



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Komunikace s umírajícím pacientem na interním oddělení.

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **OŠETŘOVATELSTVÍ**

Autor: Nikola Kuběnová

Vedoucí práce: Mgr. Veronika Šváblová

České Budějovice 2020

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Komunikace s umírajícím pacientem na interním oddělení*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 3. 8. 2020

Nikola Kuběnová

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala Mgr. Veronice Švábové, vedoucí mé bakalářské práce, za odborné vedení, cenné rady a za její ochotu při zpracovávání této práce. Dále bych chtěla poděkovat všem sestrám, které byly ochotny se zúčastnit výzkumného šetření. Největší poděkování patří mé rodině, která mi po celou dobu studia trpělivě naslouchala, a která mě podporovala.

Komunikace s umírajícím pacientem na interním oddělení

Abstrakt

Bakalářská práce, nesoucí název „Komunikace s umírajícím pacientem na interním oddělení“, byla zvolena s ohledem na vlastní zkušenost působení na interním oddělení zdravotnického zařízení a mého osobního zájmu o danou problematiku, která se odráží od péče o rodinného příslušníka a následném úmrtí v domácím prostředí v adolescentním věku.

Cílem této práce bylo zmapovat, zda se sestry drží zásad komunikace s umírajícím pacientem, dále bylo stanoveno zjistit, v kterých fázích umírání činí sestrám největší potíže komunikovat s pacientem v terminálním stádiu dle modelu Elisabeth Kübler-Rossové.

Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části jsou zpracovány hlavní teoretické problémy, které jsou následně aplikovány v praktické části práce. Praktická část zahrnuje realizaci polostrukturovaného rozhovoru, který se souhlasem poskytlo 11 sester na interním lůžkovém oddělení. Dle výzkumných otázek byly následně výsledky zpracovány do příslušných kategorií a podkategorií, díky kterým se podařilo oba cíle splnit.

Z výzkumného šetření bylo znatelné, že sestry jsou schopné vhodně využívat své znalosti v kombinaci se zkušenostmi pro kvalitní komunikaci s pacientem v terminálním stádiu, sestry čerpají víceméně ze svých vlastních zkušeností a přizpůsobují se dané situaci. Tato práce spolu s příloženou příručkou poslouží sestrám jako vzdělávací materiál, pro osvojení správných zásad a doporučení pro případné zlepšení komunikace s umírajícím pacientem.

Klíčová slova

Komunikace s umírajícím, terminální stádium, zásady komunikace, umírající pacient, zdravotní sestra

Communication with dying patient in the department of internal medicine

Abstract

The bachelor's thesis, entitled Communication with a dying patient in the internal medicine department, was chosen with regard to my own experience working in internal medicine department and my personal interest in this matter, which is reflected in caring for a family member and subsequent death in the home environment in adolescence age.

The aim of this work was to map whether nurses adhere to the principles of communication with a dying patient, it was also determined to find out in which stages of dying nurses have the greatest difficulty communicating with a patient in the terminal stage according to the model of Elisabeth Kübler-Ross.

The bachelor thesis is divided into theoretical and practical part. The theoretical part deals with the main theoretical problems, which are then applied in the practical part of the work. The practical part includes the implementation of a semi-structured interview, which was provided with the consent of 11 nurses in the inpatient department. According to the research questions, the results were then processed into the appropriate categories and subcategories, thanks to which both goals were met.

It was evident from the research survey that nurses are able to use their knowledge appropriately in combination with experience for quality communication with the patient in the terminal stage, more or less nurses draw on their own experience and adapt to the situation. The bachelor's thesis, together with the enclosed manual, will serve as an educational material for nurses, to learn the right principles and recommendations for possible improvement of communication with the dying patient.

Key words:

Communication with the dying, terminal stage, principles of communication, dying patient, nurse

Obsah

Obsah.....	8
Úvod.....	10
1 Současný stav.....	12
1.1 Úvod do komunikace.....	12
1.1.1 Komunikace v ošetrovatelské péči.....	13
1.1.2 Verbální komunikace ve zdravotnictví.....	14
1.1.3 Neverbální komunikace ve zdravotnictví.....	15
1.2 Specifika komunikace s umírajícím pacientem.....	16
1.3 Bariéry v komunikaci mezi sestrou a pacientem.....	17
1.3.1 Komunikační bariéry na straně sestry.....	18
1.3.2 Komunikační bariéry na straně pacienta.....	19
1.4 Účinná komunikace s umírajícím pacientem vedená sestrou.....	20
1.5 Komunikace s pacientem dle fází umírání dle Elisabeth Kübler- Rossové.....	21
1.5.1 První fáze – negace (fáze šoku).....	21
1.5.2 Druhá fáze – zloba (agrese).....	21
1.5.3 Třetí fáze – vyjednávání (smlouvání).....	22
1.5.4 Čtvrtá fáze – deprese.....	22
1.5.5 Pátá fáze – smíření (akceptace).....	22
1.6 Úvod do interního ošetrovatelství.....	22
1.6.1 Ošetrovatelská péče na interním oddělení o umírajícího pacienta.....	23
1.6.2 Biologické potřeby pacienta.....	24

Úvod

Zvolené téma bakalářské práce zahrnuje komunikaci s umírajícím pacientem na interním oddělení. Téma lze považovat za závažné, ale také za aktuální, neboť úmrtnost v nemocničních zařízeních je stále vysoká a lékaři i NLZP by měli být v tomto směru vyškoleni.

Jak jsem se již zmínila, zvolené téma souvisí s osobní zkušeností s uvedeným oddělením a zájmem o probírané téma, mimo jiné se i dotýká mého prožitku z uplynulých let. V letech, kdy jsem se měla rozhodovat jakou střední školu si následně po základní škole vybrat, byla střední zdravotnická jasnou volbou, neboť základy ošetrovatelství a s ním spojenou komunikaci s nemohoucím člověkem jsem měla v podvědomí již vryto. I když zkušenost v rodině byla bolestná, k péči o druhé jsem měla o to větší vztah.

V dnešní době si stále více uvědomuji, neboť sama pracuji na interním oddělení, že komunikace je opravdu nedílnou a velmi důležitou součástí pro tuto vykonávanou profesi. Pacienti, kteří jsou na oddělení hospitalizováni, bývají velmi často na své poslední životní cestě a pokud to situace neumožňuje, nemohou tyto chvíle trávit po boku své rodiny ve svém domácím prostředí. Po dobu našich dvanáctihodinových směn zastupujeme tuto funkci my, abychom co nejvíce ulehčili pacientovo stavu, jak po fyzické, tak psychické stránce. K tomu jsou samozřejmě potřeba všechny ošetrovatelské intervence, ke kterým se ale postupně dostaneme pomocí komunikace jak s pacientem, tak popřípadě jeho rodinou.

Tato bakalářská práce poskytuje sestřám přehled významu komunikace s umírajícím pacientem na interním oddělení a je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části jsou zpracovány hlavní teoretické problémy, které jsou následně aplikovány v praktické části práce. Mezi hlavní témata teoretické části práce patří komunikace v ošetrovatelské péči a typologie komunikace ve zdravotnickém zařízení z hlediska verbální a neverbální komunikace. Specifika komunikace s umírajícím pacientem a zejména bariéry a problémy v komunikaci a specifikace účinné komunikační strategie s pacientem. Samostatná kapitola je zaměřena na komunikaci s

pacientem dle fází umírání dle Elisabeth Kübler – Rossové. Závěrečné kapitoly teoretické části jsou věnovány specifikům interního ošetřovatelství a umírání a smrti. Realizovány byly strukturované rozhovory se sestrami interního oddělení v Klatovské nemocnici. Využitý byl kvalitativní výzkum, a také analytické metody založené na souboru odborné literatury zpracovaný v teoretické části bakalářské práce. Na základě zjištěných výsledků budou formulovány pro sestry návrhy a doporučení pro komunikaci s umírajícím pacientem.

Sama za sebe bych uvítala více vzdělávacích seminářů na toto téma, samotné vypracování této bakalářské práce je pro mě velkým přínosem pro nabytí nových informací.

Součástí bakalářské práce je seznam použitých zkratk odborných zdrojů, přílohy, jejíž součástí tvoří souhlas hlavní sestry s uskutečněním výzkumné části práce, informační materiál určený pro sestry, otázky použité v polostrukturovaném rozhovoru a v poslední řadě seznam použitých zkratk.

1 Současný stav

1.1 Úvod do komunikace

Cílem této kapitoly je seznámení se s komunikací jako takovou. Měli bychom si položit otázku, co vlastně znamená slovo komunikace? V odborné literatuře se setkáváme s nejrůznějšími definicemi pro komunikaci.

Například dle Zacharové (2016) je komunikace univerzálním jevem lidské společnosti a přímým regulátorem úrovně mezilidských vztahů. Dále říká, že komunikace je zároveň podmínkou existence každého sociálního systému. Bez ní nemůže existovat žádná sociální skupina. Přispívá k uspokojování potřeby sociálního styku, je prostředkem sociálního začlenění jednotlivce do skupiny.

Vybíral (2005) uvádí, že komunikace má zpravidla svůj účel a smysl, také zde můžeme hovořit o funkci, kterou chce splnit nebo kterou bezděčně plní. Podle něj každá komunikační výměna plní zpravidla jednu či více funkcí.

Mezi hlavní a nejdůležitější funkce našeho komunikování řadí Janiková (© 2012) funkci informativní (předávání informací, dat, sdělení, zkušeností), funkci poznávací (získávání povědomí o sobě i druhých lidech, o dění kolem sebe), instruktivní (informování společně s přidáním vysvětlení významu, popisu, návodu, co a jak dělat, čeho dosáhnout apod.), přesvědčovací (působení na jinou osobu s jasným záměrem změnit její názor, postoj a hodnocení), vzdělávací a výchovnou (souhrn funkce informativní, instruktivní, poznávací – prostřednictvím vzdělávací instituce nebo samostudiem), posilující a motivující (posilování a motivování k pocitu sebevědomí, potřebnosti, vztahu k něčemu), socializační a společensky sjednocující (navazování kontaktů a vztahů s druhými lidmi, posilování pocitu vzájemné závislosti), zábavnou (vytváření pocitu pohody, spokojení, radosti), funkci svěřovací (naslouchání a nabízení řešení problémů, pocitů) aj.

V další kapitole se zaměříme na specifitější pojetí komunikace a to komunikaci v ošetrovatelské praxi.

1.1.1 Komunikace v ošetrovatelské péči

Aby ošetrovatelská péče byla kvalitní, je důležité navázat vztah sestra – pacient. Toho není ale možné dosáhnout bez komunikace mezi sestrou a nemocným. S komunikací, kterou jsme si osvojili během našeho běžného života, si ale zdravotní sestra v praxi nevystačí. V této části práce si proto rozebereme základy a specifika pro komunikaci ve zdravotnické péči.

Toto potvrzuje Špatenková a Králová (2009), neboť dle nich zdravotnický pracovník a pacient nejen společně sdílejí a interpretují určité informace, ale také budují a rozvíjejí svůj vzájemný vztah. Tvrdí, že ošetrovatelský proces je procesem setkávání se člověka s člověkem. Takové setkání se bez komunikace neobejde.

„Komunikace je kontinuální a dynamický proces, ve kterém zdravotnický pracovník a pacient nejen sdílejí a interpretují určité informace, ale také budují a rozvíjejí svůj vzájemný vztah. Je nedílnou součástí ošetrovatelské péče, je jejím základem. Ošetrovatelský proces je procesem setkávání se člověka s člověkem. A takové setkání se bez komunikace neobejde.

„V současné klinické praxi se klade důraz na kombinaci odborných vědomostí zdravotníka se správně uplatňovaným psychologickým přístupem k pacientovi.“ (Zacharová, 2016, s. 97).

Vztah mezi sestrou a pacientem by měl být postaven na rovnocennosti, jelikož spolu komunikují dvě lidské bytosti. V ošetrovatelské péči je ale tento vztah nevyvážený, protože sestra je z hlediska své pozice pro pacienta autoritou, expertem. Měla by proto komunikaci do určité míry řídit a rozhodovat o její formě a obsahu (Špatenková, Králová, 2009).

„Každý člověk je originální a lidé se od sebe navzájem liší zejména svou povahou a chováním. Stejně tak jsou rozdílné i sestry. Jednotlivé sestry se od sebe liší osobností, gender aspekty (zda jde o muže nebo ženu), věkem, vědomostmi, dovednostmi a zkušenostmi, pracovištěm. Sestry jsou různé a také pacienti jsou různí. Jediné, co mohou mít pacienti společné, jsou jejich zdravotní problémy a diagnózy. Jinak je ale každý pacient naprosto originální, každý má svůj životní příběh a každý z nich se nachází v jiné životní situaci. Sestry a pacienti se nacházejí v zcela odlišných rolích, což

někdy může být příčinou mnoha nedorozumění mezi nimi. Nemoc a léčba nemocí je pro sestry běžná, normální součástí jejich práce, ale pro pacienty je každá nemoc osobní záležitost, protože se jich bytostně týká. Proto pacienti od sester očekávají pozornost, laskavost, pochopení a maximální péči“ (Špatenková, Králová, 2009, s. 13-14).

Efektivní komunikace je nezbytná. Aby mohli pacienti (a jejich rodiny) rozhodovat o své péči, potřebují informace o možnostech léčby, prognóze a vedlejších účincích léčby (Jeffrey, 1998). Pacienti a rodinní příslušníci potřebují od sester a dalších zdravotnických pracovníků profesionální rady, které jim pomohou při rozhodování, sníží nejistotu ohledně výsledků léčby, umožní reálně zhodnotit vlastní situaci a kognitivně a emocionálně se připravit na budoucnost.

Aby mohla být komunikace považována za efektivní, je nezbytně nutné, aby měly sestry a zdravotničtí pracovníci specifické vzdělání a znalosti nejen v oblasti komunikace.

Sestry potřebují znát pravděpodobné příčiny pacientovi tísně v dané situaci a musí být schopné správně odhadnout skryté problémy či obavy. Nezbytným předpokladem efektivního terapeutického rozhovoru jsou výborné komunikační dovednosti. Podle Maguire (1999) efektivní komunikace umožní:

- zjistit pacientovy hlavní problémy a pocity
- pomoci při sdělování i přijímání špatných zpráv
- spolupracovat při rozhodování o léčbě
- sledovat nepříznivé reakce pacienta (tělesné i psychické)

. Obvykle se uskutečňuje prostřednictvím jazyka verbálního, či neverbálního. Oba způsoby si rozvedeme v nadcházejících kapitolách.

1.1.2 Verbální komunikace ve zdravotnictví

Náplní této kapitoly budou formy komunikace a jejich rozdělení „*Verbální komunikací rozumíme dorozumívání se jedné, dvou a více osob pomocí jazyka nebo jinými znaky jazykového systému“ (Vybíral, 2005, s. 106).*

Například Mikuláščík (2003, s. 113) uvádí, že „*verbální komunikací je míněno vyjadřování pomocí slov prostřednictvím jazyka“.*

I zde má specifický systém komunikace i oblast zdravotnictví. Na dosažení vzájemné kvalitní komunikace je potřebné respektovat některé požadavky, které uvádí Zacharová (2016). Například individuální přístup, který patří k základním požadavkům úspěšné komunikace. Jde o přizpůsobení našeho jednání specifickým zvláštnostem pacienta. Neméně důležitá je i úcta k pacientovi a pozitivní vztah, který se vyvíjí v průběhu vzájemné interakce. Schopnost vcítění se do toho, co pacient právě prožívá, jaký vztah má k nemoci, jak hodnotí svět a sebe v něm, se nazývá empatie.

