

**UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI**

**FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD**

**Ústav ošetrovatelství**

Barbora Lanová

**Komunikace všeobecných sester s onkologickými pacienty  
v paliativní péči**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Lenka Štureková Ph.D.

Olomouc 2023

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jsem pouze uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

Olomouc, 19. 4. 2024

---

podpis

Děkuji vážené Mgr. Lence Šturekové, Ph.D. za odborné vedení, vstřícnost a cenné rady při zpracování bakalářské práce. Také bych chtěla poděkovat mé rodině, za podporu při mém studiu.

# **Anotace**

**Typ závěrečné práce:** Bakalářská práce

**Téma práce:** Ošetrovatelská péče v onkologii

**Název práce:** Komunikace všeobecných sester s onkologickými pacienty v paliativní péči

**Název práce v AJ:** Communication of nurses with oncology patients in a palliative care

**Datum zadání:** 2023-11-27

**Datum odevzdání:** 2024-4-19

**Vysoká škola, fakulta, ústav:** Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd

Ústav ošetrovatelství

**Autor práce:** Lanová Barbora

**Vedoucí práce:** Mgr. Lenka Štureková, Ph.D.

## **Oponent práce:**

**Abstrakt v ČJ:** Tato přehledová bakalářská práce se zabývá problematikou komunikace všeobecných sester s onkologickými pacienty v paliativní péči. Cílem bakalářské práce bylo sumarizovat dohledané publikované aktuální poznatky o komunikaci všeobecných sester s onkologickými pacienty v paliativní péči. V práci jsou uvedeny bariéry při komunikaci. Do těch spadá časové vysílení, málo školení o komunikaci v paliativní péči, nejistota všeobecných sester při konverzacích o závažných tématech, problémové témata, jako například spiritualita a sexualita. Mezi další bariéry spadá také nedostatek informací o pacientech a jejich diagnózách, málo personálu, nebo nedostatek financí pro vzdělávací školení. Dalším tématem práce jsou pomocné komunikační protokoly využívané v paliativní péči. Mezi tři nejznámější a nejvýhodnější patří protokoly SPIKES, COMFORT a NURSE. Z výzkumů vyplývá, že nejvhodnější protokol pro onkologickou paliativní péči je protokol COMFORT. Všechny tyto protokoly projednávají zásady komunikačních strategií a pomáhají všeobecným sestřám sdělovat závažné zprávy onkologickým pacientům a také jejich rodinám. Dále práce pojednává, jak by měly správně vypadat rozhovory s onkologickými pacienty.



Prostředí by mělo být soukromé, s blízkými osobami, pokud je to pacientům komfortní. Je důležité dát pacientům dostatek času na vstřebání informací, všeobecné sestry by měly být empatické a měly by správně vyhodnotit situace a to, jak se v nich zachovat. Vyhledávání publikovaných poznatků bylo provedeno z databází Google Scholar, EBSCO, PubMed. Práce by se dala využít jako výukový materiál pro studenty popřípadě jako inspirace pro management zdravotnických zařízení.

**Abstrakt v AJ:** This bachelor thesis deals with the issue of communication between nurses and cancer patients in palliative care. The aim of the bachelor's thesis was to summarize the published current findings on the communication of nurses with oncology patients in palliative care. The thesis presents barriers to communication. These include time exhaustion, lack of training in communication in palliative care, nurses insecurity in conversations about serious topics, problematic topics such as spirituality and sexuality. Other barriers include lack of information about patients and their diagnoses, not enough staff, or lack of funding for educational training. Another theme of the thesis is assistive communication protocols used in palliative care. The three best known and most useful protocols are SPIKES, COMFORT and NURSE. Research shows that the most appropriate protocol for cancer palliative care is the COMFORT protocol. All of these protocols discuss the principles of communication strategies and help nurses communicate important messages to cancer patients and their families. Furthermore, the thesis discusses how conversations with oncology patients should look like. The setting should be private, with loved ones if the patients are comfortable. It is important to give the patients enough time to absorb the informations, nurses should be empathic and should correctly evaluate situations and how to handle them. The search for published knowledge was carried out from databases Google Scholar, EBSCO, PubMed. The thesis could be used as teaching material for students or as inspiration for the management of healthcare facilities.

**Klíčová slova v ČJ:** komunikace, onkologie, paliativní péče, všeobecná sestra, pacient, péče na konci života

**Klíčová slova v AJ:** communication, oncology, palliative care, nurse, patient, end-of-life care

**Rozsah:** 35 stran/0 příloh

## **Obsah**

Úvod.....	7
1 Popis rešeršní činnosti.....	9
2 Komunikace všeobecných sester s onkologickými pacienty v paliativní péči.....	11
2.1 Význam a limitace dohledných poznatků.....	31
Závěr.....	32
Referenční seznam.....	33

## Úvod

Definice paliativní medicíny je několik. Definice American Academy of Hospice and Palliative Medicine uvádí následující: „*Paliativní medicína se zabývá léčbou a péčí o nemocné s aktivním, progredujícím, pokročilým onemocněním. Délka života je u těchto nemocných omezená a cílem léčby a péče je kvalita jejich života*“. Paliativní péče snižuje zbytečné akutní hospitalizace a agresivní léčbu na konci života, čímž kompenzuje zvýšené náklady na rozšiřování programů paliativní péče (Kain, Eisenhauer, 2016).

Podle Světové zdravotnické organizace (2018) jsou nádorová onemocnění celosvětově jako druhá nejčastější příčina úmrtí. Všeobecné onkologické sestry jsou často odpovědné za péči o pacienty s nádorovým onemocněním ve všech fázích jejich onemocnění, a proto je pro ně životně důležité dobře ovládat komunikaci v paliativní péči. Mezi překážky paliativní péče u onkologických pacientů patří nedostatečné vzdělání v oblasti předpisů paliativní péče, nedostatečná infrastruktura pro poskytování paliativní péče a nesprávné komunikační dovednosti všeobecných sester. Pokud má být paliativní péče zavedena v rané fázi onemocnění pacientů s nádorovým onemocněním, je třeba tyto překážky řešit (Kaasa et al., 2018). Vzhledem k častému kontaktu všeobecných sester s onkologickými pacienty se od všeobecných sester očekává, že tuto důležitou roli vedení obtížných rozhovorů převezmou. Onkologičtí pacienti mají podstatnou potřebu po informacích a emocionální podpoře prostřednictvím účinné komunikace (Hack et al., 2013). Psychosociální potřeby pacientů s nádorovým onemocněním by mohly být optimalizovány poskytováním správné fyzické péče prostřednictvím účinné komunikace v časově omezeném onkologickém prostředí (Chan et al., 2018). Efektivní komunikace pomáhá podporovat pocity, utužuje vztahy a pozitivně ovlivňuje dodržování léčebných režimů, míru rekonvalescence, spokojenost s péčí, kontrolu bolesti a psychické fungování. Správná komunikace v paliativní péči navíc umožňuje čelit dalším diskuzím, ve kterých by bylo možné učinit obtížná rozhodnutí o osobních hodnotách, budoucí zdravotní péči a cílech (Brighton, Bristowe, 2016). V souvislosti s tímto je možné si položit otázku: Jaké jsou aktuální poznatky o komunikaci všeobecných sester s onkologickými pacienty v paliativní péči?

Cílem bakalářské práce bylo sumarizovat dohledané publikované aktuální poznatky o komunikaci všeobecných sester s onkologickými pacienty v paliativní péči.

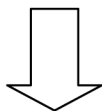
Jako vstupní studijní literatura byly prostudovány následující publikace:

- 1) Bužgová, R. (2015). *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Grada.
- 2) Dostálová, O. (2016). *Péče o psychiku onkologicky nemocných*. Grada Publishing.
- 3) Boucher, J. (2021). Advance Care Planning: Having Goals-of-Care Conversations in Oncology Nursing. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 25(3), 333-336. <https://doi.org/10.1188/21.CJON.333-336>
- 4) Wittenberg, E., Ferrell, B., Goldsmith, J., Ragan, S. L., & Paice, J. (2016). Assessment of a Statewide Palliative Care Team Training Course: COMFORT Communication for Palliative Care Teams. *Journal of Palliative Medicine*, 19(7), 746-752. <https://doi.org/10.1089/jpm.2015.0552>
- 5) Wittenberg-Lyles, E., Goldsmith, J., & Platt, C. S. (2014). Palliative Care Communication. *Seminars in Oncology Nursing*, 30(4), 280-286. <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2014.08.010>

# 1 Popis rešeršní činnosti

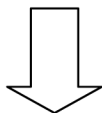
## **VYHLEDÁVACÍ KRITÉRIA:**

- Klíčová slova v ČJ: komunikace, onkologie, paliativní péče, všeobecná sestra, pacient, péče na konci života
- Klíčová slova v AJ: communication, oncology, palliative care, nurse, patient, end-of-life care
- Jazyk: čeština, angličtina
- Období: leden 2013 – únor 2024
- Další kritéria: recenzovaná periodika, plný text

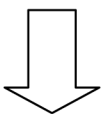


## **DATABÁZE:**

Google Scholar, EBSCO, PubMed

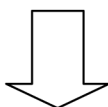


Nalezeno 154 článků.



