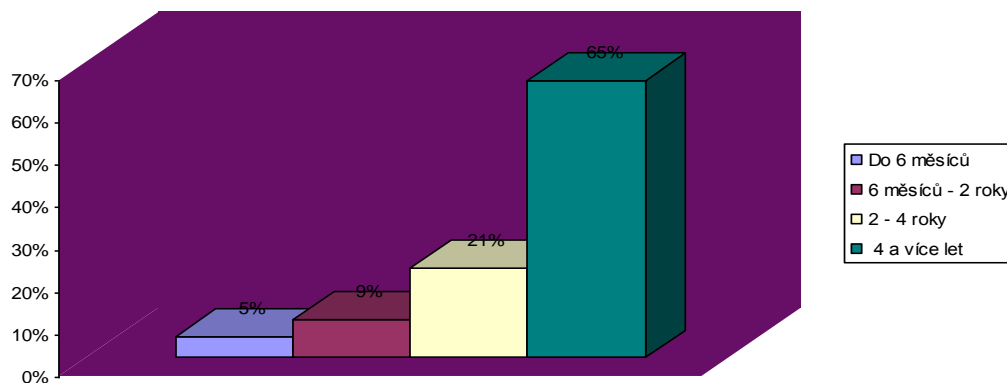
Graf byl zaměřen na věkovou kategorii respondentů. Z grafu vyplývá, že z celkového počtu 77 (100%) je nejvíce všeobecných sester ve věku 31 – 40 let - 29% (22), do 20 let - 1% (1), 21 – 30 let - 22% (17), ve věku 41 – 50 let - 21% (16), věk 50 a více let je 27% (21) respondentů.

Graf 2 Typy oddělení, kde byl výzkum proveden (graf k otázce č.2)



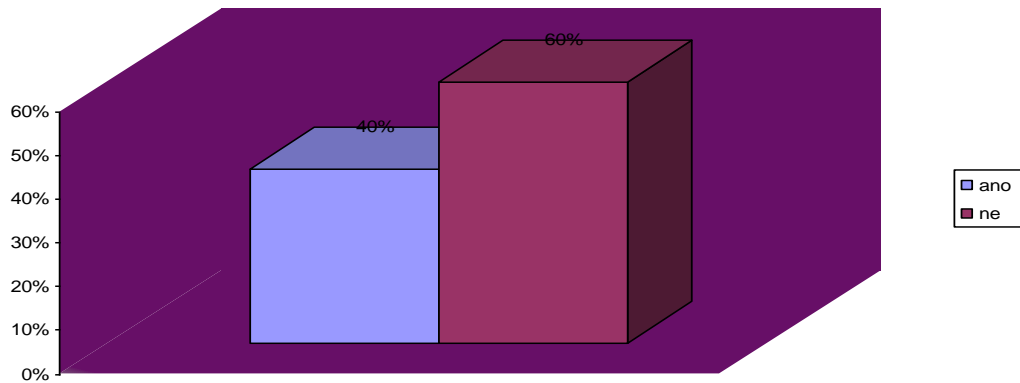
Otázka číslo 2 byla zaměřena na typ oddělení a zařízení, kde pečují o nevléčitelně nemocné. Nejvíce dotazovaných bylo z různých oddělení nemocnice ve Strakonicih a.s. – 44% (34). Z Alzheimer centra se zapojilo do výzkumu 19% (15) sester. Z LDN se výzkumu zúčastnilo 26% (20) sester a z hospice 11% (8) oslovených.

Graf 3 Délka praxe s nevléčitelně nemocnými (graf k otázce č.3)



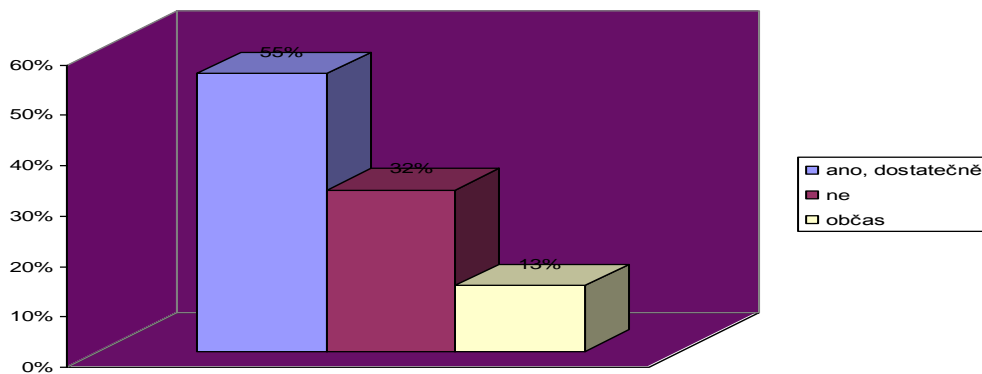
Graf zobrazuje délku praxe s nevléčitelně nemocnými. Z celkového počtu 100% (77), 65% (50) sester pracuje s pacienty v terminálním stádiu více jak 4 roky, délku praxe do 6 měsíců má 5% (4), do 2 let 9% (7) a od 2 do 4 let 21% (16) respondentů.

Graf 4 Respondent a víra (graf k otázce č.4)



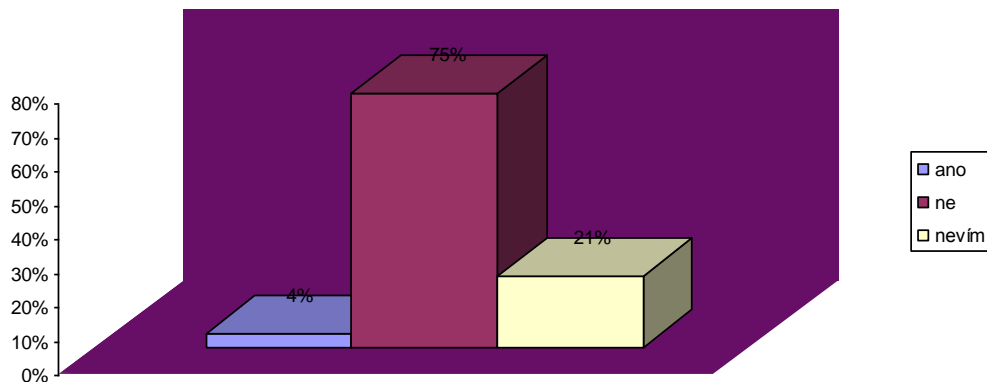
Graf znázorňuje odpovědi sester na otázku víry. Odpověď zda jsou věřící označilo 40% (31) sester, 60% (46) respondentů označilo odpověď nevěřící.

Graf 5 Víra – opora při práci s pacienty v terminálním stádiu (graf k otázce č.5)



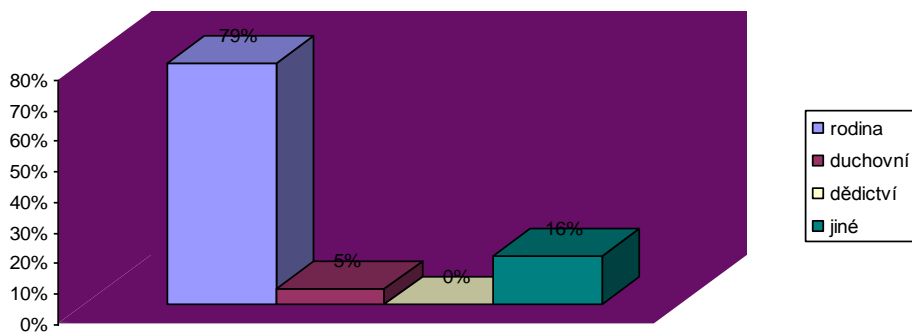
Graf znázorňuje odpovědi respondentů na otázku, zda je pro ně víra oporou při práci s nevléčitelně nemocnými. 55% (17) dotazovaných odpovědělo, že je pro ně víra dostatečnou oporou, 32% (10) odpovědělo ne a pro 13% (4) respondentů je víra oporou občas.

Graf 6 Důležitost víry u ošetřujícího personálu (graf k otázce č.6)



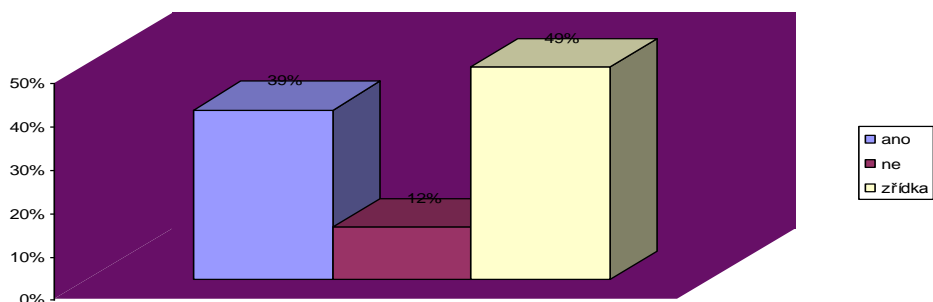
Graf znázorňuje důležitost víry u sester, které pracují s nevléčitelně nemocnými. 75% (58) respondentů odpovědělo, že víra není důležitá, 21% (16) neví a 4% (3) odpověděly, že je důležité, aby sestry byly věřící.

Graf 7 Priority pacientů dle názoru sester (graf k otázce č.7)



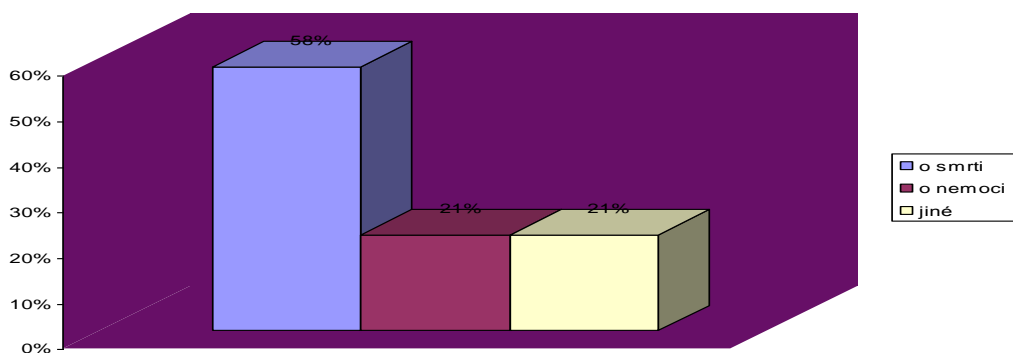
Graf znázorňuje názory sester na priority u pacientů v terminálním stádiu. 79% (61) sester si myslí, že nejdůležitější pro pacienta je rodina, 16% (12) označilo možnost jiné, 5% (4) označilo přítomnost duchovního a nikdo neoznačil vyrovnání dědictví.

Graf 8 Ocenění práce sester pacientem, jeho rodinou a okolím (graf k otázce č.8)



Graf znázorňuje ocenění práce sester pacientem, jeho rodinou a okolím. 39% (30) sester je názoru, že je jejich práce oceněna, 12% (9) sester je názoru, že jejich práce není oceněna a 49% (38) sester odpovědělo, že se jim ocenění dostává zřídka.

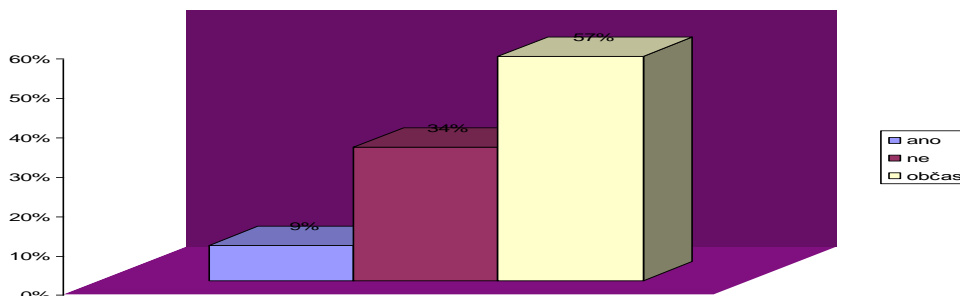
Graf 9 Jakým tématům hovorů se pacienti vyhýbají (graf k otázce č.9)



Graf znázorňuje témata rozhovorů, kterým se pacienti vyhýbají. 58% (45) sester odpovědělo, že pacienti nechtějí hovořit o smrti, 21% (16) dotazovaných odpovědělo, že pacienti nechtějí hovořit o své nemoci a 21% (16) sester označili jiné témata rozhovorů.

Graf 10 Smysl života a smrti z pohledu pacienta dle názoru sester

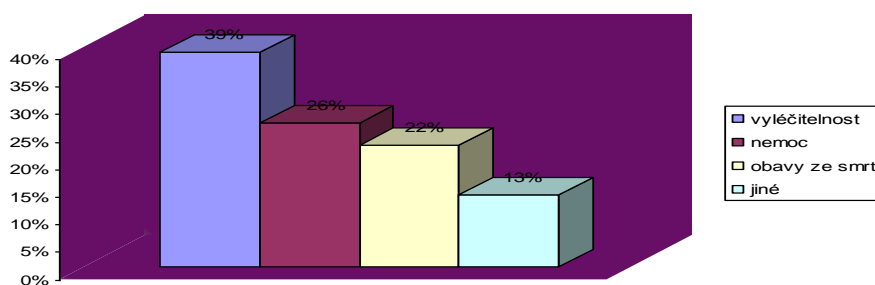
(graf k otázce č.10)



Graf zobrazuje názory sester, zda chtějí pacienti rozebírat smysl života a smrti. 9% (7) dotazovaných, je názoru, že pacienti chtějí rozebírat smysl života a smrti, 34% (26) sester si myslí, že pacienti nechtějí hovořit o smyslu života a smrti a 57% (44) dotazovaných uvedlo, že pacienti chtějí hovořit o smyslu života a smrti občas.

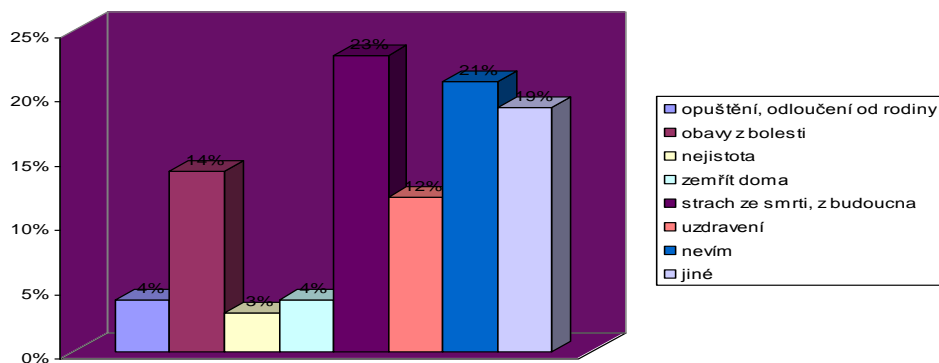
Graf 11 Nejvíce vyhledávaná témata při rozhovoru pacienta se sestrou

(graf k otázce č.11)



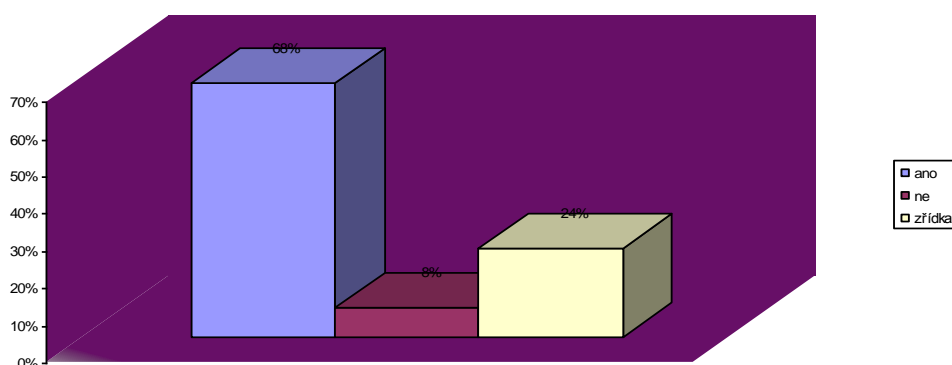
Graf informuje o tématech rozhovoru, které pacienti vyhledávají. 39% (30) dotázaných sester označilo téma vyléčitelnost, o které pacienti chtějí hovořit, 26% (20) uvedlo, že pacienti hovoří o své nemoci, 22% (17) sester uvedlo, že pacienti hovoří o obavách ze smrti a 13% (10) uvedlo jiné téma hovorů.

