

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Bakalářská práce

2011

Jana Maňhalová

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

**ZNALOSTI A DOVEDNOSTI SESTER V KOMUNIKACI
S UMÍRAJÍCÍM PACIENTEM**

Bakalářská práce

Vedoucí práce:

Mgr. Klára Kubartová, R.N.

Autor práce:

Jana Maňhalová

2011

Knowledge and skills of nurses in communicating with the dying patient.

21st century brought about a lot of beneficial scientific and medical discoveries. Thanks to modern techniques and the current medical treatment we live longer. Maybe that's why we also die a longer time. Nurses in their profession are daily confronted with the palliative care issue. This thesis deals with the knowledge and skills of nurses in communicating with a dying patient. In the theoretical part the terms of communication, dying, death are defined and the interaction between these topics is mentioned. The thesis is focused on communication in the health care provision, on specific principles of a nurse's communication with a dying patient and the stages of dying by Elisabeth Kübler Ross.

The practical part presents the results of the research survey in graphs and tables. The research was carried out quantitatively by using a questionnaire interview. The research respondents were nurses working in hospital departments in the České Budějovice hospital, a.s.

The objective was to survey the knowledge and skills of nurses in communicating with dying patients. Based on the objective, we have stated the following hypotheses:

H1: I suppose that nurses are skilled in communicating with a dying patient.

H2: I assume that nurses working in the department of oncology have a better knowledge and skills in communicating with a dying patient than nurses working in a standard hospital department. Based on the research the objective was met, H1 was confirmed, H2 was not confirmed.

The thesis is supplemented with resources of quotations, references and the review of studied literature. The appendix contains the questionnaire, Maslow's Hierarchy of Needs and the Charter of Rights of Dying Patients. The research outcomes were assembled into a brochure that can be used as a background material for teaching communication in nursing or as a contribution to seminars and conferences dealing with these topics.

The benefit of this thesis is the publication of information about the knowledge and skills of nurses in communicating with dying patients, and so pointing out this issue.

Prohlášení:

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci na téma „Znalosti a dovednosti sester v komunikaci s umírajícím pacientem“, jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě, elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

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 kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích

.....
Jana Maňhalová

Poděkování:

Ráda bych poděkovala své vedoucí práce paní Mgr. Kláře Kubartové, R. N. za její odborné vedení, trpělivost, vstřícný přístup a poskytnutí cenných rad při psaní bakalářské práce. Děkuji též všem respondentům, kteří mi poskytli informace pro empirickou část práce.

Obsah:

Úvod.....	3
1. Současný stav.....	5
1.1 Komunikace s umírajícím	5
1.1.1 Komunikační proces a jeho zákonitosti	5
1.1.2 Komunikace verbální.....	6
1.1.3 Komunikace neverbální	7
1.1.4 Význam komunikace ve zdravotnictví	8
1.1.5 Specifika komunikace sestry s umírajícím pacientem	9
1.1.6 Zásady efektivní komunikace	11
1.1.7 Role sestry v komunikaci s umírajícím.....	13
1.2 Komunikační dovednosti	15
1.2.1 Řeč těla	15
1.2.2 Komunikační bariéry umírajícího pacienta.....	18
1.3 Umírání	19
1.3.1 Základní potřeby umírajících.....	19
1.3.2 Umírající z pohledu sestry	20
1.3.3 Sestra a pacient v paliativní péči.....	21
1.3.3.1 Bolest	21
1.3.3.2 Tělesné změny a jejich projevy	21
1.3.4 Umírající pacient.....	22
1.4 Fáze umírání dle Elisabeth Kübler - Rossové.....	23
1.4.1 První fáze – šok, popírání a izolace	23
1.4.2 Druhá fáze – agrese, zlost	23
1.4.3 Třetí fáze - smlouvání	24
1.4.4 Čtvrtá fáze – deprese.....	25

1.4.5 Pátá fáze – smíření	26
1.5 Smrt.....	27
1.5.1 Pojetí smrti v průběhu lidských dějin	28
1.5.2 Smrt v životě člověka	30
2. Cíl práce a hypotézy	32
2.1 Cíl práce.....	32
2.2 Hypotézy práce	32
3. Metodika	33
3.1 Použité metody a technika	33
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	33
4. Výsledky	34
4.1 Vyhodnocení grafů a tabulek	34
5. Diskuse.....	75
6. Závěr	84
7. Seznam použitých zdrojů.....	87
8. Klíčová slova	90
9. Přílohy.....	91

Úvod

Komunikace, umírání a smrt, jsou témata, která neodmyslitelně patří k lidskému životu. Přesto, že jsou tato témata i dnes společností tabuizovaná, je důležité o nich vědět, znát je a umět s nimi pracovat, protože jde o nezbytnou součást našeho každodenního života. Profese sestry vyžaduje vzájemnou interakci mezi těmito obory.