## **VYŘAZUJÍCÍ KRITÉRIA**

- Duplicitní články
- Články nesplňující kritéria
- Články neodpovídající tématu
- Kvalifikační práce
- Články vztahující se ke komunikaci mezi lékaři a pacienty

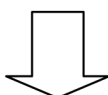


### **SUMARIZACE POUŽITÝCH DATABÁZÍ A DOHLEDANÝCH DOKUMENTŮ**

Google Scholar – 3

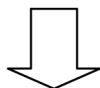
EBSCO – 2

PubMed – 12



### **SUMARIZACE DOHLEDANÝCH PERIODIK A DOKUMENTŮ:**

- BMJ Open – 1 článek
- British Journal of Nursing – 1 článek
- Clinical Journal of Oncology Nursing – 4 články
- JCO Oncology Practice – 1 článek
- Journal of Hospice and Palliative Nursing – 2 články
- Journal of Palliative Medicine – 1 článek
- Patient Education and Counseling – 2 články
- PEC Innovation – 1 článek
- Sage Journals – 1 článek
- Seminars in Oncology Nursing – 3 články



Pro tvorbu teoretických východisek bylo použito  
**17 článků.**

## 2 Komunikace všeobecných sester s onkologickými pacienty v paliativní péči

Světová zdravotnická organizace definuje paliativní péči jako „*Přístup, který usiluje o zlepšení kvality života pacientů a rodin, kteří čelí problémům spojeným s život ohrožujícím onemocněním, a to prostřednictvím prevence a zmírňování utrpení, včasným rozpoznáním a náležitým zhodnocením a léčbou bolesti a dalších problémů fyzických, psychosociálních i duchovních.*“ (World Health Organization, 2023). V posledních letech začala mít paliativní péče nepostradatelnou roli u onkologicky nemocných jedinců, kteří musí zvládnout bolest a symptomy léčby během celého kontinua onkologické péče (Nakajima, 2016). Při včasné integraci do léčebného plánu byla paliativní péče spojena se zlepšenými výsledky a prodlouženou očekávanou délkou života (El-Jawahri et al., 2011). Významnou překážkou v přístupu k paliativní péči je stigmatizující asociace paliativní péče s koncem života (Hui et al., 2018). Onkologové se také obávají, že odkazování pacientů do paliativní péče signalizuje, že pacienta opouštějí a vzdávají se (Formagini et al., 2022). Kvalitní paliativní péče by měla splnit šest následujících cílů: aby byla orientovaná na pacienta (založená na pacientových přáních a cílech), prospěšná (pravděpodobně pomůže pacientovi), bezpečná (neškodí pacientovi, nesouvisí s urychlením smrti), včasná (zahájena ve vhodný čas, ne příliš brzo ani příliš pozdě), spolehlivá (byly použity všechny možnosti, které mohou přinést prospěch) a efektivní (neplýtvá prostředky, zdroji ani časem) (Bužgová, 2015). Začlenění paliativní péče do onkologického klinického prostředí vyžaduje citlivou komunikaci o diagnóze, diskuzi o faktorech ovlivňujících rozhodování o léčbě (finanční, rodinné a zaměstnanecké), předávání a zprostředkování komunikace mezi členy rodiny a psychosociální poradenství o obtížných tématech (Wittenberg-Lyles et al., 2014).

Je nezbytné, aby poskytovatelé paliativní péče byli kvalifikováni v definování a popisu rozsahu paliativních služeb. Základním prvkem těchto rozhovorů je formulování cílů péče, aby tyto informace mohly být sdíleny s onkologickým týmem, který spolupracuje s pacientem a rodinou na výběru vhodných plánů péče (Gaertner et al., 2013). Když jsou k popisu paliativní péče použita vhodná slova, pacienti a jejich rodiny poté reagují pozitivněji a služby paliativní péče jim více vyhovují (Fletcher, Panke, 2012). Komunikace je jedním z hlavních aspektů paliativní péče, jak potvrzuje literatura, která se považuje za důležitý aspekt při rozvoji vhodné péče (Hui, Bruera, 2016) a má také pozitivní dopady na psychickou pohodu a klinické výsledky (Thaniyath, 2019). Efektivní komunikace totiž pomáhá podporovat

pocity, utužuje vztahy (Brighton, Bristowe, 2016) a pozitivně ovlivňuje dodržování léčebných režimů, míru rekonvalescence, spokojenost s péčí, kontrolu bolesti a psychické fungování (Slort et al., 2013). Správná komunikace v paliativní péči navíc umožňuje čelit dalším diskuzím, ve kterých by bylo možné učinit obtížná rozhodnutí o osobních hodnotách, budoucí zdravotní péči a cílech (Brighton, Bristowe, 2016).

Nicméně literatura uvádí, kolik zdravotnických profesionálů se potýká s několika překážkami při komunikaci v paliativní péči a uvádí potíže s pochopením cílů péče a emocí pacientů (Hui, Bruera, 2016). Konkrétně se zdravotničtí pracovníci raději vyhýbají tomuto druhu komunikace kvůli strachu ze zvládnutí negativních důsledků, jako je zničení naděje nebo poškození pacientů (Slort et al., 2013). Uváděli i potíže se sdělováním závažné prognózy, s obtížemi při výběru správné terminologie a také nedostatek času ve své rutině. Na druhou stranu, pokud jde o starší lidi, předchozí výzkum v oblasti komunikace a paliativní péče se zaměřoval hlavně na mladé pacienty s průměrným věkem 50 let s onkologickým onemocněním, přičemž méně pozornosti věnoval lidem starším 60 let, což je skupina populace, která se rychle zvětšuje, ale nedostatečně se studuje. Starší onkologičtí pacienti mají ve srovnání s jinými věkovými skupinami tendenci k rychlým a negativním změnám, jako je pokles funkčního stavu, sensorické deficity, zvýšená nemocnost a postižení s negativnějším dopadem na kvalitu života. Z tohoto důvodu by starší pacienti vyžadovali vyšší adekvátní a rychlou pozornost svým potřebám v paliativní péči (Morrison, 2013). U starších pacientů je však pravděpodobnější, že k nim bude zdravotnický personál pasivnější a budou dostávat méně informací kvůli fenoménu ageismu (José et al., 2017). Ageismus ve zdravotnictví může znamenat minimalizaci zdravotních problémů starších pacientů, nižší předepisování podpory zdraví a prevence nemocí, s vyšší pravděpodobností úmrtí ve srovnání s mladými onkologickými pacienty (Wyman et al., 2018). Ve srovnání s mladšími pacienty je komunikace se staršími onkologickými pacienty také náročnější z důvodu kognitivních, smyslových, mentálních, sociálních a funkčních poklesů. Vzhledem k tomu, že onkologické onemocnění je často onemocnění spíše starších lidí (více než 60 % je starších 65 let) (Nizozemský registr rakoviny, 2015), je na evropské úrovni prosazováno, že „starší lidé by měli být povzbuzováni, aby se vyjadřovali a měli by mít více příležitostí ke komunikaci“ (Duševní zdraví v Evropě, 2013).

Komunikační schopnosti jsou důležitými facilitátory (Klindtworth et al., 2015). Věnování pozornosti neverbální komunikaci pomáhá zdravotnickému personálu předcházet nedorozuměním (Ko et al., 2016), klid a otevřené vystupování pomáhá starším lidem nebýt



nervózní a lépe se soustředit na verbální komunikaci. Kromě toho musí všeobecné sestry zacházet se staršími pacienty jako s jednotlivci a ne jako se zdravotním stavem, i když mají mnoho onemocnění (Ko et al., 2016; Walczak et al., 2013; Lau et al., 2019; O'Shea, 2014). Pokud jde o verbální komunikaci, studie zdůraznily, jak je důležité najít správný způsob sdílení informací (Ko et al., 2016; Walczak et al., 2013). Nedostatek zjednodušení odborných termínů byl shledán jako specifická překážka, protože starší pacienti jim nerozumí. Aby se s touto bariérou lépe vyrovnalo, bylo používání jednoduchého jazyka a kladení adekvátních otázek k porozumění starším pacientům považováno za facilitační aspekty (Evans et al., 2014; Glaudemans et al., 2018; O'Shea, 2014; Selman et al., 2016). Patří sem také důležitost dotazování se na souhlas před zahájením náročného tématu, jako je komunikace o paliativní péči (Evans et al., 2014; Ko et al., 2016; Walczak et al., 2013). Generační rozdíly byly také shledány jako bariéra v komunikaci kvůli odlišným přístupům a pojetím smrti, posledních let života a způsobů, jak o ní mluvit (Evans et al., 2014). Další překážkou je nedostatek času. Tato bariéra je ovlivněna různými faktory, jako jsou omezené zdroje v zařízeních péče o starší onkologické pacienty, které nejsou zcela adekvátní k řešení potřeb a cílů paliativní péče (O'Shea, 2014). Nedostatek času vnímají i pacienti, kteří se vyjadřovali jako „*všeobecné sestry na nás většinou nemají čas*“ (Heyland, 2013). Pacienti zdůraznili, že existuje omezený počet příležitostí ke konfrontaci a všeobecné sestry nemají dostatek času na to, aby vysvětlili a odpověděli na všechny otázky, které mohou mít a aby zajistili jejich porozumění (Peck et al., 2018; Bloomer et al., 2018; Geiger et al., 2016; Lau et al., 2019). Na druhé straně všeobecné sestry vyjádřili potíže s poskytováním komunikace v paliativní péči, zejména v nemocničních zařízeních, kvůli fluktuaci starších pacientů, která omezuje rozvoj stabilních vztahů (O'Shea, 2014). Studie uvádějí, že by všeobecné sestry měly věnovat více času komunikaci s pacienty a že používání technologických nástrojů by mohlo ušetřit spoustu času, který by jim pomohl překonat tuto bariéru (Fulmer et al., 2018; Glaudemans et al., 2018).

Konkrétně jsou starší onkologičtí pacienti považováni za časově náročnější, než mladší lidé, zvláště pokud mají pokročilé nádorové onemocnění. Z tohoto důvodu sestry raději dodržují postupy, aniž by s nimi věnovali více času komunikací v paliativní péči (Alftberg et al., 2018; Geiger et al., 2016; Selman et al., 2016). Hlavní strach pro sestry je strach ze zničení naděje pacientů a jejich rozrušení (Heyland, 2013; Walczak et al., 2013; Fulmer et al., 2018; Hirakawa et al., 2019; Yamagata et al., 2021). Všeobecné sestry konkrétně vyjádřily důležitost empatie a přizpůsobení komunikace každému pacientovi zvlášť (Evans et al., 2014; Peck et al., 2018; Walczak et al., 2013; Wentlandt et al., 2013; Hirakawa et al., 2019; Lau

et al., 2019). Personalizace a komunikace zahrnuje schopnost klást správné otázky a respektovat identitu osoby. Správné položení otázky umožňuje všeobecným sestřím pochopit, zda jejich pacienti skutečně rozuměli informacím, které jim byly poskytnuty (Evans et al., 2014; Im et al., 2019; Walczak et al., 2013; Wentlandt et al., 2013; Alftberg et al., 2018). Další překážkou, kterou sestry uvádějí, jsou potíže se zvládnutím emocí u starších pacientů (Peck et al., 2018; Waller et al., 2019; Wentlandt et al., 2013; O'Shea, 2014; Yamagata et al., 2021). Ve skutečnosti mají sestry za úkol nastolit složité témata (Ko et al., 2016). Zvládnutí emocí, jako je frustrace, hněv a smutek, zvláště když starší pacienti projevují bolest, úzkost a depresi, je problematické (Peck et al., 2018; Wentlandt et al., 2011; Alftberg et al., 2018; O'Shea, 2014). Emoční validace je účinný způsob péče o psychickou pohodu pacientů (Ko et al., 2016). Některé všeobecné sestry však považují paliativní péči za nezbytnou pouze tehdy, když jsou starší pacienti skutečně blízko smrti nebo trpí smrtelnými onemocněními (Boerner et al., 2018). Kulturní pohledy na stárnutí mohou být složitější, protože každá generace má své vlastní přesvědčení a úhly pohledu (Ko et al., 2016; Fulmer et al., 2018). Ve skutečnosti všeobecné sestry uvedly, že si nejsou jisty, co je kulturně vhodné pro starší generace, a cítily se nepříjemně při řešení témat paliativní péče. Tyto rozdíly a uzavření mohou vytvářet generační stereotypy mezi zdravotnickým personálem, který má tendenci vyhýbat se komunikaci o paliativní péči se staršími pacienty, protože si méně věří ve svou schopnost je řešit (Evans et al., 2014). Stereotypy a překážky lze překonat otevřeností a dialogem s rodinnými příslušníky starších pacientů, aby bylo možné lépe porozumět jejich specifickým touhám a preferencím (Venkatasalu et al., 2013; Hirakawa et al., 2019). Komunikace v paliativní péči a konkrétně péče na konci života jsou obtížná témata jak pro pacienty, tak pro zdravotnický personál (Saretta et al., 2022). Všeobecné sestry uvedly, že se cítí nepřipraveny a nemají odpovídající kompetence (Fulmer et al., 2018; Hawley, 2017). Pro zlepšení komunikace v paliativní péči je tedy nutné tyto bariéry překonat (Saretta et al., 2022).