Graf 12 Myšlenky nevléčitelně nemocného pacienta dle sester (graf k otázce č.12)



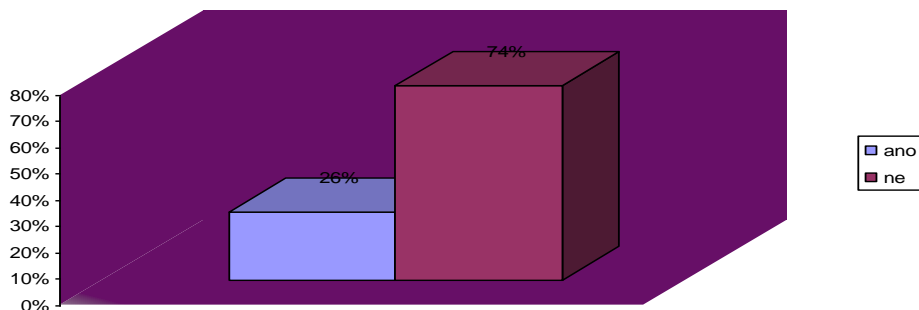
Graf znázorňuje myšlenky pacientů dle sester. 21% (16) dotazovaných neví, jaké jsou myšlenky pacienta, 19% (15) sester uvedlo možnost jiné, 4% (3) opuštění a odloučení, 14% (11) sester označilo obavy z bolesti, myšlenky na uzdravení 12% (9), 3% (2) sester uvedlo nejistotu, zemřít doma označilo 4% (3) dotazovaných a 23% (18) sester označilo strach ze smrti a z budoucna.

Graf 13 Důležitost nonverbální komunikace (graf k otázce č. 13)



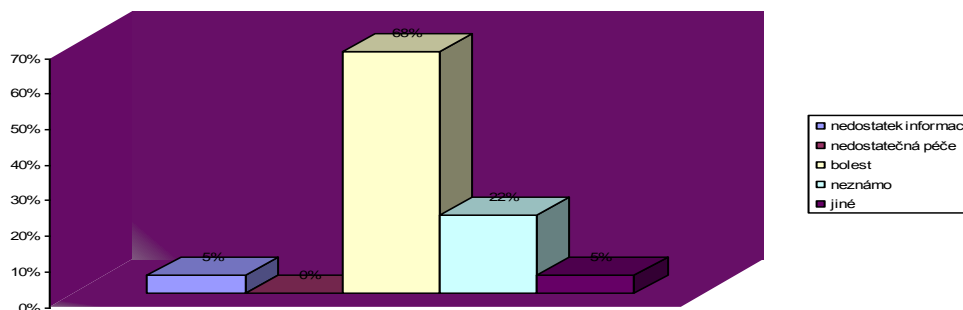
Graf zobrazuje, zda nevléčitelně nemocní pacienti vyžadují i mimoslovní komunikaci. 68% (52) dotazovaných sester označilo možnost ano, 8% (6) respondentů odpovědělo, že pacienti nevyžadují mimoslovní komunikaci, 24% (19) označilo možnost zřídka.

Graf 14 Náročnost komunikace pro ošetřující personál (graf k otázce č. 14)



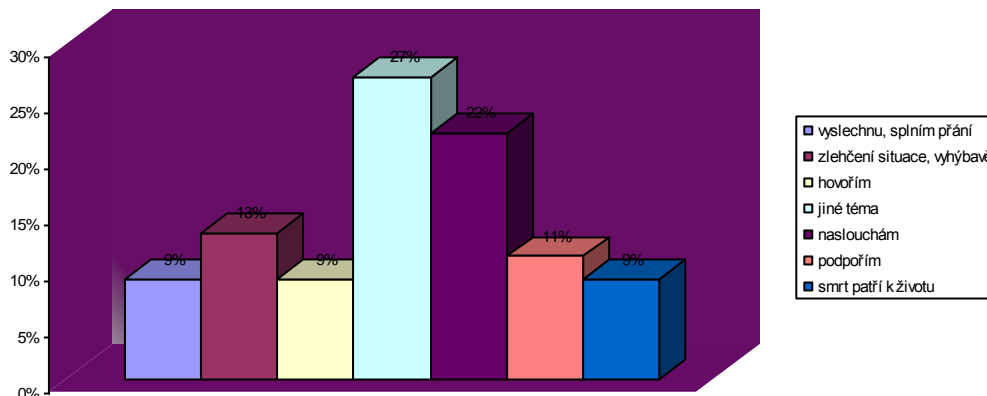
Graf znázorňuje náročnost komunikace pro ošetřující personál s nevléčitelně nemocnými, pro 74% (57) dotazovaných není komunikace náročná. Jako náročnou označilo komunikaci s pacienty v terminálním stádiu 26% (20) sester.

Graf 15 Obavy pacientů (graf k otázce č. 15)



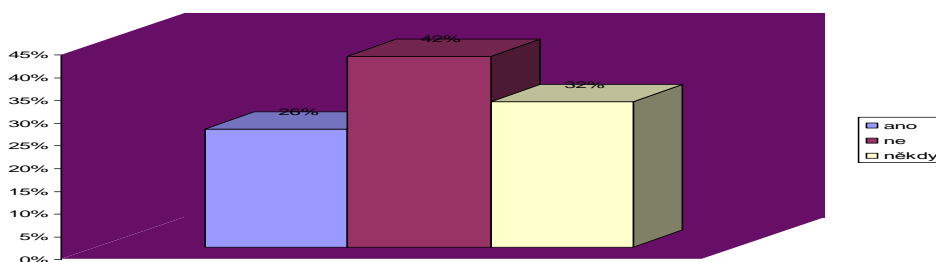
Graf zobrazuje obavy pacientů, kteří jsou nevléčitelně nemocní. Z celkového počtu 77 (100%) dotazovaných sester odpovědělo 68% (52) respondentů, že pacienti mají obavy z bolesti, 22% (17) dotázaných se domnívá, že pacienti mají strach z neznáma, 5% (4) uvedlo, že obavy pacientů jsou z nedostatku informací, 5% (4) označilo jiné a nikdo z dotazovaných neoznačil, že pacienti mají obavy z nedostatečné péče.

Graf 16 Reakce zdravotníků na pacientovi hovory o smrti (graf k otázce č. 16)



Graf vypovídá o reakcích zdravotníků na pacientovi hovory o smrti. 27% (21) dotázaných zvolí jiné téma, 22% (17) naslouchá, 13% (10) označilo, že se snaží zlehčit situaci a nebo komunikují vyhýbavě, 11% (8) dotázaných se snaží pacienta podpořit, 9% (7) pacienta vyslechne, splní jeho přání, dalších 9% (7) respondentů s pacientem hovoří a zbylých 9% (7) respondentů bere smrt jako součást života.

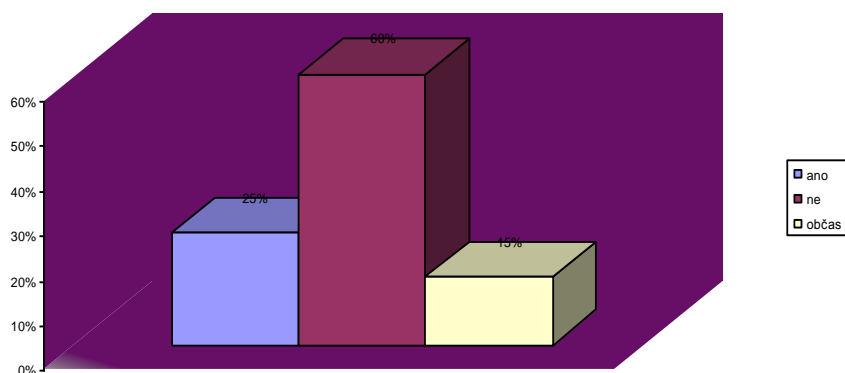
Graf 17 Náročnost diskuze s pacienty o otázkách života a smrti (graf k otázce č. 17)



Graf informuje o náročnosti rozebírat otázku života a smrti s pacienty. Pro 42% (32) oslovených sester není náročné rozebírat tuto otázku, pro 32% (25) dotázaných je někdy náročné hovořit o otázkách života a smrti a pro 26% (20) sester je toto téma diskuze náročné.

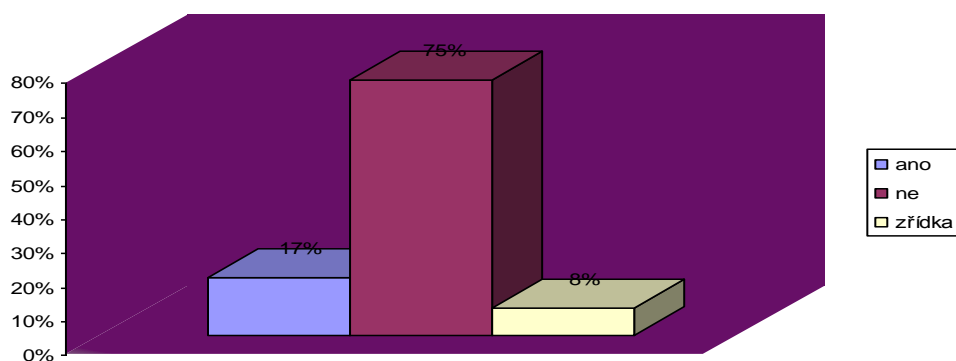
Graf 18 Školení, semináře pro zdravotníky na téma paliativní péče

(graf k otázce č. 18)



Graf informuje o možnostech školení pro zdravotníky, kteří pracují s nevléčitelně nemocnými pacienty. 60% (46) dotazovaných odpovědělo, že zaměstnavatel nedělá žádná školení na dané téma, 25% (19) sester odpovědělo, že má možnost navštěvovat školení, týkající se paliativní péče a 15% (12) sester má možnost seminářů jen občas.

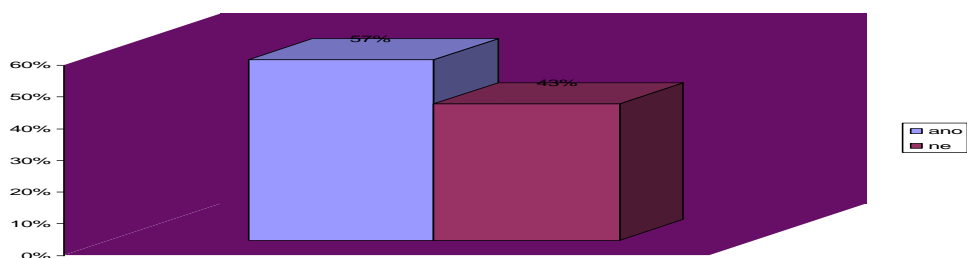
Graf 19 Možnost konzultace zdravotníků s psychologem (graf k otázce č. 19)



Graf znázorňuje možnost konzultací zdravotníků s psychologem. Z celkového počtu 100% (77) respondentů má možnost konzultací 17% (13) sester, 8% (6) respondentů zřídka, 75% (58) nemá možnost konzultací s psychologem.

Graf 20 Vliv práce s pacienty v terminálním stádiu na zdravotníky

(graf k otázce č.20)



Graf zobrazuje, zda ovlivnila sestry, práce s pacienty v terminálním stádiu. 43% (33) sester práce s nevyлéčitelně nemocnými pacienty neovlivnila, 57% (44) sester práce s pacienty v terminálním stádiu ovlivnila.

Kvalitativní výzkumná část – záznamy rozhovorů pacientů plicního oddělení nemocnice Strakonice a.s. a Hospice Sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích

Pacienti plicního oddělení

Pacient 1

Pacient J. B., 54 let, podruhé ženatý, 2 synové, majitel autoškoly.

Jaká je Vaše diagnóza? „Mám rakovinu slinivky, metastázy v břiše.“

Jakým způsobem jste se dozvěděl o své nemoci? „Řekl mi to doktor v nemocnici.“

Máte potřebu mluvit s ošetřujícím personálem o své nemoci? „Ne.“

Mluví s Vámi ošetřující personál otevřeně o Vaší nemoci? „Ano.“

Slyšel jste nebo Vaše rodina o možnosti hospicové péče a co o ní víte? „Ne a moc toho nevíme, občas se o tom mluví v televizi.“

Uvažoval jste o využití hospicové péče? „Ne.“

Znáte Vy a Vaše rodina podstatu hospicové péče? „Ne.“

Nabídl Vám lékař možnost hospicové léčby? „Ne.“

Hovořil jste o možnostech hospicové péče s ošetřujícím personálem? „Ne.“

Kdo Vám dal podepsat souhlas s hospitalizací v Hospici? „Nepodepisoval jsem.“

Co považujete za nejdůležitější při komunikaci se sestrou? „Aby mě vyslechla, povzbudila.“

Je s Vámi sestra ochotna rozebírat otázky týkající se života a smrti, pokud chcete s ní o tom hovořit? „Asi ano.“

Které slovní výroky sestry Vás znepokojují nebo přímo rozčilují vzhledem k Vašemu zdravotnímu stavu? „To bude zase dobrý.“

Jste spokojený s komunikací s ošetřujícím personálem? „Ano.“

Vyhovoval by Vám jiný styl komunikace a jaký? „Ne.“

O čem byste chtěl hovořit? „O možnosti uzdravení.“

Máte důvěru v ošetřující personál? „Mám.“

Dává Vám ošetřující personál prostor pro Vaše dotazy a vlastní vyjádření? „Ano.“

Co považujete nyní ve Vašem životě za nejdůležitější? „Že ještě žiji.“

Jste věřící? „Ne.“

Je pro Vás víra prostředkem naděje? „Není.“

Změnila nemoc Váš postoj k víře? „Ne.“

Co je pro Vás v dané chvíli nejdůležitější? „Dožít se léta.“

Navštěvuje Vás pravidelně Vaše rodina? „Ano, hlavně kluci.“

Máte oporu ve Vaší rodině? „Samozřejmě a velkou.“

Změnila nemoc Vaše životní hodnoty? „Ano, zdraví je pro člověka nejdůležitější.“

Na plicním oddělení byl pacient hospitalizovaný pro dušnost. Se svojí nemocí žil 3 roky. Pacient měl velké přání, chtěl se dožít svých 55. narozenin, které by měl na začátku léta. Bohužel toto přání se mu nevyplnilo a pacient zemřel 23.3.2010 v nočních hodinách v nemocnici.

Pacient 2

Pacient A. T., 67 let, ženatý, má syna a dceru, 2 vnoučata, je ve starobním důchodu.