Komunikace je dorozumivací prostředek, je všude kolem nás a to i v momentě, kdy zrovna nekomunikujeme pomocí slov. Lidé spolu komunikují již od pradávna a málokdo si dokáže představit běžný den bez komunikace.

Umírání je přirozený proces lidského života. Společnost má na umírání rozdílné názory. Pro někoho začíná od počátku, tedy od narození lidské bytosti, neboť neustále stárneme. Pro jiné je to okamžik od vyřknutí nevléčitelného onemocnění do smrti. Jiní si představí stáří a s ním spojené nemoci. Jisté je, že závěrečnou fází umírání je smrt. Pro lidi, vyznávající určitá náboženství, může smrt znamenat určité poslání. Pro ostatní smrtí všechno končí. Nemoc a bolest s ní spojená často přináší nelehké životní situace. Sestra svými komunikačními schopnostmi může velmi často zlepšit pacientův náhled na nemoc. Může mu pomoci, pokud bude vědět, jak s ním komunikovat a bude mu umět naslouchat.

Téma mé bakalářské práce - Znalosti a dovednosti sester v komunikaci s umírajícím pacientem, jsem si vybrala proto, že mě velmi zajímá komunikace a vše s ní spojené. S umíráním se na praxi, bohužel, setkávám stále častěji. Proto беру jako výzvu dozvědět se něco více o tom, jak moc se tato témata prolínají a jak moc jsou důležitá. Tématika komunikace spojená s umíráním mi přijde pro sestru velmi stěžejní záležitostí. Proto jsem si za cíl zvolila, že zmapuji znalosti a dovednosti sester v komunikaci s umírajícím. Chtěla bych se zaměřit na jednotlivé fáze umírání, které popisuje americká lékařka Elisabeth Kübler – Rossová, která se celý život zabývá komunikací s lidmi v terminálním stádiu onemocnění. Myslím si, že je velmi důležité, zda nemocný přijme svoji nemoc nebo se s ní nedokáže smířit.

Povolání sestry s sebou přináší mnoho specifických dovedností a schopností, ke kterým komunikace rozhodně patří. Správná komunikace s umírajícím je v profesi sestry nezbytná, neboť ulehčuje pacientům velmi těžkou životní situaci a může jim

pomoci smířit se s nemocí. Je víc než jisté, že komunikace s terminálně nemocným je velmi psychicky náročná. Přináší s sebou specifika, která nejsou lehká, ale správným psychologickým přístupem a zkušenostmi může sestra komunikovat přesně podle přání nemocného.

Motto:

„Zdravý člověk má mnoho přání, nemocný jen jedno.“

Indické přísloví

1. Současný stav

1.1 Komunikace s umírajícím

1.1.1 *Komunikační proces a jeho zákonitosti*

Komunikace je složitý proces, který je závislý na dovednostech, schopnostech, inteligenci, prostředí, vývoji, zkušenostech a individualitě jedince. Jedná se o přenos sdělování informací, myšlenek a nápadů jakýmkoliv způsobem. Můžeme sdělit náš vztah k dotyčnému, své pocity, očekávání, přání, hodnoty, postoje, motivy, přesvědčení, ale také ho můžeme pobavit, edukovat či odradit. Záměrem je vyvolat určitou odpověď. Komunikace nastane při setkání dvou bytostí. Jde o jedinečnou situaci, která je neopakovatelná a probíhá v určitém čase, místě a prostoru. Většina komunikací probíhá formou dialogu, kde se předpokládá zapojení dvou či více osob. Správná komunikace je v dnešním světě nezbytná, má významné místo v lidském životě, ale také má svá specifika. Komunikaci lze chápat jako určitý model, který je základem komunikačního procesu (9, 14, 37, 38).