Jen málo všeobecných sester je však připraveno nebo se cítí být kompetentními v usnadňování diskuzí o tématech týkajících se paliativní péče. Většina uvádí, že se jim o komunikaci v paliativní péči nedostává téměř žádného vzdělání. Přesto, jak naše populace stále stárne a přibývá jedinců s onkologickým onemocněním, je nutné, aby všeobecné sestry byly schopny oslovit pacienty a jejich rodiny ohledně služeb a výhod paliativní péče (Wittenberg-Lyles et al., 2014). Kromě těchto vlivů na komunikaci na systémové úrovni všeobecné sestry také čelí výzvám s tématy komunikace paliativní péče a složitými

klinickými situacemi. Všeobecné sestry uvádějí, že je jim nepříjemné diskutovat o prognóze, hospicové péči, plánování pokročilé péče a říkat pacientovi, že zemře na nádorové onemocnění (Boyd et al., 2011). V americké výzkumné studii zjistili, že 27 % všeobecných onkologických sester vůbec nediskutovalo o prognóze se svými nevléčitelně nemocnými pacienty, 21 % tak učinilo se všemi svými nevléčitelně nemocnými onkologickými pacienty a méně než 50 % respondentů diskutovalo i o paliativní péči s kterýmkoli ze svých nevléčitelně nemocných pacientů (Helft et al., 2011). Týmová komunikace také může být problematická kvůli nedostatku jasně stanovených odpovědností mezi členy týmu, spoléhání na neformální komunikační kanály a konfliktům způsobeným sociálními okolnostmi (Klarare et al., 2013; Wittenberg-Lyles et al., 2014).

Pacienti s nádorovými onemocněními v pokročilém stádiu čelí vážnému život omezujícímu onemocnění, při tom se jim dostává paliativní léčba, chemoterapie, chirurgické zákroky nebo radiační terapie. Předběžné plánování péče a rozhovory o cílech péče jsou důležité pro pacienty s vyléčitelným nebo nevléčitelným onkologickým onemocněním. Onkologické všeobecné sestry mohou hrát důležitou roli tím, že mají znalosti a dovednosti potřebné pro komunikaci s pacienty a rodinami o předběžném plánování péče a cílech během akutní a ambulantní péče (Boucher, 2021). Tato komunikace by měla začít včas a měla by zahrnovat všechny pacienty s onkologickou diagnózou. Onkologické všeobecné sestry vyžadují školení a nástroje, které jim pomohou při plánování péče a vytváření cílů péče s komplexním posouzením cílů, hodnot a preferencí pacientů. Rozhodnutí o předběžném plánování péče o onkologické pacienty zahrnují zákonné jmenování zdravotnického zmocněnce nebo osoby s rozhodovací pravomocí, která bude rozhodovat o zdravotní péči, pokud je pacient nezpůsobilý. Holistický přístup k předběžnému plánování péče zahrnuje onkologický tým, který vede rozhovory s pacienty o cílech péče, včetně paliativní péče, s cílem snížit příznaky a zlepšit kvalitu života. Klíčovou složkou onkologického týmu je komunikace s pacienty a jejich rodinami s cílem zajistit jejich porozumění trajektorii a onkologickému onemocnění, léčebnému plánu a paliativní péči (Boucher, 2021).

Onkologičtí pacienti zažívají při rozhodování o léčbě a péči mnoho emocí zahrnující nejistotu, strach, úzkost a depresi. Onkologické všeobecné sestry by měly provádět komplexní posouzení onkologických pacientů, která zahrnují fyzické, psychické, sociální, kulturní a duchovní aspekty. Všeobecné sestry pak mohou podporovat fyzické a psychosociální potřeby pacientů průběžnou edukací pacientů, posouzením a sledováním symptomů a plánů péče (Oncological Nursing Society, 2014). Všeobecné sestry podporují během všech fází

trajektorie onkologického pacienta a jejich pečovatele povzbuzováním otevřeného dialogu a užíváním efektivních komunikačních dovedností. Při rozhovorech s všeobecnou sestrou, pacientem a pečovatelem o paliativní péči a rozhodnutích na konci života mohou všeobecné sestry uplatnit pokročilé komunikační dovednosti, řešit složitost onemocnění, stres pacientů a pečovatelů a přehled života pacientů s existenciálními náhledy (Kwame, Pterucka, 2021; Moore et al., 2018; Wittenberg et al., 2018). Problémy s komunikací se týkají zpoždění zahájení plánování předběžné péče a rozhovorů o cílech péče kvůli vyhýbání se a strachu z toho, že by pacientovi vzali naději, v domněnkách, že pacienti a jejich rodiny nechtějí diskutovat o vážné povaze svého stavu, nebo kvůli nepochopení tohoto postupu (Izumi, 2017). Všeobecné sestry uvedly, že při účasti na těchto diskuzích pociťují nepohodlí nebo úzkost kvůli nedostatku znalostí a dovedností týkajících se jejich role v plánování předběžné péče (Rietze, Stajduhar, 2015). Všeobecné sestry, které zaznamenaly nedostatek školení, touží po získání znalostí a dovedností, aby mohly provádět předběžné plánování péče a konverzace o cílech péče s onkologickými pacienty (Boucher, 2021). Role všeobecné sestry zahrnují advokacii, vzdělávání a podporu pacientů jako součásti meziprofesionálního onkologického týmu při stanovování cílů péče. Všeobecné sestry vyjadřují nejistotu v cílech účasti na péči kvůli obavám souvisejícím s poskytováním příliš mnoha informací pacientům nebo způsobením úzkosti. Role všeobecných sester byla definována Americkou asociací sester (2016). Role všeobecných sester také zahrnují schopnost a etickou povinnost vzdělávat pacienty o vyplňování právních dokumentů, jako zástupce zdravotní péče nebo právní dokument o živé vůli, včetně formulářů předběžných nebo zdravotnických směrnic uznaných konkrétním státem.

Rozhovory o cílech péče se zabývají tím, jak pacienti a jejich rodiny chápou nemoc, včetně hodnot, preferencí a výsledků souvisejících s onkologickým onemocněním. Rozhovory o cílech péče by měla být podporována, když se pacienti poprvé dozvědí o onkologické diagnóze jako vážné a potenciálně život omezující nemoci. Všeobecné sestry často u pacientů posilují porozumění průběhu léčby a péče. Konverzace o cílech péče a o předběžných pokynech by měly proběhnout okamžitě zejména u pacientů s určitými druhy onkologického onemocnění a to například pokročilý nemalobuněčný karcinom plic, neresekovaný karcinom pankreatu, glioblastom, akutní myeloidní leukémie u pacientů starších 70 let, anebo při léčbě jako je chemoterapie třetí linie, která vyžaduje rychlou komunikaci, kvůli blížícímu se konci života. Další úvahou v dřívějších rozhovorech o cílech péče může být otázka: „*Byli byste překvapeni, kdyby tento pacient zemřel v příštím roce?*“. Tato otázka je účinným nástrojem

k identifikaci zvýšeného rizika jednoleté úmrtnosti u pacientů s onkologickým onemocněním (Rauh et al, 2020). Nástroje a příručky pro rozhovory o cílech péče byly vyvinuty, aby pomohly všeobecným sestřám mluvit o cílech a volbách, které pacienti a rodiny zvažují (Boucher, 2021). Šestikrokový protokol SPIKES byl vyvinut Baile et al. (2000) a používá se při diskuzi o závažných onemocněních při poskytování podpory pacientům a rodinám. SPIKES je zkratka pro prezentování znepokojivých informací organizovaným způsobem pacientům a jejich rodinám. Protokol poskytuje postupný rámec pro obtížné diskuze, jako když se onkologické onemocnění opakuje, nebo když je indikována paliativní či hospicová péče. Každé písmeno představuje fázi v šestikrokové sekvenci. Těchto šest kroků zahrnuje nastavení, vnímání, pozvání/informace, znalosti, empatii a shrnutí/strategie. Sdělování závažných zpráv je složitý komunikační úkol, ale dodržování protokolu SPIKES může zmírnit úzkost, kterou pacient pociťuje při dostávání závažných zpráv. Mít akční plán poskytuje strukturu pro tuto obtížnou diskuzi a pomáhá podporovat všechny zúčastněné (Kaplan, 2010). Protokol definuje, že nastavení rozhovoru by mělo poskytovat soukromí a pohodlí a mělo by zahrnovat navazování očního kontaktu s pacientem. Vnímání zahrnuje zkoumání toho, co pacient ví nebo mu bylo řečeno, včetně očekávání pacienta (realistické či nerealistické). Pozvání se týká toho, jak moc chce být pacient informován o lékařských informacích a množství podrobností. Znalost sdílení informací je založena na úrovni porozumění, používání netechnických laických slov, vyhýbání se neomalení, poskytování útržků informací při posuzování porozumění a často kladených otázkách. Je třeba se do pacienta a jeho rodiny vcítit při slyšení sdílených informací pozorováním, pojmenováním a identifikací důvodu. Dále se shrne a strategizuje plán péče, jakmile na to bude pacient připraven (Boucher, 2021).