Jaká je Vaše diagnóza? „Rakovina plic.“

Jakým způsobem jste se dozvěděl o své nemoci? „Od paní primářky.“

Máte potřebu mluvit s ošetřujícím personálem o své nemoci? „Ne.“

Mluví s Vámi ošetřující personál otevřeně o Vaší nemoci? „Nemluví.“

„Slyšel jste nebo Vaše rodina o možnosti hospicové péče a co o ní víte?“ „Asi ne, nic nevím.“

Uvažoval jste o využití hospicové péče? „Ne.“

Znáte Vy i Vaše rodina podstatu hospicové péče? „Něco jsem slyšel, ale nevím.“

Nabídl Vám lékař možnost hospicové léčby? „Ne.“

Hovořil jste o možnostech hospicové péče s ošetřujícím personálem? „Ne.“

Kdo Vám dal podepsat souhlas s hospitalizací v Hospici? „Nechci do hospice.“

Co považujete za nejdůležitější při komunikaci se sestrou? „Nevím.“

Je s Vámi sestra ochotna rozebírat otázky týkající se života a smrti, pokud chcete s ní o tom hovořit? „Určitě ano.“

Které slovní výroky sestry Vás znepokojují nebo přímo rozčilují vzhledem k Vašemu zdravotnímu stavu? „Nevím.“

Jste spokojený s komunikací s ošetřujícím personálem? „Ano, jsem.“

Vyhovoval by Vám jiný styl komunikace a jaký? „Ne.“

O čem byste chtěl hovořit? „Nevím, nic mě nenapadá.“

Máte důvěru v ošetřující personál? „Ano.“

Dává Vám ošetřující personál prostor pro Vaše dotazy a vlastní vyjádření? „Ano.“

Co považujete nyní ve Vašem životě za nejdůležitější? „Že se cítím dobře.“

Jste věřící? „Ne.“

Je pro Vás víra prostředkem naděje? „Ne, není.“

Změnila nemoc Váš postoj k víře? „Ne.“

Co je pro Vás v dané chvíli nejdůležitější? „Že se mi dýchá dobře a že nemám bolesti jako včera.“

Navštěvuje Vás pravidelně Vaše rodina? „Ano.“

Máte oporu ve Vaší rodině? „Ano, hlavně v mojí ženě.“

Změnila nemoc Vaše životní hodnoty? „Asi ano.“

Pacient zná diagnózu své nemoci a snaží se s ní bojovat. Ví, že na této nemoci má svůj podíl, kouřil 25 let krabičku cigaret denně. Pacient zemřel v dubnu tohoto roku doma v kruhu rodiny.

Pacientka 3

Pacientka H. P., 54 let, vdaná, 3 děti.

Jaká je Vaše diagnóza? „Rakovina plic a metastáze po celém těle.“

Jakým způsobem jste se dozvěděla o své nemoci? „Od paní primářky.“

Máte potřebu mluvit s ošetřujícím personálem o své nemoci? „Ne.“

Mluví s Vámi ošetřující personál otevřeně o Vaší nemoci? „Ano.“

Slyšela jste nebo Vaše rodina o možnosti hospicové péče a co o ní víte? „Neslyšeli jsme asi nic.“

Uvažovala jste o využití hospicové péče? „Ne.“

Znáte Vy i Vaše rodina podstatu hospicové péče? „Ne.“

Nabídl Vám lékař možnost hospicové léčby? „Ano.“

Hovořila jste o možnostech hospicové péče s ošetřujícím personálem? „Ne.“

Kdo Vám dal podepsat souhlas s hospitalizací v Hospici? „Nepodepisovala jsem zatím nic, s manželem jsme mluvili o hospici.“

Co považujete za nejdůležitější při komunikaci se sestrou? „Nevím.“

Je s Vámi sestra ochotna rozebírat otázky týkající se života a smrti, pokud chcete s ní o tom hovořit? „Ano.“

Které slovní výroky sestry Vás znepokojují nebo přímo rozčilují vzhledem k Vašemu zdravotnímu stavu? „Nic mě neznepokojuje.“

Jste spokojený s komunikací s ošetřujícím personálem? „Ano.“

Vyhovoval by Vám jiný styl komunikace a jaký? „Ne.“

O čem byste chtěl hovořit? „O dětech.“

Máte důvěru v ošetřující personál? „Ano, jste tady moc hodný.“

Dává Vám ošetřující personál prostor pro Vaše dotazy a vlastní vyjádření? „Ano.“

Co považujete nyní ve Vašem životě za nejdůležitější? „Že jsem ještě naživu.“

Jste věřící? „Ano.“

Je pro Vás víra prostředkem naděje? „Ano.“

Změnila nemoc Váš postoj k víře? „Ne.“

Co je pro Vás v dané chvíli nejdůležitější? „Zdraví dětí.“

Navštěvuje Vás pravidelně Vaše rodina? „Ano, děti i manžel.“

Máte oporu ve Vaší rodině? „Ano, velkou.“

Změnila nemoc Vaše životní hodnoty? „Ano, teď vím, že zdraví je nejdůležitější.“

Pacientka má zhoubný nádor v pravé plicí s metastázemi v játrech, mozku, skeletu. Svoji nemoc si nepřipouští, věří, že se uzdraví. Její nemoc začala před 4 roky. Pacientka se přestěhovala se svojí rodinou z města na vesnici, kdesi těžko na malou

vesnici zvykala. Na vesnici žít nechtěla. Během půl roku začala výrazně hubnout, byla unavená, vyčerpaná, trpěla nechutenstvím. Na doporučení obvodního lékaře byla hospitalizována v nemocnici k vyšetření. Při rentgenovém vyšetření plic zjistili u pacientky ložisko v pravé plíci. Pacientka byla opakovaně hospitalizována v nemocnici. Na jaře letošního roku byla pacientka přeložena z nemocnice do hospice, kde ještě týž den zemřela.

Pacient 4

M. K., 54 let, ženatý, 2 děti, invalidní důchodce.

Jaká je Vaše diagnóza? „Rakovina plic.“

Jakým způsobem jste se dozvěděl o své nemoci? „Od doktorky.“

Máte potřebu mluvit s ošetřujícím personálem o své nemoci? „Ne.“

Mluví s Vámi ošetřující personál otevřeně o Vaší nemoci? „Pouze lékaři.“

Slyšel jste nebo Vaše rodina o možnosti hospicové péče a co o ní víte? „Nevíme.“

Uvažoval jste o využití hospicové péče? „Ne.“

Znáte Vy i Vaše rodina podstatu hospicové péče? „Ne.“

Nabídl Vám lékař možnost hospicové léčby? „Ne.“

Hovořil jste o možnostech hospicové péče s ošetřujícím personálem? „Ne.“

Kdo Vám dal podepsat souhlas s hospitalizací v Hospici? „Nikdo.“

Co považujete za nejdůležitější při komunikaci se sestrou? „Aby mě naslouchala.“

Je s Vámi sestra ochotna rozebírat otázky týkající se života a smrti, pokud chcete s ní o tom hovořit? „Ano, určitě.“

Které slovní výroky sestry Vás znepokojují nebo přímo rozčilují vzhledem k Vašemu zdravotnímu stavu? „Nebojte, bude líp.“

Jste spokojený s komunikací s ošetřujícím personálem? „Ano.“

Vyhovoval by Vám jiný styl komunikace a jaký? „Nevím.“

O čem byste chtěl hovořit? „Nevím.“

Máte důvěru v ošetřující personál? „Ano.“

Dává Vám ošetřující personál prostor pro Vaše dotazy a vlastní vyjádření? „Ano, ptají se mě.“

Co považujete nyní ve Vašem životě za nejdůležitější? „Že je se mnou žena.“

Jste věřící? „Ano.“

Je pro Vás víra prostředkem naděje? „Ano.“

Změnila nemoc Váš postoj k víře? „Ne.“

Co je pro Vás v dané chvíli nejdůležitější? „V tuto chvíli jsem spokojený.“

Navštěvuje Vás pravidelně Vaše rodina? „Ano.“

Máte oporu ve Vaší rodině? „Ano, hlavně manželky.“

Změnila nemoc Vaše životní hodnoty? „Ano.“

Pacient je o povaze svého onemocnění plně informován. Při pobytu v nemocnici pacienta doprovázela manželka. I tento pacient zemřel. Skonal v nemocnici v přítomnosti manželky.

Pacient 5

Pacient V. J., 68 let, ženatý, důchodce.

Jaká je Vaše diagnóza? „Nevím.“

Jakým způsobem jste se dozvěděl o své nemoci? „Tady na oddělení, od paní primářky.“

Máte potřebu mluvit s ošetřujícím personálem o své nemoci? „Ne.“

Mluví s Vámi ošetřující personál otevřeně o Vaší nemoci? „Ne.“

Slyšel jste nebo Vaše rodina o možnosti hospicové péče a co o ní víte? „Ano, slyšeli jsme o této péči, ale moc toho nevíme.“

Uvažovali jste o využití hospicové péče? „Ne.“

Znáte Vy i Vaše rodina podstatu hospicové péče? „Péče o umírající.“

Nabídl Vám lékař možnost hospicové léčby? „Ne.“

Hovořil jste o možnostech hospicové péče s ošetřujícím personálem? „Ne.“

Kdo Vám dal podepsat souhlas s hospitalizací v Hospici? „Nedal mi souhlas podepsat nikdo, nechci.“

Co považujete za nejdůležitější při komunikaci se sestrou? „Nevím.“

Je s Vámi sestra ochotna rozebírat otázky týkající se života a smrti, pokud chcete s ní o tom hovořit? „Já o tom mluvit nechci.“

Které slovní výroky sestry Vás znepokojují nebo přímo rozčilují vzhledem k Vašemu zdravotnímu stavu? „Nic.“

Jste spokojený s komunikací s ošetřujícím personálem? „Ano.“

Vyhovoval by Vám jiný styl komunikace a jaký? „Ne.“

O čem byste chtěl hovořit? „O léčbě.“

Máte důvěru v ošetřující personál? „Ano.“

Dává Vám ošetřující personál prostor pro Vaše dotazy a vlastní vyjádření? „Ano.“

Co považujete nyní ve Vašem životě za nejdůležitější? „Zdraví.“

Jste věřící? „Ano.“

Je pro Vás víra prostředkem naděje? „Ano.“

Změnila nemoc Váš postoj k víře? „Ne.“

Co je pro Vás v dané chvíli nejdůležitější? „Kdy mě pustíte domů.“

Navštěvuje Vás pravidelně Vaše rodina? „Ano, manželka o víkendu.“

Máte oporu ve Vaší rodině? „Ano.“

Změnila nemoc Vaše životní hodnoty? „Ne.“

Pacient má zhoubný nádor plic s metastázemi v mozku. Žije v rodinném domě s manželkou a dcerou, má dvě vnoučata. Pacient podstoupil dvě série chemoterapie. Při poslední hospitalizaci v březnu tohoto roku jevil pacient známky zmatenosti. Při tomografickém vyšetření byly zjištěny metastázy. Na žádost rodiny byl pacient propuštěn. V léčbě chemoterapie se nepokračovalo. Pacient o závažnosti nemoci není na přání rodiny plně informován.

Pacient 6

B. K., 78 let, ženatý, důchodce, dříve ředitel Domova důchodců.

Jaká je Vaše diagnóza? „Rakovina močového měchýře a plic.“

Jakým způsobem jste se dozvěděl o své nemoci? „Od doktorky.“

Máte potřebu mluvit s ošetřujícím personálem o své nemoci? „Ne.“

Mluví s Vámi ošetřující personál otevřeně o Vaší nemoci? „Ano.“

Slyšel jste nebo Vaše rodina o možnosti hospicové péče a co o ní víte? „Ne.“

Uvažoval jste o využití hospicové péče? „Ne.“

Znáte Vy i Vaše rodina podstatu hospicové péče? „Ne.“

Nabídl Vám lékař možnost hospicové léčby? „Ne.“

Hovořil jste o možnostech hospicové péče s ošetřujícím personálem? „Ne.“

Kdo Vám dal podepsat souhlas s hospitalizací v Hospici? „Ne.“

Co považujete za nejdůležitější při komunikaci se sestrou? „Nevím.“

Je s Vámi sestra ochotna rozebírat otázky týkající se života a smrti, pokud chcete s ní o tom hovořit? „Určitě ano.“

Které slovní výroky sestry Vás znepokojují nebo přímo rozčilují vzhledem k Vašemu zdravotnímu stavu? „Abych se snažil spolupracovat.“

Jste spokojený s komunikací s ošetřujícím personálem? „Ano.“

Vyhovoval by Vám jiný styl komunikace a jaký? „Ne.“

O čem byste chtěl hovořit? „Nevím.“

Máte důvěru v ošetřující personál? „Ano.“

Dává Vám ošetřující personál prostor pro Vaše dotazy a vlastní vyjádření? „Ano.“

Co považujete nyní ve Vašem životě za nejdůležitější? „Nevím.“

Jste věřící? „Ne.“

Je pro Vás víra prostředkem naděje? „Ne.“

Změnila nemoc Váš postoj k víře? „Ne.“

Co je pro Vás v dané chvíli nejdůležitější? „Kafe s rumem, které mi přinese za chvíli žena.“

Navštěvuje Vás pravidelně Vaše rodina? „Ano.“

Máte oporu ve Vaší rodině? „V manželce, kluk bydlí v Českých Budějovicích.“

Změnila nemoc Vaše životní hodnoty? „Ne.“

V roce 2005 byl pacientovi diagnostikován zhoubný nádor močového měchýře, v roce 2008 zhoubný nádor plic. Pacient ví o svém zdravotním stavu, je s nemocí smířený. Pacient byl přijatý na plicní oddělení v dubnu tohoto roku pro dušnost. Manželka dochází za pacientem každý den a nosí pacientovi kafe s rumem, které měl rád celý život. Po 14 dnech byl propuštěn domů. Za dva dny od propuštění byl pacient přivezen zpět do nemocnice vozem RZP dehydratovaný, bez kontaktu. Pátý den od přijetí ve večerních hodinách pacient v nemocnici sám bez rodiny umírá.

Pacient 7

V. K., 66 let, důchodce, ženatý, 2 děti.

Jaká je Vaše diagnóza? „Nádor na plicích.“

Jakým způsobem jste se dozvěděl o své nemoci? „Řekla mi to paní primárka.“

Máte potřebu mluvit s ošetřujícím personálem o své nemoci? „Ne.“

Mluví s Vámi ošetřující personál otevřeně o Vaší nemoci? „Ano.“

Slyšel jste nebo Vaše rodina o možnosti hospicové péče a co o ní víte? „Neslyšel jsem nic a rodina taky ne.“

Uvažoval jste o využití hospicové péče? „Ne.“

Znáte Vy i Vaše rodina podstatu hospicové péče? „Ne.“

Nabídl Vám lékař možnost hospicové léčby? „Ne.“

Hovořil jste o možnostech hospicové péče s ošetřujícím personálem? „Ne.“

Kdo Vám dal podepsat souhlas s hospitalizací v Hospici? „Nikdo.“

Co považujete za nejdůležitější při komunikaci se sestrou? „Aby mě poslouchala.“

Je s Vámi sestra ochotna rozebírat otázky týkající se života a smrti, pokud chcete s ní o tom hovořit? „Ano.“

Které slovní výroky sestry Vás znepokojují nebo přímo rozčilují vzhledem k Vašemu zdravotnímu stavu? „Nevím.“

Jste spokojený s komunikací s ošetřujícím personálem? „Ano.“

Vyhovoval by Vám jiný styl komunikace a jaký? „Ne.“

O čem byste chtěl hovořit? „O chemoterapii, která mě čeká.“

Máte důvěru v ošetřující personál? „Ano.“

Dává Vám ošetřující personál prostor pro Vaše dotazy a vlastní vyjádření? „Ano, prostor mi dávají.“

Co považujete nyní ve Vašem životě za nejdůležitější? „No, vím na čem sem.“

Jste věřící? „Ne.“

Je pro Vás víra prostředkem naděje? „Ne.“

Změnila nemoc Váš postoj k víře? „Ne.“

Co je pro Vás v dané chvíli nejdůležitější? „Naděje.“

Navštěvuje Vás pravidelně Vaše rodina? „Ano.“

Máte oporu ve Vaší rodině? „Ano.“

Změnila nemoc Vaše životní hodnoty? „Ano.“

Na plicní oddělení pacient přijat na vyšetření na doporučení obvodního lékaře. Zde provedena vyšetření a zjištěn tumorózní útvar na pravé plíci. Pacient přeložen do Prahy k operačnímu výkonu. Poté přeložen zpět na plicní oddělení. Propuštěn domů. Pacient ví o své nemoci. Rodina je pro pacienta velkou oporou.