Rozhovor má nejen své specifické fáze ale i různé typy, jež jsou závislé na cíli, který zdravotníci sledují. Mezi tyto typy patří rozhovor diagnostický, terapeutický, informační a edukační, jak říká Zacharová (2016).

Především v komunikaci s umírajícím pacientem je důležité věnovat pozornost nejen vhodně zvoleným slovům. Rychlost řeči, hlasitost, výška hlasu, či intonace, to vše je důležité pro úspěšnou komunikaci. Někdy mlčením můžeme sdělit více, než slovy. I to je často žádoucí. (Venglářová, Mahrová, 2006).

1.1.3 Neverbální komunikace ve zdravotnictví

Při komunikaci s pacientem se v ošetrovatelské praxi využívá nejen komunikace verbální, ale i komunikace neverbální, kterou si blíže rozvedeme v této kapitole.

Existuje opět mnoho definic, například dle (Fritzche, 2015) je neverbální komunikace vše, co nesouvisí se slovy, především gestika a mimika. Také oční kontakt a držení těla spadají do neverbální oblasti.

Řeč těla tvoří jen jednu podskupinu, i když můžeme říci, že tu nejzajímavější. Přináší nám mnoho důležitých informací a vnitřních obsahů člověka, a tak nám pomáhá k jeho lepšímu poznávání, jak říká Tegze (© 2003).

Dle Zacharové (2016) mají neverbální projevy v práci sestry svůj význam. Mohou ji pomoci nejen ovlivňovat komunikaci potřebným směrem, zvýšit efektivitu vlastní komunikace, lépe zvládat a překonávat komunikační překážky, ale také v neposlední řadě porozumět těm, kteří nemohou komunikovat slovem a jsou odkázáni na „řeč těla“.

Neverbální projevy jsou členěny do různých kategorií. Autorem nejčastěji používaného členění je Křivohlavý (1988). Mezi tyto formy patří například mimika, proxemika, optika, posturologie, kinetika a gestika.

Zmíňme se tedy o těch nejdůležitějších, využívaných nejčastěji v komunikaci s nevléčitelně nemocným pacientem.

Mezi nejdůležitější neverbální projevy patří pohledy, neboť „*oči jsou nejcitlivější receptor přejímaných informací*“ (Zacharová, 2016, s. 63).

Haptiku lze chápat jako komunikaci prostřednictvím dotyků, do které spadá správné podání ruky aj.

Kutnohorská (2007) zdůrazňuje, že dotek, podání ruky, pomohou pacientovi potlačit strach z osamění a strach ze smrti. K tomuto tvrzení se připojuje Plevová a kol. (2011), podle ní může sestra dotekem, například pouhým držením za ruku, vyjádřit zájem o pacienta, sdílení, ujištění a blízkost.

1.2 Specifika komunikace s umírajícím pacientem

Komunikace s umírajícím pacientem má svá specifika a odlišnosti a je třeba se držet určitých zásad. Více si přiblížíme v této kapitole.

Je třeba mít na paměti, že nevhodně vedený rozhovor s pacientem o jeho psychických problémech, může vést ke vzniku nepříjemných a bolestných pocitů.

O'Connor (2005) dále upozorňuje, že pokud nemocný v terminálním stádiu skrývá emocionální problémy, může být tak ohrožen rozvinutím stavu úzkosti, deprese, sociální izolace a beznaděje.

Sestry v péči o umírající mají klíčovou roli v přípravě pacienta na umírání. To, že pomohou pacientům hovořit o tom, čeho se nejvíce obávají, může mít velmi pozitivní dopad na kvalitu života těchto pacientů.

Pokud má sestra dostatečné vzdělání v oblasti paliativní péče a je schopna s pacientem vést empatický rozhovor o jeho pocitech a největších obavách, může toto mít podle O'Connor „*velmi pozitivní dopad na kvalitu života těchto pacientů*“.

Proto, aby mohli pacienti porozumět své diagnóze a lépe tak zvládnout chorobu, je třeba jim poskytnout vhodné informace a vyhovět jejich specifickým potřebám.

„*Umírající potřebuje, aby mu někdo naslouchal, aby byla zachována jeho důstojnost i v posledních hodinách života, aby byla akceptována jeho poslední přání*“, upozorňuje Kutnohorská (2007, str. 78). Doplnuje, že umírajícího by sestra měla stále

brát, jako žijícího člověka, který potřebuje blízkost lidí, komunikovat s nimi, ať už jen očima a gesty. Pro to, aby se pacient vyrovnal s osudem, potřebuje vyjádření psychické podpory založené na empatii. Při vykonávání péče v oblasti běžných denních aktivit, včetně biologických potřeb, potřebuje pacient vnímat pocit pohody, podpory a sounáležitosti.

Kolektiv autorů Špatenková, Králová (2009), či Venglářová, Mahrová (2006) doplňují, že vytvoření prostředí důvěry, pomáhá k vyjádření a sdílení svých pocitů a myšlenek.

Další doporučení pro komunikaci s umírajícími pacienty uvádí Plevová a kol. (2011). Sestra by měla chápat obavy, strach a úzkost pacienta. Vždy přistupovat s empatií a respektem. Neměla by se bát používat otevřené otázky typu „*jak se dnes cítíte?*“. Nikdy nezapomínat na to, že v první řadě potřebuje umírající fyzickou přítomnost a přímý kontakt s blízkými. Rodinu by měla sestra proto zapojit do péče.

1.3 Bariéry v komunikaci mezi sestrou a pacientem

V naší, tedy ošetrovatelské praxi, se setkáváme velmi často i s konflikty v komunikační oblasti, o čemž pojednává tato kapitola.

Zajistit efektivní a na obou zúčastněných stranách prospěšnou komunikaci, by mělo být v paliativní péči cílem většiny zdravotníků. Každý by mohl předpokládat, že je tato dovednost každému zdravotníkovi vlastní, ale ve skutečnosti opak může být pravdou.

Jak uvádí Kristová (2004), překážky v komunikaci mezi sestrou a pacientem mohou být všeobecného rázu a týkají se obou zúčastněných subjektů.

Honzák (1999) doporučuje v rámci prevenci chyb v kontaktu pacient – zdravotník dodržovat několik pravidel.

Mezi tyto pravidla patří naslouchání pacienta vždy pozorně, vysvětlování všech informací jasně a srozumitelně. Mimo jiné sestra respektuje přání pacientů, nekritizuje pacienta veřejně, během rozhovoru udržuje oční kontakt, nezapomínat dávat pacientovi najevo svou emocionální podporu.

„Komunikace představuje ve vztahu sestra – pacient nenahraditelné místo. Aby se pacient stal součástí ošetrovatelského procesu a péče o sebe, je nevyhnutné, aby sestra

co nejdřív poznala překážky neúspěšné komunikace, nepodceňovala možné bariéry a směřovala svoji aktivitu ke komplexní ošetrovatelské péči o pacienta“, jak je uvedeno v LOGOS POLYTECHNIKOS (2015).

1.3.1 Komunikační bariéry na straně sestry

Průběh a výsledek komunikace jsou ovlivněny tím, do jaké míry je rozhovor zaměřen na pacienta (patient-centred). O rozhovoru zaměřeném na pacienta mluvíme tehdy, když používáme otevřené otázky, uvědomíme si emocionální problémy a zapojíme pacienta do rozhodovacího procesu (Jenkins a Followfield, 2002).

„Problémem je, že zdravotníci si své nedostatky často neuvědomují a své schopnosti přeceňují“ tvrdí O'Connor (2003 s. 34) a přibližuje faktory, které omezují komunikaci. Uvádí například distancování se od pacienta (tzn., když se zdravotníci postaví ke vzdálené části lůžka nebo se při vizitě vyhýbají určitým pacientům), ignorování emocionálních projevů pacienta (například pláče), poskytování falešné naděje nebo nesouhlas s obrannými mechanismy pacienta (potlačení), změna v tématu rozhovoru nebo zaměření se pouze na praktické úkony. Problém může být i v soustředění se spíše na tělesné symptomy než na emocionální problémy, také neschopnost rozpoznat problém a s tím související nedostatek znalostí o tom, čeho se pacienti obvykle obávají a nedostatek diagnostických dovedností.

Nejen výše zmíněné, ale i další překážky můžeme zařadit do potencionálních problémů narušující správně vedenou komunikaci, například neochotu vyslechnout pacienta, nadměrné ubezpečování o uzdravení, vnucování vlastních návodů na řešení problémů, zatěžování pacienta vlastními problémy, nadměrné přitakávání, negace emocí, používání odborné terminologie a v neposlední řadě i časový deficit ze strany sestry. Vážnou překážkou a problémem ze strany sestry je bezobsažná komunikace, která vyvolává oprávněný dojem, že sestra nemocného neposlouchá a nerozumí mu. Při takovém poznání může u pacienta vzniknout lhostejnost, uzavřenost a přestává se zdravotníky spolupracovat (zdravi.euro.cz).

1.3.2 Komunikační bariéry na straně pacienta

V předchozí kapitole jsme si objasnili problém spočívající v komunikačních bariérách ze strany sestry k pacientovi. Ne vždy ale vzniká problém ve směru zdravotnického personálu k pacientovi.

Člověk, který se rázem ocitne na nemocničním lůžku je vždy vystaven spoustu stresovým faktorům, jako je změna prostředí, změna zdravotního stavu, pocity beznaděje, pocit ohrožení, ztráta mobility a soběstačnosti, závislost na druhých, medikace, strach ze změny sociální role aj. Všechny tyto podněty se mohou projevit v obtížné komunikaci.

Komunikační obtíže na straně pacienta se mohou týkat následujících oblastí, které uvádí ve své publikaci O'Connor (2005). Mezi takové řadí mimo jiné neochotu svěřit se s problémy. Podle ní se pacienti z mnoha různých důvodů nechtějí svěřovat se svými starostmi sestrám a dalším zdravotníkům, velké potíže jim dělá mluvit o psychických záležitostech. V tomto tvrzení se shoduje i Maguire (1999), tvrdí totiž, že *„pacienti si často myslí, že sestry mají příliš mnoho práce na to, aby se staraly o něco jiného než o fyzické aspekty onemocnění a léčby, nebo se bojí stigmatu psychiatrických potíží.“*

Možná s ohledem na povahu terminálního onemocnění si pacienti často myslí, že psychické problémy jsou nevyhnutelnou součástí jejich situace a nic se s tím nedá dělat (Maguire, 1999).

Ve své publikaci Špatenková (2009 s. 96) píše, že *„V multikulturní komunikaci se setkáváme s pacienty, kteří mluví různými jazyky a nejsou nám schopni kvůli této bariéře říci, co je bolí, trápí a nemohou ani dodržovat léčebný režim, pokud dobře nerozumí instrukcím sestry. Dochází tak na obou stranách k negativním emocím.“* Dodává také, že *„Sestry nemohou ovládat všechny jazyky, kulturní zvyklosti a specifika jednotlivých kultur, ale měly by se v rámci přípravy na svoji profesi problematice kulturně odlišné péče věnovat a předcházet nechtěným situacím“.*

1.4 Účinná komunikace s umírajícím pacientem vedená sestrou

Jak již bylo opakovaně zmíněno v předchozích kapitolách, nejdůležitějšími požadavky na efektivní terapeutický rozhovor bývají výborné komunikační dovednosti,

na což nás upozorňuje O'Connor (str. 30, 2003). Vysvětluje, že je nezbytné, aby sestry znaly pravděpodobné příčiny pacientovi tísně v dané situaci, a musí být schopné správně odhadnout jeho skryté obavy či problémy.

Pacienti důvěřují zdravotníkům natolik, že od nich očekávají nejen odborný dohled nad kontrolou jejich symptomů, ale očekávají prostřednictvím dobré komunikace poskytnutí psychické a emoční opory.

Sestry by měly pamatovat, že především v péči o umírajícího pacienta je efektivní komunikace věc zásadního významu, protože naopak neefektivní komunikace může způsobit řadu stížností z řad pacientů, ale především může dojít k neuspokojení pacientovo potřeb. (Payne, str 154, 2007).

Zároveň se O'Connor (2003) shoduje s Payne (2007) na tom, že komunikující musí umět efektivně vyjádřit své myšlenky, protože pacienti i ti, kteří o ně pečují, jsou závislí na každé poskytnuté informaci od zdravotnických odborníků a odborníků na sociální péči.

Payne (str. 155, 2007) se domnívá, že pro sestry pečující o pacienta v terminálním stádiu, jsou v komunikaci s pacienty zásadní následující tři oblasti schopností, mezi které patří diagnostické a posuzovací schopnosti a kvalifikovaná reakce na pacientovy potřeby a pocity. Tyto potřeby zahrnují zpětné vazby, napomáhání vyjadřování emocí, potřeba rozprávět se a schopnost přijetí silných emocí, jako je zlost nebo sklíčenost.

Mezi poslední lze zařadit umění vyhovět jejich potřebě být informován a mít odpovědi na jejich otázky.

O'Connor (str. 30, 2003) také dodává, že sestry nemají mnohdy dostatečné komunikační dovednosti k tomu, aby byli schopné vést s pacientem rozhovor o jeho problémech.

Pacient si od sdělení diagnózy až po terminální stádium projde změnami ve svém chování a vnímání své situace. Na sestře náleží, aby byla schopna s pacientem adekvátně komunikovat během momentálního pacientova rozpoložení.

Za pomoci švýcarsko-americké lékařky Elisabeth Kübler-Ross si v následující kapitole pokusíme nastínit, jak by taková komunikace s umírajícím pacientem měla vypadat.

1.5 Komunikace s pacientem dle fází umírání dle Elisabeth Kübler-Rossové

Aby bylo možné umírajícího lépe pochopit a doprovázet ho, snažíme se pomocí psychologie zkoumat jednotlivé fáze procesu umírání. (Kutnohorská, 2007).

Vyrovnání se jedince s faktem nevyléčitelného onemocnění a blížící se smrti, je podle Kupky (2014, str. 95) velmi dlouhá a složitá cesta, charakterizována několika stádii. Tyto stádia, či reakce na náhlou změnu, kterou vážná choroba zajisté je, sestavila lékařka Elisabeth Kübler-Ross, zabývající se psychologíí umírání a smrti.

Svatošová (1995, str. 29) klade důraz na fakt, že fáze i přes to, že jsou za sebou seřazeny podle toho, jak obvykle přicházejí, nemusí vždy tento sled zachovávat. Často se některé z nich opakovaně vracejí a střídají a mohou se i během dne prolínat.

1.5.1 První fáze – negace (fáze šoku)

Po zjištění nemoci se dostává pacient do období negace, které může být dlouhé několik dní. Pacient zažívá šok z jistěné nemoci, který bývá často vystřídán popíráním. Svatošová nám pro představu dává za příklad typické myšlenkové pochody nemocného: „*Ne já ne, pro mne to neplatí. To není možné.*“, „*To je určitě omyl.*“, „*Zaměnili výsledky.*“ Pro sestru je v tuto chvíli důležité s pacientem navázat kontakt, získat jeho důvěru, jelikož se pacient uzavírá sám do sebe.