Následně bude v textu hlouběji popsáno vysvětlení jednotlivých písmen protokolu SPIKES: S - nastavení - respekt a empatie k pacientovi se projeví výběrem vhodného prostředí, které poskytuje klid a soukromí. Další účastníci hovoru jsou do diskuze zahrnuti, jak si přeje pacient. Osoba, která přináší závažné zprávy, prokazuje dobré naslouchací schopnosti a zaměřuje svou pozornost na pacienta klidným způsobem. P - vnímání – než se pustíte do popisu plánu péče s pacientem a jeho rodinou, je důležité pochopit, kolik toho vědí a jak vnímají jejich zdravotní situaci. Rozsah jejich znalostí lze posoudit pomocí otevřených otázek, jako například: „*Co Vám bylo dosud řečeno?*“, „*Víte, proč bylo objednáno dané vyšetření?*“, „*Bojíte se, že by to mohlo být něco vážného?*“. I - pozvánka/informace - toto je krok, ve kterém jsou pacienti a rodinní příslušníci přímo dotázáni na množství a jaký druh informací jim bude nápomocný. Jejich preferované styly učení a potřeba informací jsou

během této obtížné diskuze požadovány a brány v úvahu. Jednoduché otázky o tom, kolik informací chtějí a jak budou informace použity, může pomoci vést onkologický tým v postupu k dalšímu kroku. K - znalosti – toto je fáze, ve které jsou závažné zprávy sdíleny s pacientem a členy rodiny. Měly by být oznámeny jemně. Prohlášení jako „*Chci Vám říct nějaké vážné zprávy*“ nebo „*Chci se s Vámi podělit o nějaké závažné zprávy*“ umožní pacientovi připravit se psychicky. Informace o rozsahu onemocnění a plánu péče jsou poskytovány přímo a poctivě v malých segmentech. Pacient a rodinní příslušníci jsou často dotazováni, zda rozumí tomu, co se jim říká a zda potřebují další vysvětlení. Používá se jasný, nelékařský jazyk, který odpovídá úrovni vzdělání pacienta. Vyhýbá se technickým a složitým výrazům. Po sdělení závažných zpráv je čas nechat pacienta přijmout informace a reagovat na ně. E - empatie – klíč k empatické reakci spočívá v uznání emocí a reakce pacienta a jeho rodiny během této bolestivé diskuze a odpovídajícím způsobem na ně reagovat. Prohlášení jako „*Přál bych si, aby byly zprávy lepší*“ nebo „*Toto jsou zjevně znepokojivé zprávy*“ vyjadřují empatii. S - sumarizovat nebo strategizovat – posledním krokem SPIKES je shrnout informace, které byly prezentovány slovy, kterým pacient snadno rozumí a které představují strategický plán pro další intervence (Kaplan, 2010).

Navzdory četnosti, složitosti a intenzitě komunikace, ke které dochází mezi všeobecnými sestrami, pacienty a rodinami, všeobecné sestry v paliativní péči mají často problém s komunikací na konci života. Primárním cílem projektu o zlepšování kvality bylo zvýšit důvěru a spokojenost všeobecných sester zapojením se do komunikace na konci života po implementaci modelu COMFORT. Sekundárním cílem bylo zlepšit spokojenost rodiny pacientů s péčí poskytovanou na jednotce paliativní péče. 14 všeobecných sester z paliativní péče se zúčastnilo 4 hodinového kurzu, kde se naučily principy modelu COMFORT a procvičily jej prostřednictvím cvičení rolí. K měření sebedůvěry a spokojenosti všeobecných sester před kurzem a po kurzu, poté znovu po 3 měsících od kurzu byl použit design opakovaných měření. Jasná komunikace je nezbytná, zejména kvůli emocionálně nabitým okolnostem na konci života.

Všeobecné sestry, které pečují o pacienty v terminální fázi onkologického onemocnění, moc dobře ví o složité souhře dynamiky mezi pacientem a rodinou. Velkou část času tráví všeobecné sestry poradenstvím pacientům a rodinám a poskytováním terapeutické přítomnosti. Navzdory četnosti, složitosti a intenzitě komunikace, ke které dochází mezi všeobecnými sestrami, pacienty a rodinami, většina všeobecných sester neprošla formálním komunikačním školením, týkajícím se usnadnění diskuzí (Coyle et al., 2015). V rámci

tříměsíčního sledování účastníci vyplnili otázky s krátkou odpovědí o tom, jak školení COMFORT ovlivnilo jejich každodenní praxi a jak se změnila jejich komunikační postupy. Když všeobecné sestry uvažovaly o tom, jak školení COMFORT ovlivnilo jejich každodenní praxi, objevila se tři hlavní témata. Zvýšená sebedůvěra, příprava a zvýšení povědomí. Všeobecné sestry uvedly, že se cítí jistější a sebevědomější ve svém jednání a v interakci s pacienty a jejich rodinami. Dále popsaly, že se cítí více připraveny iniciovat a odpovídat na otázky pacientů a rodinných příslušníků. Zvýšené povědomí popsaly tak, že jim školení pomohlo pochopit širokou škálu možností z různých úhlů pohledu. Většina účastníků uvedla, že model používá pravidelně. Přístup zaměřený na pacienta zvyšuje důvěru všeobecných sester a dovedností při řešení potřeb pacientů a rodin při péči na konci života (Fuoto et al., 2019). Model COMFORT byl nedávno revidován na základě zpětné vazby od všeobecných sester pracujících u lůžka v paliativní péči a onkologii. Skládá se ze 7 základních komunikačních principů: Connect (propojit), Options (možnosti), Making meaning (dávat smysl), Family caregiver (rodinní pečovatelé), Openings (vhodné příležitosti), Relating (vztahování) a Team (tým) (Wittenberg et al., 2018).

Následně bude v textu hlouběji popsáno vysvětlení jednotlivých písmen modelu COMFORT. C – propojit – sdílí obtížné informace s pacientem/rodinou, využívá narativní klinickou praxi, upřednostňuje sdělení zaměřená na pacienta, při komunikaci s pacientem/pečovatelem usiluje o porozumění, rozšiřuje informace a intervence týkající se zdravotní gramotnosti. O – možnosti – integruje kulturní/duchovní povědomí do ošetřovatelských postupů, hledá komunikační přizpůsobení se všemi pacienty a jejich pečovateli, procvičuje strategie zdravotní gramotnosti s pacienty a pečovateli za účelem dosažení sdíleného porozumění, zabezpečuje efektivní komunikační nástroje a zdroje, dosáhnout porozumění pacienta a pečovatele. M – dávat smysl – zkoumá význam utrpení, integruje všímavost do poskytování péče, ukazuje vztahové naslouchání při péči o pacienty/pečovatele, hledá a poskytuje komunikaci, která reaguje na plnění cílů péče o pacienta. F – rodinní pečovatelé – praktikuje péči zaměřenou na rodinu, která slouží pečovatelům o příjemce péče, získává porozumění rodinné komunikace, investuje do obsahu a designu rodinných setkání, hledá způsoby, jak pečovatelům pomoci získat přístup k informacím a zdrojům pro péči o pacienty, nabízí jedinečnou pozornost pečovatelům. O – vhodné příležitosti – chápe důležitost navigace hranic soukromí pro pacienty a jejich rodinu/přátele/pečovatele, představuje alternativy pouze k léčebné péči, když se stav pacienta mění, komunikuje s pacientem a rodinou tváří v tvář napětí a úzkosti. R – vztahování –

zapojuje nejistotu a jistotu, když pacienti a rodiny postupují v nemoci a plánech změny péče, vede rozhovory o cílech péče s pacienty a rodinami, podílí se na rozhovorech o sexuálním zdraví a naději, vyzývá pacienty a rodiny, aby poskytli zpětnou vazbu a hodnocení komunikace v paliativní péči. T – tým – spolupracuje s interdisciplinárními partnery a členy týmu, praktikuje meziprofesi péči o pacienty, vyhýbá se skupinovému myšlení, podílí se na vzájemném učení a zlepšování postupů zdravotní gramotnosti, sdílí zdroje a informace, koordinuje podporu zdravotní gramotnosti s ostatními členy týmu, aby uspokojil potřeby pacientů a pečovatелů. Model, který byl původně představen v roce 2012, není lineární vodítka, algoritmus, protokol nebo rubrika pro sekvenční implementaci všeobecnými sestrami, ale spíše je souborem holistických principů, které jsou uplatňovány souběžně a reflektivně během péče o pacienta a jeho rodinu (Goldsmith et al., 2020). Klade důraz na kolaborativní, reciproční povahu interakcí všeobecná sestra-pacient/rodina a dosažení zdravotní gramotnosti. Prostřednictvím posouzení, plánování, intervence a hodnocení poskytují všeobecné sestry pečlivou komunikaci zaměřenou na vztah s pacientem. Ústředním bodem COMFORT modelu jsou komunikační strategie pro zavádění nástrojů sociálních determinantů zdraví a zároveň zprostředkování respektu, zajištění týmového přístupu k péči, která nejlépe slouží pacientovi a jeho rodině, a koordinace spolupráce. Studie s onkologickými všeobecnými sestrami zjistila, že kurikulum COMFORT poskytuje životně důležité nástroje pro vedení obtížných diskuzí a efektivní strategie pro komunikaci s pacienty na konci života (Roth et al., 2017).

Vzdělávání v oblasti komunikace s všeobecnou sestrou by mělo zahrnovat dovednosti pro meziprofesi komunikaci a spolupráci, vedení pro meziprofesi řešení problémů, komunikaci, která respektuje preference pacienta a rodiny a je v souladu s nimi, a rozvoj písemných a verbálních komunikačních dovedností. Komunikace všeobecných sester by měla být adaptabilní na potřeby a preference pacienta a rodiny týkající se učení, flexibilní v množství a kvalitě prezentovaných informací, kreativní s popisy současných a budoucích scénářů, reagovat na pocity frustrace a přetížení informacemi pacienta a rodiny a povzbuzující při podpoře objevování. Překážky ve znalostech zdraví pacienta a rodiny zahrnují neschopnost porozumět informacím od všeobecné sestry, zprávy, ve kterých se nemohou soustředit a nadměrné vyrušování ze strany poskytovatele péče. Školení a příprava všeobecných sester zlepšuje znalosti, komunikační dovednosti a sebevědomí (Goldsmith et al., 2020).