Pacientka 8

E. K., 49 let, vdaná, šest dětí, nezaměstnaná.

Jaká je Vaše diagnóza? „Rakovina.“

Jakým způsobem jste se dozvěděl o své nemoci? „Od doktora.“

Máte potřebu mluvit s ošetřujícím personálem o své nemoci? „Ne.“

Mluví s Vámi ošetřující personál otevřeně o Vaší nemoci? „Ne.“

Slyšela jste nebo Vaše rodina o možnosti hospicové péče? „Ne.“

Uvažovala jste o využití hospicové péče? „Ne.“

Znáte Vy i Vaše rodina podstatu hospicové péče? „Ne.“

Nabídl Vám lékař možnost hospicové léčby? „Ano.“

Hovořila jste o možnostech hospicové péče s ošetřujícím personálem? „Ne.“

Kdo Vám dal podepsat souhlas s hospitalizací v Hospici? „Nikdo.“

Co považujete za nejdůležitější při komunikaci se sestrou? „Nevím.“

Je s Vámi sestra ochotna rozebírat otázky týkající se života a smrti, pokud chcete s ní o tom hovořit? „Nevím.“

Které slovní výroky sestry Vás znepokojují nebo přímo rozčilují vzhledem k Vašemu zdravotnímu stavu? „Abych vstala z postele.“

Jste spokojený s komunikací s ošetřujícím personálem? „Ano.“

Vyhovoval by Vám jiný styl komunikace a jaký? „Ne.“

O čem byste chtěl hovořit? „Nevím.“

Máte důvěru v ošetřující personál? „Ano.“

Dává Vám ošetřující personál prostor pro Vaše dotazy a vlastní vyjádření? „Ano.“

Co považujete nyní ve Vašem životě za nejdůležitější? „Návštěvy rodiny.“

Jste věřící? „Ne.“

Je pro Vás víra prostředkem naděje? „Ne.“

Změnila nemoc Váš postoj k víře? „Ne.“

Co je pro Vás v dané chvíli nejdůležitější? „Nevím.“

Navštěvuje Vás pravidelně Vaše rodina? „Ano.“

Máte oporu ve Vaší rodině? „Ano.“

Změnila nemoc Vaše životní hodnoty? „Ne.“

Pacientka má zhoubný nádor plic. Rodina pacientky má velký zájem na řešení postupu léčby, pacientku podporují, zajímají se o její zdravotní stav. Pacientka nedodržuje léčebná opatření, chodí ven kouřit, odmítá chemoterapii, o svůj zdravotní stav nedbá. Na pacientčinu žádost propuštěna domů.

Pacientka 9

M. P., 49 let, rozvedená, žije s přítelem, má jednu dceru, prodavačka

Jaká je Vaše diagnóza? „Rakovina plic a další nádory v těle.“

Jakým způsobem jste se dozvěděl o své nemoci? „Paní primářka.“

Máte potřebu mluvit s ošetřujícím personálem o své nemoci? „Občas.“

Mluví s Vámi ošetřující personál otevřeně o Vaší nemoci? „Ano.“

Slyšela jste nebo Vaše rodina o možnosti hospicové péče? „Ano.“

Uvažovala jste o využití hospicové péče? „Ne.“

Znáte Vy i Vaše rodina podstatu hospicové péče? „Ano.“

Nabídl Vám lékař možnost hospicové léčby? „Ne.“

Hovořila jste o možnostech hospicové péče s ošetřujícím personálem? „Ne.“

Kdo Vám dal podepsat souhlas s hospitalizací v Hospici? „Nepodepisovala jsem nic.“

Co považujete za nejdůležitější při komunikaci se sestrou? „Vlídnost a vhodná slova.“

Je s Vámi sestra ochotna rozebírat otázky týkající se života a smrti, pokud chcete s ní o tom hovořit? „Ano.“

Které slovní výroky sestry Vás znepokojují nebo přímo rozčilují vzhledem k Vašemu zdravotnímu stavu? „Žádné nejsou.“

Jste spokojená s komunikací s ošetřujícím personálem? „Ano, jsem.“

Vyhovoval by Vám jiný styl komunikace a jaký? „Ne.“

O čem byste chtěl hovořit? „Asi o všem, co se děje, co je nového.“

Máte důvěru v ošetřující personál? „Ano, mám.“

Dává Vám ošetřující personál prostor pro Vaše dotazy a vlastní vyjádření? „Ano.“

Co považujete nyní ve Vašem životě za nejdůležitější? „Podporu rodiny a sestřiček.“

Jste věřící? „Ne.“

Je pro Vás víra prostředkem naděje? „Ne.“

Změnila nemoc Váš postoj k víře? „Ne.“

Co je pro Vás v dané chvíli nejdůležitější? „Zdravotní stav.“

Navštěvuje Vás pravidelně Vaše rodina? „Ano, dcera i přítel.“

Máte oporu ve Vaší rodině? „Ano.“

Změnila nemoc Vaše životní hodnoty? „Ano, nejvzácnější je úplné zdraví.“

Pacientku pravidelně navštěvoval přítel a dcera, pro pacientku byli velkou oporou. Pacientka měla zhoubný nádor plic, metastáze v játrech, embolii. Věřila, že se její zdravotní stav zlepší a půjde domů. Zemřela v nemocnici sama na lůžku ve večerních hodinách v únoru tohoto roku.

Pacient 10

E. N., 69 let, ženatý, dvě děti, důchodce.

Jaká je Vaše diagnóza? „Rakovina plic.“

Jakým způsobem jste se dozvěděl o své nemoci? „U obvodního lékaře.“

Máte potřebu mluvit s ošetřujícím personálem o své nemoci? „Ne.“

Mluví s Vámi ošetřující personál otevřeně o Vaší nemoci? „Ne.“

Slyšel jste nebo Vaše rodina o možnosti hospicové péče a co o ní víte? „Neslyšeli jsme nikdo nic.“

Uvažoval jste o využití hospicové péče? „Ne.“

Znáte Vy i Vaše rodina podstatu hospicové péče? „Ne.“

Nabídl Vám lékař možnost hospicové léčby? „Ne.“

Hovořil jste o možnostech hospicové péče s ošetřujícím personálem? „Ne.“

Kdo Vám dal podepsat souhlas s hospitalizací v Hospici? „Nikdo.“

Co považujete za nejdůležitější při komunikaci se sestrou? „Nevím.“

Je s Vámi sestra ochotna rozebírat otázky týkající se života a smrti, pokud chcete s ní o tom hovořit? „Asi ano.“

Které slovní výroky sestry Vás znepokojují nebo přímo rozčilují vzhledem k Vašemu zdravotnímu stavu? „Abych nekouřil.“

Jste spokojený s komunikací s ošetřujícím personálem? „Ano.“

Vyhovoval by Vám jiný styl komunikace a jaký? „Ne.“

O čem byste chtěl hovořit? „Nevím.“

Máte důvěru v ošetřující personál? „Ano.“

Dává Vám ošetřující personál prostor pro Vaše dotazy a vlastní vyjádření? „Ano.“

Co považujete nyní ve Vašem životě za nejdůležitější? „Zdraví rodiny.“

Jste věřící? „Ano.“

Je pro Vás víra prostředkem naděje? „Ano.“

Změnila nemoc Váš postoj k víře? „Ne.“

Co je pro Vás v dané chvíli nejdůležitější? „Návštěva kněze.“

Navštěvuje Vás pravidelně Vaše rodina? „Ano.“

Máte oporu ve Vaší rodině? „Ano.“

Změnila nemoc Vaše životní hodnoty? „Ne.“

Pacient opakovaně hospitalizovaný na plicním oddělení pro zhoršení zdravotního stavu. Pacient měl zhoubný nádor plic. O své nemoci na přání rodiny nebyl plně informován. Do poslední chvíle jezdil ven s rodinou kouřit. Zemřel letos v lednu, v neděli odpoledne těsně před příchodem rodiny.

Klienti Hospice SV. Jana N. Neumanna v Prachaticích

Klientka 1

I. R., 46 let, vdaná, dvě dcery.

Jaká je Vaše diagnóza? „Přesně nevím, je to nezhoubný nádor.“

Jakým způsobem jste se dozvěděl o své nemoci? „U lékaře na magnetické rezonanci.“

Máte potřebu mluvit s ošetřujícím personálem o své nemoci? „Občas.“

Mluví s Vámi ošetřující personál otevřeně o Vaší nemoci? „Ano.“

Slyšela jste nebo Vaše rodina o možnosti hospicové péče? „Já ne, ale dcera ano.“

Uvažovala jste o využití hospicové péče? „Ne.“

Znáte Vy nebo Vaše rodina podstatu hospicové péče? „Ano.“

Nabídl Vám lékař možnost hospicové léčby? „Ne, ale dcera.“

Hovořila jste o možnostech hospicové péče s ošetřujícím personálem? „Ano.“

Kdo Vám dal podepsat souhlas s hospitalizací v Hospici? „Asi v hospici.“

Co považujete za nejdůležitější při komunikaci se sestrou? „Nevím.“

Je s Vámi sestra ochotna rozebírat otázky týkající se života a smrti, pokud chcete s ní o tom hovořit? „Ano.“

Které slovní výroky sestry Vás znepokojují nebo přímo rozčilují vzhledem k Vašemu zdravotnímu stavu? „Nic.“

Jste spokojený s komunikací s ošetřujícím personálem? „Ano, nad míru.“

Vyhovoval by Vám jiný styl komunikace a jaký? „Ne.“

O čem byste chtěl hovořit? „Ne.“

Máte důvěru v ošetřující personál? „Ano.“

Dává Vám ošetřující personál prostor pro Vaše dotazy a vlastní vyjádření? „Ano.“

Co považujete nyní ve Vašem životě za nejdůležitější? „Nemoc, aby se nezhoršila.“

Jste věřící? „Ne.“

Je pro Vás víra prostředkem naděje? „Ne.“

Změnila nemoc Váš postoj k víře? „Ne.“

Co je pro Vás v dané chvíli nejdůležitější? „Abych se vrátila domů.“

Navštěvuje Vás pravidelně Vaše rodina? „Ano.“

Máte oporu ve Vaší rodině? „Ano.“

Změnila nemoc Vaše životní hodnoty? „Ne.“

S péčí a komunikací sester v hospici je klientka spokojená. Moc se jí v zařízení líbí. Sestřičky chválí. Jejím jediným přáním je vrátit se domů. Pacientku pravidelně navštěvuje manžel a jejich dvě dcery. V hospici je klientka víc jak půl roku, přesně neví.

Klientka 2

J. H., 75 let, vdova.

Jaká je Vaše diagnóza? „Rakovina.“

Jakým způsobem jste se dozvěděl o své nemoci? „Lékař.“

Máte potřebu mluvit s ošetřujícím personálem o své nemoci? „Ano.“

Mluví s Vámi ošetřující personál otevřeně o Vaší nemoci? „Ano.“

Slyšela jste nebo Vaše rodina o možnosti hospicové péče a co o ní víte? „Ano, slyšeli jsme o tom něco málo.“

Uvažovala jste o využití hospicové péče? „Ne.“

Znáte Vy i Vaše rodina podstatu hospicové péče? „Ano.“

Nabídl Vám lékař možnost hospicové léčby? „Ano.“

Hovořila jste o možnostech hospicové péče s ošetřujícím personálem? „Ano.“
Kdo Vám dal podepsat souhlas s hospitalizací v Hospici? „Doktor na obvodě.“
Co považujete za nejdůležitější při komunikaci se sestrou? „Bavit se ovšem.“
Je s Vámi sestra ochotna rozebírat otázky týkající se života a smrti, pokud chcete s ní o tom hovořit? „Ano.“
Které slovní výroky sestry Vás znepokojují nebo přímo rozčilují vzhledem k Vašemu zdravotnímu stavu? „Žádné.“
Jste spokojený s komunikací s ošetřujícím personálem? „Ano.“
Vyhovoval by Vám jiný styl komunikace a jaký? „Vyhovuje.“
O čem byste chtěl hovořit? „Ne.“
Máte důvěru v ošetřující personál? „Ano.“
Dává Vám ošetřující personál prostor pro Vaše dotazy a vlastní vyjádření? „Ano.“
Co považujete nyní ve Vašem životě za nejdůležitější? „Beru to, jak to je.“
Jste věřící? „Ano.“
Je pro Vás víra prostředkem naděje? „Ano.“
Změnila nemoc Váš postoj k víře? „Ne.“
Co je pro Vás v dané chvíli nejdůležitější? „Aby mě bylo dobře.“
Navštěvuje Vás pravidelně Vaše rodina? „Ano.“
Máte oporu ve Vaší rodině? „Ano.“
Změnila nemoc Vaše životní hodnoty? „Ano.“

Pacientka ví, že má zhoubné onemocnění. Jediným jejím přáním je, aby neměla bolesti. V hospici je pacientka velmi spokojená. Dle jejích slov, je ráda, že se do takového zařízení dostala.

Klient 3

J. Ch., 83 let, vdovec

Jaká je Vaše diagnóza? „Obrna.“

Jakým způsobem jste se dozvěděl o své nemoci? „Nic moc jsem se nedozvěděl.“

Máte potřebu mluvit s ošetřujícím personálem o své nemoci? „Ne.“

Mluví s Vámi ošetřující personál otevřeně o Vaší nemoci? „Ano.“

Slyšel jste nebo Vaše rodina o možnosti hospicové péče a co o ní víte? „Ne.“

Uvažoval jste o využití hospicové péče? „Ne.“

Znáte vy a Vaše rodina podstatu hospicové péče? „Ne.“

Nabídl Vám lékař možnost hospicové léčby? „Ano.“

Hovořil jste o možnostech hospicové péče s ošetřujícím personálem? „Ano.“

Kdo Vám dal podepsat souhlas s hospitalizací v Hospici? „Doktor v nemocnici.“

Co považujete za nejdůležitější při komunikaci se sestrou? „Zprávy zvenčí.“

Je s Vámi sestra ochotna rozebírat otázky týkající se života a smrti, pokud chcete s ní o tom hovořit? „Nerozebíráme.“

Které slovní výroky sestry Vás znepokojují nebo přímo rozčilují vzhledem k Vašemu zdravotnímu stavu? „Nejsou žádné.“

Jste spokojený s komunikací s ošetřujícím personálem? „Spokojený.“

Vyhovoval by Vám jiný styl komunikace a jaký? „Ne.“

O čem byste chtěl hovořit? „Ne.“

Máte důvěru v ošetřující personál? „Ano.“

Dává Vám ošetřující personál prostor pro Vaše dotazy a vlastní vyjádření? „Ano.“

Co považujete nyní ve Vašem životě za nejdůležitější? „Zdraví.“

Jste věřící? „Ano.“

Je pro Vás víra prostředkem naděje? „Ano.“

Změnila nemoc Váš postoj k víře? „Ne.“

Co je pro Vás v dané chvíli nejdůležitější? „Zdraví.“

Navštěvuje Vás pravidelně Vaše rodina? „Ano.“

Máte oporu ve Vaší rodině? „Ano.“

Změnila nemoc Vaše životní hodnoty? „Ano, dříve jsem se sešel s kamarády v hospodě, zaspívali jsme si.“

Dle pacienta má obrnu, víc o své nemoci neví. S péčí a komunikací sester je spokojený. Je o něho dobře postaráno. Není nic, co by chtěl změnit.

Klient 4

J.K., 70 let, svobodný.