Komunikační proces má 5 základních složek. Zjednodušeně jde o přenos informace formou určitého signálu od odesílatele k příjemci, kdy lze očekávat zpětnou vazbu a zakódování informace. Pro správnou komunikaci je zapotřebí zastoupení všech pěti složek komunikačního procesu. Nejdříve je potřeba mluvčího, tzv. komunikátora, který sděluje danou zprávu, kterou si může zakódovat. Na protější straně stojí druhá osoba v podobě příjemce, tzv. komunikanta. Jedná se o osobu, pro kterou je daná zpráva určená. Komunikant by měl přijímanou zprávu dešifrovat a porozumět jí. Třetí důležitou složkou je zpráva, která je vysílaná, tedy komuniké. Dalším bodem je reakce, kdy komunikátor od komunikanta očekává zpětnou vazbu a může se přesvědčit o tom, zda byla odeslaná zpráva přijata a správně pochopena. Poslední, neméně důležitou

složkou, je tzv. situační kontext, při kterém dochází k vnímání situací, jak daná komunikace probíhá a v jakém se odehrává prostředí. V nesprávně zvoleném prostředí může změnit celý význam sdělení (2, 14, 24).

Každá naše informace může být sdělena slovní nebo psanou formou, tzn. verbálně. Slovní dorozumívání se datuje už od doby neandrtálské. Informace lze sdělit i mimoslovně - řečí těla. Takovému projevu říkáme neverbální komunikace. Ač si to mnohdy neuvědomujeme je verbální a neverbální komunikace ve vzájemné interakci a kooperaci (13).

1.1.2 Komunikace verbální

Verbální komunikací je myšleno dorozumívání jedné či více osob pomocí slov nebo znakových symbolů. Může být přímá nebo zprostředkovaná, která už není tak autentická a nemusí být přesná. Dále živá či reprodukováná. Komunikace jedné osoby se označuje samomluvou nebo tzv. vnitřní řečí. Využití mluveného slova je dáno např. kulturou a jazykem, pohlavím, věkem, vzděláním, inteligencí, vůlí (13, 18, 38).

Verbální komunikace má své zásady a specifika. U slovní komunikace se zaměřujeme na obsah řeči a doprovodné znaky slov, jako jsou tempo, hlasitost nebo vada řeči. Rychlost řeči je často daná tím, zda tématu rozumíme a známe ho. Hlasitost souvisí s tím, jakou zprávu sdělujeme, zda jde o něco radostného či smutného. Hlasitý projev bývá často vnímán jako nepříjemný a nadřazený. Tichý projev navozuje v příjemci velkou schopnost vnímání a soustředění. Může být problémem u nedoslýchavých osob nebo v místě rušivých elementů. Obzvláště nepříjemná bývá slovní vata. Slovní vatou jsou myšlena stereotypní slova, která se neustále opakují v jednotlivých větách a v jakémkoliv obsahu sdělení (18).

Mít správný slovní projev je umění. Častokrát se komunikátor nemůže vyjádřit nebo řekne i to, co nechtěl. Proto je důležité, aby byl projev jednoduchý a vztahoval se k dané skupině, pro kterou je určen. Pokud bude výklad určený pro laika, měl by být stručný a srozumitelný, aby příjemce zprávu pochopil. Je-li výklad určený pro zdravotníka, mohou se používat odborné výrazy. Důležitá je zřetelnost,

aby poslouchající osoba přesně pochopila, co se od ní očekává. Je vhodné zvážit, zda je správný čas na sdělování zprávy nebo vyčkat na vhodnější okamžik. Během rozhovoru je důležité vnímat postoj příjemce. Nemusí mu výklad vyhovovat, proto je třeba občas změnit postoj komunikátora, aby vytvořil pro svého příjemce co nejlepší podmínky. Častou bariérou bývá ostych a nedůvěra. Proto by se měl komunikátor představit, být milý, empatický a umět druhého pochopit. V jeho zájmu je navodit co nejpříjemnější prostředí pro komunikaci, aby měla smysl a splnila svůj účel (16, 37).

Řeč lidi spojuje, přináší nové informace, vytváří postoj, udržuje vzájemné vztahy mezi lidmi. I tak ale zaujímá pouhých 7% z celkové komunikace. Ústní komunikaci je třeba ovládat, ale není to jednoduché. Někteří se slovního projevu obávají, pro jiné je přímý kontakt důležitější a dokážou danou situaci lépe vyřešit okamžitou zpětnou vazbou dle postoje a řeči těla druhé osoby. Verbální projev nám prozrazuje jaký člověk je, zda je introvert, extrovert, jestli si je jistý svým projevem, zda se bojí. Umět správně slovně komunikovat je náročné, proto je důležité držet se zásad pro správnou komunikaci, aby byla úspěšná (37, 38).