Pro pochopení účinnosti COMFORT modelu je velmi důležité prozkoumat překážky bránící splnění cíle pro trénované a monitorované týmy. Tyto bariéry byly shrnuty do sedmi



základních kategorií, které jsou dále popsány. Za prvé jsou to finanční zdroje – všeobecné sestry uvedly, že splnění cíle nebylo možné kvůli nedostatku finančních zdrojů na zaplacení času zaměstnanců nebo rozvoje nových služeb, nedostatku podpory vedení, neschopnosti úspěšně koordinovat a naplánovat potřebné zainteresované strany. Pokud jde o omezení a politiku, nebylo možné získat čas a věnovat se cílům. Za druhé je to vedení – změny ve vedoucích pozicích, ztráta poskytovatelů a institucí čekajících na nové zaměstnance omezily nebo zastavily plnění cílů u některých týmů. Za třetí plánování – uspořádání plánů na podporu dokončení cíle nebylo možné kvůli odloženým datům, čekajícím prezentacím, pozastaveným úkolům, přeplánování a schůzkám rezervovaným na budoucí čas. Za čtvrté jsou to organizační omezení – změny ve školství, byrokratická omezení, přestavba onkologických oddělení, administrativní změny a zrušení onkologického programu jsou příklady systémových posunů, které způsobily nefunkčnost některých týmů. Za páté je to čas – nezbytný zdroj času potřebný pro splnění cíle nebylo možné získat, protože projekty trvaly déle, než se očekávalo, byl omezený čas na plánování, nedostatek sester kvůli časové tísní a schůzky zaměstnanců se nekonaly nebo byly zpožděny kvůli času, který byl omezený. Za šesté jsou to zaměstnanci – zaměstnanci na dovolené, snižování počtu zaměstnanců a řešení personálních změn u některých zhatili úsilí. A jako poslední, za sedmé je podpora týmu – častými překážkami byla i potřeba dalšího školení týmové komunikace, zvýšení docházky zaměstnanců, koordinace schůzek, nedosažené změny v procesech týmových porad, nedostatek podpůrných skupin a nevybudovaný tým. Běžné překážky spojené s neschopností splnit výsledné cíle byly primárně na systémové úrovni. Všeobecné sestry popsaly nedostatek vedení, týmové podpory a neschopnost koordinovat a naplánovat potřebný personál ke školení (Valizadeh et al., 2018; Wittenberg et al., 2021).

Pro praxi je COMFORT model pro onkologické všeobecné sestry příkladem úspěšného kurzu komunikace školitelů pro rozvoj vedoucích sester, které poté mohou poskytovat školení komunikace v paliativní péči mezioborovým zdravotním poskytovatelům onkologické péče. Zdravotní poskytovatelé onkologické péče, kteří nejsou členy týmu paliativní péče, pak mohou poskytnout pacientům a rodinám edukaci o paliativní péči a zefektivnit proces doporučení pacientům, kteří potřebují konzultaci a péči. Podpora školení komunikace v paliativní péči na úrovni systému musí zmírnit problémy nepodporujícího vedení, týmové dynamiky a koordinace rozvrhů a personálu (Wittenberg et al., 2021).

Další užitečná zkratka pro reakci a akceptování emočního stresu pacientů se nazývá NURSE (Back et al., 2005). V následujícím textu budou popsány významy jednotlivých

písmen názvu protokolu NURSE: N – pojmenování – pojmenování emocí je daleko od projevování citlivosti na pacientovu úzkost. Otevřené otázky, jako například „Zajímalo by mě, zda se zlobíte“ jsou upřednostňovány před výroky jako „Musíte být naštvaný“. U – pochopení – jasné pochopení pacientových obav umožňuje všeobecné sestře, aby odpovídala skutečně empaticky. Předčasným ujištěním se vyhýbáme, dokud nejsou pacientovy pocity a emoce ověřeny. R – respektování – chování se k pacientovi s respektem a důstojností je zásadní pro navázání empatického a vzájemného vztahu. Zprávy, které povolují, uznávají a respektují pacientovy projevy emocí, lze zasílat jak neverbálně, prostřednictvím řeči těla a doteku, tak verbálně s prohlášeními, která odpovídají pacientově úrovni úzkosti. S – podpora – prohlášení, která vyjadřují podporu pacientově schopnosti zvládat situaci, sdílejí informace o dostupných zdrojích a poskytují ujištění o tom, že nejsou opuštěni, mohou pomoci zmírnit obavy pacientů a posílit jejich dovednosti zvládnání. E – zkoumání – pokládání přímých záměrných otázek a žádostí o objasnění dřívějších odpovědí dává pacientům prostor a příležitost podělit se o své vnitřní emoce a obavy. Časté zjišťování dalších otázek nebo obav s pacientem pomáhá odhalit další problémy a emoce, které pacient mohl váhat odhalit (Back et al., 2005; Kaplan, 2010).

Komunikace mezi všeobecnou sestrou, pacientem a rodinnými příslušníky zahrnuje více než jen poskytování informací. Zahrnuje diskusi o řadě témat, povzbuzování sdílení pocitů a obav z nemoci, léčby a prognózy a pomáhá pacientům a členům rodiny najít pocit kontroly a hledání smyslu života. Bylo prokázáno, že všeobecné sestry se silnými komunikačními schopnostmi pozitivně ovlivňují spokojenost onkologických pacientů, zlepšují celkovou pohodu a ovlivňují prožívání pacientů. Nicméně, onkologické všeobecné sestry zřídka dostávají formální instruktáž o komunikaci v rámci svého klinického výcviku (Newman, 2016). Školení v oblasti komunikace všeobecných sester je stále relativně nové a jen málo školících programů poskytuje komplexní školení dovedností pro paliativní péči. Stávající programy se zaměřovaly na diskuze o sebeúčinnosti při empatické reakci a diskuzi o smrti, umírání a cílech péče na konci života nezahrnovaly životně důležité komunikační dovednosti v paliativní péči. Jako jsou způsoby, jak začlenit rodinné příslušníky, probírat témata sociální, psychologické a duchovní péče a týmové poskytování péče. Celkově bývá školení v oblasti komunikace v paliativní péči zaměřeno na lékaře, pouze menší množství práce je věnováno konkrétně všeobecným sestrám. Role všeobecných sester je však ze své podstaty jiná, než role lékaře a zahrnuje rozhovory s pacienty a jejich rodinami, jakmile jsou jim sděleny nepříjemné zprávy, diskuze o duchovních a náboženských otázkách a rozhovory s lékaři a onkologickým

týmem o pacientech a členy rodiny (Wittenberg-Lyles et al., 2020). Všeobecné sestry, které jsou často vyloučeny, když jsou informace poskytovány pacientovi a jeho rodině, popisují nepohodlí, nedostatek definice své role, strach ze ztráty naděje a nedostatek času na účast v diskuzích s onkologickými pacienty a jejich rodinami (Newman, 2016). Komunikační bariéry vedou ke kompromitované psychosociální péči o pacienta a jeho rodinu, protože všeobecné sestry nemají zkušenosti se screeningovými nástroji a nevědí, jak přistupovat k citlivým tématům (Chen et al., 2014). Bylo identifikováno několik překážek efektivní komunikace pro onkologické všeobecné sestry, včetně nedostatečné komunikace mezi mezi-profesním týmem, odlišných očekávání mezi klinickým personálem, nedostatku dovedností pro poskytování empatické péče pacientům a rodinným příslušníkům, obtížného posouzení očekávání pacientů, jak iniciovat diskuze o konci života a vysvětlovat paliativní péči (Banerjee et al., 2016). Svou povahou vyžaduje onkologické ošetřovatelství větší pozornost v oblasti komunikace paliativní péče, protože se věnuje jak pacientovi, tak jeho rodině a slouží ke koordinaci mnoha frakcí napříč potenciálem různých zařízení péče. Pacienti a jejich rodinní příslušníci očekávají, že všeobecné sestry budou upřímné, když sdílejí informace a odpovídají na dotazy, že se budou ptát na pacientovy hodnoty a cíle, najdou si čas na naslouchání a budou spolupracovat s ostatními členy zdravotnického týmu (Wittenberg Lyles et al., 2020). Vzhledem k četnosti interakce mezi onkologickými všeobecnými sestrami, pacienty a jejich rodinami je klíčové, aby onkologické všeobecné sestry disponovaly silnými komunikačními dovednostmi v oblasti paliativní péče, aby mohly poskytovat kvalitní onkologickou péči (Baer, Weinstein, 2013). Posouzení celého pacienta, hlavní složka paliativní péče zahrnuje komunikaci, řešení potřeb zdravotní gramotnosti, uvědomění si syndromu vyhoření a vztah k pacientovi a jeho rodině (Wittenberg et al., 2018).

Onkologické všeobecné sestry a všeobecné sestry v intenzivní péči sdílejí mnoho podobností v kontextu toho, kde je vyžadována jejich komunikační dovednost. Často praktikují v „šedé zóně“, která je duálně charakterizována špičkovými léčebnými režimy náročnými na farmaka a zaměřenými na zotavení v tandemu se stejně pečlivými terapiemi, jejichž cílem je úleva od symptomů nemoci. Obě specializované sestry pracují v kultuře práce, kde jsou prognózy a odhady přežití složité. To obvykle vede k nepohodlí při předpovídání smrti a diskuzích s pacienty a rodinami o omezené délce života. Rodiny si to často vykládají jako negativní a nedostatečnou komunikaci, takže se cítí zranitelné, když nevědí, jak vnímat, co se děje s jejich blízkými (Young, 2017). Sestry se pak často cítí na pomezí, střezeny svými rozhovory s pacienty a jejich rodinami, přičemž zároveň prožívají

frustraci z toho, že jim je zadržováno sdělování pravdivých informací. Sestry pomáhají pacientovi a rodině interpretovat význam biomedicínských informací a porozumět nemoci (Adams et al., 2017). Komunikace je základní, klíčovou kompetencí všeobecných sester. Umožňuje jim posuzovat, učit, radit, ptát se, zasahovat a ověřovat nesčetné množství problémů ovlivňujících zdraví jejich pacientů. Historicky byla komunikace sester vnímaná jako vrozená schopnost. Předpokladem je, že komunikační dovednosti přicházejí přirozeně a že odborné znalosti v této oblasti nevyžadují věcné učení. To je v rozporu s jinými aspekty vzdělávání všeobecných sester. V důsledku toho absence formálního vzdělávání v budování komunikačních dovedností devalvuje její význam, a to navzdory důkazům, že jde o důležitou a vysoce uznávanou kompetenci jak pro pacienty, tak pro jejich rodiny (Erickson, 2013; Hansen et al., 2016; Fox, 2014; Strang et al., 2013; Thorne et al., 2014). Hlavní ošetrovatelskou rolí je role obhájce pacienta. Všeobecné sestry si díky své neustálé přítomnosti u lůžka uvědomují neuspokojené potřeby, změny stavu pacienta a překážky optimální péče v průběhu času. Aby sestry mohly stát za svými pacienty, musí být schopné mluvit, zpochybňovat rozhodnutí a nabízet doporučení k plánu péče o pacienty (Boyle et al., 2017).