1.5.2 Druhá fáze – zloba (agrese)

V období zloby, hněvu či agrese popisují Svatošová (1995, str 29) a Kupka (2014, str 96) chvíle, kdy jde z pacientovo strany o agresivní a hostilní chování zaměřeno na okolí. Jedná se o pocity závidění a žárlivosti vůči zdravým příbuzným, zdravotníkům. Pacient si může stěžovat na zcela banální záležitosti jako bílá káva místo černé, málo oslazený čaj apod. V tuto chvíli by sestra měla dovolit odreagování, nepohoršovat se. Příčinou jeho hněvu je především strach.

1.5.3 Třetí fáze – vyjednávání (smlouvání)

Nyní nastává období, kdy pacient začíná smlouvat o čas. Přichází čas hledání zázračných léků, léčitelů a diet, pověr, může dojít ke konvertování k víře. Pacient je ochoten zaplatit cokoliv. Ze strany okolí je potřeba maximální trpělivost, upozornit na možnost střetnutí se s podvodníky.

Pacient se může ptát, zda se může dožít určité události, za půl roku, rok. Odpovědi na tuto otázku nesmí nikdy být např. „*to sotva*“. Naopak se snažíme hovořit o tom, z jakého důvodu je toto pro něj důležité (umírání.cz, 2015).

1.5.4 Čtvrtá fáze – deprese

Ve fázi deprese by pacient neměl být v žádném případě sám. Prožívá smutek z utrpené ztráty, smutek z hrozící ztráty. Strach z účtování. Strach o zajištění rodiny. Sestra musí pacientovi trpělivě naslouchat, pomoci urovnat vztahy, pomoci hledat řešení (zajištění rodiny apod.). Je důležité, aby personál i rodina dala projevům smutku volnost, bez této možnosti člověk nemůže dojít do stadia posledního.

1.5.5 Pátá fáze – smíření (akceptace)

Nemocný se dostal na své cestě až k poznání pravého stavu věcí a smířil se s ním. Dochází k vyrovnání, pokoře, uvědomění si, že boj skončil, přišel čas na loučení. Sestra by měla poskytnout mlčenlivou lidskou přítomnost, držet za ruku, utřít slzu.

Svatošová (1995, str. 29) zdůrazňuje, že v této fázi rodina možná potřebuje pomoc víc než pacient. V těžkých chvílích, od sdělení pacientovi diagnózy, je důležité si uvědomit, že uvedenými fázemi neprochází jen pacient, ale i jeho nejbližší.

1.6 Úvod do interního ošetřovatelství

V průběhu této kapitoly se seznámíme s oborem zvané vnitřní lékařství a přiblížíme si blíže práci sestry na interním oddělení. Dle slov Navrátila a kol. (2008, str 19.) se „*vnitřní lékařství, stejně jako i ostatní klinické obory, se opírá o soubor základních poznatků, které jsou společné pro všechny tyto obory a jsou označovány jako lékařská či klinická propedeutika.*„

Interní ošetrovatelství je aplikovaný klinický ošetrovatelský obor zabývající se člověkem ve zdraví a v nemoci v rámci poskytované preventivní a léčebné ošetrovatelské péče. Charakteristický je holistický přístup k člověku, kdy je východiskovým záměrem pomáhat pacientovi/klientovi i jeho rodině ve zdraví a nemoci.

Mezi další povinnosti uvádí Vörösová (2000, str. 9) vykonávání činností, které přispívají ke zdraví, uzdravení, nebo k pokojnému a důstojnému umírání a smrti. Nadále je sestra povinna poskytnout jedinci zdravotní vědomosti, jejichž cílem je změna návyků, zlovyků směrem k udržení a podpoře zdraví.

1.6.1 Ošetrovatelská péče na interním oddělení o umírajícího pacienta

Pokusíme se za pomoci Šafránkové a kol. (2006 str. 15) nastínit vykonávanou práci během služby na interním oddělení. Konkrétně o pacienta v terminální fázi nemoci.

Ošetrovatelská péče je prováděná prostřednictvím ošetrovatelského procesu, přičemž sestry poskytují péči aktivní či individualizovanou. Pracují skupinovým systémem nebo systémem primárních sester. Z důvodu časté hospitalizace starších, dlouhodobě chronicky nemocných a pacientů v terminálním stádiu, patří interní oddělení právem mezi oddělení s vyšší náročností na ošetrovatelskou péči (dále OP). Z toho vyplývá i velké pracovní fyzické i psychické zatížení sestry. Sestra musí zajistit komplexní základní OP včetně polohování, péči o inkontinentní pacienty, zajištění veškeré obsluhy a k tomu vykonávat náročnou odbornou činnost. Je nezbytné, aby byla schopna získat od pacientů potřebné informace ke stanovení jejich problémů, naplánovat a uskutečnit OP a zaměřit se na uspokojení jejich potřeb.

V průběhu nemoci se priority potřeb u pacienta mění. Svatošová (1995, str. 21) shrnuje čtyři okruhy potřeb těžce nemocného: biologické, sociální, psychologické a spirituální, což odpovídá holistickému pojetí péče. V následující kapitole si přiblížíme potřeby pacienta a úlohy sestry potřebné k jejich naplnění.

1.6.2 Biologické potřeby pacienta

Při uspokojování biologických potřeb je důležité zhodnotit stupeň sebeděče. V případě imobilního pacienta v terminálním stádiu se sestra zaměří na komplexní ošetrovatelskou péči, tzn. provádění celkové hygienické péče na lůžku, péče o kůži, kdy je třeba věnovat zvýšenou pozornost predilekčním místům v souvislosti s prevencí vzniku dekubitů. Péči věnuje sestra dutině ústní (rty by měli být vždy natřené lanolinem, či pepermintovou masťou), především pokud pacient zvrací, či má léze v dutině ústní, podáváme tekutiny, lze také využít glycerinové tyčinky.

Slezáková a kol. (2012) dále doplňuje jako další důležitý úkon, zajištění hydratace pacienta a výživy, která bývá mnohdy zvláště upravená (dieta mletá, kašovitá, sipping). Zejména umírající pacienti mají sníženou potřebu chuti k jídlu a pocit žízně. Sestra hraje v posouzení nutričního stavu důležitou roli. Pokud trpí pacient symptomy, které mohou způsobit nechutenství- zejména nausea, zvracení, bolest či zácpu, upozorní lékaře a dle jeho ordinace provede příslušné intervence (O'Connor, Aranda, 2003). Zde zařadíme mimo jiné podání antiemetik, analgetika, v případě zácpy laxativa. Tyto obtíže mohou být způsobeny faktory, mezi které patří např. účinky léčby či progresse onemocnění. Lékař často naordinuje parenterální výživu, popřípadě musí sestra zavést NGS. Hospitalizovaní pacienti mívají často zavedený PEG.

Do biologických potřeb dále zahrnujeme vyprazdňování. Pokud nelze zvolit jinak a vylučování moče nemůže probíhat přirozenou cestou, je nutné zavést PMK. Sestra sleduje diurézu, příměsi v moči či funkčnost katétru. U pacientů terminálně nemocných se často objevuje zácpa. Příčinou zácpy bývá snížená mobilita, dehydratace, vliv opiátů, spasmolytik, či obstrukce střeva (Skála, 2005). Úkolem sestry je tedy zajistit dostatečnou hydrataci, včas reagovat na potřebu defekace, zajistit intimitu při defekaci a nezapomínat na dostatečný příjem vlákniny. Pokud selhávají všechny nefarmakologické prostředky, po konzultaci s lékařem podá sestra perorální laxativa, popřípadě per rectum (glycerinový čípek, mikroklyzma, klyzma). Nejzazší řešení je manuální vybavení stolice lékařem.

Kyslíkem provzdušněná místnost nemocnému jen uleví, pacienta ovšem může trápit dušnost, způsobená primárním onemocněním (nádory, CHOPN aj.), kterou lze zmírnit

kyslíkovou terapií, farmakologickou léčbou. Pacientovi může sestra pomoci při zhoršeném dýchání zaujmout vhodnou (ortopnoickou) polohu (O'Connor, 2003). Péče o únavu patří mezi další důležité potřeby. O'Connor (2003, str. 123) dává za příklad možnosti, jak mohou pomoci sestry v tomto problému. Dle ní je vhodné se ptát pacienta, jak se cítí a jakým způsobem ho únava ovlivňuje. Měla by pacientovi umožnit rituály před spaním, či najít alternativy denního spánku. Na místě jsou i léky navozující spánek naordinované lékařem.

Do biologických řadí Juřeníková a kol. (2000, str. 142) především zvládnutí bolesti. Sestra využívá k hodnocení bolesti vizuální analogovou škálu VAS se stupnicí od 0 do 10, kde nula znamená žádná bolest, naopak číslo 10 značí bolest nejhorší. U nemocných s poruchou řeči je možné nabídnout verbální škálu – bolest žádná – mírná – středně silná – silná – nesnesitelná (Marková, 2010). Sestra musí rychle reagovat a informovat lékaře, aby se včas začaly využívat metody k odstranění bolesti, včetně placebo efektu (Juřeníková a kol. 2000, str. 143).

1.6.3 Sociální potřeby

U sociálních potřeb lze mít na paměti, že pacient je člověk a člověk je tvor společenský. Nežije izolovaně ani neumírá. Nemocný má potřebu kontaktu s rodinou, přáteli. Má právo si návštěvy sám usměrňovat.

1.6.4 Psychologické potřeby

Psychická podpora pacientovi v terminálním stádiu nemoci při úzkosti (anxietě), strachu z vyšetření, budoucnosti či strachu ze smrti je nutná k naplnění psychologických potřeb (Juřeníková a kol. 2000, str. 143). „*Sestra pozná, že pacient trpí, podle gest, postavení těla, tichého pláče a jiných projevů, které pozoruje při poskytování péče. Má možnost naslouchat pacientovým obavám a obhajovat jeho potřeby*“ upozorňuje O'Connor (2003, str. 199). Zachování lidské důstojnosti „*a to naprosto nezávisle na stavu tělesné schránky*“ zdůrazňuje Svatošová (1995, str. 22).

1.6.5 Spirituální potřeby

V závěru života se dle Bužgové (2015, str 41) dostávají do popředí potřeby spirituální. Pacientovi je nabídnuta pomoc v oblasti víry a sestra by se měla pokusit o lidskou spoluúčast v řešení životní krize.

1.6.6 Spolupráce sestry a rodiny pacienta v terminálním stádiu

Zde si shrneme problematiku spolupráce sester s rodinou pacienta v terminálním stádiu nemoci.

I zde musí sestra klást důraz na hodnocení potřeb a kvality života rodiny jako součást holistické péče. Rodina je nejvýznamnější součástí společenské mikrostruktury, která poskytuje péči a ochranu svým členům, zvláště v obdobích, kdy nejsou ve stavu se o sebe postarat (Bužgová, 2015). O'Connor (2003, str 221) dodává, že členové rodiny nemusí být vždy spojeni pokrevním či správním svazkem.

Autoři Fineberg (2010) a Bužgová (2015) se shodují na tom, že můžeme v péči o umírající vymezit rodinu jako ty osoby, které jsou pro pacienta významné bez ohledu na příbuzenský vztah a které za rodinu sám pacient považuje.

V praxi se často setkáváme se situacemi, kdy se v péči klade důraz na pacienta a rodina a přátelé nemocného jsou opomíjeni. (Payne, 2000 str. 32). Přitom 'podle Světové zdravotnické organizace je právě rodina základní jednotkou paliativní péče. - z O'Connor 2003 str 221) - (1990 who).

Pro příbuzné je velmi důležité vědět, že jejich blízký netrpí. Toto je nezbytné k tomu, aby byla rodina schopna se vyrovnat s nastalou situací. Členové rodiny mají obavy tehdy, když pacient pociťuje symptomy jako je bolest, dušnost, únava, nevolnost nebo úzkost. Pokud nemohou pacientovi ulevit, pociťují při pohledu na trpícího pacienta bezmocnost a zoufalství. Proto je nezbytně nutné věnovat pozornost zajištění pacientovo psychické a fyzické pohody a členům rodiny poskytnout podporu.

Rodinu lze aktivně zapojit do realizace péče o nemocného umírajícího. Na sestrách náleží předat příbuzným praktickou pomoc při péči o pacienta (např. koupání).

1.7 Umírání a smrt

„Smrt je tabuizována, popírána, vytěsňena. V dnešní době se pěstuje kult krásy, mládí, zdraví a úspěšnosti. Smrt je vnímána jako něco negativního, nepatřičného, strašného, co je třeba skrýt před zraky veřejnosti.“ (Špatenková, str. 11 2008).

Z hlediska odborného ošetřovatelství nebyla umírajícím, jako zvláštní skupině nemocných, dlouhou dobu věnována velká pozornost.

V minulosti se člověk setkával s umíráním častěji. Tato osobní konfrontace je nyní méně zřetelná. Důvodem je to, že převážná většina lidí umírá v lékařských zařízeních a často bez rozloučení s nejbližšími a bez jejich účasti. Kupka (2012) se domnívá, že bez znalosti problematiky je pomoc obtížná, až nemožná. Osvojení si alespoň základních znalostí potřeb těžce nemocných a umírajících lidí brání skutečnost, že pro společnost je smrt stále tabu.

Úsilí se vynakládalo především při zajištění co nejvíce soukromí, zároveň se chránili ostatní, prostřednictvím tzv. bílých zástěn-plent. Podle Bužgové (2015, str. 15) bylo umírání doprovázeno chladnou profesionální péčí. V medicíně byla smrt přehlížena a považována z pravidla za selhání medicínské praxe. Na počátku 60. let 20. století začaly vznikat ve vyspělých státech iniciativy ke zlepšení péče o umírající jako reakce na „přehlížení“ smrtelně nemocných. Jedna z prvních myšlenek chápání péče o umírající byl již koncept „totální bolesti“ od Cicely Saundersonové, iniciátorky hospicového hnutí. (Bužgová, 2015 str 15)

Lidé se od pradávna smrti obávají, vnímají ji bezmoc, beznaděj, spojují ji s obrovskými ztrátami, které jsou nevratné nejen pro ně, ale pro jejich blízké. Existují teorie, které se snaží náš pohled na umírání ovlivnit změnou pohledu hodnot. Heřmanová (2012, str 176).

„Pojem „dobrá“ smrt je nepochybně podmíněna vědomím blížící se smrti, příležitostí umírajícího člověka vyjádřit svá přání a možnosti ošetřujícího personálu tato přání splnit.“ vysvětluje Payne (2007, str 493). Pojetí dobré smrti není nové. Pro někoho je představa dobré smrti v případě absence bolesti a utrpení, pro jiného je

důležité splnit si přání, mít uzavřené nedokončené záležitosti, přítomnost blízké osoby aj. Heřmanová (2012, str. 176).

Smrt je brána jako nepřijatelná v mladém věku, daleko spíše se smrt chápe jako „přirozená a věku přiměřená“ událost v domovech pro starší lidi, jelikož přichází na konci dlouhého života. Avšak i seniory sužuje strach ze smrti. Pečovatelé v domovech pro seniory označili dobrou smrt jednoznačně za klidnou, bezbolestnou a v přítomnosti někoho blízkého (Payne, 2007, str. 493).

1.7.1 Stadia umírání

V klinické praxi se pod pojmem umírání rozumí různě dlouhé časové období, které končí terminálním stavem. Synonymem terminálního stavu je v lékařské terminologii pojem umírání. Terminální stav znamená, že dochází k progredujícím a nevratným poruchám důležitých život podmiňujících funkcí. Důsledkem je zánik jednotlivce. Umírání je především proces, který se dělí na tři období- pre finem, po finem, post finem (Kupka, 2012).