Jaká je Vaše diagnóza? „Rakovina.“

Jakým způsobem jste se dozvěděl o své nemoci? „Lékař.“

Máte potřebu mluvit s ošetřujícím personálem o své nemoci? „Ne.“

Mluví s Vámi ošetřující personál otevřeně o Vaší nemoci? „Ano.“

Slyšel jste nebo Vaše rodina o možnosti hospicové péče a co o ní víte? „Neslyšel.“

Uvažoval jste o využití hospicové péče? „Ne.“

Znáte Vy i Vaše rodina podstatu hospicové péče? „Nevím.“

Nabídl Vám lékař možnost hospicové léčby? „Ne.“

Hovořil jste o možnostech hospicové péče s ošetřujícím personálem? „Ne.“

Kdo Vám dal podepsat souhlas s hospitalizací v Hospici? „Tady, sekretářka.“

Co považujete za nejdůležitější při komunikaci se sestrou? „Povídáme o všem, co přijde na jazyk.“

Je s Vámi sestra ochotna rozebírat otázky týkající se života a smrti, pokud chcete s ní o tom hovořit? „Ano.“

Které slovní výroky sestry Vás znepokojují nebo přímo rozčilují vzhledem k Vašemu zdravotnímu stavu? „Žádné.“

Jste spokojený s komunikací s ošetřujícím personálem? „Ano.“

Vyhovoval by Vám jiný styl komunikace a jaký? „Ne.“

O čem byste chtěl hovořit? „Nevím.“

Máte důvěru v ošetřující personál? „Ano.“

Dává Vám ošetřující personál prostor pro Vaše dotazy a vlastní vyjádření? „Ano.“

Co považujete nyní ve Vašem životě za nejdůležitější? „Abych byl zdraví.“

Jste věřící? „Ne.“

Je pro Vás víra prostředkem naděje? „Ne.“

Změnila nemoc Váš postoj k víře? „Ne.“

Co je pro Vás v dané chvíli nejdůležitější? „Televize.“

Navštěvuje Vás pravidelně Vaše rodina? „Ano.“

Máte oporu ve Vaší rodině? „Ano.“

Změnila nemoc Vaše životní hodnoty? „Ano, změnila moc.“

Pacient má zhoubné onemocnění. Nejráději sleduje televizi. Na komunikaci s ošetřujícím personálem by nic neměnil, „se sestřičkami povídáme o všem, co přijde na jazyk.“

Klientka 5

J. N., MUDr, 54 let, vdaná.

Jaká je Vaše diagnóza? „Vím, jakou mám nemoc.“

Jakým způsobem jste se dozvěděl o své nemoci? „Od lékaře.“

Máte potřebu mluvit s ošetřujícím personálem o své nemoci? „Ne.“

Mluví s Vámi ošetřující personál otevřeně o Vaší nemoci? „Ano.“

Slyšela jste nebo vaše rodina o možnosti hospicové péče a co o ní víte? „Ano, slyšela jsem o hospicové péči a moje rodina také.“

Uvažovala jste o využití hospicové péče? „Ne.“

Znáte Vy i Vaše rodina podstatu hospicové péče? „Ano.“

Nabídl Vám lékař možnost hospicové léčby? „Ne, sama jsem se o hospic zajímala.“

Hovořila jste o možnostech hospicové péče s ošetřujícím personálem? „Ne.“

Kdo Vám dal podepsat souhlas s hospitalizací v Hospici? „Sociální sestra.“

Co považujete za nejdůležitější při komunikaci se sestrou? „Otevřenost a laskavost.“

Je s Vámi sestra ochotna rozebírat otázky týkající se života a smrti, pokud chcete s ní o tom hovořit? „Ano.“

Které slovní výroky sestry Vás znepokojují nebo přímo rozčilují vzhledem k Vašemu zdravotnímu stavu? „Žádné.“

Jste spokojený s komunikací s ošetřujícím personálem? „Ano, moc.“

Vyhovoval by Vám jiný styl komunikace a jaký? „Ne.“

O čem byste chtěl hovořit? „Nevím.“

Máte důvěru v ošetřující personál? „Ano.“

Dává Vám ošetřující personál prostor pro Vaše dotazy a vlastní vyjádření? „Ano.“

Co považujete nyní ve Vašem životě za nejdůležitější? „Stáhnout venkovní teplotu.“

Jste věřící? „Ano.“

Je pro Vás víra prostředkem naděje? „Ano, výrazně.“

Změnila nemoc Váš postoj k víře? „Ne.“

Co je pro Vás v dané chvíli nejdůležitější? „Zdraví.“

Navštěvuje Vás pravidelně Vaše rodina? „Moc ne, ale jsme takhle domluvený, musí si odpočinout.“

Máte oporu ve Vaší rodině? „Ano.“

Změnila nemoc Vaše životní hodnoty? „Ano, samozřejmě.“

O povaze svého onemocnění pacientka ví, podrobně o své nemoci hovořit nechce. Pacientka je v době rozhovoru v hospici 14 dní. Rodina pacientku moc nenavštěvuje, dle slov klientky jsou na méně častých návštěvách rodiny dohodnutí. Klientka je v hospici spokojená, o tomto zařízení slyšela již dříve a z tohoto důvodu si hospic v Prachaticích vybrala.

Klientka 6

V. E., 91 let, jedna dcera.

Jaká je Vaše diagnóza? „Stáří.“

Jakým způsobem jste se dozvěděl o své nemoci? „Od lékaře.“

Máte potřebu mluvit s ošetřujícím personálem o své nemoci? „Ne.“

Mluví s Vámi ošetřující personál otevřeně o Vaší nemoci? „Ano.“

Slyšela jste nebo Vaše rodina o možnosti hospicové péče a co o ní víte? „Ano.“

Uvažovala jste o využití hospicové péče? „Ne.“

Znáte Vy i Vaše rodina podstatu hospicové péče? „Jo, to je tady, péče o nás.“

Nabídl Vám lékař možnost hospicové léčby? „Ano.“

Hovořila jste o možnostech hospicové péče s ošetřujícím personálem? „Ano.“

Kdo Vám dal podepsat souhlas s hospitalizací v Hospici? „Lékař.“

Co považujete za nejdůležitější při komunikaci se sestrou? „Ochotu.“

Je s Vámi sestra ochotna rozebírat otázky týkající se života a smrti, pokud chcete s ní o tom hovořit? „Ano.“

Které slovní výroky sestry Vás znepokojují nebo přímo rozčilují vzhledem k Vašemu zdravotnímu stavu? „Nejsou.“

Jste spokojený s komunikací s ošetřujícím personálem? „Ano, výborně.“

Vyhovoval by Vám jiný styl komunikace a jaký? „Ne.“

O čem byste chtěl hovořit? „Není co.“

Máte důvěru v ošetřující personál? „Ano.“

Dává Vám ošetřující personál prostor pro Vaše dotazy a vlastní vyjádření? „Ano.“

Co považujete nyní ve Vašem životě za nejdůležitější? „Zdraví.“

Jste věřící? „Ano.“

Je pro Vás víra prostředkem naděje? „Ano.“

Změnila nemoc Váš postoj k víře? „Ano.“

Co je pro Vás v dané chvíli nejdůležitější? „Zdraví.“

Navštěvuje Vás pravidelně Vaše rodina? „Ano.“

Máte oporu ve Vaší rodině? „Ano.“

Změnila nemoc Vaše životní hodnoty? „Ano.“

Během rozhovoru klientka vyprávěla o svém životě, o dceři, která bydlí daleko, je nemocná a navštěvuje klientku zřídka. Klientka je se svými známými a dcerou v kontaktu za pomoci dopisů. Při mém příchodu do pokoje psala klientka dopis dceři. Během rozhovoru klientka řekla „jsem zde jako v ráji“. Je šťastná, že se do hospice dostala. Při hovoru chválí všechny zaměstnance hospice, hlavně sestřičky. Klientka oplývá optimismem, radostí, úsměvem a elánem.

Klientka 7

B. M., 87 let, svobodná.

Jaká je Vaše diagnóza? „Ano, vím, že mám nález v břiše.“

Jakým způsobem jste se dozvěděl o své nemoci? „Řekl mi to doktor.“

Máte potřebu mluvit s ošetřujícím personálem o své nemoci? „Ano.“

Mluví s Vámi ošetřující personál otevřeně o Vaší nemoci? „Ano, určitě.“

Slyšela jste nebo Vaše rodina o možnosti hospicové péče a co o ní víte? „Ano.“

Uvažovala jste o využití hospicové péče? „Ano a udělala jsem dobře.“

Znáte Vy a Vaše rodina podstatu hospicové péče? „Ano.“

Nabídl Vám lékař možnost hospicové léčby? „Ano.“

Hovořila jste o možnostech hospicové péče s ošetřujícím personálem? „Ano.“

Kdo Vám dal podepsat souhlas s hospitalizací v Hospici? „Lékař.“

Co považujete za nejdůležitější při komunikaci se sestrou? „Vstřícnost.“

Je s Vámi sestra ochotna rozebírat otázky týkající se života a smrti, pokud chcete s ní o tom hovořit? „Ano.“

Které slovní výroky sestry Vás znepokojují nebo přímo rozčilují vzhledem k Vašemu zdravotnímu stavu? „Žádné.“

Jste spokojený s komunikací s ošetřujícím personálem? „Ano.“

Vyhovoval by Vám jiný styl komunikace a jaký? „Ne.“

O čem byste chtěl hovořit? „Nevím.“

Máte důvěru v ošetřující personál? „Ano.“

Dává Vám ošetřující personál prostor pro Vaše dotazy a vlastní vyjádření? „Ano.“

Co považujete nyní ve Vašem životě za nejdůležitější? „Zdraví.“

Jste věřící? „Ano.“

Je pro Vás víra prostředkem naděje? „Ano.“

Změnila nemoc Váš postoj k víře? „Ne.“

Co je pro Vás v dané chvíli nejdůležitější? „Zdraví.“

Navštěvuje Vás pravidelně Vaše rodina? „Ne.“

Máte oporu ve Vaší rodině? „Ne.“

Změnila nemoc Vaše životní hodnoty? „Ano.“

Klientka má zhoubný nádor ovaria. S péčí a komunikací v hospici je spokojená, je ráda, že je v tomto zařízení, kde jí sestřička dodávají sílu a jsou pro ní velkou oporou. Klientka na otázku "zda uvažovala o hospicové péči", odpověděla "ano, a udělala jsme dobře". Při otázkách zaměřených na rodinu je pacientka smutná, děti nemá a jediné příbuzné, které má, jí nenavštěvují. Jejím velký přáním je, aby přijeli na návštěvu, aby je ještě viděla a mohla s nimi mluvit.

Klientka 8

M. M., 91 let, vdova.

Jaká je Vaše diagnóza? „Nevím.“

Jakým způsobem jste se dozvěděl o své nemoci? „Nevím.“

Máte potřebu mluvit s ošetřujícím personálem o své nemoci? „Každou chvíli.“

Mluví s Vámi ošetřující personál otevřeně o Vaší nemoci? „Ano.“

Slyšela jste nebo Vaše rodina o možnosti hospicové péče a co o ní víte? „Ne, až od doktora.“

Uvažovala jste o využití hospicové péče? „Ne.“

Znáte Vy i Vaše rodina podstatu hospicové péče? „Ano.“

Nabídl Vám lékař možnost hospicové léčby? „Ne.“

Hovořila jste o možnostech hospicové péče s ošetřujícím personálem? „Ne.“

Kdo Vám dal podepsat souhlas s hospitalizací v Hospici? „Lékař.“

Co považujete za nejdůležitější při komunikaci se sestrou? „Ochotu.“

Je s Vámi sestra ochotna rozebírat otázky týkající se života a smrti, pokud chcete s ní o tom hovořit? „Ano.“

Které slovní výroky sestry Vás znepokojují nebo přímo rozčilují vzhledem k Vašemu zdravotnímu stavu? „Nejsou.“

Jste spokojený s komunikací s ošetřujícím personálem? „Ano.“

Vyhovoval by Vám jiný styl komunikace a jaký? „Ne.“

O čem byste chtěla hovořit? „O všem.“

Máte důvěru v ošetřující personál? „Ano.“

Dává Vám ošetřující personál prostor pro Vaše dotazy a vlastní vyjádření? „Ano.“

Co považujete nyní ve Vašem životě za nejdůležitější? „Zdraví a vrátit se domů.“

Jste věřící? „Ano.“

Je pro Vás víra prostředkem naděje? „Ano.“

Změnila nemoc Váš postoj k víře? „Nevím.“

Co je pro Vás v dané chvíli nejdůležitější? „Zdraví.“

Navštěvuje Vás pravidelně Vaše rodina? „Ano.“

Máte oporu ve Vaší rodině? „Ano.“

Změnila nemoc Vaše životní hodnoty? „Ano.“

S hospicovou péčí je spokojená, nic by na komunikaci s ošetřujícím personálem neměnila. Jediné přání, které klientka má, je vrátit se domů a návštěva příbuzných. Rodina pacientku nenavštěvuje, při hovoru o rodině, má pacientka oči plné smutku.

Klient 9

P. R., 45 let, svobodný.

Jaká je Vaše diagnóza? „Vím, co mi je.“

Jakým způsobem jste se dozvěděl o své nemoci? „Doktor.“

Máte potřebu mluvit s ošetřujícím personálem o své nemoci? „Ano.“

Mluví s Vámi ošetřující personál otevřeně o Vaší nemoci? „Ano.“

Slyšel jste nebo Vaše rodina o možnosti hospicové péče a co o ní víte? „Ano.“

Uvažoval jste o využití hospicové péče? „Ano.“

Znáte Vy i Vaše rodina podstatu hospicové péče? „Jistě.“

Nabídl Vám lékař možnost hospicové léčby? „Ano.“

Hovořil jste o možnostech hospicové péče s ošetřujícím personálem? „Ano.“

Kdo Vám dal podepsat souhlas s hospitalizací v Hospici? „Obvodní.“

Co považujete za nejdůležitější při komunikaci se sestrou? „Ochota.“

Je s Vámi sestra ochotna rozebírat otázky týkající se života a smrti, pokud chcete s ní o tom hovořit? „Nevím.“

Které slovní výroky sestry Vás znepokojují nebo přímo rozčilují vzhledem k Vašemu zdravotnímu stavu? „Žádné.“

Jste spokojený s komunikací s ošetřujícím personálem? „Ano.“

Vyhovoval by Vám jiný styl komunikace a jaký? „Ne.“

O čem byste chtěl hovořit? „Ne.“

Máte důvěru v ošetřující personál? „Ano.“

Dává Vám ošetřující personál prostor pro Vaše dotazy a vlastní vyjádření? „Ano.“

Co považujete nyní ve Vašem životě za nejdůležitější? „Vyrovnat se s tím.“

Jste věřící? „Ano.“

Je pro Vás víra prostředkem naděje? „Ano.“

Změnila nemoc Váš postoj k víře? „Ano.“

Co je pro Vás v dané chvíli nejdůležitější? „Zdraví.“

Navštěvuje Vás pravidelně Vaše rodina? „Ano.“

Máte oporu ve Vaší rodině? „Ano.“

Změnila nemoc Vaše životní hodnoty? „Ano.“

Na hospicovou péči a komunikaci nemá klient žádné připomínky, je spokojený. Během rozhovoru čeká návštěvu. Rodina klienta navštěvuje denně, na klientovi je vidět, že se na ně těší a během rozhovoru stáčí oči směrem ke dvěřím. Rodina je pro klienta velkou oporou a klientovým přáním je být bez bolesti.