Účast pacientů na onkologických setkáních je přínosná jak pro pacienty, tak pro ošetrovatelský a onkologický tým. Může vést k větší spokojenosti pacientů, většímu naplnění informačních a emocionálních potřeb a efektivnější výměně informací (Cegala et al., 2013). Výzkumy však ukazují, že komunikace a participace na onkologických setkáních nejsou optimální. Poskytování informací často není přizpůsobeno potřebám pacientů, zdravotnický personál má potíže s implementací sdíleného rozhodování a emoční obavy pacientů často zůstávají nepovšimnuty. Zatímco mnoho pacientů preferuje aktivní roli, jejich skutečný přínos během konzultací je často omezený. To platí zejména pro starší pacienty s onkologickým onemocněním, protože mají potíže s vyjádřením svých informačních potřeb nebo preferencí, kladou méně otázek a vykazují méně aktivní chování, než mladší pacienti (Rademakers, 2017). Abychom tento vývoj urychlili, musíme nejprve nahlédnout do bariér, s nimiž se starší onkologičtí pacienti setkávají při komunikaci se svým poskytovatelem zdravotní péče. V současné době existuje mezera ve znalostech s ohledem na toto téma. Nabízení podpory pacientům, kteří se cítí méně sebevědomí v komunikaci se svým poskytovatelem zdravotnických služeb, by však mělo být vždy dostupné (Noordman et al., 2017). Komunikace na konci života má zásadní vliv na ošetrovatelské rozhodování a kvalitu péče v konečné fázi cesty pacienta. Informuje pacienty a jejich rodiny o aktuálním zdravotním

stavu, zkoumá nezodpovězené obavy a zdravotní potřeby, poskytuje emocionální podporu a praktické rady, odhaluje, co je před námi a umožňuje poskytovatelům zdravotní péče pochopit, jak mohou zlepšit péči o pacienty během jejich posledních dnů. Komunikace na konci života během paliativní péče odstraňuje stigma kolem smrti a pomáhá pacientům vyjádřit jejich poslední přání rodině (Pun et al., 2023). Obecně platí, že efektivní komunikace ohledně prognóz a optimální léčby má vícerozměrné výhody, například podporuje kvalitu péče a snižuje stres pečovateli o pacienta a všeobecných sester (Bernacki, Block, 2014). Naproti tomu nesprávně vedené rozhovory mohou vést k negativním výsledkům léčby, jako je agresivní život udržující léčba, neuspokojivé zkušenosti v nemocnici, nepohodlí a zbytečné náklady na zdravotní péči (Simpson, Knott, 2017). Důkladná komunikace o konci života mezi ošetrovatelským týmem, pacienty a jejich pečovateli pomáhá zmírnit úzkost a umožňuje, aby o pacienty bylo postaráno požadovaným způsobem (Bernacki, Block, 2014). Empirické důkazy však ukazují, že komunikační praxe o konci života není vždy prováděna efektivně (Mitchell et al., 2021). Uvádí se, že mnoho pacientů a jejich pečovateli je nesprávně informováno o situaci svých pacientů a že si pacienti často neuvědomují svá vlastní rizika bezprostředního úmrtí (Pun et al., 2019). Všeobecné sestry také považují za náročné přímo diskutovat o úmrtích s pacienty a pečovateli, protože pacienti a pečovatelé jsou často nesprávně informováni a mají tendenci být příliš optimističtí, pokud jde o prognózy (Hawryluck, 2018). Chybí jasný komunikační rámec, který stanoví standard pro základní informace, které by rodinní příslušníci – pečovatelé měli dostávat, což bude pravděpodobně zahrnovat aktuální zdravotní stav pacienta a odhady prognózy, další možnosti léčby a dostupná podpůrná opatření a jejich rizika a přínosy, aby se dosáhlo realistických cílů péče (Ohs et al., 2015; Keeley, 2017). Když rodinní příslušníci dostanou nedostatečné informace, mohou nastat potíže během komunikace o konci života (Pun et al., 2023).

V mezinárodním měřítku je zapojení rodinných příslušníků do komunikace o konci života často diskutováno v souvislosti s poskytováním podpory, ale jen velmi málo studií přímo prozkoumalo, jak důležitá je role rodiny a jakým způsobem musí být rodina zapojena. Rodinní pečovatelé tradičně hrají svou vlastní jedinečnou roli při poskytování emocionální a finanční podpory, aby přispěli k „dobré smrti“ – situace bez bolesti v poslední fázi života a nikoli vyčerpáním možné léčby, která by zbytečně prodlužovala život umírajícím onkologickým pacientům (Ohs et al., 2015; Githaiga, Swartz, 2017). Ve skutečnosti pacienti očekávají, že dostanou podporu rodiny více, než podporu od zdravotnického týmu. Dále sociální podpora od rodinných příslušníků slouží k plnění jejich vlastních rodinných závazků

a je základem poskytující kvalitní péči na konci života (Lee, Yun, 2018; Towsley et al., 2015). Je však důležité, aby zdravotnický tým zahájil konverzaci o konci života, aby byly náležitě zohledněny potřeby pacienta a preference jeho rodiny (Kastbom et al., 2020). Vzhledem ke složitosti komunikace o konci života, tedy konstituci poskytování vyčerpávajících informací, komplikovaným emocím odvozených od relevantních zúčastněných stran a dynamice zapojení rodiny do pacientovy zdravotní péče, se typicky objevuje zpoždění ve vedení komunikace o konci života. Ke komunikaci mezi rodinnými pečovateli a ošetřujícím týmem o terminálním onemocnění a možném využití paliativní a hospicové péče dochází až v pozdním průběhu onkologického onemocnění. Někteří pacienti neustále zápasili s myšlenkou, že vědí, že jsou nemocní a snažili se odložit rozhodnutí o konci života (Huang et al., 2013). Přesto by tento pokyn k dalšímu oddálení diagnózy mohl v rodině potencionálně vzbudit pocit falešné naděje, že se situace pacienta může zlepšit. Když dojde k nesprávné komunikaci, zdá se, že je příliš pozdě na to, aby byla provedena řádná komunikace o konci života nebo aby členové rodiny poskytli vstup do procesu rozhodování o ukončení léčby (Pun et al., 2023).

Účast všeobecných sester na cílech diskuzí o péči sahá od standardní praxe až po „závislou na situaci“ (Arends et al., 2023). Všeobecné sestry popisují hodnocení porozumění pacienta a jeho rodiny jako svůj primární úkol v cílech komunikace na konci života, stejně jako shromažďování, dokumentování a sdělování hodnocení a klinických úsudků (Wittenberg et al., 2016; Chaaban et al., 2021). Další role zahrnují tlumočení lékařského jazyka pro pacienty tak, aby byl srozumitelný, a poskytování konzistentní péče od nemocnice po komunitu (Joo, Liu, 2022). Všeobecné sestry již spojují paliativní péči jako součást ošetrovatelské praxe, protože je v souladu s ošetrovatelskými hodnotami koordinace péče, spolupráce, shromažďování zdrojů a vztahové práce (Mohammed et al., 2023). Všeobecné sestry soustavně věnují více času rozhovorům s pacientem a rodinou, snaží se omezit fragmentovanou péči, dohlížejí na přechodné procesy, posilují porozumění mezi pacienty a jejich rodinou a prostřednictvím komunikace zvyšují spokojenost pacientů (Joo, Liu, 2022). Když se cíle diskuzí o péči objevují jako komunikace na konci života, přímá komunikace je obvykle zaměřena na proceduru s předběžným plánováním péče jako cílovým výsledkem, spíše, než na cíle komunikace péče na konci života, která integruje cíle pacienta napříč trajektorií onemocnění (Harris et al., 2021; Fried, 2022). Hospitalizovaní pacienti uvádějí, že tyto rozhovory jsou obtížně srozumitelné, znepokojivé, spojené se smrtí a umíráním a vytvářejí silnou touhu po rodinné přítomnosti (Harris et al., 2021). Bez standardizovaného

a uznávaného shrnutí adaptivních perspektiv všeobecných sester jsou hodnoty a preference pacienta a jeho rodiny méně integrovány do výkonu primární paliativní péče. Zkušenosti pacienta a jeho rodiny v průběhu onemocnění jsou utvářeny jejich komunikací s každým členem zdravotnického týmu (Wiles et al., 2018; Wolff et al., 2017). Pacienti a jejich rodiny vyžadují bližší vztah se zdravotním personálem. Když vnímají spojení, pacient i rodina se cítí být přijati, jistěji kladou otázky, naslouchají odpovědím a cítí, že jsou pochopeny jejich hodnoty a preference (English et al., 2022). Všeobecné sestry mají jedinečné vztahy se svými pacienty a jejich rodinami, které jsou založeny na důvěře a důslednosti, díky čemuž jsou přístupnější než ostatní zdravotní personál (Peereboom, Coyle, 2013). Dříve byly jako vlivné faktory ovlivňující péči v souladu s cíli identifikovány kvalita komunikace a procesy, zkušenosti pacienta, sdílené rozhodování, komunikace mezi pacientem a náhradníkem a dokončování předem direktivy (Sanders, Curtis, Tulsy, 2018). Adaptivní a přímé cesty k cílům komunikace péče však odrážejí mnohostranné závazky všeobecných sester. Komplexní a průběžné hodnocení, komunikace o zdravotní nejistotě, identifikace priorit a potřeb pacienta a kontinuita péče jsou rysy partnerství mezi pacientem a všeobecnou sestrou. Cíle pečovatelské komunikace v konečném důsledku zvyšují požadované výsledky včetně menšího utrpení, emocionální a duchovní pohody, kontroly bolesti, funkčních schopností, využití hospicové péče, preferovaného místa úmrtí a využití služeb a zdrojů. Bez dostatečných a včasných informací o preferencích a hodnotách pacientů je koordinace péče a přechody v péči znesnadněny (Taylor et al., 2021). Je potřeba formální školení komunikačních dovedností věnovaný roli všeobecných sester pro cíle komunikace v onkologické péči s cílem optimalizovat primární paliativní péči (Wittenberg et al., 2024).

