

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav Ošetřovatelství

Ondřej Malík

Komunikace všeobecných sester s pacientem v paliativní péči

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Šárka Vévodová, PhD.

Olomouc 2018

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval samostatně a použil jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

Olomouc 26. dubna 2018

podpis

Děkuji vážené Mgr. Šárce Vévodové, PhD. za odborné vedení, vstřícnost a cenné rady při zpracování bakalářské práce.

Anotace

Typ závěrečné práce: Bakalářská práce

Téma práce: Komunikace v paliativní péči

Název práce: Komunikace všeobecných sester s pacientem v paliativní péči

Název práce v AJ: Communication of nurses with a patient in a palliative care

Datum zadání: 2018-01-31

Datum odevzdání: 2018-04-26

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd

Ústav ošetrovatelství

Autor práce: Malík Ondřej

Vedoucí práce: Mgr. Šárka Vévodová, PhD.

Oponent práce:

Abstrakt v ČJ: Přehledová bakalářská práce se zabývá problematikou komunikace v paliativní péči, předkládá publikované poznatky o komunikaci s pacientem v paliativní péči z perspektivy sestry a o komunikaci jako potřebě paliativního pacienta. V práci jsou uvedeny komunikační strategie a bariéry sester, pečujících o pacienta na konci života, využitelné jako podklad pro vzdělávání zdravotníků v komunikaci. Dále je část práce věnována potřebě paliativních pacientů hovořit se zdravotnickým personálem a o intimních tématech. Poznatky byly dohledány z databází (EBSCO host, GOOGLE SCHOLAR, MEDLINE, MEDVIK, PUBMED) a zahraničních periodik.

Abstrakt v AJ: The bachelor thesis deals with problems concerning communication in palliative care. It presents previously published findings dealing with communication with a patient in palliative care from perspective of a nurse. Also, it deals with communication as one of the basic needs of a palliative patient. The thesis presents communication strategies and barriers of nurses who take care of the patient in the end-of-life care, what can be used as the basic for the education in communication of health care professionals. Another part of this thesis is devoted to communication with the health care staff in general, as well as communication about personal topics. The data used in the thesis were found in databases (EBSCO host, GOOGLE SCHOLAR, MEDLINE, MEDVIK, PUBMED, and foreign periodicals).

Klíčová slova v ČJ: komunikace, paliativní péče, pacient, sestra, péče na konci života, smrt, sexualita, život ohrožující onemocnění

Klíčová slova v AJ: communication, palliative care, patient, nurse, end-of-life care, death, sexuality, life threatening illness

Rozsah: 35 stran / 0 příloh

Obsah

Úvod	7
1 Popis rešeršní činnosti	9
2 Přehled publikovaných poznatků vztahujících se ke komunikaci v paliativní péči	12
2.1 Komunikace s pacientem v paliativní péči z perspektivy sestry	12
2.1.1 Bariéry v komunikaci sester s paliativními pacienty	14
2.1.2 Komunikační strategie	18
2.1.3 Témata o smrti v různých oborech	20
2.2 Komunikace jako potřeba paliativního pacienta	22
2.2.1 Potřeba mluvit o smrti	25
2.2.2 Potřeba mluvit o sexu	25
2.3 Limitace práce a doporučení pro praxi	28
Závěr	29
Referenční seznam	30
Seznam zkratk	35

Úvod

Dle standardů je paliativní péče definována následovně: „*Paliativní péče je komplexní, aktivní a na kvalitu života orientovaná péče poskytovaná pacientovi, který trpí nevyлéčitelnou chorobou v pokročilém nebo konečném stadiu. Cílem paliativní péče je zmírnit bolest a další tělesná a duševní strádání, zachovat pacientovu důstojnost a poskytnout podporu jeho blízkým.*“ (Sláma et al., 2012, str. 5).

Paliativní péče je poskytována nejčastěji pacientům trpícím onkologickým onemocněním, dále chronickým orgánovým onemocněním, pacientům s neurologickým postižením či syndromem křehkosti ve stáří. Situační analýza paliativní péče v České republice z roku 2016 ukazuje, že přibližně 70 000 pacientů ročně potřebuje paliativní péči (Kabelka et al., 2016, str. 7-8). Jednou z kompetencí všeobecné sestry je poskytovat a zajišťovat psychickou podporu umírajícím pacientům a jejich blízkým (Sbírka zákonů Česká republika, 2017, str. 4361). Spolu s útlumem bolesti a jinými fyzickými potřebami, vyvolanými nemocí, patří efektivní komunikace k základním potřebám paliativního pacienta. V této náročné životní situaci, kdy v myšlení dominuje nejistota, strach a obavy, potřebuje pacient podporu. Ta může přijít od jemu blízkých lidí, ale také od zdravotnického personálu, se kterým je pacient v úzkém kontaktu. Přestože lidé přirozeně komunikují pomocí slov či neverbálních postupů, vyžaduje profesionální efektivní komunikace ze strany sestry znalost strategií, které je vhodné použít. Také by se sestra měla orientovat v bariérách, které snižují efektivitu kontaktu mezi sestrou a pacientem či rodinou (Trovo de Araújo a da Silva, 2012, str. 623). V souvislosti s tímto je možné si položit otázky: Jaké jsou aktuální poznatky o komunikaci s pacientem v paliativní péči z perspektivy sestry a o komunikaci jako potřebě paliativního pacienta?

Cílem bakalářské práce bylo sumarizovat dohledané publikované aktuální poznatky o komunikaci s pacientem v paliativní péči z perspektivy sestry a o komunikaci jako potřebě paliativního pacienta.

Cíl bakalářské práce je specifikován v dílčích cílech:

- 1) Sumarizovat dohledané publikované aktuální poznatky o komunikaci s pacientem v paliativní péči z perspektivy sestry.
- 2) Sumarizovat dohledané publikované aktuální poznatky o komunikaci se zdravotníky jako potřebě paliativního pacienta a o potřebě hovořit o smrti či sexu.

Jako vstupní studijní literatura byly prostudovány následující publikace:

- 1) MARKOVÁ, M. 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-3171-1.
- 2) KUPKA, M. 2014. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada, Psyché (Grada), ISBN 978-80-247-4650-0.
- 3) BUŽGOVÁ, R. 2015. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-5402-4.
- 4) POKORNÁ, A. 2010. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. Vyd. 3., dopl. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, ISBN 978-80-7013-524-2.
- 5) VENGLÁŘOVÁ, M, MAHROVÁ, G. 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-1262-8

1 Popis řešeršní činnosti

ALGORITMUS REŠERŠNÍ ČINNOSTI



VYHLEDÁVACÍ KRITÉRIA:

- klíčová slova v ČJ: komunikace, paliativní péče, pacient, sestra, péče na konci života, smrt, sexualita, život ohrožující onemocnění
- klíčová slova v AJ: communication, palliative care, patient, nurse, end-of-life care, death, sexuality, life threatening illness
- jazyk: český a anglický
- období: z důvodu nedostatku aktuálních odborných článků bylo vyhledávací období z 2013 - 2018 rozšířeno na období 2008 - 2018
- další kritéria: recenzovaná periodika, dostupnost plnotextů



DATABÁZE:

EBSCO host, Google Scholar, Medline, Medvik, PubMed



Nalezeno 192 článků



VYŘAZUJÍCÍ KRITÉRIA:

- duplicitní články
- kvalifikační práce
- články vztahující se ke komunikaci mezi lékaři a pacienty
- články vztahující se k psychologii



SUMARIZACE VYUŽITÝCH DATABÁZÍ A DOHLEDANÝCH DOKUMENTŮ:

EBSCO host – 17 zahraničních článků

Google Scholar – 9 zahraničních článků a 2 české články

Medline – 2 zahraniční články

Medvik – 1 český článek

PubMed – 2 zahraniční články

**SUMARIZACE DOHLEDANÝCH PERIODIK A DOKUMENTŮ:**

- American Journal of Hospice and Palliative Medicine – 2 články
- BMC Palliative Care – 1 článek
- Clinical Journal of Oncology Nursing – 2 články
- Current Oncology Reports – 1 článek
- Časopis lékařů českých – 1 článek
- Dimensions of Critical Care Nursing – 1 článek
- International Journal of Nursing Knowledge – 1 článek
- International Journal of Palliative Nursing – 1 článek
- Journal of Clinical Nursing – 2 články
- Journal of Hospice & Palliative Nursing – 2 články
- Journal of Nursing Scholarship – 1 článek
- Journal of Palliative Medicine – 3 články
- Neuro-Oncology – 1 článek
- Nurse Education in Practice – 1 článek
- Nursing Older People – 1 článek
- Nursing Standard – 1 článek
- Oncology Nursing Forum – 2 články
- Ošetrovatelství a porodní asistence – 1 článek
- Palliative Medicine – 2 články
- Praktický lékař – 1 článek
- Psycho-Oncology – 1 článek
- Revista da Escola de Enfermagem da USP – 1 článek
- Salud Pública de México – 1 článek
- Swiss Medical Weekly – 1 článek

- Western Journal of Nursing Research – 1 článek



Pro tvorbu teoretických východisek bylo použito 33 dohledaných článků.

Pro tvorbu bakalářské práce byly dále použité 3 webové stránky, které jsou citovány v referenčním seznamu.

2 Přehled publikovaných poznatků vztahujících se ke komunikaci v paliativní péči

Kapitola sestavena z 2 podkapitol předkládá popis dohledaných publikovaných aktuálních poznatků o komunikaci s pacientem v paliativní péči z perspektivy sester a o komunikaci jako potřebě paliativního pacienta. První podkapitola se zabývá rolí sester v paliativní péči, komunikačními bariérami a strategiemi. Druhá podkapitola je věnována potřebě paliativních pacientů komunikovat se zdravotnickým personálem a hovořit o intimních tématech, jako je smrt či sex.