Kvalitativní výzkumná část – tabulka 1 – souhrnné výsledky rozhovorů

Otázky		Pacienti TRN odd.	Klienti Hospice
1. Kolik je Vám let?	45 – 50 let	2	2
	51 – 60 let	3	1
	61 – 70 let	4	1
	71 a více let	1	5
2. Jaký je Váš rodinný stav?	Vdaná/ženatý	9	2
	Rozvedená/ý	1	0
	Svobodná/ý	0	3
	Vdova/vdovec	0	4
3. Jaká je Vaše diagnóza?	Zhoubné onemocnění	10	6
	Nezhoubné onemocnění	0	1
	Jiné	0	2
4. Jakým způsobem jste se dozvěděl/a o své nemoci?	Ústně od lékaře	10	8
	Nevím	0	1
5. Máte potřebu mluvit s oš. personálem otevřeně o své nemoci?	Ano	0	4
	Ne	9	4
	Občas	1	1
6. Mluví s Vámi oš.personál otevřeně o Vaší nemoci?	Ano	6	9
	Ne	4	0
7. Slyšel/a jste nebo Vaše rodina o možnosti hospicové péče a co o ní víte?	Ano	2	5
	Ne	5	3
	Nevím	1	1
	Asi ne	2	0
8. Uvažovali jste o využití hospicové péče?	Ano	0	2
	Ne	10	7
9. Znáte Vy i Vaše rodina podstatu hospicové péče?	Ano	2	8
	Ne	7	1
	Nevím	0	0
	Asi ne	1	0

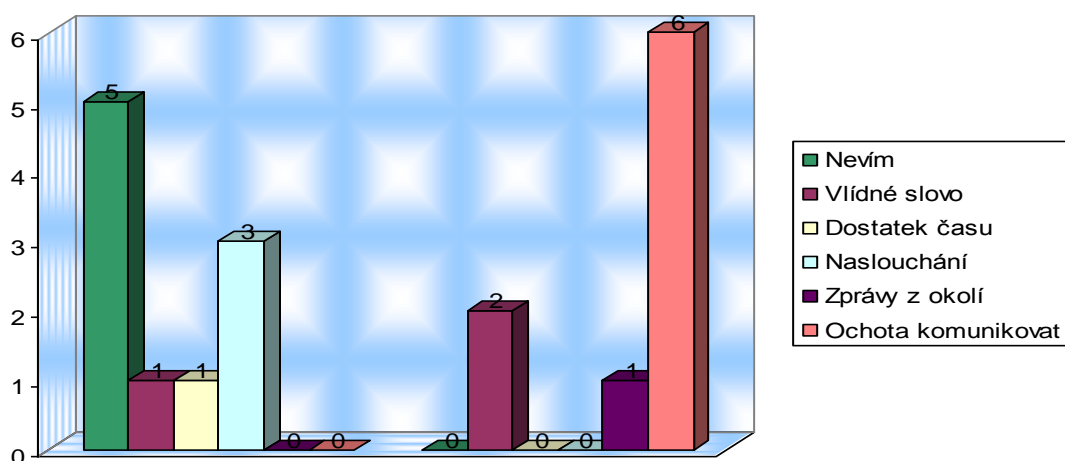
10. Nabídl Vám lékař možnost hospicové péče?	Ano	2	5
	Ne	8	4
11. Hovořil/a jste o možnostech hosp. péče s ošetř. personálem?	Ano	0	6
	Ne	10	3
12. Kdo Vám dal podepsat souhlas s hospitalizací v hospici?	Nikdo	10	0
	Lékař	0	6
	Sociální sestra v hospici	0	3
13. Co považujete za nejdůležitější při komunikaci se sestrou?	Nevím	5	0
	Vlídné slovo	1	2
	Dostatek času	1	0
	Naslouchání	3	0
	Zprávy z okolí	0	1
	Ochota komunikovat	0	6
14. Je s Vámi sestra ochotna rozebírat otázky života a smrti?	Ano	8	7
	Nechci	1	2
	Nevím	1	0
15. Které výroky sestry Vás rozčilují/znepokojují?	Není nic (žádné)	4	9
	To bude dobré	2	0
	Nevím	1	0
	Nucení ke spolupráci	2	0
	Nekuřte	1	0
16. Jste spokojená/ý s komunikací s ošetř. personálem?	Ano	10	9
	Ne	0	0
17. Vyhovoval by Vám jiný styl komunikace a jaký?	Nevím	2	1
	Ne	8	8
18. O čem byste chtěl/a hovořit?	O šanci na vyléčení	3	0
	Nevím	5	1
	O dětech	1	0
	O všem	1	1
	Není co	0	7

19. Máte důvěru v ošetř. personál?	Ano	10	9
	Ne	0	0
20. Dává Vám oš. personál dostatek prostoru pro Vaše dotazy?	Ano	10	9
	Ne	0	0
21. Co považujete nyní za nejdůležitější?	Nemoc, aby se nezhoršila	1	1
	Zdraví	2	3
	Snížení tělesné teploty	0	1
	Vyrovnat se s nemocí	3	2
	Nevím	1	2
	Návštěvy rodiny	3	0
22. Jste věřící?	Ano	5	7
	Ne	5	2
23. Je pro Vás víra prostředkem naděje?	Ano	4	7
	Ne	6	2
24. Změnila nemoc Váš postoj k víře?	Ano	0	2
	Ne	10	6
	Nevím	0	1
25. Co je pro Vás v dané chvíli nejdůležitější?	Televize	0	1
	Návrat domů	0	1
	Aby mě bylo dobře	0	1
	Zdraví	2	4
	Být bez bolesti	3	2
	Návštěva kněze	2	0
	Kdy půjdu domů	1	0
	Nevím	1	0
26. Navštěvuje Vás pravidelně rodina?	Ano	10	7
	Ne	0	2
27. Máte oporu ve Vaší rodině?	Ano	10	8
	Ne	0	1
28. Změnila nemoc Vaše životní hodnoty?	Ano	6	8
	Ne	4	1

Grafy – výzkumná část 2 – pacienti plicního oddělení x klienti hospice

Graf 21 Co považujete za nejdůležitější při komunikaci se sestrou?

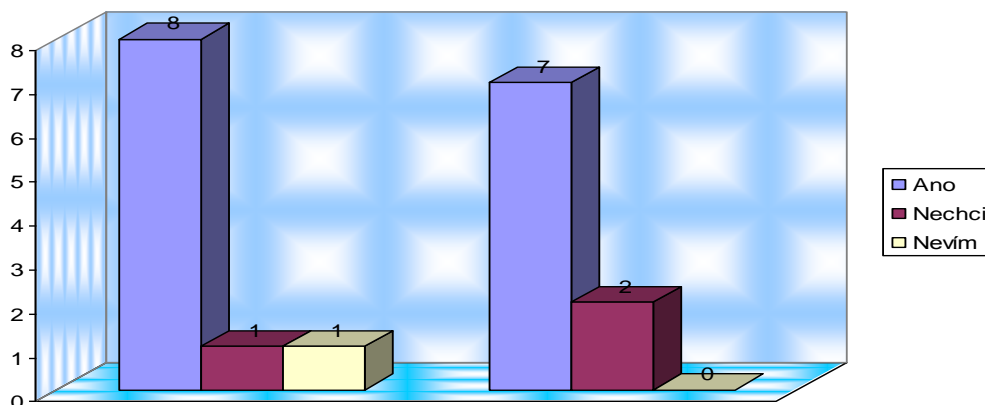
(Graf k tabulce 1 – otázka 13)



Graf zobrazuje odpovědi pacientů plicního oddělení a klientů hospice co považují za nejdůležitější při komunikaci se sestrou. Z pacientů odpovědělo 5 (50%), že neví, pro 1 (10%) je nejdůležitější vlídne slovo, 1 (10%) odpovědělo dostatek času, 3 (30%) pacienti považují za nejdůležitější ochotu ke komunikaci. V hospici 6 (67%) klientů odpovědělo ochota komunikovat, 2 (22%) klienti považují za nejdůležitější vlídne slovo, pro 1 (11%) klienta jsou prioritní zprávy z okolí.

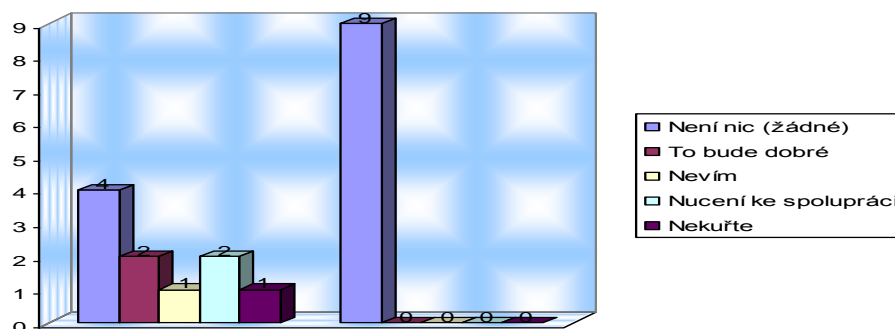
Graf 22 Je s Vámi sestra ochotna rozebírat otázky života a smrti?

(Graf k tabulce 1 – otázka 14)



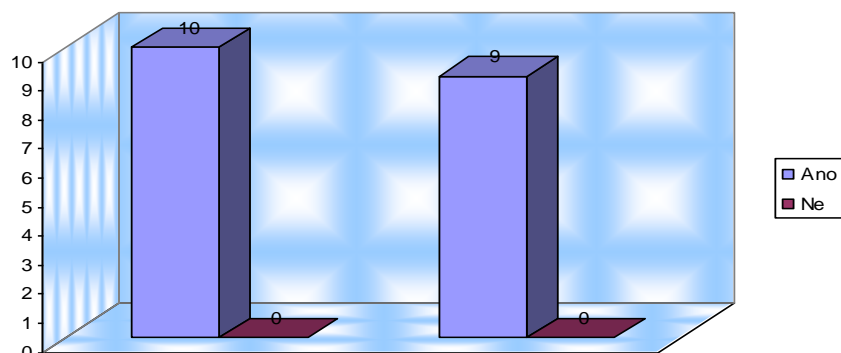
Graf znárodňuje ochotu sester rozebírat otázky života a smrti dle názoru pacientů a klientů. Ano uvedlo 8 (80%) pacientů, 1 (10%) pacient nechce hovořit na dané téma, 1 (10%) neví. V hospici dle slov 7 (78%) klientů je sestra ochotna hovořit, 2 (22%) klienti nechtějí hovořit na dané téma.

Graf 23 Které výroky sestry Vás rozčilují/znepokojují? (Graf k tabulce 1 – otázka 15)



Graf zobrazuje výroky sestry, které pacienty/klienty znepokojují. Pro 4 (40%) pacienty není žádný výrok, který by je znepokojoval, 2 (20%) rozčiluje výrok – „to bude dobré“, 2 (20%) znepokojuje nucení ke spolupráci, 1 (10%) neví, 1 (10%) rozčiluje výrok - nekuřte. Podle 9 (100%) klientů nejsou žádné výroky, které by je znepokojovali.

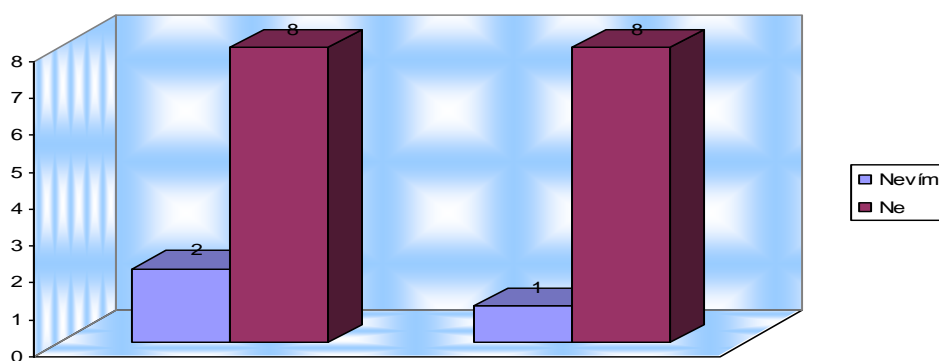
Graf 24 *Jste spokojená/ý s komunikací s ošetrujícím personálem?* (Graf k tabulce 1 – otázka 16)



Graf znázorňuje spokojenost pacientů/klientů s komunikací se sestrami, 10 (100%) pacientů je spokojeno s komunikací, 9 (100%) klientů je spokojeno s komunikací sester v hospici.

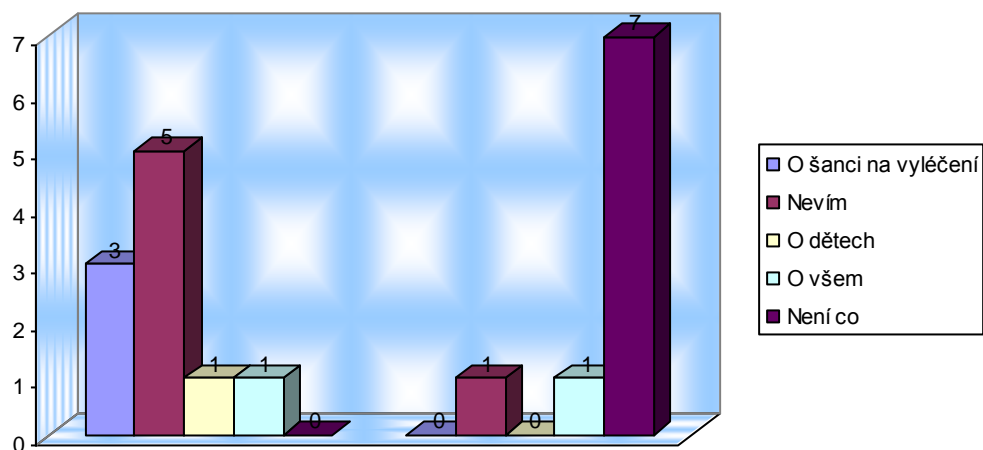
Graf 25 *Vyhovoval by Vám jiný styl komunikace a jaký?*

(Graf k tabulce 1 – otázka 17)



Z celkového počtu 10 (100%) pacientů nechce jiný styl komunikace 8 (80%) pacientů, neví 2 (20%) pacienti. V hospici 8 (89%) klientů nechce jiný styl komunikace, 1 (11%) klientů neví.

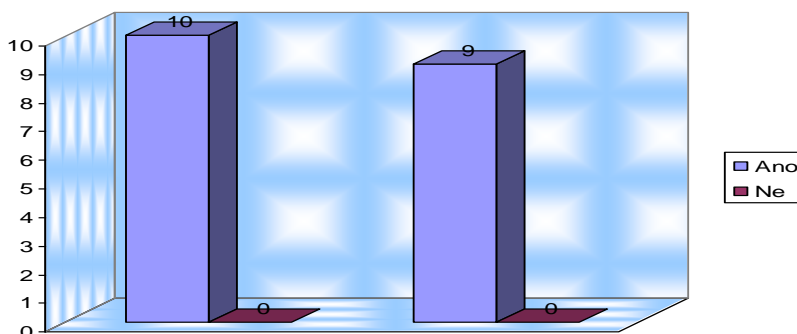
Graf 26 *O čem byste chtěl/a hovořit?* (Graf k tabulce 1 – otázka 18)



Z 10 (100%) pacientů plicního oddělení neví 5 (50%) pacientů, o šanci na vyléčení chtějí hovořit 3 (30%) pacienti, o dětech 1 (10%) pacientka a o všem chce hovořit 1 (10%) pacient. Z celkového počtu 9 (100%) klientů nemá potřebu hovořit 7 (78%), o všem chce hovořit 1 (11%) klient a neví 1 (11%) klient.

Graf 27 *Dává Vám ošetřující personál dostatek prostoru pro Vaše dotazy?*

(Graf k tabulce 1 otázka 20)



10 (100%) pacientů plicního oddělení odpovědělo ano. 9 (100%) klientů hospice také má dostatek prostoru pro dotazy. Nikdo neodpověděl ne.

5. Diskuze

Výzkumné šetření bylo zaměřeno na komunikaci mezi sestrou a nevléčitelně nemocným pacientem. Cílem práce bylo zmapovat způsoby a efekt komunikace sester, které pracují s pacientem v terminálním stádiu nemoci a zjistit, zda jsou tyto pacienti spokojeni s komunikací sester, zda je pro ně daný způsob komunikace psychickou oporou.

Výzkumná část byla rozdělena na dvě části. První část výzkumného šetření – **kvantitativní metoda** - byla zaměřena na interakci mezi sestrou a pacientem v terminálním stádiu nemoci. Šetření bylo provedeno pomocí dotazníku, který byl rozdán všeobecným sestřím v Hospici Sv. J. N. Neumanna v Prachaticích, Léčebně dlouhodobě nemocných ve Volyni, plicního oddělení, kožního oddělení, oddělení následné péče v nemocnici ve Strakonici a Alzheimer centra v Písku. Výzkumného šetření se zúčastnilo 92 dotazovaných. Do konečného zpracování bylo použito 77 dotazníků.

Graf 1 byl zaměřen na věkovou kategorii dotazovaných. Do 20 let byl 1 (1%) respondent, ve věku 21 – 30 let bylo 17 (22%) dotazovaných, ve věkové kategorii 31 – 40 let bylo 22 (29%) respondentů, ve věku 41 – 50 let bylo 16 (21%) dotazovaných a ve věku 50 a více let bylo 21 (27%) respondentů. Z průzkumu vyplývá, že většina všeobecných sester, které pracují s pacienty v terminálním stádiu nemoci jsou ve věkové kategorii 31 – 40 let.

Graf 2 byl zaměřen na typ zařízení, kde pečují o nevléčitelně nemocné pacienty/klienty. Z Hospice se výzkumného šetření zúčastnilo 7 (9%) sester, z Léčebny dlouhodobě nemocných se zapojilo do výzkumu 30 sester (39%), z plicního a kožního oddělení se zapojilo do výzkumného šetření 21 (27%) všeobecných sester a z Domova důchodců, Oddělení následné péče, oddělení dlouhodobě intenzivní péče a z Alzheimer centra se zapojilo do výzkumu 19 (25%) všeobecných sester.