Dopad onkologického onemocnění a následné léčby může mít vážné důsledky pro sexualitu pacientů a to jak fyzicky, tak psychicky. Pacienti uvádějí nedostatečnou komunikaci a podporu ze strany zdravotnického personálu ve vztahu na sexuální problémy. Řešení sexuálních problémů je odpovědností každého člověka v multidisciplinárním týmu. Pacienti vyžadují otevřenou diskuzi a zdravotnický personál by se měl více věnovat tématu sexuality. Sexualita je důležitým aspektem paliativní péče, a čím dřív je hodnocena, tím je přínosnější pro kvalitu života pacienta. Zdá se, že hodnocení pacientů a podpora v sexuálních otázkách ze strany zdravotnického personálu zůstává v praxi opomíjenou oblastí (Krouwel et al., 2015). Jednou z překážek je například personál, který nevidí pacienty jako sexuální osoby, vytváří domněnky týkající se jejich sexuality s ohledem na věk, kulturu nebo sexuální orientaci (Mansour, Mohamed, 2015). Pro některé všeobecné sestry může být diskuze o sexualitě

extrémně obtížná, zejména pokud mají vlastní negativní zážitky. Proto musí být duševní pohoda všeobecných sester prvořadá a v případě potřeby musí být k dispozici jasný přístup k podpoře, aby budoucí diskuze s pacienty byly účinné (Williams, Addis, 2021). Zdůrazněn je také předpoklad, že jiné zdravotní problémy mají přednost před sexuálními obavami (Mansour, Mohamed, 2015).

Jednou z důležitých oblastí v paliativní péči je komunikace o duchovní péči. Duchovní péče zahrnuje péči o duchovní, náboženské a existenční otázky v péči o pacienty. Pokyny Amerického Národního konsenzuálního projektu pro kvalitní paliativní péči definují spiritualitu jako aspekt lidskosti, který odkazuje na způsob, jakým jednotlivci hledají a vyjadřují smysl, účel a způsob, jakým prožívají své spojení s daným okamžikem, se sebou samým, s ostatními, s přírodou anebo s významnou osobou ve svém životě. Ve Spojeném království mnoho studií ukazuje, že pacientům se často nedostává duchovní péče, která by jim mohla nejvíce prospět (Rushton, 2014; Wynne, 2013). Poskytování duchovní péče pacientům a rodinám během kritického onemocnění a na konci života je prospěšné, jak pro zdravotnický personál, tak pro pacienty a jejich rodiny. V nedávné studii duchovní péče o pacienty s pokročilým onkologickým onemocněním byli jak pacienti, tak zdravotnický personál v drtivé většině pozitivní o všech typech duchovní péče – nikdo ze zdravotnického personálu, ani pacienti neuveldli žádnou zkušenost s duchovní péčí jako negativní (Balboni et al., 2015). Existuje také významná souvislost mezi podporou duchovních potřeb pacientů, jejich zlepšenou kvalitou života a jejich potřebou méně agresivní lékařské léčby (Wynne, 2013). Několik studií ukázalo, že duchovní péče pozitivně ovlivňuje výsledky zdravotní péče, včetně kvality života, zvládnání a životních rozhodování. Je zřejmé, že pacienti a jejich rodiny chtějí, aby jejich duchovní potřeby byly uznány, řešeny a podporovány zdravotnickým týmem. Navzdory důkazu na duchovní péči nedostává zdravotnický personál formální pokyny, jak efektivně komunikovat s pacienty a rodinami o duchovních zájmech (Sinclair, 2015). Když pacienti na konci života zahájili komunikaci o spiritualitě, všeobecné onkologické sestry považovaly schopnost zapojit se do těchto rozhovorů za nezbytnou pro poskytování kvalitní péče na konci života. Všeobecné sestry popsaly svou vnímavost k pacientovi nebo jeho rodině jako okamžitou, soustředěnou a neodsuzující. I když nesdílely přesvědčení pacienta nebo jeho rodiny, povzbuzovaly je k vyjádření těchto přesvědčení. Všeobecné sestry často uznaly a rozvedly emoce pacientů, aby nabídly pohodlí. S největší pravděpodobností zahajují rozhovory o spiritualitě pacienti a všeobecné sestry pozitivně reagují svou přítomností. Všeobecné sestry absolvují jen málo školení, pokud vůbec nějaké, v komunikaci o spiritualitě



a spoléhají se na své vlastní duchovní zázemí a porozumění, aby vyhověly požadavkům pacientů. Emoční projevy pacientů vyvolané duchovní nebo náboženskou krizí nebo otázkou byly sestrami vnímány jako „empatická příležitost“ (Suchman et al., 2017). Empatická příležitost je popsána jako pacientovo přímé vyjádření emocí, které všeobecné sestry výslovně uznávají. Onkologické všeobecné sestry schvalují emocionální projevy pacientů tím, že vyzívají k upřesnění, kladou objasňující otázky a pomáhají pacientům interpretovat význam emocí. Všeobecné sestry se chopí projevů strachu, hněvu nebo zoufalství pacientů, aby probraly jejich spiritualitu. V souladu s modelem soucitu v paliativní péči všeobecné sestry popsaly používání neverbální komunikace k zapojení se do vztahové komunikace a k péči o duchovní potřeby pacientů (Sinclair et al., 2016). Duchovní potřeby pacientů jsou spouštěčem soucitu onkologických všeobecných sester. Téměř ve všech případech duchovní komunikace s onkologickým pacientem reagovali jak pacienti, tak jejich rodiny kladně na zapojení onkologických všeobecných sester do témat náboženských, duchovních nebo existenčních problémů, ať už je zahájil pacient nebo rodina (Wittenberg et al., 2016).

Pacienti, jejich rodinní příslušníci a všeobecné onkologické sestry však mohou mít úzkost, když se jejich duchovní názory střetnou. Zapojení do diskuzí duchovní povahy tak nemůže být nabízeno jako všelék na úzkost pacienta nebo jeho rodiny v průběhu život ohrožujícího onemocnění. Ačkoliv náboženské a duchovní konverzace na konci života často chybí (Ernecoff et al., 2015), převážná většina zkušeností s duchovní péčí sdílených v následující studii se týkala pacientů na konci života. V duchovní péči zůstává kritická mezera, protože existuje omezené chápání diskuzí o spiritualitě, ke kterým dochází během diagnózy, léčby a přežití. Budoucí vzdělávací úsilí musí klást důraz na duchovní hodnocení a na to, jak zahájit rozhovor o spiritualitě s pacienty a jejich rodinami. Duchovní anamnéze může být klíčovou bránou k celkovému poskytování duchovní péče (Balboni et al., 2015). Komunikace o spiritualitě, která je zahájena odebráním duchovní anamnézy, umožňuje zdravotnickému personálu obhajovat duchovní a náboženské potřeby svých pacientů prostřednictvím doporučení návštěvy kaplana, podpůrných skupin a dalších zdrojů. Mají potenciál pomoci prozkoumat identity pacientů a mechanismy zvládání a také posílit vztah mezi poskytovatelem a pacientem. Mezi základní dovednosti pro duchovní komunikaci patří sebeuvědomění, posouzení duchovních potřeb, soucitná přítomnost, vhodné doporučení poskytovatelů duchovní péče a rozhovory o spiritualitě pacienta (Sinclair, 2015). Dřívější výzkum prokázal, že důvěru v komunikaci v oblasti duchovní péče lze zlepšit krátkým semestrálním školením (Hench et al., 2014). Vzhledem k tomu, že všeobecné sestry i nadále

prochází školením v hospicové a paliativní péči, je nutné, aby toto školení zahrnovalo i komunikaci duchovní péče. Ačkoliv 48 % všeobecných sester neprozradilo, zda s pacientem či jeho rodinou sdílí své vlastní duchovní zázemí, bylo navrženo, aby všeobecné sestry byly naladěny na svou vlastní spiritualitu, než nabídnou duchovní péči svým pacientům a jejich rodinám. Všeobecné sestry by se měly věnovat svým vlastním biopsychosociálním a duchovním problémům v rozvoji soucitu a empatie, aby dosáhly vlastností, které jim dobře poslouží při péči o duchovní potřeby druhých. Vlastní spiritualita všeobecných sester ovlivňuje jejich praxi duchovní péče – klid všeobecných sester s jejich vlastní spiritualitou byl zásadním pro poskytování duchovní péče svým pacientům (Ronaldson et al., 2013). Otázkou pro budoucí výzkumy by mohlo nastínit, zda všeobecné sestry mohou pro-aktivně reagovat na duchovní tíseň u svých pacientů a jejich rodin, i když samy nemají silné přesvědčení o spiritualitě (Wittenberg et al., 2016).

Dopad onkologického onemocnění a následné léčby může mít vážné důsledky pro sexualitu pacientů a to jak fyzicky, tak psychicky. Pacienti uvádějí nedostatečnou komunikaci a podporu ze strany zdravotnického personálu ve vztahu na sexuální problémy. Řešení sexuálních problémů je odpovědností každého člověka v multidisciplinárním týmu. Pacienti vyžadují otevřenou diskuzi a zdravotnický personál by se měl více věnovat tématu sexuality. Sexualita je důležitým aspektem paliativní péče, a čím dřív je hodnocena, tím je přínosnější pro kvalitu života pacienta. Zdá se, že hodnocení pacientů a podpora v sexuálních otázkách ze strany zdravotnického personálu zůstává v praxi opomíjenou oblastí (Krouwel et al., 2015). Jednou z překážek je například personál, který nevidí pacienty jako sexuální osoby, vytváří domněnky týkající se jejich sexuality s ohledem na věk, kulturu nebo sexuální orientaci (Mansour, Mohamed, 2015). Pro některé všeobecné sestry může být diskuze o sexualitě extrémně obtížná, zejména pokud mají vlastní negativní zážitky. Proto musí být duševní pohoda všeobecných sester prvořadá a v případě potřeby musí být k dispozici jasný přístup k podpoře, aby budoucí diskuze s pacienty byly účinné (Williams, Addis, 2021). Zdůrazněn je také předpoklad, že jiné zdravotní problémy mají přednost před sexuálními obavami (Mansour, Mohamed, 2015).