2.1 Komunikace s pacientem v paliativní péči z perspektivy sestry

Komunikace je jednou ze stěžejních oblastí ošetrovatelské péče o psychosociální stav pacienta, zejména v průběhu progresivní nemoci, která končí úmrtím pacienta. Funkcí komunikace je zmírňovat nejistotu a poskytovat základní oporu pro nemocného (Peereboom a Coyle, 2012, str. 251). Sekse et al. ve své studii zkoumají, jak sestry z různých oborů vnímají jejich roli v poskytování paliativní péče. Byl proveden systematický přehled studií s následujícími poznatky. Přestože nejsou všeobecné sestry vždy dostatečně oceněny, je jejich role v paliativní péči významná. Od sestry jsou vyžadovány teoretické znalosti a zkušenosti ve všech hlavních oblastech ošetrovatelství. Sestra se však nemůže spoléhat jen na své znalosti, občas musí důvěřovat své intuici a pocitům a jít za hranice své rutinní práce. Podstatná je i dovednost poskytovat individuální péči paliativním pacientům a jejich rodinám. Kultura, místo, prostředí, vzdělání a postoj k práci představují podle Sekseho et al. základní rámec pro poskytování paliativní ošetrovatelské péče. Sestra působí jako koordinátor poskytování péče a zajišťuje kontakt mezi zdravotnickým personálem, jinými zdravotnickými službami a převážně kontakt s pacientem a jeho rodinou (Sekse et al, 2018., str. 21–38). Peereboom et al. uvádí, že pro pacienty na konci života představuje všeobecná sestra v místy chaotickém zdravotním systému stabilní základ. Při vytváření vzájemného vztahu, založeného na důvěře, může být všeobecná sestra vnímána jako nejpřístupnější člen zdravotnického týmu. Může být zahrnuta i do rozhodovacího procesu ohledně péče a léčby (Peereboom a Coyle, 2012, str. 252). Lewis také charakterizuje roli sestry jako zprostředkovatele informací. V rámci zdravotnického týmu je v největším a nejužším kontaktu s pacientem a může významně přispět k zahájení paliativní péče, kde mimo jiné představuje psychickou podporu pacienta a jeho rodiny. Dále uvádí, že sestra má klíčovou roli v rozpoznání hranice mezi kurativní a paliativní péčí. Je důležité pomoci pacientům a rodině přijmout smrt a komunikovat s nimi na toto téma. Pacienti mohou často vnímat zahájení paliativní péče jako

své vlastní selhání nebo selhání zdravotníků, což staví sestru do obtížné situace, vyžadující pohotovost a schopnost obhájit důvody zahájení paliativní péče (Lewis, 2013, str. 22). Sestra také shromažďuje informace ze strany pacienta i ze strany lékaře. To popisuje studie Bach et al., která se zaměřuje na vnímání role sestry, pečující o paliativního pacienta. Podle ní představuje sestra také komunikačního prostředníka. Může lékaři objasnit pocity, obavy a přání pacienta a rodiny, ale je také schopna pacientům vysvětlit detaily ohledně léčby. Díky dostatku informací o obou stranách prospívá vztahu pacient–lékař. Takle sesterská role je jako jedna ze čtyř popsána ve studii. Z celkových 14 zapojených onkologických sester neabsolvovalo 10 sester žádné vzdělání či školení ohledně poskytování paliativní péče. Při analýze shromážděných údajů bylo zřejmé, že nejvíce diskutovanou součástí sesterské role je role podpurná (13 sester ze 14). Podpora byla popisována jako kontinuální proces, který je schopný pomoci pacientovi ve všech fázích nemoci. Vhodná podpora ze strany rodiny i zdravotnického personálu pomáhá pacientovi přijmout fakt, že se ocitá na konci života. Autorka popsala 4 hlavní body sesterské role při podpoře umírajícího pacienta. Zmínila nutnost být pacientovi nablízku, naslouchat mu a diskutovat s ním o jeho rozhodnutích. Někdy může pouhá přítomnost sestry u lůžka výrazně pomoci ke zlepšení stavu pacienta a poskytovaná péče tak dostává více holistický charakter. Sestry se shodují v tvrzení, že pokud u paliativního pacienta není jiná blízká osoba, jsou povinné být pacientovi nablízku a být s ním v intenzivním kontaktu. Podstatným rysem sesterské role v paliativní péči je podle autorky pomoc při odchodu blízkého. Zde se spíše jedná o péči o rodinu a blízké pacienta. Je třeba je motivovat k pozitivnímu myšlení a pomoci jim porozumět svým pocitům a obavám. Rodiny mají tendenci obviňovat samy sebe, a staví tak sestru do obtížné situace, kdy jim musí tyto myšlenky vyvrátit. Posledním diskutovaným problémem je pomoc při vyrovnávání se s faktem, že pacient je na konci života. Pro sestry je cílem přijetí paliativní péče ode všech členů rodiny i pacienta, což vyžaduje široké znalosti o nemoci i důsledcích péče (Bach et al., 2009, str. 496–512). Se skutečností, že je sestra zodpovědná za přípravu pacienta na konec života, souhlasí i Helft et al., kteří se v průřezové studii zčásti zabývají rolí onkologických sester při péči o pacienty na konci jejich života. K otázce své role se vyjádřilo 394 onkologických sester ze Spojených států. Celkem 96% z nich souhlasí s tvrzením, že sestra má odpovědnost za přípravu pacientů na konec jejich života. Tři čtvrtiny dotázaných považují schopnost odpovídat na otázky ohledně prognózy za součást své role. Naopak většina (82%) nesouhlasí s tím, že by měly provést odhad doby zbývajících života. Pouze 53% respondentů nemá problém informovat pacienta o tom, že zemře, pokud se zeptá na svůj

stav. V poslední řadě vyjádřilo 62 % sester ochotu hovořit o prognóze pacientů (Helft et al., 2011, str. 471).

2.1.1 Bariéry v komunikaci sester s paliativními pacienty

Wittenberg-Lyles et al. se ve své kvalitativní studii zabývají bariérami v komunikaci sester s pacienty na onkologii v souvislosti s tréninkovým programem *COMFORT Communication*, který připravuje sestry na konverzaci s pacienty ohledně paliativní péče a smrti. Do studie bylo zapojeno 7 zástupkyň sester z různých onkologických klinik z USA. Ty byly vyzvány ke sdílení svých myšlenek ohledně role sestry v komunikaci v různých stádiích onemocnění rakovinou, komunikačních bariér mezi sestrou a pacienty, charakteristiky efektivní komunikace, oblastí vhodných ke školení a pocitů sester při komunikaci s pacienty na konci života. Zástupkyně uvádí nedostatečně důslednou komunikaci mezi celým zdravotnickým týmem. Pro sestru je obtížné shromažďovat a správně interpretovat informace od jiných zdravotnických pracovníků a specialistů, pokud mají od lékařů jen částečné nebo nepřesné informace. To vede ke snížení schopnosti sestry efektivně odpovědět na otázky kladené pacienty a jejich blízkými. Množství a kvalita informací, které sestra má, významně ovlivňují schopnosti pacienta utvořit si reálný a úplný obraz svého aktuálního stavu. Ideálním řešením by podle respondentů byla účast sestry při rozhovorech lékaře s pacientem. Jako bariéru vnímají zástupkyně také nízký počet let strávených v praxi. Pokud nemá sestra dostatek zkušeností z oboru a neprošla školením v komunikaci s umírajícím pacientem, spoléhá se jen na postupy, které používají její kolegyně (Wittenberg-Lyles et al., 2013, str. 152–157). Závislostí komunikačních bariér na délce praxe se zabývá studie Molloy et al. Výzkum provedli na jedné z pěti konferencí programu ELNEC, kde oslovili 333 sester s různým počtem let strávených v praxi. Molloy hodnotí obtížnost komunikace na škále 0 (bez obtíží) až 10 (velmi obtížné). Výsledky ukazují, že sestry s malými zkušenostmi (2–10 let praxe) mají větší obtíže s komunikací po sdělení špatných zpráv pacientovi (6,7) než sestry s většími zkušenostmi (10 let praxe - 4,3; 20 let praxe - 3,8; 30 let praxe - 2,7). Z těchto čísel vyplývá, že s narůstající délkou doby strávené v praxi klesá náročnost v tomto odvětví komunikace. Méně zkušené sestry (pod 10 let) mají podle studie oproti zkušenějším kolegyním mezery i v následujících oblastech komunikace: diskuze s rodinnými příslušníky pacientů, detaily ohledně péče, DNR, jednání s lékaři ohledně paliativní péče a probírání možnosti hospicové péče. Sestry s méně než dvaceti lety praxe (5,2) mají větší problém s komunikací s pacienty a rodinami různých kultur než zkušenější sestry (4,4). Dalším zjištěním je fakt, že sestry s délkou praxe nad 30 let mají největší

problém trpělivě naslouchat osobním problémům pacientů a rodin. Data ukazují značný vliv těchto konverzací na emocionalitu sester, které projevují potřebu zdokonalení svých komunikačních dovedností (Malloy et al., 2010, str. 166–173). Zlepšení v této oblasti poskytování ošetrovatelské péče zdůrazňují i respondenti ve studii Aslakson et al., kteří zkoumají efektivitu paliativní péče na jednotkách intenzivní péče a komunikaci s pacienty s život ohrožujícím onemocněním či v kritickém stavu. Ve studii 32 sester vnímá jako jednu z překážek efektivní rozmluvy nedostatečný výcvik ve styku s pacientem se špatnou prognózou či nevyлéčitelnou nemocí. Sestry uvádí, že nemají představy o důsledcích těchto diskuzí a ve spoustě případů nevědí, jak postupovat. Jako další překážku označují rozpor mezi informacemi sdělenými lékaři a specialisty. Vyskytuje se absence informací o předchozích rozhovorech mezi lékařem a pacientem či rodinou, takže sestra nemá přehled o tom, jak upřímně s nimi lékař o prognóze jednal. Tato skutečnost například způsobuje, že sestry nevědí, jakým způsobem mají jednat s pacientem, který se probere z narkózy či kómatu. Problémem je také pocit diskomfortu pacientů, zapříčiněný dialogy ohledně prognózy. Pokud se pacient bojí špatných zpráv, nechce o své prognóze vůbec mluvit. V poslední řadě uvádí autorka fyzické a psychické překážky komunikace. Pacientovi na JIP v komunikaci může bránit intubace či nedostatek času pro efektivní komunikaci (Aslakson et al., 2010, str. 910–914). O zhoršeném stavu pacienta nebo časovém presu hovoří i 17 sester, jejichž rozhovory analyzovali Lenherr et al. v kvalitativní studii zabývající se komunikací ohledně umírání a smrti s geriatrickými pacienty. Bylo prodiskutováno 5 různých bariér konverzace s těmito pacienty:

1. místo, prostředí, čas a organizační důvody,
2. sestry se drží zpět,
3. odpor nebo odmítnutí ze strany pacientů,
4. kognitivní nebo duševní stav pacienta,
5. jiné důvody (Lenherr et al. 2012, str. 4–5).

Celkem 6 sester se ztotožňuje s první komunikační bariérou. Zdůrazňují nedostatek času na vedení produktivních dialogů o smrti. Stejný počet sester uvádí, že se drží zpět kvůli uvědomování si vlastní smrtelnosti. Strach z vlastní smrti způsobuje, že sestry nechtějí přicházet do styku s tímto tématem v takové míře, která je vyžadována. Celkem 6 sester považuje za bariéru odpor či odmítnutí ze strany pacientů. Setkávají se i s případy, kdy pacient absolutně odmítá jakoukoliv konverzaci se sestrou, takže je nemožné probrat obtížné téma umírání a smrti. Jsou i případy, kdy si rodina nebo sám pacient nepřeje, aby se probíralo téma smrti. Celkem 3 sestrám v konverzaci brání špatný kognitivní či duševní stav pacienta

a 6 sester považuje za překážku jiné důvody. Převážně jsou zmiňovány cizí kultury, ve kterých je otázka smrti stále velkým tabu. I tito respondenti vyjadřují potřebu intenzivnějších komunikačních tréninků (Lenherr et al. 2012, str. 4–5). Také Liaschenko et al. tvrdí, že komunikační překážky mezi sestrou a pacientem či jeho rodinou mohou vznikat v důsledku nedostatku času, protože bez dostatečně dlouhé doby nevznikne mezi sestrou a pacientem důvěra, která je základem kvalitní komunikace (Liaschenko et al., 2009, str. 228). Problém časové tísně se objevuje i ve studii Keall et al., kteří se zabývají komunikací ohledně spirituálních a existenciálních témat mezi pacienty a sestrami. Provedli kvalitativní výzkum pomocí polostrukturovaných rozhovorů, zahrnující 20 australských sester, vykonávajících paliativní péči. Největší výskyt mezi komunikačními bariérami zaznamenává nedostatek času (11/20). Sestry uvádějí, že mívají tolik pracovních povinností, že nestíhají s pacienty efektivně hovořit, ani když k tomu jsou pacienti přístupní a otevření. Jako nedostatek času vnímají sestry i situaci, kdy pacient zemře dřív, než je připraven na toto téma vůbec hovořit. Celkem 7 sester považuje za bariéru jejich vlastní strach ze zhoršení psychického stavu pacienta, pokud by s nimi probíraly tyto otázky. Další bariérou je podle 4 sester také strach, ovšem ze zhoršení fyzického stavu pacienta. Náročné dialogy mohou pacienta rozrušit natolik, že to negativně ovlivní jeho aktuální psychosomatický stav, například vnímání bolesti. Stejný počet sester vnímá jako překážku smysluplné konverzace s pacientem nedostatek soukromí. U pacienta mohou být přítomni členové rodiny či zdravotnického personálu, kteří brání otevřenému rozhovoru. Nedostatek komunikačních dovedností zdůrazňují 3 sestry z 20. Jako příklady uvádějí zkušenost se spolupracovníky s kratší praxí, kteří se zdráhají emotivnějších a důvěrnějších rozhovorů s umírajícími pacienty (Keall et al., 2014, str. 3201–3202).

Bariéry a komunikační problémy jsou předmětem výzkum Banerjee et al., kteří spolupracovali se 121 onkologickými sestrami ze Spojených států. Data o specifických problémech komunikace v onkologii byla shromažďována pomocí anonymního online průzkumu v letech 2012–2014. Dotazník obsahoval uzavřené i otevřené otázky, měl tedy kvantitativní i kvalitativní charakter. Diskutovalo se o pěti výzvách, kterým sestra čelí při dialogích o smrti, umírání a péči o pacienty blízko smrti:

1. dialektické napětí při diskuzích ohledně péče o umírající pacienty,
2. konkrétní témata týkající se paliativní péče,
3. nedostatek dovedností k vedení empatického rozhovoru,
4. charakteristické rysy pacienta či rodiny,
5. institucionální bariéry (Banerjee et al., 2016, str. 193–201).

Podle 11 sester je dialektické napětí zapříčiněno příliš emotivní konverzací mezi sestrou a pacientem. Sestra si k pacientovi vytvoří citovou vazbu, která se pro ni stává břemenem a brání profesionální komunikaci o smrti. Do této problematiky se řadí i situace, kdy lékař není ochoten mluvit s pacienty o prognóze a smrti. Pacienti poté nemají dostatek informací, což komplikuje komunikaci ze strany sester. 26 sester diskutovalo o druhé bariéře, tedy konkrétních tématech s paliativním pacientem: počátek paliativní péče, přirozené umírání, péče o komfort pacienta a cíle péče. V této souvislosti se sestry dostávají do situace, kdy neumí objasnit pacientovi či rodině důvod zahájení paliativní léčby nebo příčinu změny složení léků, které pacient dostává. V rámci přirozeného umírání padají často obtížné otázky ze strany pacientů či rodin ohledně času smrti a přesného průběhu umírání, které jsou pro sestry nepříjemné a na které nedokáží odpovědět. K nedostatku dovedností pro vedení empatického rozhovoru se vyjádřilo 23 sester. Jestliže dostanou přímé otázky na současný stav a prognózu, dostávají se pod tlak, kdy se projevuje nervozita a nepřipravenost. Dále v efektivní komunikaci brání přílišná emotivita pacientů a také neschopnost stanovit přiměřenou míru empatie, aby jejich projevy nevyzněly příliš lítostivě, nebo naopak přísně. Poslední bariéře se ve výzkumu věnovalo 5 sester, které vnímají jako překážku nedostatek času, prostoru či nesouhlas s těmito rozhovory od ostatních členů zdravotnického týmu. Čtvrtý bod, zmíněný 19 sestrami, zahrnuje charakteristické rysy určitých skupin pacientů, které stěžují rozhovory o smrti. Mezi tyto skupiny byli zařazeni pediatričtí pacienti, mladí rodiče, pacienti s netradičním kulturním či náboženským přesvědčením a také pacienti, kteří odmítají realitu (Banerjee et al., 2016, str. 193–201). Přestože ve studii Banerjeeho et al. jsou tyto rysy třetí nejvíce označovanou překážkou rozhovorů o smrti, podle studie Boyd et al. se tyto problémy vyskytují nejčastěji. Tato studie pojednává o zkušenostech 31 onkologických sester s péčí o pacienty v terminálním stádiu nemoci. V průměru se sestry staraly o 7 umírajících pacientů během posledních 3 měsíců. Výzkum je zaměřen na komunikaci ohledně hospicové péče a sdělení pacientovi, že umírá. Součástí této studie je prevalence pěti důvodů, které brání sestřím v rozvoji dialogů na tato témata. Nejvíce (11) sester označuje jako bariéru fakt, že pacienti a jejich rodiny nechtějí přijmout realitu (špatnou prognózu), takže o smrti v žádném případě nedokáží mluvit. Náhlé zhoršení stavu či nečekaně rychlé úmrtí stanovuje 8 sester za důvod, proč s pacienty nemluví o skutečnosti, že umírají. Váhání lékařů ohledně určení prognózy vnímá jako překážku 5 sester, vlastní diskomfort při konverzacích na tato témata 2 sestry a snahu za každou cenu udržet naději pacientů 1 sestra. Celkem 6 sester navíc zmiňuje situaci, kdy pacientovi bylo řečeno, že umírá, avšak tuto realitu nepřijal. V závěru tohoto výzkumu zmínila autorka nutnost

vypracování strategií a školení, které by zvýšily kvalitu komunikace ohledně hospicové péče, smrti a péče o umírající pacienty (Boyd et al., 2011, str. 229–238). Konverzace na tato témata bez důkladné přípravy může být pro zdravotníky velice stresující záležitostí. To dokazuje ve své studii Loerzel a Conner. Do výzkumu se zapojili studenti připravující se na vykonávání práce sestry. Ti se vyjádřili k obavám ohledně péče o pacienta na konci života. Tito studenti z USA absolvovali online kurz ohledně paliativní péče a poté 36 z nich v polostrukturovaném dotazníku popsalo předmět jejich strachu z péče o pacienta na konci života a z komunikace. Jednou z příčin jejich strachu je jejich vlastní neznalost. Studenti se obávají, že díky své neznalosti a nedostatku zkušeností mohou pacientovi komunikací spíše ublížit. Jako další příčinu uvádí strach ze smrti jako takové. Pacienti se mohou přímo zeptat na otázky ohledně smrti či umírání, na které studenti, jak sami uvádí, neumí správně reagovat. Někteří studenti dokonce uvádí, že by raději nijak neodpověděli, než aby pacientovi či jeho blízkým ublížili. Další předmět strachu, který vyplývá ze zjištěných údajů, je neschopnost mluvit o umírání dětí. Převážně studentky, které jsou matkami, vnímají toto téma jako velice obtížné. Dále si studenti vztahují téma smrti na svoji vlastní smrtelnost, čímž se pro ně toto téma stává stresujícím (Loerzel a Conner, 2014, str. 9–11).