V grafu 3 je zobrazena délka praxe sester, které pracují s pacienty v terminálním stádiu nemoci. 50 (65%) všeobecných sester pracuje s pacienty v terminálním stádiu nemoci více jak 4 roky. Od 2 do 4 let označilo 16 (21%) dotazovaných. Do 2 let praxe s nevléčitelně nemocnými pacienty mělo 7 (9%) sester a délku praxe do 6 měsíců měli 4 (5%) respondenti.

Graf 4 zobrazuje odpovědi sester na otázku víry. Z celkového počtu dotazovaných bylo 31 (40%) věřících. 46 (60%) respondentů bylo bez vyznání.

Graf 5 znázorňuje odpovědi věřících respondentů na otázku, zda je pro ně víra oporou při práci s nevléčitelně nemocnými pacienty. Pro 17 (55%) dotazovaných je víra dostatečnou oporou při práci s pacienty v terminálním stádiu nemoci. Občas je víra oporou při práci s pacienty v terminálním stádiu nemoci u 4 (13%) respondentů. Pro 10 (32%) dotazovaných není víra oporou při jejich práci s pacienty, kteří jsou nevléčitelně nemocní.

Graf 6 zobrazuje důležitost víry u sester, kteří pracují s nevléčitelně nemocnými. 58 (75%) dotazovaných odpovědělo, že víra není důležitá. 16 (21%) sester neví. Pro 3 (4%) sestry není důležité, aby sestry, pracující s pacienty v terminálním stádiu nemoci byly věřící. Dle mého názoru, není důležité, aby sestra pečující o pacienty v terminálním stádiu nemoci, byla věřící, ale důležité je, jaký má k těmto pacientům a své práci vztah.

Graf 7 znázorňuje názory sester na priority pacientů v terminálním stádiu nemoci. 61 (79%) sester si myslí, že nejdůležitější pro pacienta je rodina. 4 (5%) sestry si myslí, že je pro nemocného prioritní návštěva duchovního a 12 (16%) respondentů označilo možnost jiné. Nikdo z dotazovaných neoznačil možnost vyrovnání dědictví. Ze své praxe, vím, že nejdůležitější je pro nemocné rodina, která pacienta podporuje v jeho boji s nemocí. Oproti tomu je například v Americe prioritní pro pacienty, kteří jsou nevléčitelně nemocní, vyrovnání dědictví, splacení dluhů, vypořádání majetku.

Graf 8 zaznamenává ocenění práce sester, které pracují s pacienty v terminálním stádiu nemoci. 30 (39%) sester se dostává ocenění. 9 (12%) respondentů není oceněno a 38 (49%) sester je oceněno jen zřídka. Z mého pohledu není důležité dostat od rodiny

nemocného kávu a čokoládu, ale motivující pro další práci sester je určitě slovní uznání.

Graf 9 znázorňuje témata hovorů, kterým se pacienti vyhýbají. 45 (58%) dotazovaných odpovědělo, že pacienti nechtějí hovořit o smrti. 16 (21%) sester odpovědělo, že pacienti nechtějí hovořit o své nemoci. 16 (21%) dotazovaných označilo možnost jiné téma rozhovorů. Nikdo neuvedl možnost více témat hovorů. Oproti tomuto výsledku šetření, píše ve své publikaci M. Opatrná, že „pacienti nemají jen jeden příběh, ale používají jich několik najednou a všechny jsou pro ně stejně pravdivé.“ (12, str.80 – 81) Na jedné straně je téma – zlepšení nemoci a možnost uzdravení, na straně druhé je příběh zoufalství. Je dobré, když pacient nepropadá beznaději, ale je optimistický k možnosti vyléčení. Vyrovnaný psychický stav je pro nemocného velmi důležitý, pomáhá mu překonat různá úskalí jeho nemoci.

Graf 10 zobrazuje smysl života a smrti z pohledu pacienta dle názoru sester. 7 (9%) sester uvedlo, že pacienti chtějí rozebírat smysl života a smrti. 26 (34%) respondentů si myslí, že pacienti nechtějí rozebírat otázky života a smrti. Se 44 (57%) respondenty, chtějí pacienti hovořit o smyslu života a smrti pouze někdy.

Graf 11 zobrazuje témata, která pacienti nejvíce vyhledávají. Pacienty nejvíce vyhledávané téma je podle 30 (39%) sester, téma vyléčitelnost jejich nemoci. 20 (26%) dotazovaných sester uvedlo, že pacienti chtějí hovořit o své nemoci. 17 (22%) sester uvedlo, že pacienti hovoří o obavách ze smrti. Hovory na jiné téma označilo 10 (13%) sester. C. Parkes se ve své publikaci zmiňuje o kanadském sociologovi A. Frankovi, který byl nevléčitelně nemocný a měl potřebu vést „hovory o nemoci.“ (14, str.50) Oproti tomu, uvádí S.Payneová ve své knize, že výzkumy z roku 1996 ukázaly, že k hovorům o nemoci docházelo zřídka. (13, str.156) Tato otázka je nevyjasněná, autoři si mohou odporovat. Z mého pohledu extrovertní pacient, onkologicky nemocný, upřednostňuje komunikaci sestrami o svém stavu. Jak popisuje ve své knize M. Vágnerová, „extrovert bude snadno navazovat kontakt a bude mnoha lidmi akceptován.“ (21, str.231)

Graf 12 znázorňuje myšlenky nevléčitelně nemocných pacientů dle sester. Nejčastější odpovědí byl strach ze smrti, z budoucnosti, tuto možnost označilo 18

(23%) dotazovaných sester. 3 (4%) respondenti označili možnost opuštění a odloučení od rodiny. Dle 11 (14%) sester mají pacienti strach z bolesti. Nejistotu označili 2 (3%) respondenti. Zemřít doma označili 3 (4%) respondenti. Myšlenky na uzdravení označilo 9 (12%) sester. Jaké má pacient myšlenky neví 16 (21%) dotazovaných sester. Myšlenky, které byly zařazeny do možnosti jiné označilo 15 (19%) sester. Vorlíček ve své publikaci uvádí, závěry ze zahraničního průzkumu, "že by si většina vážně nemocných pacientů, přála prožít závěr svého života doma." (24, str. 505) Tato teorie potvrdila názor několika respondentů, kteří si myslí, že pacient chce prožít závěr života doma.

Graf 13 zobrazuje důležitost mimoslovní komunikace u pacientů v terminálním stádiu nemoci. 52 (68%) dotazovaných sester uvedlo, že pacienti vyžadují nonverbální komunikaci, Jak uvádí ve své publikaci Kelnarová, v zásadách, které by měly pomoci sestřím v komunikaci s umírajícími, je nonverbální komunikace důležitá. 6 (8%) sester odpovědělo, že pacienti nevyžadují mimoslovní komunikaci. 19 (24%) respondentů označilo možnost zřídka (7).

Graf 14 zobrazuje náročnost komunikace pro sestry, pečující o pacienty v terminálním stádiu nemoci. Pro 57 (74%) sester není komunikace náročná. Jako náročnou označilo komunikaci s pacienty 20 (26%) respondentů. Jak uvádí Venglářová ve své literatuře, zvládnutí komunikace s umírajícím nemocným předpokládá vyjasnění osobních postojů zdravotníka k umírání a smrti (21). Jak překvapivě uvádí graf, 74% z dotazovaných sester nepovažuje komunikaci s nevléčitelně nemocným za náročnou.

Graf 15 znázorňuje obavy pacientů v terminálním stádiu nemoci. 52 (68%) dotazovaných sester odpovědělo, že pacienti mají obavy z bolesti. 17 (22%) se domnívá, že pacienti mají strach z neznáma. 4 (5%) respondentů se domnívá, že obavy pacientů spočívají ve strachu z nedostatku informací. 4 (5%) označilo možnost jiné a nikdo neoznačil obavy pacientů z nedostatečné péče. Ve své publikaci se Student zmiňuje o hospicovém hnutí, které se snaží o co nejvhodnější způsob boje proti bolesti. Jak uvádí také ve své publikaci J. Student, díky hospicovému hnutí dnes více jak 90% umírajících prožívá svojí poslední fázi života bez bolesti (15, str. 49). S tímto faktem se

spíše setkáváme v hospici, než v nemocnici. Právě velké množství pacientů, se kterými jsem se setkala ve své praxi trpělo v nemocnici bolestmi.

Graf 16 zobrazuje reakce sester na hovory pacientů o smrti. Nejvíce respondentů 21 (27%) zvolí jiné téma hovoru. 17 (22%) sester pacientovi naslouchá. 8 (11%) sester se snaží pacienta podpořit. 7 (9%) sester pacienta vyslechne a snaží se splnit pacientova přání. 7 (9%) dotazovaných sester s pacientem vede hovory o smrti. 7 (9%) sester bere smrt jako součást života. 10 (13%) respondentů hovoří s pacienty vyhybavě. M. Venglářová uvádí ve své publikaci, „je setrvání u tématu, které přináší nemocný“ jednou ze zásad efektivní komunikace. Reakcí na těžké téma bývá uhýbání od daného tématu a výsledkem bývá planý hovor o čemkoliv. (21, str. 111) Dle mého názoru, pokud pacient sám začne hovořit o tématu, které je pro něho samotného těžké, netouží po zlehčování jeho stavu a nechce slyšet „to bude dobré.“

Graf 17 zobrazuje náročnost diskuze o otázce života a smrti. Téma diskuze označilo za náročné 20 (26%) dotazovaných sester. Pro 32 (42%) sester není toto téma diskuze náročné. Pro 25 (32%) dotazovaných sester je toto téma diskuze náročné občas.

V otázce 18 se dotazují na možnosti školení, seminářů pro zdravotníky na téma paliativní péče. Jak je znázorněno v grafu 46 (60%) sester odpovědělo, že zaměstnavatel nedělá žádná školení a semináře na dané téma. Pro 19 (25%) sester zaměstnavatel dělá školení na dané téma. 12 (15%) sester má možnost školení a semináře na téma paliativní péče jen občas.

Graf 19 zaznamenává možnosti konzultací zdravotníků s psychologem. 13 (17%) pracovníků v paliativní péči má možnost konzultací s psychologem. 6 (8%) sester má možnost kontaktu s psychologem jen zřídka. 58 (75%) nemá možnost konzultace s psychologem. Z mého pohledu by bylo vhodné, aby školení a semináře na dané téma probíhaly. Já sama bych tuto možnost uvítala.

Graf 20 zobrazuje vliv práce s pacienty v terminálním stádiu na zdravotníky. 33 (43%) dotazovaných sester práce s nevléčitelně nemocnými pacienty neovlivnila. 44 (57%) sester kontakt s nevléčitelně nemocnými pacienty ovlivnil. Ze 44 respondentů, které práce s pacienty v terminálním stádiu nemoci ovlivnila, napsali vlastními slovy, že si více váží zdraví a přehodnotili svůj dosavadní život. V rámci získaných informací

jsem dospěla k závěru, že velmi malá část populace si váží zdraví a snaží se zdravě žít. Většina z nás bere zdraví jako samozřejmost. Tento omyl si uvědomujeme až ve chvíli příchodu nemoci.

Druhá část **kvalitativního šetření** byla zaměřena na pacienty plicního oddělení nemocnice ve Strakonících a klienty v Hospici Sv. J. N. Neumanna v Prachaticích v terminálním stádiu nemoci. Cílem rozhovorů bylo zjistit, zda jsou spokojeni s interakcí sestra – pacient/klient. Výsledky hloubkových rozhovorů jsou zaznamenány v souhrnné tabulce 1. Otázky, týkající se pouze komunikace jsou zpracovány v grafech.

Graf 21 zobrazuje nejdůležitější témata komunikace pacienta/klienta se sestrou. Z plicního oddělení 5 (50%) pacientů neví, co je prioritní v komunikaci sestry s pacientem. 1 (10%) pacient uvedl, že nejdůležitější je vlídné slovo. Dostatek času na komunikaci uvedl 1 (10%) dotazovaný. Naslouchání je prioritní pro 3 (30%) pacientů. V hospici je prioritou pro 6 (67%) klientů ochota ke komunikaci. Vlídne slovo je důležité pro 2 (22%) dotazované, zprávy z okolí přivítá 1 (11%) klient. Z mého pohledu je velmi důležité, aby na komunikaci s nevyлéčitelně nemocným pacientem, měla sestra dostatek času a vhodný prostor. V Hospici Sv. Jana N. Neumanna je k těmto hovorům zřízena zimní zahrada, kde nikým a ničím nerušení, probíhají rozhovory pacientů a jejich nejbližších se sestrami, duchovními a dalšími pracovníky hospice. Naopak v nemocnici se sestry potýkají s nedostatkem času a prostoru.

Graf 22 znázorňuje ochotu sester rozebírat otázku života a smrti. 8 (80%) pacientů odpovědělo, že sestra je ochotna hovořit o otázkách života a smrti. Nechce na toto téma hovořit 1 (10%) pacientů, a neví uvedl 1 (10%) dotazovaných. V hospici uvedlo 7 (78%) klientů, že sestry hovoří na dané téma. O tématech na dané téma nechce hovořit 2 (22%) klientů. Nejvíce se potvrdilo, že sestry jsou ochotné komunikovat o otázkách života a smrti.

Graf 23 zobrazuje výroky sester, které pacienty/klienty znepokojují. V hospici uvedlo 9 (100%) klientů, že žádné znepokojující výroky nejsou. V porovnání s plicním oddělením tuto možnost uvedli 4 (40%) pacienti, výrok „to bude dobré“ uvedli 2 (20%) pacienti. Nucení ke spolupráci rozčiluje 2 (20%) pacienty. Nekuřte je výrok, který znepokojuje 2 (20%) pacienty a „neví“ uvedl 1 (10%) pacient.

Graf 24 znázorňuje spokojenost pacientů/klientů s komunikací sester. V hospici je spokojeno s komunikací se sestrami 9 (100%) klientů. Na plicním oddělení je spokojeno s interakcí se sestrami 10 (100%) pacientů. Výzkumná otázka VO1 byla ověřena, pacientům/klientům daný způsob komunikace vyhovuje.

V grafu 25 jsou znázorněny odpovědi pacientů/klientů na otázku, zda by jim vyhovoval jiný styl komunikace. 8 (80%) pacientům daný styl komunikace vyhovuje, 2 (20%) pacientů neví. V hospici nevyžaduje jiný styl komunikace 8 (89%) a neví odpovědělo 1 (11%) klientů. Z tohoto grafu vyplývá, že sestry jsou schopny navázat efektivní komunikaci. Hypotéza se potvrdila.

Z grafu 26 vyplývá, že polovina dotazovaných pacientů plicního oddělení neví o čem by chtěli hovořit 5 (50%). Téma šance na vyléčení vyhledávají 3 (30%) pacientů. O dětech chce hovořit 1 (10%) klient. Nejen o své nemoci a svém stavu, ale o všem chce hovořit 1 (10%) pacient. V hospici 1 (11%) klient uvedl, že neví. O čemkoli si přeje hovořit 1 (11%) klient. 7 (78%) klientů nemá potřebu vést hovory.

Graf 27 zobrazuje odpovědi pacientů/klientů na otázku, zda jim ošetřující personál umožňuje dostatek času a prostoru na jejich dotazy. 10 (100%) pacientů plicního oddělení odpovědělo, že dostává dostatek prostoru na své dotazy. V hospici odpovědělo 9 (100%) klientů dostává také dostatek času na své dotazy. S tímto výsledkem si odporuje tvrzení M. benglařové, která uvádí ve své publikaci, že „nenabízíme aktivně dostatek prostoru pro na citlivá témata.ů (21, str.109)

6. Závěr

Prioritou této práce je komunikace a nevléčitelně nemocný pacient. Cílem bakalářské práce bylo zjistit, zda jsou pacienti v terminálním stádiu nemoci spokojeni s komunikací sester v hospicích a zda je pro ně daný způsob komunikace psychickou oporou. Výsledkem výzkumného šetření bylo zjištění, že komunikace sester a pacientů je efektivní.