1.7.2 Období pre finem

Období před umíráním (pre finem) začíná sdělením diagnózy, která je pro pacienta závažná a s vysokou pravděpodobností končí smrtí. Smrt může nastat v řádu dnů, měsíců i let. V této chvíli potřebuje pacient nejen lékařskou, ale také psychologickou a lidskou pomoc. Pokud pacient či jeho rodina sami pomoc odborníků nevyhledají, měli by být zdravotníci iniciativní a sami aktivně pomoc nabízet. Zde je důležitá péče o nemocné tělo, ale především o psychiku pacienta. Pacienti ve fázi pre finem mohou popírat a vytěšňovat umírání, často více než v dalších fázích umírání. Po celé toto období je důležité člověka doprovázet a poskytnout mu odbornou i emoční podporu.

1.7.3 Období in finem

Znamená období vlastního umírání. Ztotožňuje se s lékařským pojetím tzv. terminálního stavu. Je nutné vždy pamatovat na to, že žádný člověk by neměl umírat

sám. Tradiční domácí model umírání není možný, umírá se převážně v nemocnicích, zařízeních sociální péče, tedy v institucích. Aktuálně probíhá snažení o znovuzapojení rodiny do procesu umírání, ideální je zavedení kontinuálních návštěv příbuzných u lůžka pacienta. Umírání by mělo opět získat charakter sociálního aktu. Dle Haškovcové (2015) je toto možné za předpokladu, že se paliativní péče rozvine v nemocnicích za účasti rodinných příslušníků nebo péčí o pacienta v domácím prostředí za pomoci profesionálů.

1.7.4 Období post finem

Období, které začíná smrtí člověka, nazýváme období po smrti (post finem). Toto období zahrnuje péči o mrtvé tělo, kontakt s příbuznými a truchlení příbuzných. Za předpokladu, že dochází k úmrtí v nemocnici, obvykle zjistí nejisté známky smrti sestra. Haškovcová (2015) upřesňuje, že sestra však není kompetentní určit, zda nemocný zemřel, přivolat lékaře patří mezi její povinnosti. Fáze post finem nebývá pouze v popředí zájmu zdravotníků, s výjimkou péče o tělo zemřelého. Lékař sdělí rodině, že pacient zemřel. Je důležité rodině vyjádřit soustrast, zodpovědět jejich otázky a nabídnout pomoc, kterou by mohla potřebovat.

2 Cíle práce, výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

Hlavní cíl

Intelektuální cíl 1: Zmapovat, zda se sestry drží zásad komunikace s umírajícím pacientem.

Intelektuální cíl 2: Zmapovat, v kterých fázích umírání činí sestřám největší potíž komunikovat s pacientem v terminálním stádiu dle modelu Elisabeth Kübler-Rossové.

Praktický cíl: Získané znalosti z výzkumného šetření budou sloužit jako námět pro vytvoření vzdělávacího materiálu pro sestry a ke zlepšení komunikace sestry s pacientem v terminálním stádiu na interním oddělení.

Personální cíl: Díky výzkumnému šetření a vypracováním tohoto tématu si osvojím důležitá fakta a informace o komunikaci s umírajícím pacientem, potřebné pro mé působení na interním oddělení.

2.2 Výzkumné otázky

VO1: Jak sestry dodržují zásady komunikace s umírajícím pacientem?

VO2: Jaké komunikační bariéry převažují v komunikaci sestry s pacientem v terminálním stádiu?

VO3: Jak zvládají komunikaci s umírajícím pacientem sestry s minimální praxí a sestry s letitou praxí?

VO4: Jak mají sestry osvojené znalosti z hlediska fází umírání dle modelu Elisabeth Kübler-Rossové?

3 Metodika práce a charakteristika výzkumného souboru

3.1 Metodika

Pro vypracování bakalářské práce byla použita odborná literatura. K získání potřebných informací byla zvolena forma kvalitativního výzkumného šetření za pomoci polostrukturovaného rozhovoru s předem připravenými otevřenými otázkami (Příloha), doplněné dotazováním.

Výzkum se uskutečnil v měsících listopad/prosinec 2019 se všeobecnými a praktickými sestrami v Klatovské nemocnici na obou stanicích standardního interního oddělení. Povolení a souhlas k realizaci výzkumu poskytla hlavní sestra nemocnice (Příloha). Rozhovory byly zaznamenány na diktafon, poté zpracovány a přepsány do textové podoby a vytištěny. Před samotným zahájením rozhovorů byli všichni oslovení respondenti seznámeni s tématem. Zároveň byli ubezpečeni o absolutním zachování jejich anonymity. Cílem bylo zjistit, do jaké míry dodržují sestry zásady komunikace s umírajícími pacienty a jaké psychické fáze umírání vnímají v průběhu komunikace jako bariéru. Ke snadnější a přehlednější identifikaci respondentů, byl každý rozhovor označen ukazatelem R1 – R11, což vyjadřuje číselné označení dotazovaných. Další zpracování dat proběhlo metodou kódováním v ruce, jež označuje (Švaříček, 2007) také jako metodu papír a tužka.

Zpracované rozhovory byly následně rozděleny do příslušných kategorií a podkategorií dle výzkumných otázek.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor byl tvořen 6 všeobecnými sestrami a 5 praktickými sestrami pracujícími na standardním interním lůžkovém oddělení, dvě sestry z celkového počtu zastávají pozici staniční sestry. Věkové rozmezí respondentů se pohybovalo ve věku 19let až 52let, přičemž délka praxe činila 8 měsíců až 27let. Středoškolské vzdělání s maturitou má 8 respondentů, zbylí tři respondenti mají vzdělání vysokoškolské, obor ošetrovatelství, dvě sestry mají specializační vzdělávání v oboru Intenzivní péče.

Čtyři z jedenácti respondentů pracují na interním oddělení od počátku svého nástupu do odborné praxe, zbylých sedm během své praxe změnilo místo působení.

4 Výsledky

4.1 Kategorie komunikace

V kategorii Komunikace byla pozornost zaměřena na to, jakým způsobem respondenti komunikují s pacientem v terminálním stádiu, do jaké míry dodržují zásady a specifika v oblasti komunikace s umírajícím. Dalším cílem bylo mapovat způsob komunikace sester směrem k pacientovi, zjistit, zda vnímají z této pozice určité komunikační bariéry, které by mohly případně tento proces narušovat. Ke kategorii komunikace byly vytvořeny dvě podkategorie: Zásady a specifika, Způsob komunikace.

4.1.1 Podkategorie zásady, specifika komunikace

V oblasti zásad komunikace se nejčastěji objevuje termín empatie a to přesně u sedmi respondentů z celkových 11. R5 uvádí, že nejčastěji v komunikaci aplikuje: *„Trpělivost, empatii. To jsou pro mě dvě nejdůležitější složky.“* R1 hovoří o svých zásadách takto: *„Využívám hodně svoji empatii, snažím se maximálně naslouchat a hlavně, musím respektovat momentální stav umírajícího, v jakém je psychickém nebo fyzickém rozpoložení.“* S tím se ztotožňuje i R2, upozorňuje ale, že ani s empatií to není vždy jednoduché: *„Ne vždy to jde, ale snažím se být empatická, ale to je hrozně těžký, protože nemůžu vědět, jak se ten člověk doopravdy cítí, co se mu honí hlavou.“* Nejen empatii, ale i výše zmíněnou trpělivost vnímají respondenti jako důležitou část komunikačního procesu. R2 vnímá jako důležité: *„Trpělivost, empatii, neverbální komunikaci, toleranci.“* R4 popsala dodržování svých zásad takto: *„Jsem v praxi zatím krátce, ale brzy jsem pochopila, že musím chápat momentální náladu pacienta, to že mu není dobře, že má bolesti, nechce se mnou zrovna mluvit. Takže jako trpělivost na prvním místě, často je to dost náročné. I přesto, jakou zpětnou vazbu mi pacient vrací, musím mít ke každému jedinci úctu.“* V odpovědích se mimo jiné objevuje například nepřerušovat pacienta v hovoru. Dle R6: *„Empatii, nesnižovat, nezlehčovat situaci, neodporovat, neskákat do řeči.“* Také R8 se s tímto názorem ztotožňovala: *„Klidný způsob vystupování, nezlehčovat situaci, naslouchat, nepřerušovat v hovoru, neodbývat pacienta ve spěchu.“* R7 uvedla: *„Při komunikaci s umírajícím je důležitá empatie,*

dodržování soukromí, komunikace s rodinou, vnímání individuálních potřeb, podpora v naději na zlepšení stavu.“ Respondenti se ale shodují i nad neverbální komunikací, jako R10: *„V případě, že je pacient již v somnolentním stavu, aplikuji neverbální komunikaci, formou alespoň pohlázení.“*

4.1.2 Podkategorie způsob komunikace

V podkategorii způsoby komunikace se nejčastěji respondentky setkaly shodně s tím, jak důležité je klidné vystupování sestry vůči pacientovi. Šest dotazovaných takto uvedlo ve svých odpovědích. Patřila mezi ně i R3: *„... hovořit na něj klidně...“*. Toto uvádí i R9: *„Když pacient není už moc schopný mluvit, já na něj hovořím klidně, srozumitelně, plus připojím formu neverbální komunikace.“* O neverbální formě komunikace zde byla řeč u vícero dotazovaných, nejen u R10. Zde se zmínila i R7: *„... všimnout si neverbální komunikace...“*

Na otázku, jakým způsobem komunikují respondentky s pacientem v terminálním stádiu odpověděla R5: *„Vyrovnaně, trpělivě, špatně snášejí, když dávám najevo spěch.“* R1 přiznala: *„I po odpracovaných letech si myslím, že se pořád komunikaci s umírajícím pacientem učím.“* Poté dodala že: *„V současné době komunikuji s pacientem pokud možno co nejvíce otevřeně, téměř vždy už poznám, zda mu je to příjemné, či naopak. Snažím se být citlivá, zjišťuji jeho nejen psychické, ale především jeho biologické potřeby.“* Jako jediná se vyjádřila R11 ke standardům ošetrovatelské péče v souvislosti s komunikací: *„Snažím se dodržovat zásady podle standardů ošetrovatelské péče, vydané zdravotnickým zařízením.“*

4.2 Kategorie komunikační bariéry

I v běžném pracovním dni sestry může dojít při interakci s pacientem ke komunikačním překážkám, tzv. komunikačním bariérám. Smyslem této kategorie bylo vyhledat převažující komunikační bariéry, které mohou potencionálně narušovat komunikační proces s umírajícím pacientem, tedy tím i celý vztah a důležitou spolupráci s pacientem.

K této kategorii byly vytvořeny tři podkategorie: Podkategorie Bariéry ze strany sestry, podkategorie Vyrovnání se s bariérami a podkategorie Vyhledání potřeb pacienta.

4.2.1 Podkategorie bariéry ze strany sestry

Odpovědi v této podkategorii jsou různorodé. Nejvíce dotazovaných se shodne na problematice nedostatku času věnované pacientovi. Uvedla tak R4: „... také čas, málo času pro trávení s pacientem, někdy není ani pořádně čas navázat nějakou vazbu s tím pacientem.“ Takto odpověděla i R8: „... Co mi dělá problém je málo času, který můžeme strávit s pacientem. Nadměrné množství povinností mě nutí k odbíhání a věčné uspěchanosti. Na delší hovory, nebo delšího pobytu u lůžka není čas a prostor.“ Stejně tak R3: „...Jako hlavní bariéru vnímám nevhodné prostředí a nevhodný čas pro komunikaci. Je důležité doprovázet klienta na jeho poslední cestě, mluvit s ním a udělat si na něj čas.“ Jako další komunikační bariéru pocítují dotazovaní nemožnost se vžít dostatečně do pocitů umírajícího pacienta, jak se zamyslel R1: „Nedokázat se vžít do pocitů člověka, když umírá.“ Neméně probíraným problémem je nezájem, nedůvěra či rezignace ze strany pacienta.“ Takto popsala R9 svůj pohled na bariéry v oblasti komunikace: „Když mi pacient nedůvěřuje, odsekává mi, nebo mi skoro neodpovídá. Potom těžko zjistím, jaké má potřeby, co ho trápí...“ R11 uvedla: „...nezájem ze strany pacienta, nedostatek času a rezignace pacienta...“ Podle R6 nastane problém v případě: „Když se pacient uzavře do svého nitra, není schopen hovořit o svých pocitech, někdy tyto stavy mohou přejít až do stavu agrese, vulgárního projevu.“ Respondenti hovořili i o věku pacientů, problém vidí v nízké věkové kategorii. Například R10 uvedla: „...další co hůř skousnu a co mi potom více vrtá v hlavě, je věk pacienta. Pokud je to mladší ročník, ztotožňuji se s ním ve smyslu, že já mám také rodinu, jejíž členové mají celý život před sebou, povinnosti. To mi potom dělá problém a vím, že se vyhýbám tématu budoucnost a pacienta mám spíš tendenci ujišťovat v tom, že bude zase v pořádku...“, „...nízký věk pacienta...“ připojila se R8. R7 popisuje: „Osobně těžce zvládám umírání pacientů mladších ročníků. Tyto situace prožívám s rodinou nemocného. Svoji práci však vykonávám vždy zodpovědně.“

Často se hovořilo o agresivním, zlostném vystupování pacienta, nebo naopak pacientech úzkostlivých: „...úzkostlivý pacient, pacient, co si vybíjí zlost na ostatních....“

4.2.2 Podkategorie vyrovnání se s bariérami

V podkategorii vyrovnání se s bariérami se dotazované shodli na názoru, že nejlepším způsobem, jak si s překážkami poradit, je nepřipouštět si případné negace ze strany pacienta, nenosit si emoce a problémy domů, i v případě, že se konkrétní bariéry u respondentek liší. R1 řekla: „*Bariéry si moc nepřipouštět a brát to tak, že je to má nedílná součást práce.*“ K důležitosti udržení si absolutní profesionality a hledět na případné krizové situace jako na součást profese se vyjádřila i R10: „*Pokud se přistihnu při tom, že se osudem pacienta začínám nějak více zabývat a tyto myšlenky si chci odnést domů, zarazím se a musím si připomenout, že je to prostě součást mého zaměstnání.*“ R9 se připojila: „*Nebrat si žádnou negativní reakci osobně.*“

Některé dotazované připustily, že žádný efektivní způsob na vypořádání se s bariérami nemají, jako R4: „*Nemám žádný způsob, o kterém bych věděla. Prostě mluvím a ptám se, člověk musí být trpělivý....*“ a doplnila: „*... ale ne vždy se dočkám odpovědi.*“ Na situaci, kdy se sestra nemusí vždy dočkat odpovědi, nejen z důvodu somnolentního stavu, upozornila i R5: „*... mluvím na něj, i když mi neodpovídá. Myslím, že tak mu dávám najevo, že mi může důvěřovat.*“

Všechny respondentky se pozastavily jednoznačně nad nedostatkem potřebného času k trávení u pacientova lůžka. Všechny se také shodly na tom, že je to záležitost neřešitelná, jak uvedla R8: „*Vyhradit si více času na pacienta bohužel není možné, i kdybych sebevíc chtěla.*“

Jediná respondentka, konkrétně R2, přiznala, že si významné vypořádání se s konkrétními překážkami neuvědomuje: „*Neuvědomuji si zrovna, jak bych si s nimi uměla poradit, to asi pořad neumím a emoce si nosím kolikrát i domů.*“

4.2.3 Podkategorie vyhledání potřeb pacienta

Podkategorie Vyhledání potřeb pacienta ukázala, že celkem šest respondentek nemá žádné zábrany zeptat se pacienta, jak se cítí a tím zjistit jeho nejen fyzické, ale i psychosociální potřeby. R1 odpověděla: „*Musím se ho umět zeptat, abych mu dokázala nějak pomoci, podat mu léky na bolest, cokoliv, abych mu tu jeho poslední cestu dokázala nějak usnadnit. Nebo ho třeba chytit na chvíli za ruku, to se mi také občas stává, když je přepadne strach.*“ Na rozdíl u R4 nebyla odpověď tak jednoznačná: „*Jak u kterého pacienta. Někteří jsou se svojí diagnózou smíření a dá se s nimi mluvit normálně. Na druhou stranu u jiných si musím dávat pozor na to, co se ptám, aby nevznikaly otázky typu: „Jak se asi můžu cítit, když vím, že už se nevyлéčím“ ... To není nic příjemného.*“. Stejný problém s negací a nezájmem ze strany pacientů má i R6: „*Jak u koho asi, někdo se mnou navazovat kontakt moc nechce, provedou se ordinace a víc se se mnou pacient baví nechce. To se pak těžko zeptám, jak se cítí.*“ V rozhovorech se objevilo i poukázání na věkové kategorie pacientů, přičemž nízkou věkovou kategorií, jakožto komunikační bariéru, uváděli dotazované opakovaně. Podle R10: „*... u určitých věkových skupin mi to dělá opravdu problém....*“ Dvě respondentky zmínily věnovat pozornost stavu pacienta, zda je validní se dotázat, jak se cítí.