2.1.2 Komunikační strategie

Trovo de Araújo a da Silva provedly studii s cílem určit prevalenci a užití komunikačních strategií v paliativní péči. Výzkum proběhl v letech 2008–2009, kdy byl rozeslán dotazník 303 zdravotníkům pečujícím o pacienty v paliativní péči. Mezi zapojenými institucemi byly 2 velké veřejné nemocnice, 2 soukromé nemocnice a jedna vysoká škola, vzdělávající zdravotníky ve městě Sao Paulo. Jen 79 účastníků má zkušenost s edukací ohledně specifik poskytování paliativní péče. Většina účastníků (57,7%) nedokáže určit ani jednu verbální komunikační strategii a pouze 15,2% je schopno popsat strategie neverbální komunikace. Nejčastěji se zdravotníci setkávají s otázkami týkajícími se nemoci či průběhu léčby. Mezi používanými prvky neverbální komunikace se objevují například zklidňující dotek, pohled, úsměv, naslouchání a fyzická blízkost. Přestože zdravotníci považují efektivní komunikaci za podstatnou pro vykonávání kvalitní paliativní péče, prokazují špatné znalosti ohledně komunikačních strategií. Z výsledků je patrná nutnost odborné přípravy zdravotníků v oblasti komunikace o pacienty v paliativní péči (Trovo de Araújo a da Silva, 2012, str. 623–628).

Kaell et al. popisují vhodné strategie při zkoumání dialogů 20 sester o existencionálních a spirituálních otázkách. V jejich výzkumu 13 sester uvádí, že je důležité

vědět, v jakých případech mají paliativního pacienta odkázat na jiného člena zdravotnického týmu, jako je například psycholog. Udržet realistické očekávání a naděje považuje za podstatné 7 sester, které se shodují na tom, že není dobré podporovat nereálné cíle a udržovat tak pacienta ve falešné naději. Pomocné kurzy vnímá jako užitečné 6 sester. Účast na kurzech k posílení sebeuvědomění nebo zlepšení poradenských schopností podle nich pomáhá k lepší interakci s pacienty. V poslední řadě byla rozebírána dokumentace detailů ohledně obsahu diskuzí. Téměř žádná ze sester nezaznamenává do dokumentace téma či hloubku dialogů s pacienty. Pokud by si sestra mohla z dokumentace přečíst, že bylo řešeno nějaké citlivé téma, mohla by na něj plynule navázat. Několik (7) sester pokládá za vhodné věnovat čas a upravit prostředí pro vedení dialogu. Například přinést si k pacientovi šálek kávy a naznačit mu tím, že mají v úmyslu se u něj chvíli zdržet, nebo zavést téma na příjemné podněty (rodina, přátelé, apod.) před tím, než začnou rozebírat obtížnější témata (Keall et al., 2014, str. 3202–3203). Poskytnout dostatek času a trpělivě naslouchat považují za nejdůležitější faktory efektivní komunikace s umírajícím pacientem také Strang et al. Celkem 98 sester z nemocnic, hospiců a agentur domácí péče popisuje své zkušenosti. Obsah konverzací byl zaznamenán a kvalitativně analyzován. Podle sester se většina existencionálních rozhovorů týká otázky života a smrti, nemoci, utrpení, strachu a reálných či nereálných nadějí. Setkávají se také s lítostí nad některými činy v životě, pocitem viny a nevyřešenými špatnými vztahy. Pacienti často kladou otázky jako: „Proč právě já?“ nebo „Co jsem udělal/a špatně, že se mi tohle stalo?“. Za vhodné postupy považují sestry objasnit pacientovi jeho pocity a povzbudit ho. Naopak za nejvíce nevhodnou frázi je považováno „Vím přesně, jak vám je.“, protože sestra nikdy nemůže přesně vědět, jak se druhý člověk cítí. Výsledky studie potvrzují, že zkušenosti ve vedení rozhovoru ohledně existencionálních otázek vedou k lepším komunikačním dovednostem sester při rozhovoru o tématu smrti a umírání. Vzhledem k tomu, že jsou sestry často vystaveny emotivním otázkám ze strany paliativních pacientů, vyjadřují potřebu nácviku těchto situací v rámci komunikačních kurzů. Tyto dovednosti by měly pozitivní vliv na syndrom vyhoření sester pečujících o umírajícího pacienta, efektivnější dialogy a větší spokojenosti pacientů (Strang et al., 2014, str. 562–567). Vliv jednoho z těchto kurzů na sebedůvěru sester při konverzacích o smrti, umírání a péči o umírající zkoumá studie Coyle et al.. V letech 2012–2014 se 247 onkologických sester z USA zúčastnilo tréninkového programu komunikačních dovedností (Communication skills training - CTS), pořádaného Memorial Sloan Kettering Cancer Center. Tréninkový modul zahrnuje celkem 5 strategií. O rozvíjení vzájemného vztahu sestra–pacient a vyjadřování pochopení pojednávají první dvě strategie. Ty hovoří o potřebě ověřovat informace pacienta

a rodiny, které ohledně nemoci a aktuálního stavu mají. Sestra může informace upřesnit či rozvinout, aby si získala větší důvěru ze strany pacientů a rodin. Také může zdůraznit zájem o pacienta a jeho oblíbené činnosti tím, že do dialogů zahrne zájmy a přednosti pacienta či rodiny. Třetí strategie dopomáhá sestřím v komunikaci, která následuje bezprostředně poté, co lékaři sdělí pacientovi špatnou diagnózu, čímž dochází k přechodu z kurativní léčby na léčbu paliativní. Sestra by se měla v této situaci zaměřit na rozbor emocí a myšlenek pacienta, ptát se na pocity a obavy a vyjadřovat podporu. Důležité je dát pacientovi dostatek prostoru, aby vyjádřil své myšlenky svými vlastními slovy. Následovat by měly kontrolní otázky, zda sestra i pacient chápou vyjádřené obavy stejně. Strategie č. 4 učí sestry empaticky reagovat na emoce pacientů. Nejdříve je dobré vyjádřit porozumění pacientovým emocím, aby se cítil podporován a chápán. Poté by měly být emoce normalizovány, je třeba tedy ukázat pacientovi, že je v pořádku mít takové pocity. Závěrem by sestra měla pochválit pacientovo úsilí smířit se se situací. V této strategii bylo doporučeno využít i letmých dotyků (např. položení ruky na paži) a zajistit tiché, klidné prostředí. Poslední strategie se zabývá ukončením konverzace. Je vhodné shrnout co nejvíce zjištěných informací a naznačit, že se v budoucnu k jednotlivým bodům budete v rozhovorech vracet. Po absolvování tohoto workshopu se sebedůvěra sester při těchto rozhovorech prokazatelně zvýšila. Na dotazy ohledně spokojenosti sester s tímto tréninkovým programem a pozitivního vlivu na jejich jednání s pacienty byly odpovědi sester v 90 – 98% kladné (Coyle et al., 2015, str. 697–701).

2.1.3 Témata o smrti v různých oborech

Hjelmfors et al. provedli popisnou a srovnávací studii, zahrnující 279 kardiologických sester intenzivní péče ze Švédska a Nizozemska. Sestry zaznamenávaly, o jakých tématech z nabídnutého seznamu hovořily s pacienty. Celkem bylo popsáno 1809 konverzací s kardiologickými pacienty. Témata prognózy či péče na konci života byla mezi nejméně diskutovanými tématy. O prognóze hovořily sestry s 687 pacienty (38%) a téma péče o pacienta na konci života se objevilo u 179 pacientů (10%). Kardiologické sestry často nepovažují tato témata za součást jejich práce. Naopak nejdiskutovanějším tématem (93%) jsou symptomy nemoci a otázky ohledně fyzického stavu pacienta (Hjelmfors et al., 2015, str. 865). Konverzace na toto téma byly nejčastější i v případě hospicových sester, kterým se věnovali Ellington et al. Ti analyzovali audionahrávky rozhovorů pořizené během návštěv onkologických pacientů v domácím prostředí. Zapojilo se 5 hospicových sester pracujících v agenturách domácí péče, které absolvovaly celkem 32 návštěv pacientů. Délka rozhovorů