Zejména v nemocnici, při interakci mezi pacientem a zdravotníkem je velmi důležité, aby si byl zdravotník jistý svým projevem, věděl a uměl správně komunikovat a usnadnil tím trápení a možné obavy pacienta (34).

1.1.3 Komunikace neverbální

Neverbální komunikace zastupuje přes 90% z celé komunikace. Je dána pocity člověka a ty jsou často lépe zprostředkovány řečí těla, než verbálním projevem. Verbální projev se dá nacvičit a předem připravit, to se u neverbálního většinou nepovede, protože si ho kolikrát ani neuvědomujeme. Někdy stačí neverbální komunikace místo slov a dojde ke stejnému, možná lepšímu pochopení ze strany komunikanta (1, 13).

Je ovlivněna kulturními vlivy, neboť totožná řeč těla může být v různých kulturách vnímána odlišně. U Masajů se vyjadřuje úcta plivnutím před nohy. To se o naší kultuře říci nedá, spíše má u nás naprosto opačný význam (5, 12).

Neverbální projevy jsou s těmi verbálními ve vzájemné interakci. Pokud člověk řekne, že jsou 2 hodiny a ještě k tomu ukáže dvojku na prstech, dojde k lepšímu zapamatování si sdělovaného. Dojde tedy k zesílení slovní zprávy. Dalším vztahem je odporování mezi komunikacemi. Člověk něco říká, ale řeč těla mluví opačně. Proto nelze nekomunikovat, protože i pouhým mlčením a mimikou dá člověk najevo, co si myslí. Někdy postačí řeč těla a ostatní pochopí, zda máme radost nebo s něčím nesouhlasíme. Pokud má komunikátor pocit, že je třeba zesílit vazbu, dodá k verbálnímu projevu ještě jiný podnět. Nedílným vztahem je regulace při verbálním projevu, kdy sledujeme řeč těla komunikanta. Neverbální komunikace o dané osobě mnohdy mnoho prozradí, ale ne vždy je tak konkrétní jako slovní projev. Pro každou profesi, kde jednáme s lidmi, je řeč těla velmi důležitá a je nutné umět s ní pracovat (1, 13, 37, 38).

1.1.4 Význam komunikace ve zdravotnictví

Každá profese má svoji specifickou komunikaci, při které dochází k navázání a rozvíjení kontaktu. Komunikace ve zdravotnictví je nezbytná pro vzájemnou spolupráci mezi pacientem a zdravotníkem. Je základ ošetrovatelské péče, součást každodenního života. Komunikace je určitý dar či dovednost, kterou lze zlepšit a zjednodušit určitými technikami. Zhoršení dovedností může nastat v závažných situacích, jako jsou nemoc, rozdílné schopnosti, neschopnost komunikovat či jiné bariéry. Nutné je respektovat komunikaci druhých a vždy ji zaměřit pro danou skupinu nemocných. Odlišně bude probíhat komunikace s dětským pacientem, s handicapovaným, se starým, nevyléčitelně nemocným a umírajícím. Každý komunikátor by měl mít určité schopnosti a dovednosti, aby danou informaci sdělil přesně tak, jak je žádoucí a dostal náležitou zpětnou vazbu (10, 30, 34).

Komunikace ve zdravotnictví je specifická, zaměřená na potřeby pacienta. Základním prvkem je rozhovor. Je důležité pacienta informovat o všem, co ho v nemocnici čeká, co se s ním bude dít, o rizicích vyšetření, o léčbě a dalším postupu, který vede k žádoucímu stavu pacienta (30, 34).

Zdravotnickou komunikaci sledujeme zejména ze tří aspektů. Jedná se o komunikaci mezi zdravotníky, mezi zdravotníkem a pacientem a mezi zdravotníky a veřejností. Komunikace mezi zdravotníky je nedílnou součástí každého výkonu, který zdravotník vykoná. Důležitá je interakce mezi všemi, kteří se o pacienta starají. Pacient se méně svěří lékaři, než sestře, se kterou je ve větším kontaktu a vytvoří si k ní důvěru. Velmi důležitý je tok informací mezi zdravotníky a veřejností. Zdravotníci pečují o pacienta podle svého nejlepšího vědomí a svědomí. Pokud dojde k úniku informací k veřejnosti, může být pacient v nebezpečí. Proto má každé zdravotnické zařízení své standardy, které se týkají řízení informací a komunikace (14, 29, 34).