4.3 Kategorie profesní praxe

V této podkategorii se zaměříme na pracovní prostředí respondentek, zda na svém pracovišti přijdou do kontaktu s pacienty umírajícími, popřípadě jak často. Cílem bylo také odhalit, zda existují znatelné komunikační rozdíly mezi sestrami s minimální profesní praxí a sestrami s delšími odpracovanými lety. K této kategorii byly přiřazeny dvě podkategorie: Četnost pacientů v terminálním stádiu na oddělení a Komunikační schopnosti v praxi.

4.3.1 Podkategorie četnost pacientů v terminálním stádiu na oddělení

Na otázku, zda se dotazované setkávají často na svém oddělení s pacienty v terminálním stádiu, odpovědělo všech 11 respondentek jednoznačně, tedy, že na oddělení je množství umírajících pacientů, u nichž je nutná paliativní péče, velmi vysoké. R11 uvedla: „*Na oddělení se dostávají velmi často pacienti v terminálním stádiu nemoci, jakéhokoliv původu.*“ S umíráním a smrtí se zde setkávají tváří v tvář sestry velmi často, potvrdila R9: „*... bohužel je u nás úmrtnost velká...*“

R5 zmínila i z jakých důvodů jsou pacienti s infaustní prognózou nejčastěji hospitalizováni, u kterých je nezbytná paliativní péče a tím i nutnost umět efektivně komunikovat s umírajícím pacientem: „*Ano, nejčastěji pacienti s rakovinou v terminálním stádiu. Také nesmím zapomenout na srdeční selhání.*“

4.3.2 Podkategorie komunikační schopnosti v praxi

Všechny dotazované uznaly, že na sobě pozorují znatelné pokroky v komunikaci s umírajícím, od počátku své profesní praxe. Vzpomínali, jak bylo složité se se smrtí člověka vypořádat: „*Ze začátku, když jsem po škole nastoupila do zdravotnictví, jsem se s odchodem pacienta vypořádávala těžko, takže tím pádem i vážla tak důležitá komunikace mezi námi.*“, uvedla R1 a dodala: „*... dnes to беру jako součást života, mé pracovní náplně. Takže ano, postupem času si na to člověk zvykne, také sbírá zkušenosti, naučí se s každým člověkem pracovat jako s individuem. ...*“ R1, R4, R8, R9, R10 se shodli na tom, že by se měli chovat profesionálně a brát smrt a vše s ní spojené, včetně ošetrovatelské péče, jako svoji běžnou pracovní náplň. R8 odpověděla: „*Určitě, člověk se „orazí“ a bere to jako součást své profese...*“

Z rozhovorů vyšlo najevo, že si respondentky uvědomují, že jejich profesní praxe může být dlouhá, ale i v komunikaci, tím více s umírajícím pacientem, je neustále co se učit, jak stvrdila R6: „*Samozřejmě se mám stále co učit, neustále se je se třeba v tomto směru edukovat, zdokonalovat*“. Podobně odpověděla i R4: „*mám stále ještě co učit ...*“.

4.4 Kategorie umírání

V této části se budeme zabírat tematikou, kde bylo cílem zjistit, jak mají sestry osvojené znalosti v oblasti umírání, zda jim něco říká jméno Kübler-Ross a fáze umírání popsané dle ní. Dále bylo úkolem zmapovat, zda respondentky vnímají psychické změny u pacienta, který je obeznámen se svou nepříznivou prognózou a jaké fáze umírání jim činí největší potíže. Dále se zjišťovalo, kde dotazované sestry nabyly své zkušenosti a vědomosti s umírajícími pacienty, neboť, s umírajícími se nelze setkat pouze na interním oddělení.

Tato kategorie obsahuje čtyři podkategorie. První Vnímání psychických změn pacienta, druhá podkategorie nese název Znalost fází umírání dle Kübler Ross, třetí Rozpoznání fází umírání a poslední podkategorie Pracovní prostředí.

4.4.1 Podkategorie vnímání psychických změn pacienta

V této podkategorii všechny dotazované v rozhovoru uvedly, že pokaždé u pacienta pociťují významnou změnu v jejich psychickém prožívání celé situace. V některých situacích vnímají, že někteří pacienti vše prožívají více, u některých změny v psychice nejsou tolik znatelné, jak uvedla R4. Uvedla také, že ale změna proběhne vždy u každého.

R11 si uvědomuje, že pokud se člověk přiblíží smrti, zasáhne ho to pokaždé *„Velkými změnami si projde člověk, který je odevzdaný na smrt. Jeho psychika se hodně změní, jakkoliv.“*

Čtyři sestry uvedly, že prvotní reakcí u pacientů je šok. *„... vždycky je to nejdříve šok, ano šok ...“*, zamyslela se R1.

Často padlo slovo beznaděj a odevzdání, jak připustila R10: *„... jsou prostě jen odevzdání, propadnou beznaději...“*

Většina sester si uvědomuje, že je důležité v tomto psychickém procesu proces smíření. Ne vždy ale prý k němu pacienti dospějí. O smíření se zmínila R7: *„Postupně se smiřuje s údělem, přichází deprese a smíření.“* O tom, že ne všichni pacienti k

smíření dospějí, se vyjádřila R1: „*Někdy se mi ale zdá, že se s tím nedokáží smířit do poslední chvíle a stále doufají, že se vyléčí.*“

Tři respondentky si vybavily, že pacienti často upadají do depresí.

Dle dvou respondentek se dostaví u pacientů agresivní stavy, rozpomenula se R5: „*Může se začít chovat agresivně jak k personálu, tak ke svým blízkým.*“

4.4.2 Podkategorie znalost fází umírání dle Kübler-Ross

V této podkategorii bylo úkolem odhalit, jaké stádium v psychice umírání činí sestřám největší potíže, zároveň dotazované odkryly svou orientaci v oblasti umírání a znalosti fází psychických procesů umírání popsané lékařkou Elisabeth Kübler-Ross. V rozhovorech se setkalo největšího zastoupení fáze umírání deprese, kde jej zmínilo ve svých odpovědích celkem šest respondentek. O jednu respondentku více vypovědělo, že si u pacientů všímají nejvíce agrese.

Komplikaci v komunikaci kvůli upadání pacienta do deprese uvedla R6: „*Pokud pacient upadá do stavů deprese, uzavře se do sebe a nechce komunikovat s nikým, ani s personálem, ani s blízkými.*“ „*Deprese, protože pacient jen těžko spolupracuje....*“ řekla se R8, zároveň se vyjádřila i k problematice agresivních pacientů „*... to samé ale i v případě agrese....*“

Problém vidí i v popření: „*Ale nejspíš i popření, je mi těch pacientů hrozně líto, když stále doufají, že nezemřou.*“ sdělila R1.

R11 přiznala, že kromě smíření spatřuje problém ve všech ostatních fázích umírání. K informovanosti ohledně autorky těchto popsaných fází se respondentky vyjádřily jednohlasně, a to následovně, že jméno si už nepamatují, ale fáze změn v psychice znají.

4.4.3 Podkategorie rozpoznání fází umírání

V této kategorii bylo snahou zjistit, jak si sestry vedou v rozpoznání psychických změn u umírajícího pacienta, zda jsou schopny u pacienta tyto fáze rozeznat. Odpovědi respondentek byly různorodé, v pěti případech dotazované odpověděli váhavě: „*Já*

doufám, že ano....“ odpověděla R4 a dodala: *„...asi jsem se ještě ale nesešla s pacientem, u kterého proběhly všechny fáze za mé přítomnosti.“* Připomněli, že ne vždy je dostatek času na to, aby mohli pacienta dostatečně poznat. K této připomínce se vyjádřila R10: *„To se prolíná s tím, kolik času na pacienta mám, jak dlouho o něj na oddělení pečuji.“* Podobně odpověděla i R7: *„Záleží, kolik času s pacientem strávím, kolikrát ho během služeb zastihnu.“* Čtyři respondentky odpověděly s jistotou: *„Ted' už jo, právě díky komunikaci. To poznáš, jak s tebou pacient mluví, nebo nemluví, jak se tváří.“* řekla R1.

R3 uvedla, že během studia na vysoké škole v oboru ošetrovatelství slyšela o fázích mnohokrát a nyní může potvrdit, že jsou skutečně znatelné.

4.4.4 Podkategorie pracovní prostředí

Tři z jedenácti respondentek pracovalo v počátcích své profesní praxe na LDN. Tam se i poprvé setkaly se smrtí pacienta. Tři respondentky pracovaly před nástupem na interní oddělení na M-JIP. Jedna respondentka byla zpočátku sestra chirurgická. Pouze čtyři sestry na interním oddělení působí od ukončení jejich studia.

Navzdory tomu, že sedm z dotazovaných sester neuvedlo jako jejich hlavní a jediné působiště interní oddělení, všechny se shodly na vysoké úmrtnosti pacientů na interním lůžkovém oddělení, tím i časté péči o tyto pacienty, mezi kterou patří neodmyslitelně i komunikace a její různé formy. R2 prozradila: *„... pár let jsem pracovala na Jipce. Na interně umírali lidé bohužel vždy často....“*

5 Diskuze

Zvolené téma bakalářské práce zahrnovalo komunikaci s umírajícím pacientem na interním oddělení. Cílem bakalářské práce bylo zjistit, zda se sestry dodržují zásady komunikace s umírajícím pacientem a následně zmapovat ve kterých fázích umírání mají sestry největší problém s komunikací s pacientem v terminálním stádiu nemoci podle modelu Elisabeth Kübler-Rossové. K získání informací byl použitý kvalitativní výzkum s využitím polostrukturovaného rozhovoru s připravenými otevřenými otázkami, které byly následně doplněny dotazováním respondentů dodatečnými otázkami. Jak již bylo uvedeno, tak stanoveným cílem bylo zjistit, jak sestry dodržují zásady komunikace s umírajícím pacientem. Respondentky odpovídaly na otázky, jaké zásady aplikují při komunikaci s umírajícím pacientem a jakým způsobem komunikují s pacientem v terminálním stádiu nemoci.

Podle výše uvedeného metodologického členění je polostrukturovaný rozhovor pro respondenty členěn do několika samostatných kategorií a podkategorií.

Komunikace – 1. kategorie

V této kategorii bylo hodnoceno, jakým způsobem respondentky komunikují s pacienty v terminálním stádiu jejich onemocnění, do jaké míry dodržují zásady a specifika komunikace s umírajícím. Při prostudování této kategorie je potřeba si uvědomit, že zdravotničtí pracovníci by měli brát komunikaci jako „*klíčový prvek při poskytování vysoce kvalitních zdravotnických služeb*“ (Roohangiz Norouzinia et al.). Jen tak se docílí spokojenosti a zdraví pacienta. Cílem bylo také zmapovat způsob komunikace směrem k pacientovi a zhodnotit to, zda vnímají ze své pracovní pozice, jako člen ošetrovatelského týmu, určité komunikační bariéry, které by mohly proces komunikace narušovat. V rámci kategorie komunikace byly vytvořeny dvě podkategorie zahrnující zásady a specifika komunikace a způsoby komunikace.

Zásady a specifika komunikace

Respondentky nejčastěji uváděly termín empatie. Jedná se o jeden z nejdůležitějších prvků v praxi v komunikaci s umírajícím pacientem. Dle Kelnarové (2007) tím rozumíme schopnost vcítění se do situace druhého, do toho co cítí, myslí si, či jak mu lze pomoci. Tuto definici si lze často opakovat v praxi můžeme, ale doopravdy se se vcítit do pocitů umírajícího člověka, to je takřka nemožné. Z toho lze usoudit, že aplikace empatického přístupu k pacientům není vždy jednoduchá, protože v některých případech pacienti komunikují jen minimálně a jejich psychický stav může být obtížné posoudit a zhodnotit ze strany respondentek, jaké potřeby pacient skutečně má. Tento termín i přesto uvedlo sedm respondentek. Respondentky ve svých odpovědích uváděly, že často ve svém přístupu k pacientovi a v komunikaci s ním kombinují empatii s trpělivostí. Trpělivost lze tak zařadit mezi druhou nejdůležitější součást komunikačního procesu. Druhým významným přístupem v komunikaci s umírajícím pacientem je trpělivost, kterou respondentky uváděly jako důležitou součást komunikačního procesu. Dle mého názoru, být trpělivý u pacientů, kteří z různých důvodů nespolupracují, představuje pro sestru zvýšenou psychickou zátěž. Respondentky uváděly, že se zároveň snaží sledovat nejen psychický stav pacienta i jeho aktuální potřeby. Někdy ale uspokojit základní biologické potřeby u umírajícího může být pro sestry složité, jak potvrzuje Venglářová a spol. (2006), ať už z důvodu psychického rozpoložení, či tělesného nekomfortu, bolesti.

Nemalé zastoupení má i neverbální komunikace. Jak uvedla i Kelnarová (2007) „*Mosty v komunikaci mezi dvěma světy jsou doteky*“. V práci sestry je důležité umět pracovat se svými neverbálními projevy a rozpoznat neverbální projevy pacientů.

V tomto případě se prolíná verbální i neverbální komunikace a z takovýchto nonverbálních projevů lze posléze i konkrétně zjistit, zda má pacient bolesti, i přesto, že tvrdí opak. Nám poté mnohdy stačí pouze jeho bolestivé projevy a reakce.

Za významné je také považována zpětná vazba, a to nejenom pacienta, ale také rodiny a podle tohoto pak respondentky mohou modifikovat ošetrovatelskou péči, případně nastavit komunikační strategii s umírajícím pacientem a s jeho rodinou. Zpětná vazba také napomáhá k tomu, aby respondentky věděly, jak mohou pacienty oslovovat a jak k nim přistupovat.