trvala v průměru 55 minut a v 66% případů vyvíjel sám pacient iniciativu komunikovat. Nejčastěji (22%) sestry hovoří o péči o fyzický stav. V 9% případů byl rozebírán životní styl pacienta. Pouze 8% času se sestry věnovaly péči o psychosociální stav pacienta, včetně tématu smrti, a stejný podíl strávily sestry odpověďmi na dotazy pacientů. Pouze 4% času zabrala instruktáž (Ellington et al., 2012, str. 262–268). O komunikaci ohledně smrti pojednává také studie Marván et al. Celkem 295 sester z Mexika vyplnilo dotazník, zaměřený na jejich praxi a jednání lékařů s paliativními pacienty. Sestry se k jednotlivým bodům, týkajících se komunikace s pacienty v terminálním stavu, vyjadřují následovně. 61,4% sester vyvíjí samostatně iniciativu k dialogům ohledně smrti. Pouze 23,1% z nich se těmto tématům vyhýbá. Pokud dojde k situaci, kdy pacient samostatně začne na toto téma mluvit, je 91,5% sester ochotno vést takový rozhovor. Pokud pacienti nejsou informováni o svém stavu a zeptají se sestry, zda umírají, jen 39,3% sester by odpovědělo pacientovi pravdivě. Studie jednoznačně ukazuje potřebu sester lepšího vzdělávání ohledně komunikace s paliativními pacienty ve formě seminářů či workshopů. S tímto tvrzením souhlasí celkem 99,1% respondentů (Marván et al., 2017, str. 677–678). Zda sestry komunikují na téma umírání a smrt, zkoumá i studie Kisvetrové et al. Do průřezové deskriptivní studie se zapojilo 201 českých sester (z oddělení interní medicíny, onkologie a léčebny dlouhodobé péče), které poskytují péči pacientovi v terminální fázi onkologického či chronického onemocnění. Sestry se prostřednictvím strukturovaného dotazníku vyjádřily k aktivitám při péči o umírajícího pacienta. Na dotaz, zda sestry ochotně komunikují o smrti s umírajícími pacienty, reaguje 33,8% z nich, že nikdy nebo výjimečně. 36,8% sester na toto téma hovoří občas a 29,4% často či velmi často. Dále 32,3% sester uvádí, že často či velmi často podporují pacienta a jeho blízké ke sdílení pocitů ohledně smrti. 36,9% vyjadřuje v tomto podporu pouze někdy a 30,8% nikdy či výjimečně. Tyto aktivity (ze všech 28 zkoumaných) provádějí sestry nejméně, tedy nejmenší podíl sester označilo možnost „často“ či „velmi často“. Naopak možnost „nikdy“ nebo „výjimečně“ se vyskytl u těchto aktivit nejčastěji spolu s tématy pohřbu a vhodných potravin vzhledem ke kultuře pacienta. Výsledky této studie také potvrzují, že je potřeba sestry více školit v oblasti komunikace s umírajícími pacienty (Kisvetrová et al., 2017, str. 131–134). Aktivitami sester pečujících o pacienta na konci života se zabývá také další studie Kisvetrové et al.. Cílem této průřezové deskriptivní studie je stanovit míru využití ošetrovatelských aktivit, podporujících komfort pacienta na oddělení intenzivní péče, onkologie, interní medicíny, LDN, v domovech pro seniory a v hospicích. Celkem 907 sester z 9 krajů České republiky vyplnilo dotazník, ve kterém hodnotí míru aplikace ošetrovatelských aktivit v rozmezí 1 (nikdy) až 5 (vždy). Nejméně prováděnou

aktivitou sester je komunikace s pacientem o smrti (průměr 3,29). Jeden z nejnižších průměrů (3,35) má také intervence podporovat rodinu a pacienta ke sdílení pocitů ohledně smrti. Naopak nejvíce prováděnou aktivitou je podle sester péče o pacienta s úctou a respektem (průměr 4,74). Také tato studie odkazuje na nedostatečné vzdělání sester ohledně komunikace s paliativním pacientem (Kisvetrová et al., 2018, str. 126–130). Ford et al. provedli systematickou review ohledně potřeb pacientů z Velké Británie s maligním nádorem mozku. Ve výsledcích uvádí, že zdravotníci, pečující o pacienty s maligním tumorem mozku, by měli mít dostatečné komunikační dovednosti a mluvit soukromě přímo s pacienty o emočně náročných tématech, jako je prognóza či péče na konci jejich života. Trénink zdravotníků v komunikaci by zabránil pocitu nejistoty či obav pacienta, který nemá dostatek informací nebo nemá možnost o nich hovořit (Ford et al., 2012, str. 394).

2.2 Komunikace jako potřeba paliativního pacienta

Davison se svým výzkumem snažila zvýšit efektivitu poskytované paliativní péče pacientům s chronickým renálním selháním. Do studie bylo zapojeno 584 kanadských pacientů 4. stádia této nemoci. Data byla shromažďována pomocí dotazníků mezi lednem a dubnem 2008. Na dotaz, zda je pro pacienty pohodlné hovořit s personálem o záležitostech, týkajících se konce života, označuje 65,5% pacientů možnost „velmi pohodlné“ nebo „pohodlné“. 15,4% si není jisto odpovědí a pro 13,7% pacientů jsou tyto konverzace nepřijemné. Studie navíc zjišťuje, s kým pacienti o těchto tématech hovoří. V rámci zdravotnického personálu mluvilo pouze 6,4% pacientů za posledních 12 měsíců o tématech smrti, umírání a péče o umírající se sestrou. Pacienti více hovořili s rodinnými příslušníky, nefrologem, přáteli a rodinným lékařem. Avšak více než polovina respondentů (51,9%) nemluvila s nikým. Pacienti dále uvádějí, s jakým členem zdravotnického personálu by chtěli mluvit o těchto tématech. Nejvíce z nich (47,6%) chtějí hovořit s nefrologem, 39,2% s rodinným lékařem a 20,2% se sestrou. Na otázku, kdy by měly tyto konverzace začít ze strany personálu, nejvíce respondentů (39,2%) odpovídá, že by měly začít, když zdravotnický tým označí pacienta za nevléčitelně nemocného (Davison, 2010, str. 195–200).

Ventura et al. pojednávají ve své studii o neuspokojených potřebách paliativních pacientů a jejich pečovateli. Jelikož jsou agentury domácí péče jedním z hlavních poskytovatelů paliativní péče, zkoumá studie paliativní pacienty v domácí péči. Celkově byla provedena analýza 15 empirických studií (9 kvalitativních studií, 3 kvantitativní a 3 smíšené) z Velké Británie (7), USA (2), Nizozemska (2), Austrálie (2), Kanady (1) a Dánska (1). Nejčastěji diskutovanou neuspokojenou potřebou těchto pacientů i pečovateli byla právě

komunikace se zdravotnickými pracovníky. Pacienti i pečovatelé se shodli na tom, že nedostatečná komunikace se zdravotníky má negativní vliv na péči. Studie je zaměřena na fyzické, psychické a duchovní potřeby. Pouze fyzické potřeby hodnotí respondenti jako uspokojené a péči v této oblasti označují jako kvalitní. Zbylé dvě kategorie potřeb však respondenti také považují za důležité, ale ve většině případů neuspokojené. Autorka předpokládá, že identifikace těchto neuspokojených potřeb může být podkladem pro budoucí výzkumy, zabývající se potřebami paliativních pacientů (Ventura et al., 2014, str. 391–401). I studie Kisvetrové et al. odkazuje na fakt, že se sestry v péči o umírající věnují převážně uspokojování fyzických potřeb. Komunikace, včetně tématu smrti, je v ústraní (Kisvetrová et al., 2017, str. 136). Ve své další studii Kisvetrová et al. srovnávají naplnění fyzických, psychických, sociálních a spirituálních potřeb podle sester z intenzivní péče, onkologie, interní medicíny, oddělení LDN, domovů pro seniory a hospiců. Sestry ze všech oddělení uvádí, že uspokojování fyzických potřeb pacienta převažuje nad ostatními. Pouze hospicové sestry uspokojují spirituální potřeby přibližně ve stejné míře jako potřeby fyzické. Hospicové sestry se více věnují také sociálním a psychickým potřebám než sestry v ostatních oborech (Kisvetrová et al., 2018, str. 126–131). Problémem ohledně psychických potřeb se ve své studii zabývají také Bužgová a Zeleníková. Ty se zaměřují na hodnocení potřeb paliativních pacientů. Data sbíraly pomocí řízených skupinových rozhovorů s celkem 30 respondenty (16 všeobecných sester, 4 sociální pracovníci, 3 lékaři, 2 příbuzní nemocných v terminálním stádiu nemoci, 2 duchovní a 1 onkologický pacient). Všeobecné sestry označují kategorii psychických potřeb za často nesplněnou. Důvodem je nejistota pacientů, strach z léčby či nedostatek informací. Respondenti označují jako nežádoucí, že tyto potíže bývají řešeny spíše farmakologicky. Autorka identifikuje potřebu hovořit o nejistotě a obavách jako jednu z potřeb paliativního pacienta. Dále uvádí, že někdy není nutná přímo intervence ze strany psychologa, ale stačí pouze častější přítomnost jiného člověka (např. všeobecné sestry), se kterým mohou pacienti tyto potíže sdílet. Někteří pacienti bývají přístupnější cizím lidem než vlastní rodině či přátelům. Další identifikovanou potřebou je komunikace s pracovníky poskytujícími péči a podpora z jejich strany (Bužgová a Zeleníková, 2012, str. 404–411). Autorka se zapojila i do kvantitativní studii na toto téma. Pomocí dotazníku byly sumarizovány data 349 pacientů v terminálním stádiu nemoci, hospitalizovaných ve Fakultní nemocnici Ostrava. Z nich celkem 225 pacientů trpělo onkologickým onemocněním (nejčastěji byl postižen trávicí systém, ženské reprodukční orgány, prsa a dýchací systém) a 124 pacientů se léčilo s chronickým onemocněním (nejčastěji polymorbidita geriatrických pacientů a srdeční onemocnění). Respondenti označili důležitost potřeb v 7 doménách