Dalším cílem bylo zjistit, zda jsou pacienti a jejich rodiny informované o možnostech paliativní péče. Při výzkumném šetření a pozorování reakcí rodin nevléčitelně nemocného pacienta, jsem dospěla k závěru, že většina pacientů a jejich rodin má nedostatečné nebo minimální informace o paliativní péči a možnostech hospicové péče. Výzkumná otázka VO 2 byla zodpovězena. Z výzkumu vyplývá, že rodinní příslušníci nemají dostatečné informace o paliativní péči.

Diskutované téma poslední doby je hospicová a paliativní péče, hospice a etické otázky, zda sdělit pacientovi pravdu o povaze jeho onemocnění. Většina populace není seznámena s možností hospicové péče. I když první hospic byl otevřený 1. ledna 1996 a během dalších 14 let byly postaveny a otevřeny další, stále si naše společnost na tyto zařízení nezvykla.

V praxi se setkávám s názory, že hospice jsou domy smrti, hrůzy a pláče. O tom, že tomu tak není a hospic je oázou klidu a pohody, jsem se přesvědčila při svých návštěvách v Hospici Sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích. Již při prvním kontaktu s pacienty tohoto zařízení jsem si všimla, jak pozitivní náladou oplývají, mají úsměv na tváři a jsou velice vstřícní a ochotní vést hovory o své nemoci a své budoucnosti. Při rozhovorech s pacienty plicního oddělení jsem viděla na jejich tvářích jen smutek, strach a obavy z budoucnosti. Většina z nich se cítila opuštěná a bezmocná.

Výsledky výzkumného šetření této práce bych chtěla poskytnout jako informační materiál pro školení a semináře na dané téma, které nebývají tak časté.

7. Seznam literatury

1. BÁRTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*, páté přepracované vydání, vydalo NCO NZO Brno, 2003, 181 s., ISBN 80 – 7013 – 391 – 0
2. ČECHOVÁ, V., MELLANOVÁ, A., ROZSYPALOVÁ, M. *Speciální psychologie*, 4. nezměněné vydání, vydalo NCO NZO Brno, 2003, 173 s., ISBN 80 – 7013 – 386 – 4
3. HAŠKOVCOVÁ, H. *České ošetřovatelství 9, Jak učit a jak se naučit lékařskou etiku, praktická příručka pro sestry*, 1. vydání, vydal IDVPZ Brno, 2001, 57 s., ISBN 80 – 7013 – 349 – X
4. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*, třetí, rozšířené vydání, Galén, 2002, 272 s., ISBN 80 – 7262 – 132 – 7
5. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie, nauka o umírání a smrti*, druhé, přepracované vydání, Galén, 2007, 244 s., ISBN 978 – 80 – 7262 – 471 – 3
6. KABELKA, L., SLÁMA, O., VORLÍČEK, J. *Paliativní medicína pro praxi*, 1. vydání, Galén, 2008, 362 s., ISBN 978 – 80 – 7262 – 505 – 5
7. KELNAROVÁ, J., *Tanatologie v ošetřovatelství*, první vydání, Littera, 2007, 112 s., ISBN 978 – 80 – 85763 – 36 – 2
8. KUBLER – ROSSOVÁ, E. *O smrti a umírání*, do češtiny přeložili Královec J. a agentura Lingea, 1. vydání, Arita, 1993, 251 s., ISBN 80 – 900134 – 6 – 5
9. LINHARTOVÁ, V., *Praktická komunikace v medicíně pro mediky, lékaře a ošetřující personál*, Grada, 2007, 152 s., ISBN 978 – 80 – 247 – 1784 – 5

10. MUNZAROVÁ, M. *Zdravotnická etika od A do Z*, Grada, 2005, 156 s., ISBN 80 - 247 - 1024 - 2
11. O'CONNOR, M., ARANDA, S. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*, 1. české vydání, Grada, 2005, 324 s., ISBN 80 - 247 - 1295 - 4
12. OPATRNÁ, M., *Etické problémy v onkologii*, vydala MLADÁ FRONTA, 2008, 120 s., ISBN 978 - 80 - 204 - 1876 - 0
13. PAYNEOVÁ, S., SEYMOUROVÁ, J., INGLETONOVÁ, Ch., *Principy a praxe paliativní péče*, 1. vydání, vydala Společnost pro odbornou literaturu Brno, 2007, ISBN 978 - 80 - 87029 - 25 - 1
14. PARKES, C. M., RELFOVÁ, M., COULDRICKOVÁ, A. *Poradenství pro smrtelně nemocné a pozůstalé*, 1. vydání, vydala Společnost pro odbornou literaturu Brno, 2007, 180 s., ISBN 978 - 80 - 87029 - 23 - 7
15. STUDENT, J., Ch., MUHLUM, A., STUDENT, U. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*, přeložil Zikmund Marek, nakl. H+H, 2006, 162 s., ISBN 80 - 7319 - 038 - 9
16. SVATOŠOVÁ, M. *Až k prolítí krve*, Karmelitánské nakl., 2005, 360 s., ISBN 80 - 7195 - 037 - 8
17. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*, 5. doplněné vydání, Ecce Homo, 2003, 150 s., ISBN 80 - 902049 - 4 - 5
18. SVATOŠOVÁ, M. se spoluautory. *Hospic slovem a obrazem*, 1. vydání, ECCE HOMO, 1998, 148 s., ISBN 80 - 902049 - 1 - 0

19. SVATOŠOVÁ, M. *O naději s Marií Svatošovou*, Karmelitánské nakl., 2006, 87 s., ISBN 80 – 7195 – 049 – 1
20. ŠPATENKOVÁ, N., KRÁLOVÁ, J., *Základní otázky komunikace, komunikace (nejen) pro sestry*, 1. vydání, Galén, 2009, 135 s., ISBN 978 – 80 – 7262 – 599 – 4
21. VÁGNEROVÁ, M., *Základy psychologie*, 1. dotisk 1. vydání, Karolinum, 2005, 356 str., ISBN 80 – 246 – 0841 – 3
22. VERGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*, Grada, 2006, 144 s., ISBN 80 – 247 – 1262 – 8
23. VIRT, G. *Žít až do konce, etika umírání, smrti a eutanazie*, 1. vydání, nakl. Vyšehrad, 2000, 96 s., ISBN 80 – 7021 – 330 – 2
24. VORLÍČEK, J., ABRAHÁMOVÁ, J., VORLÍČKOVÁ, H., a kolektiv. *Klinická onkologie pro sestry*, 1. vydání, Grada, 2006, 328 s., ISBN 80 – 247 – 1716 – 6
25. VORLÍČEK, J., ADAM, Z., POSPÍŠILOVÁ, Y. a kolektiv. *Paliativní medicína*, 2. přepracované a doplněné vydání, Grada, 2004, 540 s., ISBN 80 – 247 – 0279 – 7
26. <http://www.hospice.cz>

8. Klíčová slova.

Hospic

Hospicová péče

Komunikace

Nevyléčitelně nemocný pacient

Paliativní péče

Terminální stádium nemoci

Key words

Hospice

Hospice Care

Communication

Terminally ill patient

Palliative Care

Terminal stage of illness

9. Přílohy

Příloha 1 - Dotazník pro pacienty na oddělení TRN a Hospic

Příloha 2 - Dotazník pro všeobecné sestry

Příloha 3 - Žádost o výzkumné šetření v Hospici Sv. Jana N. Neumanna

Příloha 4 - Stanovisko etické komise nemocnice Strakonice a.s.

Příloha 1

Dotazník pro pacienty na oddělení TRN a Hospic

1. Kolik je Vám let?
2. Jaký je Váš rodinný stav?
3. Jaká je Vaše diagnóza?
4. Jakým způsobem jste se dozvěděl/a o své nemoci?
5. Máte potřebu mluvit s ošetřujícím personálem o své nemoci?
6. Mluví s Vámi ošetřující personál otevřeně o Vaší nemoci?
7. Slyšel/a jste nebo Vaše rodina o možnosti hospicové péče a co o ní víte?
8. Uvažovali jste o využití hospicové péče?
9. Znáte Vy i Vaše rodina podstatu hospicové péče?
10. Nabídl Vám lékař možnost hospicové léčby?
11. Hovořil/a jste o možnostech hospicové péče s ošetřujícím personálem?
12. Kdo Vám dal podepsat souhlas s hospitalizací v Hospici?
13. Co považujete za nejdůležitější při komunikaci se sestrou?
14. Je s Vámi sestra ochotna rozebírat otázky týkající se života a smrti, pokud chcete s ní o tom hovořit?
15. Které slovní výroky sestry Vás znepokojují nebo přímo rozčilují vzhledem k Vašemu zdravotnímu stavu?
16. Jste spokojen/a s komunikací s ošetřujícím personálem?
17. Vyhovoval by Vám jiný styl komunikace a jaký?
18. O čem byste chtěl/a hovořit?
19. Máte důvěru v ošetřující personál?
20. Dává Vám ošetřující personál prostor pro Vaše dotazy a vlastní vyjádření?
21. Co považujete nyní ve Vašem životě za nejdůležitější?
22. Jste věřící?
23. Je pro Vás víra prostředkem naděje?
24. Změnila nemoc Váš postoj k víře?
25. Co je pro Vás v dané chvíli nejdůležitější?

26. Navštěvuje Vás pravidelně Vaše rodina?
27. Máte oporu ve Vaší rodině?
28. Změnila nemoc Vaše životní hodnoty?

Zdroj: Vlastní výzkum

Příloha 2

Dotazník pro všeobecné sestry

Vážení zdravotničtí pracovníci, respondenti

jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia na ZSF JČU v Českých Budějovicích, obor všeobecná sestra. Téma mojí bakalářské práce je **Efektivní komunikace v paliativní péči**. Dovoluji si Vás oslovit dotazníkem, jehož prostřednictvím bych chtěla zjistit, důležitost komunikace v paliativní péči a její přínos pro pacienty. Výsledky výzkumu budou podnětem pro zpracování mojí bakalářské práce. Prosím o pravdivé vyplnění všech otázek. Dotazník je anonymní a bude sloužit pouze pro moje studijní účely. Není-li psáno jinak, zaškrtněte jednu odpověď.

Děkuji za poctivé vyplnění dotazníku a Váš čas, který jste tomu věnovali.

Jana Plecerová

1. Kolik je Vám let?

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

2. Na jakém oddělení pracujete?

- a) hospic
- b) LDN
- c) lůžkové standartní oddělení
- d) jiné.....

3. Jak dlouho pracujete s pacienty v terminálním stádiu ?

- a) do 6 měsíců
- b) od 6 měsíců až 2 roky
- c) od 2 do 4 let
- d) od 4 let a více

4. Jste věřící?

- a) ano
- b) ne

5. Pokud jste věřící, je pro Vás víra ve Vaší práci oporou?

- a) ano, dostatečně
- b) ne
- c) občas

6. Je podle Vás důležité, aby lidé pracující s pacienty v terminálním stádiu byli věřící?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

7. Co myslíte (dle chování a komunikace), že je pro pacienty v terminálním stádiu nejdůležitější?

- a) přítomnost rodiny
- b) přítomnost duchovního
- c) vyrovnání dědictví
- d) jiné.....

8. Oceňuje Vaší práci pacient, jeho rodina a okolí?

- a) ano
- b) ne
- c) zřídka

9. Čemu se dle Vašeho názoru v komunikaci pacienti vyhýbají?

- a) hovorům o smrti
- b) hovorům o nemoci
- c) jiné.....

10. **Chtějí pacienti rozebírat smysl života a smrti?**

- a) ano
- b) ne
- c) občas

11. **Jaká témata rozhovoru pacienti vyhledávají?**

- a) vyléčitelnost
- b) nemoc pacienta
- c) obava ze smrti
- d) jiné.....

12. **Jaké jsou dle Vašich zkušeností nejčastější myšlenky pacienta?**(můžete označit více možností).

- a) opuštění, odloučení od rodiny
- b) obavy z bolesti
- c) nejistota
- d) zemřít doma
- e) strach ze smrti, z budoucna
- f) uzdravení
- g) nevím
- h) jiné

13. **Vyžaduje pacient komunikaci i mimoslovně?**(např. držení za ruku, pohlazení, a jiné)

- a) ano
- b) ne
- c) zřídka

14. **Je pro Vás komunikace s pacientem náročná?**

- a) ano (pokud jste odpověděla ano, napište, jak čím je pro Vás náročná)
- b) ne

.....
.....

15. Z čeho mají Vaši pacienti obavy?

- a) z nedostatku informací o svém zdravotním stavu
- b) z nedostatečné péče
- c) z bolesti
- d) z neznáma
- e) jiné.....

16. Jak reagujete, když pacient hovoří o vlastní smrti?

- a) vyslechnu pacienta, splním jeho přání
- b) zlehčím situaci
- c) hovořím o smrti
- d) zvolím jiné téma
- e) pacientovi naslouchám
- f) pacienta podpořím
- g) smrt berou jako součást života

17. Je pro Vás náročné rozebírat s pacientem otázku života a smrti?

- a) ano
- b) ne
- c) občas

18. Dělá zaměstnavatel pro vás nějaké školení, semináře apod. na dané téma?

- a) ano
- b) ne
- c) občas

19. Máte možnost konzultací s psychologem?

- a) ano
- b) ne
- c) zřídka

20. Ovlivnila Vás práce s pacienty v terminálním stádiu?

- a) ano (pokud ano, napište jak)
- b) ne

Zdroj: vlastní zdroj

Věc: Žádost o výzkumné šetření.


Vážený pane řediteli,

jmenuji se Jana Plecerová, jsem studentkou 3. ročníku oboru všeobecná sestra na Zdravotně sociální fakultě v Českých Budějovicích. Obracím se na Vás se žádostí o umožnění hloubkových rozhovorů s pacienty Vašeho zařízení, Hospice Sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích. Výsledky těchto rozhovorů použiji ve své bakalářské práci na téma „Efektivní komunikace v paliativní péči“.

Informace, které mi poskytnou pacienti Hospice Sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích, použiji jen pro účely zpracování mé bakalářské práce.

Děkuji za kladné vyřízení této žádosti.

Jana Plecerová


.....

PhDr. Robert Huneš, ředitel hospice


.....



Neumannova 11A
383 01 P
IČ: 708500000

Místní etická komise
ustavená v Nemocnici Strakonice, a.s.
se sídlem Radomyšlská 336, 386 29 Strakonice

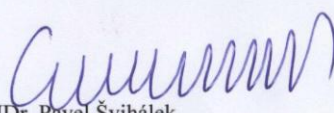
Paní
Jana Plecerová
všeobecná sestra
plicní oddělení

Strakonice dne 15.4.2010

Věc: Stanovisko k dotazníku určenému pro nevléčitelně nemocné pacienty plicního odd.

Dne 15.4.2010 projednala etická komise Vaši žádost o stanovisko a schválení vést na plicním odd. Nemocnice Strakonice, a.s. (na pracovišti svého zaměstnavatele) rozhovory s nevléčitelně nemocnými pacienty tohoto oddělení a jejich blízkými osobami za účelem využití výsledků v připravované bakalářské práci na téma „Efektivní komunikace v paliativní péči. Etická komise souhlasí jednomyslně s uskutečňováním pohovorů za těchto podmínek:

- rozhovory budou uskutečňovány pouze s pacienty, kteří budou prokazatelně plně informováni o svém zdravotním stavu a budou ochotně rozhovor podstoupit
- každý pacient bude informován, že rozhovor je veden anonymně pro potřeby zpracování bakalářské práce
- nebude ohroženo plnění povinnosti mlčenlivosti ze strany nemocnice
- případně nepříznivé odpovědi nebudou mít v žádném případě negativní důsledky pro pacienta
- s uskutečňováním pohovorů budou souhlasit MUDr. Alena Dvořáková, primářka plicního oddělení.


MUDr. Pavel Švihálek
předseda etické komise
Nemocnice Strakonice, a.s.

Lokální etická komise
Nemocnice Strakonice, a.s.
Radomyšlská 336
386 29 Strakonice