Dále rozhodně není žádoucí, zlehčovat stávající situaci či se nevhodně neverbálně projevovat. Respondentky se shodují na klidném způsobu vystupování, naslouchání a zejména věnovat umírajícímu pacientovi dostatečnou pozornost a čas a neodbývat jej. Naslouchání se věnuje i Kelnarová (2007), která potvrzuje vděčnost pacientů, v případě že jim sestra dokáže naslouchat.

Pokud tomu pacientův zdravotní stav dovolí a pustí se sestrou do rozhovoru, negativně na ně působí rušení hovoru a vstupování do něj. Lze zmínit také další faktor uváděný respondentkami, a to je respektování soukromí a důstojnosti umírajícího pacienta. Tento faktor je důležitý a má vliv na celkovou pohodu pacienta a zejména na jeho psychickou pohodu.

V případě interakce s pacientem, by měla automaticky vznikat i interakce s rodinou, což do svých odpovědí zahrnují respondentky a ztotožňuje se s tímto tvrzením i Kelnarová (2007), která tvrdí, že zdravotníci ačkoliv souhlasí, ví, že často rodině nedokáží poskytnout dostatečnou podporu.

Dá se říct, že u každé z respondentek záleží na osobních zkušenostech a tím pádem v komunikaci s umírajícími pacienty dodržují vlastní individuální zásady a na komunikaci kladou priority také podle svých vlastních zkušeností.

Způsob komunikace

U způsobu vystupování se respondenty shodly v tom, že je nutné klidné vystupování sestry ve vztahu k umírajícímu pacientovi. Podle majoritního názoru respondentek je vhodné hovořit klidně nejen s umírajícím pacientem, ale také s jeho rodinou a blízkými. Důležitá je srozumitelná artikulace na umírajícího pacienta a všímat si u pacienta jeho verbálních nebo neverbálních projevů, důležitost gest v komunikaci umírajícího se sestrou uvádí i Kutnohorská (2007). U pacientů v terminálním stádiu nemoci u pacienta respondenty zdůrazňují vyrovnané chování, trpělivost. Respondentky také uvedly, že se komunikaci s umírajícími pacienty učí celoživotně, a že mohou opakovaně nastávat zcela nové situace a problémy. Zdůrazňují, že se nesmí opomínat zjišťovat jejich potřeby biologické, jak tvrdí Haškovcová (2007).

Hlavním zdrojem přístupů v komunikaci je však zkušenost s tím, jak pacient verbálně a neverbálně komunikuje a podle toho se pak odvíjí efektivita způsobu komunikace ze strany respondentek. Jedna respondentka uvedla, že je vhodné dodržovat zásady ošetrovatelské péče, které jsou individuálně nastaveny daným zdravotnickým zařízením.

Komunikační bariéry – 2. kategorie

V průběhu ošetrovatelského procesu u umírajících pacientů a při interakci s těmito pacienty dochází ke komunikačním bariérám. V této kategorii bylo cílem identifikovat majoritní komunikační bariéry, které mohou narušovat efektivitu komunikačního procesu s umírajícím pacientem, jeho rodinou nebo blízkými osobami. Dochází také k narušení celého vztahu s pacientem a jeho léčebnou nebo paliativní péči. V této kategorii jsou tři podkategorie zahrnující bariéry v komunikaci ze strany sester, vyrovnání se s komunikačními bariérami a identifikace potřeb pacienta.

Komunikační bariéry ze strany sestry

U této podkategorie bylo možné predikovat variabilitu odpovědí ze strany respondentek. Mezi největší bariéry, podle názoru respondentek, patří nedostatečný čas, který by bylo nutné věnovat umírajícímu pacientovi a komunikaci nejenom s ním, ale také s jeho rodinou z hlediska poskytovaných informací. Problém časového deficitu neumožňuje respondentkám navázat s pacientem dostatečně kvalitní vztah a nelze tak zcela přesně identifikovat jeho potřeby. Časový deficit vzniká podle respondentek hlavně nadměrou administrativní zátěží a nedostatkem personálu, které musí plnit i přes personální tíseň a plnou obloženost oddělení veliké množství povinností, které neumožňují s pacientem dostatečně komunikovat i když by pacient o tuto komunikaci aktivně stál. Podle mého názoru, po vyhledání optimálního poměru mezi NLZP a počtem pacientů, kde uvádí Marková (Marková, 2010) poměr sestra x pacient 1:3, je velmi zavádějící situace na interním oddělení. Obě stanice s 24 lůžky mají na denní směně mnohdy dvě sestry na dvanáct hodin, jedna sestra na osm hodin, staniční sestra na osm hodin, jednu sanitářku a jednoho sanitáře na obě stanice. Nejsou výjimečné situace, kdy slouží sestra spolu se staniční dvanáctihodinovou službu a další sestra musí zastoupit práci sanitářskou. Je to alarmující a dlouhodobě neřešitelná situace, ačkoliv prosby směřující k vedení nemocnice jsou téměř na každodenním pořádku. Není tedy téměř možné trávit u pacientova lůžka delší čas, který by byl žádoucí.

Respondentky uváděly také nevhodné prostředí, které mnoha pacientům nevyhovuje, sterilní nemocniční prostředí nemůže nahradit domácí a známé prostředí pacienta, kde se cítí klidně a bezpečně, což má jistě vliv na jeho psychický stav a osobní pohodu.

Bez dostatečných informací se pak také respondentky nemohou odpovídajícím způsobem vcítit do pocitů umírajících pacientů a vyvstávají pak problémy jako nezáměr, nedůvěra, rezignace, které nastávají ze strany pacienta. Pokud pacient ošetřujícímu personálu nedůvěřuje, tak je komunikace na nízké až nedostatečné úrovni a

celkově to ztěžuje proces komunikace pro danou sestru, tak pro daného pacienta. Nedostatek času ze strany ošetřujícího personálu se projevuje v psychickém stavu pacientu a v jeho rezignaci a tím také méně aktivní spolupráci s celým multidisciplinárním týmem ve zdravotnickém zařízení. Často se dostavuje frustrace, agrese a nakonec také vulgární projevy, které mohou být v extrémních případech spojeny s projevy fyzického násilí.

Komunikační bariéry také souvisí s věkem pacienta a mírou jeho onemocnění. Je to tedy spojeno s tím, jak je pacient lucidní a od tohoto se odvíjí schopnosti a míra jeho komunikace s ošetřujícím personálem. Druhým problémem je, pokud je pacient mladší a umírá. Je to problém psychický nejenom pro pacienta, ale také pro sestry, které mnohdy ztotožňují s pacientovou situací, s tím, že má rodinu, práci, že je mladý, a že by měl celý život před sebou, a proto u těchto pacientů není vhodné komunikovat o budoucnosti, ale spíše se zaměřovat na poskytování naděje, a na to, že bude opětovně v pořádku. Při nízkém věku pacientů má komunikační problémy majoritní část respondentek, a to zejména proto, že jsou schopni se s těmito pacienty ztotožnit a vnímají to, co pacienti svou smrtí definitivně ztrácejí.

Takoví pacienti mohou vystupovat agresivně, nejsou schopni se smířit se stávajícím stavem, jsou zlostní nebo naopak mají obavy, úzkost a strach před smrtí i o své rodiny a blízké a i o těchto problémech se zmiňují dotazované respondentky. Agresivní a zlostné chování uváděly sestry v hojném počtu, své odůvodnění má tato bariéra i v knize od Kubler-Ross (Kubler- Ross 2015), i podle ní se pacientův hněv obrací směrem k rodině, personálu, veškeré své negativní emoce se vybíjí na ostatních lidech.

Vyrovňování se s komunikačními bariérami

U této podkategorie se respondentky shodly na tom, že nejlepším způsobem jak eliminovat komunikační bariéry je nepřipouštět si vzniklé problémy příliš osobně, a také se příliš nenechat ovlivnit negativním chováním a negacemi ze strany pacienta.

Prakticky je to ale jistě velmi obtížné a individuální s ohledem na osobnost každé z respondentek. Jako dalším řešením vyrovnávání se s komunikačními bariérami lze uvést nepřipouštět si negativní emoce a rozhodně tyto emoce nepřenášet do vlastního rodinného prostředí. Jako další z přístupů vyrovnání se s komunikačními bariérami je skutečnost vnímat komunikační bariéry jako nedílnou součást práce a pracovních povinností respondentek. Jako nezbytné se jeví udržet si profesionalitu a hledět na vzniklé krizové situace a problémy jako na součást své profese. Pro respondentky je problematické nebrat si některé životní situace pacientů osobně a nezabývat se jimi i mimo pracovní dobu, stejně jako si starost o umírající pacienty nebrat osobně, i přesto že empatie je nedílnou součástí kvalitní ošetrovatelské péče, jak dokládá i Association for Patient Experience (United States) (online) a nepodléhat negativním emocím a pocitům při jejich ošetrovatelské péči.

Nicméně v rozhovorech také byly uvedeny skutečnosti, že žádný efektivní způsob, jak se vypořádat s komunikačními bariérami neexistuje. Jak již bylo uvedeno, v komunikaci záleží na věku pacienta a jeho zdravotním stavu, na to, zda je lucidní a schopen reagovat a v případě somnolentního stavu respondentky uváděly, že hovoří s pacientem a dávají mu tak najevo, že jej vnímají a že jim může důvěřovat. Všechny respondentky pak uvedly opětovně nedostatek času, který by byl nutný pro kvalitní péči o umírajícího pacienta. Shodly se také na tom, že žádné relevantní řešení časového deficitu v současné době neexistuje i s ohledem na nedostatek personálních zdrojů v ošetrovatelských profesích ve zdravotnických zařízeních v rámci ČR.

Identifikace potřeb pacienta

V této podkategorii respondentky uváděly, že nemají problémy dotázat se pacienta, jak se cítí a tímto identifikovat nejenom jeho fyzické i psychosociální potřeby. Tento názor zastává nadpoloviční většina respondentek. Podle názorů respondentek má identifikace potřeb pacienta praktický význam zejména z toho hlediska, aby respondentky dokázaly pacientovi pomoci, eliminovat bolest podáním příslušných

analgetik a provést potřebné činnosti k tomu, aby se pacient cítil komfortně a usnadnily se mu poslední chvíle jeho života. Vyhledání biologických potřeb je jedním nejzazším úkonem, který je nejdůležitějším i pro Slámu (2007).

Mimo jiné, psychické potřeby jako kupříkladu podržet pacienta za ruku, pohladit jej v případech, když jej přepadne strach nebo obavy, je podle Svatošové (1995) paradoxně důležitější v případě umírajícího pacienta, než verbální projev. Respondentky ale zdůrazňují skutečnost, že se jedná individuálně o odlišný přístup u každého umírajícího pacienta, stejně tak jak se daný pacient se závažností svého terminálního stádia nemoci smířen a podle tohoto je s ním také možné komunikovat. Stejně tak nutné uvažovat, jak formulovány budou otázky na pacienta a jak by na některé otázky pacienti reagovali. S problémovými situacemi a s negací ze strany pacientů se v praxi setkala každá z respondentek. Jak již bylo uvedeno, jistou komunikační bariérou je případně nízký věk pacienta a pokud je pacient věkově blízký věku ošetřující sestry, tak může být komunikace o to více psychicky náročnější.

Profesní praxe – 3. kategorie

Tato podkategorie se zaměřuje na pracovní prostředí respondentek, a jak probíhá komunikace s umírajícím pacientem na pracovišti respondentek. Cílem bylo také identifikovat skutečnosti, zda existují významnější rozdíly v komunikaci mezi sestrami se zkušenostmi a sestrami s minimální praxí. Jsou vymezeny dvě podkategorie, a to četnost pacientů v terminálním stádiu na interním oddělení a komunikační schopnosti a jejich využití v praxi.

Četnost pacientů v terminálním stádiu onemocnění na interním oddělení

Podle odpovědí všech respondentek je možné uvést, že na interním oddělení je množství umírajících pacientů, u kterých je nutná paliativní péče, a to ve velkém rozsahu. Podle respondentek se na oddělení ve zdravotnických zařízeních, kde profesně

působí, dostávají často pacienti v terminálním stádiu svého onemocnění a z jakéhokoliv důvodu. Úmrtnost na interních odděleních a odděleních, kde sestry profesně působí je obecně poměrně vysoká. U pacientů s nutností paliativní péče je umístění v nemocnici řešením, když se již o takového pacienta není schopna postarat rodina s ohledem na závažnost jeho onemocnění. Stejně tak rodina a blízké osoby nejsou schopny správně komunikovat s umírajícím pacientem. Podle osobních zkušeností respondentek se jedná ve velkém zastoupení o pacienty v terminálním stádiu rakoviny, i když i podle Šafránkové, Nejedlé (2005) jsou pro onkologické pacienty dostupná onkologická oddělení. Na interním oddělení se léčí i pacienti se zhoubným nádorovým bujením, kteří trpí velkými bolestmi, a je nutné jim podávat silné tlumící léky, jako jsou opiáty, Dále jsou hospitalizováni pacienti v terminálním stádiu se srdečním selháním a další závažné průběhy nemoci, jako například mozková mrtvice a další.

Komunikační schopnosti v praxi

Respondentky opětovně uvedly, že s rostoucími zkušenostmi rostou také jejich komunikační schopnosti v komunikaci s umírajícími pacienty v komparaci s nedostatkem zkušeností v rámci jejich profesní praxe. V počátcích své profesní praxe se musely respondentky zejména psychicky vyrovnávat s náročným pracovním prostředím a s umírajícími pacienty a péči o tyto pacienty i komunikaci s nimi. S postupem pracovních zkušeností a délky působení na pracovišti se tyto problémy postupně eliminovaly a sestry uváděly, že se učily pracovat s každým umírajícím pacientem podle jeho individuálních potřeb a očekávání. Respondentky se shodly v tom, že smrt musí brát jako součást své profese a každodenního života včetně související ošetrovatelské praxe. Zobecnit tyto činnosti jak běžnou pracovní náplň v rámci zdravotnického zařízení. Jak již také bylo uvedeno, i přes délku pracovní praxe a zkušenosti je komunikace s umírajícím pacientem stále se učící proces, protože stále vznikají individuální problémy a situace, které je nutné řešit a komunikovat s umírajícím pacientem a jeho rodinou, nutno dodat, že i podle Špatenkové/Králové

(2009) představuje komunikace s rodinnými příslušníky zřejmě jednu z těch náročnějších a stresových činností.

Umírání – 4. kategorie

Poslední kategorie zahrnuje problematiku, kde cílem bylo zjistit, jak respondentky aplikují osvojené znalosti týkající se umírání pacientů a zda mají povědomí o lékařce Kübler-Rossově a fázích umírání, které byly popsány podle jejího přístupu. Dalším cílem bylo identifikovat, zda respondentky vnímají psychické změny u umírajícího pacienta, který je obeznámen se svou nepříznivou zdravotní prognózou a jaké fáze umírání jim činí největší problémy. Dále bylo analyzováno, v jakém prostředí, případně pracovních prostředích získaly respondenty zkušenosti a znalosti týkající se práce s umírajícími pacienty, protože s umírajícími pacienty je možné se setkat i v dalších odděleních zdravotnických zařízení. Tato kategorie zahrnuje čtyři podkategorie, a to vnímání psychických změn pacienta, znalost fází umírání podle Kübler Ross, třetí zahrnuje rozpoznání fází umírání a poslední podkategorie pak představuje pracovní prostředí, kde respondenty profesně působí.