na stupnici 0–100. Jako nejvýznamnější doménu vidí pacienti podporu a respekt ze strany zdravotníků (90,0), následuje potřeba autonomie (83,9), smíření se s nemocí a smyslem života (77,9), potřeby fyzické (75,0), sociální (72,4), sdílení emocí (35,6) a potřeby náboženské (21,6). Dále se respondenti vyjadřují k důležitosti konkrétních potřeb a také k tomu, které potřeby považují za neuspokojené. Celkem 340 pacientů považuje za důležité či velmi důležité vykonávat péči s úctou a respektem, a pouze 6 z nich vnímá tuto potřebu za neuspokojenou. Pro 332 pacientů je důležitá či velmi důležitá podpora ze strany zdravotnického personálu (pro 8 potřeba neuspokojená) a za téměř stejně důležitou potřebu (331 pacientů) je pokládána komunikace se zdravotníky a naslouchání. Tato potřeba je neuspokojená pro 11 pacientů. Potřebu obdržení dostatečného množství informací ohledně péče (důležité či velmi důležité pro 319 pacientů) a důvěru ve zdravotnický personál (důležité či velmi důležité pro 308 pacientů) vnímá jako neuspokojenou 8 pacientů. Všechny tyto potřeby percipuje jako důležité či velmi důležité nad 90% respondentů. Potřeby ostatních domén dosahují nižších hodnot, kromě tlumení bolesti (93%) a informací o svém zdravotním stavu (94%) (Bužgová et al., 2014, str. 184–189). Další výzkum provedly Bužgová a Havelková s terminálně nemocnými pacienty v Hospici sv. Lukáše v Ostravě. Studie zahrnovala 36 respondentů, kteří hodnotili důležitost potřeb v rozmezí 1 (nedůležitá) až 5 (velice důležitá). Následně ke každé potřebě přiřadili míru saturace. Celkem 29 respondentů považuje naslouchání ze strany zdravotnického personálu a komunikaci s nimi za důležité či velmi důležité. Každý z těchto pacientů považuje tuto potřebu za naplněnou. Důvěřovat zdravotnickému personálu je důležité pro 35 pacientů a cítit podporu z jejich strany vnímá za důležité 31 pacientů. Obě tyto potřeby považují respondenti za naplněné (Bužgová a Havelková, 2012, str. 190–192). Schmidt et al. zkoumají potřeby pacientů s demencí v konečné fázi jejich života. Do této kvalitativní studie se zapojilo 42 zdravotníků a 14 příbuzných, kteří hovořili o zkušenostech s celkem 30 dementními pacienty. Autoři získali data pomocí analýzy skupinových sezení a individuálních rozhovorů. Výsledky ukazují, že pacienti mají potřebu hovořit s ostatními pomocí verbální i neverbální komunikace. Pacienti si také potřebují vytvořit důvěrný vztah k některým zdravotníkům. Ti by měli dbát na dodržování pravidelného denního rytmu, který je pro pacienta s pokročilou demencí velice důležitý. Pacienti vyžadují, aby některé úkony, jako je například mytí vlasů, prováděli zdravotníci, ke kterým mají blízký vztah. K tomu je potřeba dostatek komunikace z obou zúčastněných stran (Schmidt et al., 2017, str. 657–663).

2.2.1 Potřeba mluvit o smrti

Olsson et al. zkoumají ve své studii reakce paliativních pacientů na blížící se konec života. V tomto kontextu se zabývají i potřebou pacientů mluvit o smrti. Data shromáždili od 11 švédských pacientů pomocí analýzy rozhovorů a záznamů z jejich deníků. Deset z těchto pacientů zemřelo do 2 let. Výsledky ukazují, že s progredujícím onemocněním chtějí někteří pacienti více mluvit o smrti se svými blízkými. Problémem je, že i když mají pacienti tuto potřebu, jejich partneři a děti tuto potřebu nesdílí. Respondenti uvádí, že slova jako „smrt“ či „umírání“ dělají situaci příliš definitivní. Nedostatek otevřené komunikace ohledně smrti má za důsledek pocit pacientů, že se musí se vším vypořádat sami. Respondenti doporučují připravit se před konverzacemi o smrti a odhadnout vhodnou situaci. Nesprávné načasování může uškodit jejich psychickému stavu ještě více. Komunikaci na tyto témata se zdravotníky hodnotí respondenti jako nevhodnou. Nechtějí, aby jim při rozhovorech o smrti nebyla vyjádřena žádná naděje a empatie, což se v případě zdravotníků stává (Olsson et al., 2010, str. 610). Rozhovory o konci života označují jako jednu z potřeb i respondenti ve studii Bužgové a Zeleníkové. Smrt je podle nich podstatně více tabuizované téma, než dříve. Přesto i dnes mají pacienti touhu mluvit o důstojné smrti a odchodu z tohoto světa (Bužgová a Zeleníková, 2012, str. 411). Tato autorka zahrnuje potřebu mluvit o smrti do své další studie, ve které srovnává potřeby hospitalizovaných pacientů v terminálním stádiu chronických a onkologických onemocnění. Sdílení pocitů ohledně smrti a umírání vnímá jako důležité či velmi důležité 57 pacientů z 349. Ovšem 15 z nich nevnímá tuto potřebu za uspokojenou (Bužgová et al., 2014, str. 189). Potřebu hovořit o smrti zkoumala také u 36 hospicových pacientů. Pouze 5 z nich ji považuje za důležitou či velmi důležitou. Tito pacienti ovšem zároveň označili tuto potřebu za naplněnou (Bužgová a Havelková, 2012, str. 192). Skulason et al. se ve své studii zabývají rozdílem v komunikaci ohledně smrti a umírání mezi muži a ženami, kteří jsou příjemci paliativní péče nebo je u nich stanoven DNR status. Data byla sbírána po dobu 3 let od pacientů v National University Hospital na Islandu. Výsledky ukazují, že muži chtějí o smrti hovořit méně než ženy. Pouze 30% mužských respondentů mluvilo o smrti a umírání z vlastní iniciativy, zatímco u žen uvádí autor hodnotu 80%. Po zahájení těchto rozhovorů druhou stranou chtělo na tato témata mluvit 59% mužů a 91% žen (Skulason et al., 2014, str. 1–7).

2.2.2 Potřeba mluvit o sexu

Při vykonávání paliativní péče se zaměřením na kvalitu života pacienta musí zdravotníci dbát na holistický charakter péče, což zahrnuje uspokojování fyzických,

psychických, sociálních i duchovních potřeb pacienta. Sexualita však bývá v mnoha případech opomíjena, obzvlášť pokud se jedná o umírajícího pacienta. Jednou ze schopností, kterou vážné onemocnění může omezit, je i schopnost sexuálně fungovat. Sexuální dysfunkce snižuje kvalitu života pacienta a také negativně ovlivňuje jeho vztah s blízkou osobou. V uspokojování sexuálních potřeb paliativních pacientů ale výrazně brání několik překážek ze strany zdravotníků i pacientů. Převážně se jedná o pocity studu a nedostatečné komunikační dovednosti (Blagbrough, 2010, str. 39). Leung et al. v závěru své studie uvádí, že ačkoliv jsou pacienti nevyлéčitelně nemocní, neznamená to, že nechtějí mluvit o své sexualitě. Poskytovatelé paliativní péče nejsou schopni vykonávat komplexní péči, pokud opomíjejí potřeby v oblasti sexuality. Jako bariéry k této komunikaci vidí časovou vytíženost personálu, omezené komunikační dovednosti nebo negativní postoj ke komunikaci na toto téma. V paliativní péči se zdravotníci setkávají s obtížnou a emočně náročnou komunikací s pacienty, což zahrnuje také téma sexuality. Pokud poskytovatelé péče zcela opomíjejí sexuální potřeby pacienta, může se to negativně odrazit na kvalitě života. Výzkum ukazuje, že by zdravotníci měli překonat bariéry a vytvořit příležitosti ke komunikaci na toto téma (Leung et al., 2016, str. 5). Ke stejnému závěru došla ve své studii také Taylor, která uvádí, že by zdravotníci neměli pacienty nutit k rozhovorům na téma sexuality, ale měly by pro tyto dialogy vytvářet příležitosti (Taylor, 2014, str. 444). Reese et al. zkoumali efektivní komunikaci ohledně sexuality mezi zdravotníky a pacientkami s rakovinou prsu. Do studie se zapojilo 28 pacientek a 11 zdravotníků – onkologických lékařů a sester. Údaje byly získány pomocí rozhovorů a následně kvalitativně analyzovány. Někteří respondenti komunikovali s poskytovateli péče na téma sexuality, někteří nikoliv, pravděpodobně proto, že nevěděli, jakým způsobem mají komunikovat. V některých případech ženy považují vedení rozhovorů na toto téma za úlohu zdravotníka a samy na toto téma konverzace nezahajují. Někteří respondenti také uvádí, že v této oblasti nestrádají, takže nemají potřebu o ní mluvit. Za komunikační bariéru, týkající se sexuality, považují respondentky pocit diskomfortu, nedostatek důvěry ve zdravotníky, nedostatek znalostí ohledně možných sexuálních omezení a obavy ze zhoršení vztahu pacient–zdravotník. Dále se pacientky i zdravotníci shodli na tom, že je k takovým rozhovorům potřeba vyšší míra důvěry. Komunikace na sexuální téma se přitom netýká jen pacientek v produktivním věku. Zdravotníci uvádí, že mají zkušenost i s šedesátiletými pacientkami, které vyjádřily obavy o svoji sexualitu. Pacienti většinou považují lékaře za osobu, se kterou by měli tyto záležitosti rozebírat. Ovšem zkušenosti některých pacientek ukazují, že sestry bývají pro tyto rozhovory vhodnější. Zdravotníci

nadále uvádějí, že komunikační výcvik ohledně sexuálních témat by přispěl k pohodlnějším a přínosnějším konverzacím s pacienty (Reese et al., 2017, str. 3199–3204).