## 2.1 Význam a limitace dohledaných poznatků

Bakalářská práce je zaměřena na komunikaci všeobecných sester s onkologickými pacienty v paliativní péči. Obsahuje témata, jako jsou bariéry komunikace, komunikační protokoly, pomáhající všeobecným sestřím s obtížnými konverzacemi, potřeby pacientů v oblasti komunikace a vhodné komunikační prostředky. Limitujícím faktorem použitých zahraničních publikací byla znalost pouze anglického jazyka. Bakalářská práce se skládá hlavně ze zahraničních publikací, protože v České republice je pouze pár neaktuálních článků na dané téma, což snižuje implementaci na všeobecné onkologické sestry v paliativní péči v České republice. Limitujícím faktorem je také skutečnost, že komunikace s onkologickými pacienty v paliativní péči je velmi rozsáhlé téma a nedaly se pokrýt všechny aspekty, které do něj spadají. I přes to je nedostatečné množství dohledatelných studií, zabývajících komunikací s onkologickými pacienty v paliativní péči. Studie se více zaměřují na somatickou stránku paliativní problematiky, než na psychickou a sociální.

V této přehledové bakalářské práci bylo využito 17 odborných článků, ze kterých se většinou jednalo o průřezové studie. Ve většině výzkumných studií jsou znalosti všeobecných sester ohledně komunikace v paliativní péči hodnoceny podprůměrně a nedostatečně. Studie uvádí, že všeobecné sestry často neví, jak reagovat na otázky a pocity onkologických pacientů ohledně jejich péče na konci života. U některých témat se všeobecné sestry cítí nekomfortně a úzkostně, jako například při rozhovorech o spiritualitě nebo sexualitě na konci života. Dvě studie se proto věnují právě těmto tématům, doporučují všeobecným sestřím, jak vést konverzace o spiritualitě a sexualitě bez toho, aby se cítily úzkostně a nekomfortně. Je proto důležité se touto problematikou zabývat, jelikož komunikace s pacienty je jedna z nejužívanějších kompetencí všeobecných sester a pacienti tuto komunikaci na konci života velmi potřebují. Co se týče studií o protokolu COMFORT nebo SPIKES, studie doložily data pouze po ukončení školení a dále už se výsledkem zabývaly. Budoucí studie by se mohly zabývat delším časovým úsekem, který by potvrdil úspěšnost školení ohledně komunikačních protokolů u všeobecných sester.

Dohledané sumarizované poznatky mohou sloužit jako návrh pro další výzkumy. Budoucí výzkumy by se měly zaměřit na státy, které mají jiné vzdělávací systémy a porovnat tyto již zjištěné výsledky. Dále by studie měly zahrnovat větší počet respondentů a zvýšit tak validitu výsledků. Zahrnovat by měly i více nemocničních či soukromých zařízení, jelikož použité studie se vždy zabývají pouze všeobecnými sestrami na jednom určitém oddělení.

Zdravotnické zařízení by měly nabízet více školení v oblasti komunikace na konci života a to ne jen v onkologické péči, přestože většina pacientů v paliativní péči mají onkologické onemocnění. Tyto školení by měly zahrnovat jak teoretickou část, tak i praktickou část. Všeobecné sestry by měly být připraveny tyto poznatky ze školení využít v praxi, což by jim praktická část školení mohla velmi ulehčit a lépe je na tyto situace připravit. Pravidelné školení o komunikaci na konci života by mohly zkvalitnit dovednosti všeobecných sester, které by se necítily tak nekomfortně, jako bez předchozí přípravy a vědomostí. V České republice existují pouze semináře o komunikaci na konci života a nevyužívá se žádný určitý model nebo protokol. Aktuálně nebyla dohledána žádná výzkumná studie, kde by se autoři zabývali komunikací českých všeobecných sester s onkologickými pacienty v paliativní péči. Paliativní péče v zahraničí a v České republice je velmi odlišná. V zahraničí je poskytování paliativní péče onkologickým pacientům na vyspělé úrovni, kdežto u nás se tato péče stále postupně rozvíjí a mnoho pacientů neví, že má možnost paliativní péči dostávat.

## Závěr

Komunikace je velmi důležitá v jakékoliv ošetrovatelské péči, avšak v paliativní péči je správná komunikace s pacienty zásadní. Onkologičtí pacienti v paliativní péči zažívají náročné časy, a proto je důležité s nimi správně komunikovat a vést rozhovory. Na tuto komunikaci se bakalářská práce zaměřuje. Cílem bakalářské práce bylo sumarizovat dohledané publikované aktuální poznatky o komunikaci všeobecných sester s onkologickými pacienty v paliativní péči.

Z výsledků studií vyplývá, že stále existuje mnoho bariér, kvůli kterým není tato komunikace u pacientů uspokojivá. Mezi nejvíce zmiňované bariéry spadá hlavně nedostatečné proškolení všeobecných sester ohledně komunikace s onkologickými pacienty v paliativní péči, nedostatek informací, času a personálu a také pocit diskomfortu všeobecných sester při obtížných rozhovorech s pacienty. Všeobecné sestry se také často vyhýbají konverzacím o spiritualitě či sexualitě, protože mají strach, že se jejich názory střetnou a konverzace bude pro obě strany nekomfortní. Další bariéry se týkají zdravotnických zařízení a managementu, patří do nich například nedostatek financí, špatné načasování školení anebo malá podpora všeobecných sester ke vzdělávání se. Pro pacienty a jejich rodiny je důležitá komunikace o cílech péče, průběhu péče, spiritualitě a také empatie ze strany všeobecných sester. Zásadní je také místo, kde se tyto konverzace konají, čas na vstřebání informací a na otázky, popřípadě komunita, ve které se vedou sezení s ostatními onkologickými pacienty. Starší pacienti preferují více osobního času na komunikaci se zdravotním personálem a často mají pocit, že na ně všeobecné sestry nemají dostatek času.

K účinnější komunikaci na konci života existuje mnoho protokolů, přičemž nejvyužívanějšími a nejúčinnějšími jsou protokoly COMFORT, NURSE a SPIKES. Tyto protokoly zahrnují komunikační strategie a pomáhají všeobecným sestřám sdělovat závažné zprávy svým onkologickým pacientům a také jejich rodinám. Je tedy důležité, aby všeobecné onkologické sestry absolvovaly tyto školení a prohlubovaly své vědomosti a dovednosti v oblasti komunikace v paliativní péči. Cíl práce byl splněn.

Poznatky mohou být přínosem pro rozvoj komunikačních dovedností všeobecných sester a zlepšení kvality života onkologických pacientů. Dohledané poznatky by mohly být použity jako námět pro budoucí výzkumy.

## Referenční seznam

Boucher, J. (2021). Advance Care Planning: Having Goals-of-Care Conversations in Oncology Nursing. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 25(3), 333-336. <https://doi.org/10.1188/21.CJON.333-336>

Boyle, D. A., Barbour, S., Anderson, W., Noort, J., Grywalski, M., Myer, J., & Hermann, H. (2017). Palliative Care Communication in the ICU: Implications for an Oncology-Critical Care Nursing Partnership. *Seminars in Oncology Nursing*, 33(5), 544-554. <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2017.10.003>

Clinical Oncology Nurse Best Practices: Palliative Care and End-of-Life Conversations. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. <https://doi.org/10.1188/22.CJON.612-620>

Formagini, T., Poague, C., O'Neal, A., & Brooks, J. V. (2022). “When I Heard the Word Palliative”: Obscuring and Clarifying Factors Affecting the Stigma Around Palliative Care Referral in Oncology. *JCO Oncology Practice*, 18(1), e72-e79. <https://doi.org/10.1200/OP.21.00088>

Fuoto, A., & Turner, K. M. (2019). Palliative Care Nursing Communication. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 21(2), 124-130. <https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000493>

Goldsmith, J. V., Wittenberg, E., & Parnell, T. A. (2020). The COMFORT Communication Model. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 22(3), 229-237. <https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000647>

Kaplan, M. (2010). SPIKES: A Framework for Breaking Bad News to Patients With Cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 14(4), 514-516. <https://doi.org/10.1188/10.CJON.514-516>

Noordman, J., Driesenaar, J. A., Henselmans, I., Verboom, J., Heijmans, M., & van Dulmen, S. (2017). Patient participation during oncological encounters: Barriers and need for supportive interventions experienced by elderly cancer patients. *Patient Education and Counseling*, 100(12), 2262-2268. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.06.009>

- Pun, J., Chow, J. C. H., Fok, L., & Cheung, K. M. (2023). Role of patient's family members in end-of-life communication: an integrative review. *BMJ Open*, *13*(2). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-067304>
- Saretta, M., Doñate-Martínez, A., & Alhambra-Borrás, T. (2022). Barriers and facilitators for an effective palliative care communication with older people: A systematic review. *Patient Education and Counseling*, *105*(8), 2671-2682. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2022.04.003>
- Williams, M., & Addis, G. (2021). Addressing patient sexuality issues in cancer and palliative care. *British Journal of Nursing*, *30*(10), S24-S28. <https://doi.org/10.12968/bjon.2021.30.10.S24>
- Wittenberg-Lyles, E., Goldsmith, J., & Platt, C. S. (2014). Palliative Care Communication. *Seminars in Oncology Nursing*, *30*(4), 280-286. <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2014.08.010>
- Wittenberg, E., Goldsmith, J. V., Chen, C. (K.), & Prince-Paul, M. (2024). A conceptual model of the nurse's role as primary palliative care provider in goals of care communication. *PEC Innovation*, *4*. <https://doi.org/10.1016/j.pecinn.2024.100254>
- Wittenberg, E., Goldsmith, J., Ferrell, B., Buller, H., Mendoza, Y., & Ragan, S. (2020). Palliative Care Communication: Outcomes From COMFORT, a Train-the-Trainer Course for Providers. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, *24*(1), E1-E6. <https://doi.org/10.1188/20.CJON.E1-E6>
- Wittenberg, E., Ragan, S. L., & Ferrell, B. (2017). Exploring Nurse Communication About Spirituality. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*®, *34*(6), 566-571. <https://doi.org/10.1177/1049909116641630>
- Wittenberg, E., Ferrell, B., Goldsmith, J., Ragan, S. L., & Paice, J. (2016). Assessment of a Statewide Palliative Care Team Training Course: COMFORT Communication for Palliative Care Teams. *Journal of Palliative Medicine*, *19*(7), 746-752. <https://doi.org/10.1089/jpm.2015.0552>
- Wittenberg, E., Reb, A., & Kanter, E. (2018). Communicating with Patients and Families Around Difficult Topics in Cancer Care Using the COMFORT Communication Curriculum. *Seminars in Oncology Nursing*, *34*(3), 264-273. <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2018.06.007>