Vnímání psychických změn pacienta

Dotazované respondentky uvedly, že u pacientů v podstatě ve všech případech pociťují významné změny v jejich psychickém prožívání nemoci a celé situace, která je spojena s jejich hospitalizací na interním oddělení nebo jiném oddělení zdravotnického zařízení. Opětovně je možné uvést, že psychické prožívání některých umírajících pacientů je hlubší a u některých pacientů není toto psychické prožívání tolik znatelné. Respondentky si uvědomují, že pacienti jsou blízko smrti a hodně záleží na tom, jak je pacient s touto situací vnitřně psychicky smířen. Podle názoru čtyř respondentek je pro pacienty zjištění jejich zdravotního stavu šokující, může následovat beznaděj a odevzdání se dané situaci a rezignace ke stávající situaci a zdravotnímu stavu umírajícího pacienta. Dle Kelnarové (2007) se pacient dostane do psychického stavu,

kdy odmítá nejen ordinace lékaře, ale může odmítnout následně i spolupráci a péči. Majoritní většina respondentek si uvědomuje, že je v tomto psychickém procesu okamžik smíření. Umírající pacienti se postupně se svým zdravotním stavem a jeho prognózou směřující k smrti smířují, Kelnarová (2007) uvádí, že v této fázi pacienti nemusí tolik projevovat city, avšak někteří pacienti se i přes bezvýchodnost situace odmítají se svým zdravotním stavem smířit a věří, že se vyléčí, a že mají naději. Souhlasím s postupem Kelnarové (2007), že je třeba pacientovi umožnit čas potřebný k přijetí skutečnosti, že se smrt blíží. Respondentky také uváděly, že umírající pacienti často upadají do depresí různého rozsahu. Respondentky také minoritně uvedly, konkrétně dvě z celkového počtu, že se dostaví u pacientů agresivní stavy a agresivní slovně i fyzicky mohou být pacienti nejenom vůči ošetrovatelskému personálu, ale také ve vztahu ke své rodině a blízkým.

Znalost fází umírání dle Kübler-Ross

Cílem bylo identifikovat znalosti respondentek v oblasti umírání a znalosti fází psychických procesů umírání popsané lékařkou Elisabeth Kübler-Ross. V rozhovorech se setkalo největšího zastoupení fáze umírání deprese, kde jej zmínilo ve svých odpovědích celkem šest respondentek. Zmíněna byla také agrese. Byly uvedeny také komplikace v komunikaci s ohledem na upadání pacientů do depresí. Pacienti se v těchto případech uzavrou do sebe, odmítají komunikaci jak s ošetrovatelským personálem, tak s rodinou a se svými blízkými. Pacienti jen obtížně ve stavech deprese spolupracují, neboť se mohou separovat od života, může se objevit stálá únava, stěžující komunikaci, nebo naopak nespavost. Sestry lépe depresi rozpoznají díky, pláči, nezájmu o lidi či nechutenství, jak potvrzuje Kelnarová (2007). Obdobné je to v případě fyzické nebo slovní agrese ze strany pacientů.

Následně všechny dotazované odpověděli jednohlasně. Jméno uvedené lékařky si žádná z respondentek nepamatuje, ale fáze změn v psychice jsou jim známé.

Identifikace fází umírání

Cílem v této podkategorii bylo zhodnotit, jak efektivně respondentky identifikují psychické změny u umírajícího pacienta. Také zda jsou schopny tyto fáze správně identifikovat. Zkušenosti s jednotlivými fázemi u respondentek se různí, stejně jako schopnost identifikace jednotlivých fází. Podle názoru respondentek pro správnou identifikaci záleží na tom, jak často a v jakém časovém rozsahu sestry s pacientem komunikují a jaká je kvalita komunikace s pacientem a její efektivita. Opět zde do popředí vchází nedostatek času, jak potvrzuje ve svém výzkumu i Bohdalová (2017), který je zcela jasně potřebný pro navázání vztahu pacient x sestra a tím i snadnější rozpoznání případného psychického rozpoložení pacienta. Dle respondentek záleží na tom, jak často během služeb k pacientovi přijdou do styku a provádí u něj ošetrovatelské intervence.

Čtyři respondentky odpověděly, že nyní po absolvované praxi fáze psychických změn u pacientů rozpoznají lépe, než na počátku své profesní praxe.

Pracovní prostředí

Pracovní prostředí respondentek zahrnovalo činnost na různých odděleních ve zdravotnických zařízeních. Zmíněna je celkem čtyřikrát profesní praxe na LDN, dále je to interní oddělení na M-JIP , jedenkrát má zastoupení i chirurgické oddělení. Pouze čtyři respondentky působí na interním oddělení od ukončení svého studia. Respondentky se shodují v tom, že úmrtnost pacientů se objevuje na jednotlivých odděleních, rozdílem je zejména četnost úmrtnosti, která je například na interním lůžkovém oddělení vysoká.

6 Závěr

Cílem bakalářské práce byla problematika Komunikace s umírajícím pacientem na interním oddělení. Ve vztahu k řešenému tématu byla zpracována teoretická část a její jednotlivé kapitoly, které obsahovaly teoretický základ založený na souboru odborných zdrojů, kdy tyto teoretické poznatky byly aplikovány v praktické části bakalářské práce. Jak již bylo uvedeno, zvolené téma bakalářské práce lze považovat za závažné, ale diskuse o tomto tématu je významná pro další rozvoj paliativní péče o umírající pacienty, kteří v současnosti umírají na odděleních zdravotnických zařízení a podle provedeného polostrukturovaného rozhovoru se nejedná pouze o interní oddělení zdravotnických zařízení. Nicméně v mnoha případech by umírající pacienti ocenili možnost zemřít ve svém domácím prostředí, kde nejsou stresováni a kde se cítí bezpečně a příjemně a jsou v kruhu své rodiny a nejbližších osob. V praxi je takové poskytnutí paliativní péče pro umírajícího pacienta nemožné z důvodu aplikace tisíců léků proti bolesti a další související ošetrovatelské péče, která vyžaduje odborně vzdělaný personál. Jak již bylo uvedeno, úroveň domácí paliativní péče pro pacienty je v českých podmínkách teprve v rané fázi rozvoje.

K verifikaci stanovených cílů v bakalářské práci byl zpracován polostrukturovaný rozhovor s jedenácti sestrami z různých oddělení zdravotnických zařízení. Hodnoceny byly čtyři kategorie s podkategoriemi, které byly položeny respondentkám s možností doplnit otevřené otázky o další relevantní informace. V první kategorii týkající se komunikace byl výzkum zaměřen na zásady a specifika komunikace a způsob komunikace. K tomuto lze uvést, že je důležitá empatie s pacientem pochopení jeho komunikačních potřeb a uzpůsobení tomuto také způsoby komunikační strategie jako klidná a srozumitelná mluva, naslouchání pacientovi, a také komunikaci s rodinou pacienta a jeho blízkými.

Druhá sledovaná kategorie zahrnovala komunikační bariéry, které lze hodnotit z více hledisek. Jednak jsou to komunikační bariéry, které souvisí s věkem, psychickým

i fyzickým stavem pacienta a jeho ochotou komunikovat. Komunikační bariéry existují také ze strany sestry až již v přílišném psychickém prožívání zdravotního stavu daného pacienta, tak ve zkušenostech a znalostech týkajících se komunikace s umírajícím pacientem. S komunikačními bariérami se vyrovnávají jak pacienti, tak sestry a v obou případech jsou to mnohdy náročné situace, které musí pacienty i sestru překonat. Mezi často uváděné faktory související s komunikačními problémy je nedostatek času na komunikaci mezi pacientem a sestrou i prostředí, ve kterém se pacient nachází. Nemocniční prostředí může být pro některé umírající pacienty stresující, neosobní, stejně jako některé LDN nebo jiná oddělení zdravotnických zařízení. Stejně významná je také identifikace potřeb pacienta a toho, co očekává nebo si přeje v terminálním stádiu svého onemocnění, mohou to být duchovní potřeby či potřeby rodiny nebo jen potřeba s někým být a komunikovat s ním. Opětovně je to individuální podle osobnosti každého pacienta.

Třetí kategorie zahrnuje profesní praxi týkající se nejenom četnosti umírajících pacientů na různých odděleních zdravotnických zařízení. Umírající pacienti jsou nejenom na interních odděleních, ale z provedeného polostrukturovaného rozhovoru je možné uvést, že je možné je identifikovat i na jiných odděleních zdravotnických zařízení. S profesní praxí i zkušenostmi sester v komunikaci s umírajícím pacientem mají vliv jejich zkušenosti a znalosti s těmito je řešení problémů i efektivnější komunikace účinnější. Z polostrukturovaného rozhovoru vyplynulo, že délka profesní praxe souvisí se zvyšující se kvalitou komunikace s umírajícím pacientem a s řešením jeho potřeb a problémů v ošetrovatelské praxi.

Poslední kategorie zahrnuje umírání pacientů z hlediska psychických změn u pacientů zahrnující jak odmítání, tak prvotní šok, agrese a rozhořčení a deprese až po smíření v některých případech. Umírající pacienti často hledají naději a víru v uzdravení i přes bezvýchodnost jejich zdravotního stavu. V této souvislosti je také komunikace s ošetrovatelskou praxí spojena s poskytováním naděje a víry v uzdravení pro pacienty, kteří se nechtějí s nemocí smířit a chtějí s ní bojovat až do své smrti. Znalost fázi

umírání dle Kübler-Ross není respondentkám jmenovitě známa, ale fáze umírání jsou pro ně známé. Závěrečná podkategorie týkající se pracovního prostředí opětovně souvisí s již několikrát formulovaným tématem, v jakém prostředí by měl pacient umírat a v jakém prostředí by měly sestry pracovat, aby pro ně bylo méně stresující, stejně jako pro umírající pacienty. Stále je nutné uvést stanovisko, že pro mnohé pacienty je nejvíce vyhovující paliativní péče v domácím prostředí, stejně jako umírání v kruhu rodiny a blízkých osob. I přes častou nemožnost domácí péče je zdravotnická péče na vysoké úrovni a o pacienty je postaráno s maximální a kvalitní péčí, a pokud mohu podotknout sama za sebe, tuto profesi je nutné vykonávat s láskou, péčí a plném nasazení. Jen tak může být ošetrovatelská péče efektivní.

„Málokdo z nás žije déle než sedmdesát let, a přesto v tom krátkém čase, který je nám vyměřen, většina z nás vytvoří a prožije jedinečný a neopakovatelný příběh, jehož prostřednictvím jsme navždy vetkáni do přehledu lidských dějin.“ (E. Kübler-Ross, 2015, str. 300)

7 Seznam použitých zdrojů

1. ASSOCIATION FOR PATIENT EXPERIENCE. (United States), issuing body. *Journal of patient experience*. United States. 2014. Cleveland, OH : SBN Interacitve, [2014].[databáze]. ISSN: 887207229.
2. BARTOŠÍKOVÁ, I. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. 86 s. ISBN 80-7013-439-9.
3. BROŽOVÁ A., et al.. *Efektivní komunikace v pomáhajících profesích*. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2013. s. 19-23. ISBN 978-80-7372-941-7.
4. BUŽGOVÁ, Radka, 2015. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada, s. 70. ISBN 978-80-247-5402-4.
5. CURRER, C.. *Responding to grief: Dying, Bereavement and Cosial Care*. (2001) Basingstoke : Palgrave. ISBN: 9780333736395
6. ČADILOVÁ, O. *Psychoterapeutický přístup v práci sestry*. [online]. 2015. © Vysoká škola polytechnická Jihlava. Dostupné z: <file:///C:/Users/Acer/Downloads/LOGOS%20POLYTECHNIKOS%20-2015.pdf>
7. DeVITO, J. A. *Základy mezilidské komunikace*. Praha: Grada Publishing, 2001. 420 s. ISBN 80-7169-988-8.
8. FIRTH, Pam, Luff Gill and Olivere David: *Loss, Change and Bereavement in Palliative Care 1 edition The editors and Contributors*, 2005. 2007 Open University Press UK Limited. All rights reserved. *Ztráta, změna a zármutek v kontextu paliativní péče*. ISBN 978-80-87029-21-3
9. FRITZSCHE, T. *Jak přesvědčivě vyjednávat: psychologické strategie a metody: s příklady a praktickými tipy*. Překlad Štěpánka Syrová. První vydání. Praha: Grada, 2015. 199 stran. ISBN 978-80-247-5726-1.
10. Grada publishnig *Palliative Care Nursing- A guide to practice* z 2. vydání, 2003, Ausmed Publications Pty Ltd 2003, Melbourne, Austrálie ISBN 0 9577988 4 9.
11. GULÁŠOVÁ, I. *Komunikácia v ošetrovatelstve. Revue ošetrovatelstva a laboratórných metódič*, 2000, 6(2): 139 – 142. ISSN 1335-5090.

12. HONZÁK, R. *Komunikační pasti v medicíně*. Praha. Galén, 1999. 165 s. ISBN 80-7262-032-0.
13. <https://pece.cz/novinka/v-cem-se-lisi-hospic-a-paliativni-pece>, Pece.cz © 2017 AEGON Pojišťovna a.s.[online]
14. <https://www.linkos.cz/lekar-a-multidisciplinari-tym/kongresy/po-kongresu/> [online] databaze-tuzemskych-onkologickych-konferencnich-abstrakt/verbalni-komunikace-mezí-sestrou-pacientem-a-rodinou/ .
15. https://www.mzcr.cz/dokumenty/rok-2018-ve-zdravotnictvivyssi-platby-za-statn-pojistenczavedeni-domaci-pa_14545_114_1.html,str 13. [online] © 2010 MZČR, Všechna práva vyhrazena. Zhotovil KAKTUS Software, spol. s r.o.
16. <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/specifika-komunikace-sestry-a-pacienta-v-klinicke-praxi-453224>. [online]
17. JANIČKOVÁ, H. *Základy komunikačních dovedností „nejen ústa mluví“* [online]. 2012. Sazba, grafické práce a tisk: Commservis.com 2. rozšířené a upravené vydání Vydal: SKP-CENTRUM, o.p.s. Dostupné z: <http://www.skp-centrum.cz/wp-content/uploads/2012/05/Zaklady-komunikacnich-dovednosti-aneb-Nejen-usta-mluvi.pdf>
18. JEFFREY, D., *'Communication skills in palliative care'*, in Faull, C., Carter, Y. A Woof, R. (eds), 1998 Handbook of Palliative Care, Blackwell Science Ltd, Oxford.
19. JUŘENÍKOVÁ, P., HŮSKOVÁ J., PETROVÁ, V. a TOMÁNKOVÁ D.. *Ošetřovatelství ve vnitřním lékařství, gynekologii, urologii*. Učební text pro 3.roč. SZŠ.1998. Uherské Hradiště: Uherské Hradiště: Středisko služeb školám.
20. KABELKA, L., SLÁMA, O.et al. *Paliativní medicína pro praxi*. Elektronická kniha, 362 s., Galen 2012 ISBN:9788072628711.