Komunikace ohledně sexuality byla zahrnuta i do studie Bužgové a Zeleníkové s cílem identifikace potřeb pacientů v paliativní péči. Podle respondentů jsou sexuální potřeby pro paliativní pacienty méně důležité než pro pacienty s probíhající kurativní léčbou. Pacienti nemají ve zvyku o těchto problémech mluvit se zdravotníky. Ovšem zkušenosti respondentů hovoří o tom, že existují případy, kdy pacienti mají potřebu o sexualitě mluvit. V tom případě by se mělo této potřebě věnovat stejné množství pozornosti jako ostatním (Bužgová a Zeleníková, 2012, str. 410). Tato autorka také uvádí ve své studii ohledně potřeb hospicových pacientů, údaje o důležitosti a míře saturace potřeby komunikovat o sexu. Tuto potřebu nikdo z respondentů nevnímá jako důležitou. Průměrná hodnota důležitosti této potřeby je 1,27 z 5, což je nejnižší hodnota ze všech 37 zkoumaných potřeb (Bužgová a Havelková, 2012, str. 192). V další studii se Bužgová a Macháčková zabývají hodnocením potřeb pacientů v terminálním stádiu nemoci léčených v domácím prostředí. Za spolupráce s agenturou domácí péče v Ostravě získaly autorky data od 37 pacientů pomocí stejného dotazníku, jaký byl použit při výzkumu potřeb hospicových pacientů. Potřebu hovořit o sexu vnímají i pacienti agentur domácí péče za nejméně důležitou. Pouze 2 respondenti vnímají tuto potřebu za důležitou či velmi důležitou a pro 1 z nich je tato potřeba nenaplněná (Bužgová a Macháčková, 2012, str. 111–114). V závěru systematické review ohledně sexuality pacientů v konečném stádiu rakoviny Mercadente et al. uvádí, že sexualita a s ní spojené potřeby bývají zdravotníky zcela opomíjeny. To nesouhlasí s holistickým charakterem poskytování péče. Podle autorů by měly být otázky ohledně sexuality zodpovězeny ihned při první prohlídce a poté by měly být tyto potřeby i nadále sledovány. K tomu je třeba, aby byli odborníci k takovým otázkám otevření a také měli dostatečné komunikační dovednosti (Mercadente et al., 2010, str. 659). Matzo a Hijjazi provedli kvalitativní studii o sexuálním zdraví hospicových pacientů v USA. Data byla získána pomocí analýzy rozhovorů mezi hospicovými sestrami a pacienty. Celkem 60% pacientů netrápí nic ohledně sexuality, avšak 34% hospicových pacientů není spokojeno se svým sexuálním životem. Tito pacienti vyjádřili potřebu mít někoho, komu by se mohli ohledně sexuality otevřít. Jejich spokojenosti by také prospělo posouzení těchto potřeb ze strany sester, což by přispělo k harmoničtějšimu vztahu mezi pacienty a sestrami (Matzo a Hijjazi, 2010, str. 271–276). Oskay et al. měli za cíl studie identifikovat příčiny nedostatku komunikace ze strany sestry. Do této popisné průřezové studie zahrnul 87 tureckých sester, které poskytují paliativní péči pacientům na oddělení onkologie. Výsledky ukazují, že 88,5% zapojených

sester nepovažuje tyto rozhovory za běžnou součást své praxe. Jako druhou nejčastější bariéru (85,1%) označují pocit, že takové rozhovory by přivedly pacienta do rozpaků a k pocitu nedostatku soukromí. Déle 80,1% sester nemá dostatečné dovednosti a zkušenosti pro efektivní komunikaci na témata sexuality a 79,3% považuje tato témata za tabu. Naopak nejméně (14,9%) sester uvádí, že nemají žádnou zodpovědnost za tyto potřeby pacienta (Oskay et al., 2014, str. 7321–7322).

2.3 Limitace práce a doporučení pro praxi

Z důvodu rozdílné terminologie nemohl být v práci použit jednotný termín „všeobecná sestra“, jelikož jde o termín, používaný pouze v České republice. Proto byl tento termín používán pouze v případech, kdy byl zdrojem pramen v českém jazyce. Pro zdroje v cizím jazyce byl použit jednotný termín „sestra“. Limitujícím faktorem použitých zahraničních zdrojů byla znalost pouze anglického jazyka. V případě znalosti více světových jazyků by byl výběr zdrojů širší.

Dohledané sumarizované poznatky by mohly být převedeny do článku jako součást ošetřovatelského periodika. Dále by bylo vhodné rozšířit vzdělání sester v oblasti komunikace s umírajícím pacientem např. v podobě workshopů. Při nácviku krizových intervencí by mohly být rozšířeny komunikační dovednosti sester, jelikož pouhá teoretická znalost problematiky komunikace s umírajícím pacientem nemusí být pro praxi dostatečná. Připravenost sester na náročné dialogy s umírajícími pacienty by mohla být zkvalitněna pravidelnou supervizí.

Závěr

Pro tvorbu přehledové bakalářské práce jsem si zvolil téma komunikace v paliativní péči. V paliativní péči mají psychosociální potřeby pacienta velký vliv na kvalitu života. Pro uspokojování těchto potřeb jsou důležité rozvinuté komunikační dovednosti sestry. Z výsledků studií ale vyplývá, že sestřám v komunikaci ohledně citlivých témat s paliativními pacienty brání velké množství bariér, jako je nepřesnost a neúplnost informací od lékařů a specialistů, pocit diskomfortu sester i pacientů při obtížných rozhovorech či vyslovené odmítnutí pacientů nebo jejich blízkých hovořit na téma umírání, smrti či péče na konci života. Ve výsledcích studií však byl nejčastěji vyskytující se bariérou nedostatek času během směn sester. Ke zvýšení efektivity komunikace s umírajícím pacientem by přispěla dokumentace s obsahem dialogů, na které by mohli navázat ostatní pracovníci. Hovořit s pacientem na téma smrti je jednou z nejméně praktikovaných činností sester v rámci aktivit podporujících komfort pacienta na konci života. Autoři studií z různých států Evropy (včetně České republiky), Ameriky i Austrálie zdůrazňují potřebu intenzivněji vzdělávat a školit sestry v oblasti komunikace s pacientem na konci života.

U pacientů v terminálním stádiu nemoci převažují psychosociální potřeby nad všemi ostatními kategoriemi potřeb, kromě tišení bolesti. Studie však ukazují, že v českých zdravotnických zařízeních je uspokojení fyzických potřeb upřednostňováno před ostatními. Pouze u pacientů v hospicích dosahuje saturace psychosociálních a spirituálních potřeb přibližně stejné úrovně jako saturace potřeb fyzických. Přestože je komunikace pro paliativní pacienty důležitou součástí vztahu se zdravotníky, netýká se to všech komunikačních témat. Pokud mají pacienti na konci života potřebu hovořit o intimních tématech, jako je smrt či sex, nebývá tato potřeba diskutována. Sestry se vyhýbají tématu sexuality, přestože opomíjení sexuálních potřeb pacienta není v souladu s holistickým charakterem péče. Hlavními důvody jsou pocit studu obou zúčastněných stran, nedostatek komunikačních dovedností a nedostatek příležitostí k těmto rozhovorům.

Poznatky mohou být přínosem pro zlepšení uspokojování psychosociálních potřeb paliativních pacientů, zlepšení jejich kvality života a rozvoji komunikačních dovedností sester.

Referenční seznam

- ASLAKSON, R. A. et al. 2012. Nurse-Perceived Barriers to Effective Communication Regarding Prognosis and Optimal End-of-Life Care for Surgical ICU Patients: A Qualitative Exploration. *Journal of Palliative Medicine* [online]. **15**(8), 910-915 [cit. 2018-02-17]. Dostupné z: <http://online.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/jpm.2011.0481>
- BACH, V., PLOEG, J. a BLACK, M. 2009. Nursing Roles in End-of-Life Decision Making in Critical Care Settings. *Western Journal of Nursing Research* [online]. **31**(4), 496-512 [cit. 2018-02-26]. Dostupné z: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0193945908331178>
- BANERJEE, S. C. et al. 2016. Oncology nurses' communication challenges with patients and families: A qualitative study. *Nurse Education in Practice* [online]. **16**(1), 193-201 [cit. 2018-03-04]. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1471595315001213>
- BLAGBROUGH, J. 2010. Importance of sexual needs assessment in palliative care. *Nursing Standard* [online]. **24**(52), 35-39 [cit. 2018-03-18]. Dostupné z: <http://rcnpublishing.com/doi/abs/10.7748/ns2010.09.24.52.35.c7954>
- BOYD, D. et al. 2011. Nurses' Perceptions and Experiences With End-of-Life Communication and Care. *Oncology Nursing Forum* [online]. **38**(3), 229-238 [cit. 2018-03-04]. Dostupné z: doi: 10.1188/11.ONF.E229-E239
- BUŽGOVÁ, R. a HAVELKOVÁ, K. 2012. Zjišťování potřeb terminálně nemocných v hospicové péči. *Časopis lékařů českých* [online]. **151**, 190-195 [cit. 2018-03-18]. ISSN 0008-7335. Dostupné z: <http://www.prolekare.cz/casopis-lekaru-ceskych-clanek/zjistovani-potreb-terminalne-nemocnych-v-hospicove-peci-37905>
- BUŽGOVÁ, R. a MACHÁČKOVÁ, G. 2012. Hodnocení potřeb terminálně nemocných v domácí péči: pilotní studie. *Praktický lékař* [online]. **92**, 111-116 [cit. 2018-03-18]. ISSN 0032-6739. Dostupné z: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=fdad178e-1dc2-472b-ba2b-c96c39fb6562%40sessionmgr198&vid=1&hid=127>
- BUŽGOVÁ, R., SÍKOROVÁ, L. a JAROŠOVÁ, D. 2014. Assessing Patients' Palliative Care Needs in the Final Stages of Illness During Hospitalization. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine* [online]. **33**(2), 184-193 [cit. 2018-03-20]. Dostupné z: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1049909114556528>