Přesto, že profesionálem se zdravotník nerodí, ale stává se jím postupem času, musí mít znalosti správné komunikace a umět je uplatnit v praxi. Proto v dnešní době existuje nepřehledné množství kurzů, seminářů a školení pro zdravotníky. Nejčastějšími tématy jsou správná komunikace zdravotníka s pacientem, zásady správné komunikace a profesionální chování ve zdravotnictví. Zvláštní skupinou jsou potom odborné kurzy, které učí zdravotníky komunikaci s určitými skupinami, ať už s dětským pacientem nebo s pacientem umírajícím (33, 34).

U komunikace je žádoucí, aby měl pacient ke zdravotnímu personálu důvěru a neměl obavy, že dojde k úniku informací. Zdravotničtí pracovníci jsou vázáni povinnou mlčenlivostí, která je dána zákonem č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu (29).

1.1.5 Specifika komunikace sestry s umírajícím pacientem

Člověk je společenská bytost a komunikace je pro něj základním nástrojem. Umírání je ve společnosti spíše tabu. Vůbec hovořit o smrti a umírání je tabuizováno. Komunikant vnímá podle naší komunikace, jací jsme. Je jakýmsi obrazem toho, jak nás vnímá. Jak moc je komunikace důležitá, popsáno už bylo. O to je větší důraz kladen na komunikaci sestry s umírajícím pacientem. Správně vedená komunikace může ovlivnit psychický stav pacienta, zmírnit symptomy a tím zlepšit kvalitu života (30, 34).

Komunikace se liší dle kulturních a náboženských odlišností. Ještě na počátku 20. století běžně umírali mladí lidé i děti na dnes již banální onemocnění. Pro naše předky bylo téměř na každodenním pořádku setkání se smrtí. Uměli o ní hovořit,

zacházet s ní. Pro děti bylo běžné loučit se svými prarodiči, rodiči. V dnešním světě to běžné není. Je tedy smrt spíše záležitostí ve zdravotnickém zařízení, než v běžném domácím rodinném životě. Díky dnešnímu uspěchanému životu se potlačuje přirozenost umírání a smrti. Nebere se smrt jako přirozený konec našeho života. Proto i zdravotník může být při kontaktu s umíráním překvapený. Nemusí situaci zvládnout, ne však proto, že by nechtěl, ale proto, že se s ní ještě nesetkal. Díky dnešní medicíně nejčastěji lidé umírají na své vysoké stáří. Předpokládá se, že starší umírající pacient se vyrovnává se svojí smrtí snadněji, než pacient v produktivním věku. Taková situace je snadnější i pro zdravotníka (4, 35).

Sestra vnímá potřebu zachránit život pacienta. Uspokojuje jeho základní potřeby, které jsou v těchto chvílích zejména potřeba blízkosti, jistoty a bezpečí. Umírající touží zůstat důstojnou bytostí, chce prožívat den podle svých představ a snů. Zajímá se o svět mimo nemocnici, neustále myslí na své blízké. Sestra by se měla zajímat o tematiku umírání, smrti, komunikace, eutanázie, sdělování nepříznivé diagnózy a milosrdné lži. Pro sestru je komunikace s umírajícím velkou zátěží. Při setkání s umíráním se musí smířit s vlastní smrtelností, se smrtelností svých blízkých. Utváří si vlastní pohled na umírání, smrt a utrpení. Zvládnutí správné komunikace patří k profesionálním dovednostem, které jsou základem komplexní ošetrovatelské péče. Dříve se u nás uznávala pouze milosrdná lež. Literatura udávala, že by pacient pravdu neunesl. Psychologové však uvedli, že by pravdu o umírání neunesl spíše zdravotník. Smrt totiž může brát zdravotník jako terapeutickou prohru. Údajné selhání a bezmocnost ho může frustrovat. V západoevropských zemích se klade důraz na sdělování pravdy za každé situace, u nás se bere v potaz individualita pacienta ve sdělování špatných zpráv. Klade se důraz na to, kdy pravdu říci, kdo ji sdělí v jakém prostředí a jakým způsobem. Je zaujímaný prostor ohleduplné realistické péče. Podstatné je poskytnout pouze realistické naděje a dbát na paliativní péči (15, 25).