21. KRISTOVÁ, J. *Komunikácia v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2004. 212 s. ISBN 80-8063-160-3.
22. KŘIVOHLAVÝ, J. *Sestra a stres: příručka pro duševní pohodu*. Praha: 2010. Grada, s. 35-41. ISBN 978-80-247-3149-0.
23. KÜBLER-ROSS, E. *O smrti a umírání. Co by se lidé měli naučit od umírajících*. Praha. 2015. 320 s. ISBN 978-80-262-0911-9.
24. KUPKA, M., *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha:2014. Grada, s. 114-122. ISBN 978-80-247-4650-0.
25. KUTNOHORSKÁ, J., *Etika v ošetrovatelství*. Grada 2007. str. 164. ISBN: 978-80-247-2069-2.
26. MARGARET O'Connor, SANCHIA A. *Paliativní péče Pro sestry všech oborů*. Grada. 2005. ISBN: 8024712954
27. MARKOVÁ, M. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha. Grada. 2010. ISBN 978-802- 4731-711.
28. MIKULÁŠTÍK, M. *Komunikační dovednosti v praxi*. Praha: Grada Publishing, 2003. 361 s. ISBN 80-247-0650-4.
29. O'CONNOR, M. a ARANDA S. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. Praha:2005. Grada, s. 30-32. ISBN.
30. PAYNE, S., SEYMOUR, J. a INGLETON, Ch.. *Paliativní péče: principy a praxe*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. Paliativní péče. ISBN 978-808- 7029-251.

31. PLEVOVÁ, I. et.al., *Ošetřovatelství II.*, Grada, 2011, 1.vydání, str. 224, ISBN 978-80-247-3558-0.
32. PTÁČEK, R., BARTŮNĚK P. a kol., 2011. *Etika a komunikace v medicíně.* Praha: Grada, s. 38-41. ISBN 978-80-247-3976-2.
33. RADBRUCH, L., PAYNE S. a kol., *Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě: Doporučení Evropské asociace pro paliativní péči* [online]. 2010 [cit.2015-05-12]..<http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=KX9ABbM7y4c%3D>.
34. ROOHANGIZ N., AGHABARARI M. et.al. *Communication Barriers Perceived by Nurses and Patients.* 2016 Jun; 8(6): 65–74. Published online.2015.[databáze]. Sep 28. ISSN: 4954910.
35. SKÁLA, B. *Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci: doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře.* Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2005, Doporučené postupy pro praktické lékaře. ISBN 80-869-9803-7.
36. SLÁMA, O., Kabelka L. et al., *Paliativní medicína pro praxi.* 1.vyd. Praha: Galén, 2007. 362 s. ISBN 978-80-7262-505-5.
37. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet.* 2.vyd., Praha : Ecce homo, 1995. 144 s. ISBN 80–902049–0–2.
38. ŠPATĚNKOVÁ, N., KRÁLOVÁ, J. *Základní otázky komunikace: komunikace (nejen) pro sestry.* 2009, s. 96. 978-80-7262-599-4.
39. TEGZE, O. *Neverbální komunikace.* 1. vyd. Praha: Computer Press, 2003. [citováno 2003]. ISBN 80-7226-429-X, [databáze online]. [23 cm + 1 CD-

ROM]. Dostupné z <http://kramerius4.nkp.cz/search/i.jsp?pid=uuid:015cad90-02b3-11e4-9789-005056827e52>. Národní knihovna České republiky.

40. TOMEŠ, I. a kol., 2015. *Rozvoj hospicové péče a její bariéry*. Praha: Karolinum, s. 11-90. ISBN 978-80-246-2941-4.
41. TOMEŠ, I. a kol., 2015. *Rozvoj hospicové péče a její bariéry*. Praha: Karolinum, s. 11-90. ISBN 978-80-246-2941-4.
42. VAŇKOVÁ, J., 2010. *Sebereflexe u zdravotnických pracovníků v souvislosti s ošetřováním pacientů s infaustními prognózami a úmrtími*. České Budějovice. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Ústav ošetrovatelství, porodní asistence a neodkladné péče. Vedoucí práce Hana Hajduchová.
43. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grafa Publishing, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
44. VORLÍČEK, J. a kol. *Paliativní medicína*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2004. 537 s. ISBN 80-247-0279-7.
45. VORLÍČEK, J., ABRAHÁMOVÁ J. a VORLÍČKOVÁ H. *Klinická onkologie pro sestry*. Praha: Grada, 2006, s. 165. ISBN 80-247-1716-6.
46. VYBÍRAL, Zdeněk. *Psychologie komunikace*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 320 s. ISBN 80-7178-998-4.
47. ZACHAROVÁ, E. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. 1. Vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2016. 128 s. ISBN 978-80-271-9239-7.

48. ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ M., ŠRÁMKOVÁ J., 2007. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada, s. 74-76. ISBN 978-80-247-2068-5.

8 Seznam příloh

Příloha 1: Souhlas s uskutečněním výzkumu

Příloha 2: Otázky využití v polostrukturovaném rozhovoru

Příloha 3: Příručka pro sestry o komunikaci s umírajícím pacientem

Příloha 1: Souhlas s uskutečněním výzkumu

Vážený paní

Mgr. Veselá Vladislava
náměstkyně pro ošetrovatelskou péči
Klatovská nemocnice, a.s., Plzeňská 929, Klatovy 2, 33901

v Klatovech 25. 2. 2019

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření na Interním oddělení, Klatovská nemocnice a.s.

Vážená paní magistro,

Dovolujeme si Vás požádat o povolení výzkumného šetření na interním oddělení, jež by mělo být součástí závěrečné bakalářské práce na téma Komunikace sestry s umírajícím pacientem na interním oddělení, studentky Kuběnové Nikoly, narozené 24.11.1992, posluchačky 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, kombinované formy, ZSF JCU v Českých Budějovicích.

Cílem této práce je zmapovat informovanost sester v oblasti paliativní péče, zda znají specifika komunikace v paliativní péči a jsou schopny vést rozhovor s umírajícím pacientem či jeho příbuznými.

Výzkumné šetření bude provedeno formou dobrovolného anonymního dotazníku.

Závěrečná práce je zpracována pod odborným vedením Mgr. Veroniky Švábové.

Výsledky šetření Vám rádi poskytneme.

Prosíme o sdělení Vašeho rozhodnutí

S pozdravem

Nikola Kuběnová,
Měchurova 121/5, 33901 Klatovy

Veronika Švábová, U Výstaviště 26,
370 05 České Budějovice

Vyjádření vedení instituce:

- Souhlasím
 Nesouhlasím

Datum: 14. 2. 2019

Podpis a razítko

Klatovská nemocnice, a.s.
Plzeňská 929
339 01 Klatovy II
T: 376 335 898
IČO: 26360527 | DIČ: CZ26360527



Příloha 2: Otázky využití v polostrukturovaném rozhovoru

Polostrukturovaný rozhovor k bakalářské práci

Identifikační otázky:

1. Kolik je Vám let?
2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
3. Jak dlouho pracujete na interním oddělení? Máte na tomto oddělení zkušenost s umírajícími pacienty?

VO1. Jak sestry dodržují zásady komunikace s umírajícím pacientem?

- a) Jaké zásady aplikujete při komunikaci s umírajícím?
- b) Jakým způsobem komunikujete s pacientem v terminálním stádiu?

VO2. Jaké komunikační bariéry převažují v komunikaci sestry s pacientem v terminálním stádiu?

- a) Vnímáte určité bariéry při komunikaci s pacientem v terminálním stadiu onemocnění?
- b) Existuje pro Vás způsob, jak si s těmito bariérami umět poradit?
- c) Dokážete se terminálně nemocného/pacienta zeptat, jak se cítí?

VO3. Jak zvládají komunikaci s umírajícím pacientem sestry s minimální praxí a sestry s letitou praxí?

- a) Setkáváte se často na svém oddělení s pacienty v terminálním stádiu?

- b) Pokud se zamyslíte, vnímáte na sobě, že zvládáte dnes komunikaci s umírajícím pacientem lépe než na počátku své kariéry?

VO4. Jak mají sestry osvojené znalosti komunikačních technik v jednotlivých fázích umírání dle modelu Elisabeth Kübler-Rossové?

- a) Jakými fázemi v umírání podle Vás pacient prochází?
- b) Činí Vám některá fáze u umírajícího pacienta, mezi které patří například popírání, agrese, deprese či smíření, popsané lékařkou Elisabeth-Kübler Rossovou, veliký problém v komunikaci? Pokud ano, proč je pro Vás konkrétní fáze problematická?
- c) Zvládáte tyto fáze umírání u pacienta rozeznat?
- d) Kde jste nabyli/la zkušenosti pro komunikaci s umírajícími pacienty?

Zdroj: vlastní výzkum

První pomoc při komunikaci s umírajícím pacientem

Mezi profesionální dovednosti sestry patří komunikace s umírajícím pacientem. „Milosrdné lži“, které byly používány, byly vysvětlovány tím, že by pacient neunesl pravdu. Psychologové hovoří, že jde o projekci, a kdo by neunesl pravdu, byl zdravotník.

Je třeba zvažovat, kdy v které fázi onemocnění je nejvhodnější nemocnému říci pravdu a informovat ho o nevyhlédnutí jeho choroby. Kdo je nejvhodnější osobou pro sdělení této nepříznivé zprávy, ošetřující lékař, kněz, sestra, rodinný příslušník. Kde je nejvhodnější prostředí pro sdělení této nepříznivé zprávy. Jakým způsobem sdělovat pacientovi informaci o skutečnosti, že je smrtelně nemocen. Osvědčuje se technika nedirektivního hovoru (volný empatický rozhovor). Tuto techniku však neovládá každý zdravotník. Tato technika vyžaduje dlouhodobější nácvik.

Nemocný, který přijal fakt, že se blíží jeho konec, je často ještě schopen dokončit naplánovanou akci a prožít kvalitně časově omezen zbytek života.

Zásady, které by měly pomoci sestře při komunikaci s umírajícím:

- Respektovat právo pacienta na pravdivé informace
- Informace o zdravotním stavu podává lékař
- Pacientovi ponecháváme naději na zlepšení nebo pozastavení choroby
- Neurčovat čas, který nemocnému zbývá do konce života
- Pečlivě volit slova, lépe je vyhýbat se výrazům, které by mohly asociovat smrt
- Dát možnost umírajícímu hovořit o svých pocitech
- Naslouchat umírajícímu a rodině
- Respektovat právo umírajícího nemít bolest. Dávat jistotu, že nebude trpět bolestí
- Při komunikaci s umírajícím hovořit i s rodinou

- Používat i nonverbální komunikaci – haptiku (kontakt hmatem)
- Umožnit umírajícímu hovořit o svých potřebách a zajistit podle možností jejich splnění
- Rozhovoru s umírajícím věnovat čas, čas věnovat i jeho nejbližším
- Komunikovat s rodinou i po úmrtí, přiznat čas na truchlení

Lékařka E. Kübler-Rossová popsala 5 fází, kterými může pacient procházet, jakmile se doví, že je jeho nemoc nevyléčitelná.

Fáze	Projevy	Vhodné reakce
ŠOK, POPŘENÍ	Popírání existence nemocného	Dostatek času, navázání kontaktu, snaha získat důvěru nemocného
HNĚV, VZPOURA	Zlost na všechno, odmítání ošetření, vyvolávání konfliktů	Umožnit odreagování, nepohoršovat se, nenapomínat
VYJEDNÁVÁNÍ, SMLOUVÁNÍ S OSUDEM	Hledání zázračných léků, dávání slibů za uzdravení	Trpělivost, motivace k vytrvání v dosavadní léčbě
SMUTEK, DEPRESE	Obavy, vzdávání se, rezignace na léčbu	Naslouchání, podpora komunikace s rodinou, hledání řešení
SMÍŘENÍ (nemusí nastat u všech nemocných)	Vyrovňování se, loučení s blízkými, pokora	Poskytnutí blízkosti, neverbální podpory (doteky). POMOC rodině!



Představa umírajícího pacienta o laskavé péči

,Když ke mně přijdete přesto, že víte, co všichni víme- že umírám.

Když ke mně přijdete, i když reprezentujete profese, které selhaly v zajištění mého uzdravení.

Když ke mně přijdete a věříte ve mně, uzdravení-neuzdravení.

Když se mnou trávíte čas, ačkoliv vám to nemohu vrátit.

Když mě berete jako individualitu.

Když so vzpomenete na maličkosti, které jsou mi milé, když vzpomenete i na mé blízké.

Když se zajímáte i o mou minulost a dokážete mluvit o mé budoucnosti.

Když se nesoustředíte na mé nálady, ale na mou osobu.

Když slyším svou rodinu, jak o vás hezky mluví a raduje se, že jsme spolu.

Když se dokážete smát a být šťastní uprostřed vaší těžké práce.

Tím se ve vašich rukách cítím bezpečný a dává mi to jistotu, že zvládnu i okamžik smrti, až přijde.



Sestra a rodina pacienta

Sestry a všichni pracovníci by měli být velmi aktivní a snažit se přemýšlet o tom, jak nejvíce mohou pomoci rodině umírajícího a zemřelého. Intervence musí sestry připravovat podle potřeb příbuzných.

Pokud chce sestra pomoci členům rodiny a porozumět jejich zármutku, musí si uvědomit vlastní zkušenost se zármutkem, se smrtí. Chce-li sestra nabídnout profesionální podporu umírajícím a pozůstalým, musí si sama uvědomovat své pocity a postoje k umírání a smrti.

Sestra může volit účinné intervence pro rodinu, která chce zapojit do péče o umírajícího:

- Poučit příbuzné, že mají právo žádat o informace a pomoc
- Informovat příbuzné o různých možnostech péče o umírajícího
- Pravdivě informovat o nemoci, léčbě, o změnách zdravotního stavu
- Nabídnout rodině konzultace, pokud budou potřebovat
- Informovat rodinu o tom, že umírající může procházet fázemi umírání, ale že jimi mohou procházet i členové rodiny
- Nabídnout rodině, aby se podílela na přípravě ošetrovatelského plánu pro umírajícího
- Zajistit umírajícímu takové prostředí a péči, aby to pro něj byl co největší komfort
- Naučit rodinu hodnotit bolest a způsoby léčby bolesti
- Povzbudit rodinu, aby se nebála požádat o emocionální podporu
- Nabídnout podporu při řešení emocionálních problémů v rodině, kontakt s dalším členem ošetrujícího týmu, s dalším specialistou

Na smrt blízkého člověka nejsme nikdo připraveni, jsme vždycky zaskočeni. Sestra může upozornit na rizika, které pro pozůstalé smrt obvykle přinese. Truchlení má své rituály v různých kulturách. Je dobré otevřeně komunikovat o blížící se smrti a o smrti. Pokud chce sestra pomoci členům rodiny a porozumět jejich zármutku, musí si uvědomit vlastní zkušenost se zármutkem, se smrtí. Chce-li sestra nabídnout profesionální podporu umírajícím a pozůstalým, musí si sama uvědomovat své pocity a postoje k umírání a smrti.

Zdroj:

Venglářová M., Mahrová G., Komunikace pro zdravotní sestry, Praha, 2006, Grada publishing a.s., ISBN 80-247-1262-8, str. 144

Kelnarová Jarmila, Tanatologie v ošetrovatelství, Brno, 2007, 1. vydání, ISBN 978-80-85763-2

9 Seznam zkratek

CHOPN chronická obstrukční plicní nemoc

PMK permanentní močový katétr

PEG perkutánní endoskopická gastrostomie

NGS nasogastrická sonda

OP ošetrovatelská péče

NLZP nelékařský zdravotnický pracovník