BUŽGOVÁ, R. a ZELENÍKOVÁ, R. 2012. Vytvoření měřicího nástroje pro hodnocení potřeb pacientů v paliativní péči v souvislosti s kvalitou života: hodnocení potřeb pacientů v paliativní péči (PNAP). *Ošetřovatelství a porodní asistence* [online]. **3**(2), 404-414 [cit. 2018-03-18]. Dostupné z: http://periodika.osu.cz/osetrovatelstviaporodniasistence/dok/2012-02/6_buzgova.pdf

COYLE, N. et al. 2015. Discussing Death, Dying, and End-of-Life Goals of Care: A Communication Skills Training Module for Oncology Nurses. *Clinical Journal of Oncology Nursing* [online]. **19**(6), 697-702 [cit. 2018-03-04]. Dostupné z: <http://cjon.ons.org/cjon/19/6/discussing-death-dying-and-end-life-goals-care-communication-skills-training-module>

ELLINGTON, L. et al. 2012. Hospice Nurse Communication with Patients with Cancer and their Family Caregivers. *Journal of Palliative Medicine* [online]. **15**(3), 262 – 268 [cit. 2018-02-22]. Dostupné z: <http://online.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/jpm.2011.0287>

FORD, E. et al. 2012. Systematic review of supportive care needs in patients with primary malignant brain tumors. *Neuro-Oncology* [online]. **14**(4), 392-404 [cit. 2018-03-06]. Dostupné z: <https://academic.oup.com/neuro-oncology/article-lookup/doi/10.1093/neuonc/nor229>

HELFT, P.R. et al. 2011. Oncology Nurses' Attitudes Toward Prognosis-Related Communication: A Pilot Mailed Survey of Oncology Nursing Society Members. *Oncology Nursing Forum* [online]. **38**(4), 468-474 [cit. 2018-02-22]. Dostupné z: doi: 10.1188/11.ONF.468-474

HJELMFORS, L. et al. 2015. Patient-Nurse Communication about Prognosis and End-of-Life Care. *Journal of Palliative Medicine* [online]. **18**(10), 865-871 [cit. 2018-02-24]. Dostupné z: <http://online.liebertpub.com/doi/10.1089/jpm.2015.0037>

KABELKA, L. et al. 2016. *Paliativní péče v České republice 2016* [online]. 22 s. [cit. 2018-04-06]. Dostupné z: <https://www.paliativnimedicina.cz/paliativni-pece-v-cr-2016-situacni-analyza/>

KEALL, R., CLAYTON, J.M. a BUTOW, P. 2014. How do Australian palliative care nurses address existential and spiritual concerns? Facilitators, barriers and strategies. *Journal of Clinical Nursing* [online]. **23**(21-22), 3197-3205 [cit. 2018-03-02]. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/jocn.12566>

- KISVETROVÁ, H. et al. 2017. Dying Care Nursing Intervention in the Institutional Care of End-of-Life Patients. *International Journal of Nursing Knowledge* [online]. **28**(3), 131-137 [cit. 2018-03-19]. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/2047-3095.12128>.
- KISVETROVÁ, H., VÉVODOVÁ, Š. a ŠKOLOUDÍK, D. 2018. Comfort-Supporting Nursing Activities for End-of-Life Patients in an Institutionalized Environment. *Journal of Nursing Scholarship* [online]. **50**(2), 126-133 [cit. 2018-03-19]. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/jnu>.
- LENHERR, G. et al. 2012. To speak, or not to speak - do clinicians speak about dying and death with geriatric patients at the end of life?. *Swiss Medical Weekly* [online]. **142**, [cit. 2018-03-11]. Dostupné z: <http://doi.emh.ch/smw.2012.13563>
- LEUNG, M.W., GOLDFARB, S. a DIZON, D.S. 2016. Communication About Sexuality in Advanced Illness Aligns With a Palliative Care Approach to Patient-Centered Care. *Current Oncology Reports* [online]. **18**(2), [cit. 2018-03-20]. Dostupné z: <http://link.springer.com/10.1007/s11912-015-0497-2>
- LEWIS, K. 2013. How nurses can help ease patient transitions to end of life care. *Nursing Older People* [online]. **25**(8), 22-26 [cit. 2018-03-20]. Dostupné z: doi: 10.7748/nop2013.10.25.8.22.e479
- LIASCHENKO, J., O'CONNER-VON, S. a PEDEN-McALPINE, C. 2009. The "Big Picture". *Dimensions of Critical Care Nursing* [online]. **28**(5), 224-231 [cit. 2018-03-04]. Dostupné z: <https://insights.ovid.com/crossref?an=00003465-200909000-00009>
- LOERZEL, V. W. a CONNER, N. 2014. Advances and Challenges. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine* [online]. **33**(1), 8-15 [cit. 2018-03-02]. Dostupné z: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1049909114549182>
- MALLOY, P. et al., 2010. Beyond Bad News. *Journal of Hospice & Palliative Nursing* [online]. **12**(3), 166-174 [cit. 2018-03-11]. Dostupné z: <https://insights.ovid.com/crossref?an=00129191-201005000-00007>
- MARVÁN, L. et al. 2017. Facing death in the clinical practice: a view from nurses in Mexico. *Salud Pública de México* [online]. **59**(6). 677-678 [cit. 2018-03-14]. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.21149/8417>

- OLSSON, L. et al. 2010. Maintaining hope when close to death: insight from cancer patients in palliative home care. *International Journal of Palliative Nursing* [online]. **16**(12), 607-612 [cit. 2018-03-14]. Dostupné z: <http://www.magonlinelibrary.com/doi/10.12968/ijpn.2010.16.12.607>
- PEEREBOOM, K. a COYLE, N. 2012. Facilitating Goals-of-Care Discussions for Patients With Life-Limiting Disease - Communication Strategies for Nurses. *Journal of Hospice & Palliative Nursing* [online]. **14**(4), 251-258 [cit. 2018-02-23]. Dostupné z: doi: 10.1097/NJH.0b013e3182533a7f.
- Sbírka zákonů České republiky. *Vyhláška č. 391/2017 Sb.*, kterou se mění vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění vyhlášky č. 2/2016 Sb. V: Sbírka zákonů České republiky: částka 137/2017 [online]. 24 s. [cit. 2018-04-06]. Dostupné z: <http://www.sagit.cz/info/sb-castka-2017-137>
- SEKSE, R.J.T., HUNSKÁR, I. a ELLINGSEN, S. 2018. The nurse's role in palliative care: A qualitative meta-synthesis. *Journal of Clinical Nursing* [online]. **27**(1-2), 21-38 [cit. 2018-02-22]. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/jocn.13912>
- SCHMIDT, H. et al. 2017. Needs of people with advanced dementia in their final phase of life: A multi-perspective qualitative study in nursing homes. *Palliative Medicine* [online]. **32**(3), 657-667 [cit. 2018-03-14]. Dostupné z: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0269216317746571>
- SKULASON, B. et al. 2014. Death talk: gender differences in talking about one's own impending death. *BMC Palliative Care* [online]. **13**(1), [cit. 2018-03-18]. Dostupné z: <http://bmcpalliatcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-684X-13-8>
- SLÁMA, O. et al. 2012. *Standardy paliativní péče 2013* [online]. 12 s. [cit. 2018-04-06]. Dostupné z: https://www.paliativnimedicina.cz/wp-content/uploads/2016/11/standardy-pp_cspm_2013_def.pdf
- STRANG, S. et al. 2014. Communication about existential issues with patients close to death-nurses' reflections on content, process and meaning. *Psycho-Oncology* [online]. **23**(5), 562-568 [cit. 2018-03-06]. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1002/pon.3456>
- TAYLOR, B. 2014. Experiences of sexuality and intimacy in terminal illness: A phenomenological study. *Palliative Medicine* [online]. **28**(5), 438-447 [cit. 2018-04-02]. Dostupné z: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0269216313519489>

TROVO de ARAUJO, M.M. a da SILVA, M.J. 2012. Communication strategies used by health care professionals in providing palliative care to patients. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* [online]. **46**(3), 626-632 [cit. 2018-03-02]. Dostupné z: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n3/en_14.pdf DOI: 10.1111/jocn.13912

WITTENBERG-LYLES, E., GOLDSMITH, J. a FERRELL, B. 2013. Oncology Nurse Communication Barriers to Patient-Centered Care. *Clinical Journal of Oncology Nursing* [online]. **17**(2), 152-157 [cit. 2018-03-04]. Dostupné z: <http://cjon.ons.org/cjon/17/2/oncology-nurse-communication-barriers-patient-centered-care>

Seznam zkratek

ČR	Česká republika
DNR	do not resuscitate
ELNEC	End-of-Life Nursing Education Consortium
JIP	jednotka intenzivní péče
LDN	léčba dlouhodobě nemocných
USA	United States of America