Rozhovor s umírajícím pacientem lze rozdělit na verbální a neverbální stránku. Hovořit s pacientem před jeho odchodem je velice náročné. Je vhodné posilovat pacientovu důvěru v lékaře a pomoc v oblasti paliativní medicíny. Umírající potřebuje vědět, že může zdravotníkům věřit, měl by být přesvědčen o tom, že všichni pro něj

dělají jen to nejlepší, že nikomu není lhostejný. Chce vědět, že nebude mít bolesti a bude o něj postaráno. Důležité je snažit se, aby umírající přijal nepřijatelné. Neverbální stránka rozhovoru je častěji důležitější, než ta verbální. Pro umírajícího je častěji důležitější pouhý dotek, upřímný pohled do očí, celkový postoj, výraz obličeje. Málokterý obor je v tomto ohledu tak důležitý, jako profese sestry. Vždyť pouhý úsměv může pacientovi zlepšit náladu a zmírnit utrpení. Naproti tomu může nevhodná mimika pacientovi ublížit. Komunikaci s umírajícím můžou usnadnit zásady a poukázání na chyby, kterých bychom se měli vyvarovat (15, 27, 36).

1.1.6 Zásady efektivní komunikace

Umírající má právo znát pravdu o svém zdravotním stavu, informace však podává pouze lékař. Mezi všeobecné zásady správné komunikace mezi sestrou a pacientem patří představení se správným profesním zařazením. Není na škodu pacienta informovat, co je v našich kompetencích a co všechno jsme schopni pro něj udělat, popřípadě mu zavolat lékaře, pokud bude potřebovat. Vhodné je oslovovat pacienta jeho příjmením, je důležité příjmení správně skloňovat, pokud si nejsme jisti, pacienta se zeptáme, jak ho máme oslovovat. Bude to pro pacienta určitě přijatelnější, než kdybychom ho oslovovali nesprávně (2, 4, 14).

Sestra by měla být upravená, nevýrazně nalíčená, mít krátké nenalakované nehty, bez šperků, s čistou uniformou a identifikační cedulkou se svým jménem a oddělením, na kterém pracuje. Takováto úprava je součástí slušného chování. Důležitý je vhodný přístup a profesionalita, na pacienta netlačit, mít na něj dostatek času a dát mu prostor pro dotazy. Mezi zásady správného rozhovoru patří klidné prostředí a vhodná denní doba. Většinou je pacient schopný lépe reagovat v dopoledních hodinách, než odpoledne a večer. Je vnímavější, odpočínutý a schopnější lépe myslet a uvažovat. Rozhovor sestra naplánuje tak, aby o něm pacient předem věděl a mohl se na něj připravit. Řekne mu tedy, co od něj očekává a jaké bude téma rozhovoru. Vstřícnost dá sestra najevo svým postojem. Mnohem příjemnější bude, když se k rozhovoru posadí, může se tak komunikantovi dívat přímo do očí, který bude mít pocit, že jsou k sobě blíž a že ji může věřit. Respektujeme záměrnou lež a dokážeme

ovládnout své sympatie či antipatie. Komunikace je důležitý proces a priorita, která při jeho zvládnutí může nemocnému zkrátit utrpení, zbavit ho bolesti a celkově zlepšit kvalitu života v jeho posledních chvílích. Důležitá je komunikace s pacientem v agonii, byť je velmi náročná. Nejdříve bude sestra vycházet ze svých základních komunikačních dovedností, ale později jí k efektivnosti rozhovoru nebudou stačit. Důležité je vypořádání příčin problémů v komunikaci. Neboť i nekomunikace je druh komunikace. Pacient s námi buď nechce mluvit, nebo nemůže. Zejména u cizinců je důležité mít dostatek času na rozhovor. Snažíme se najít společný jazyk. Je dobré, pokud sestra ovládá nejdůležitější fráze cizího jazyka, umí pacienta pozdravit jeho mateřským jazykem. Pacient má pocit, že se sestra snaží a není jí lhostejný. Pokud není možná komunikace mezi pacientem a zdravotníkem, je nutné zajistit tlumočníka, aby pacientovi nebyly dělané úkony proti jeho vůli a aby věděl o své diagnóze, postupu léčby a prognóze. Je vhodné se předem informovat, jaké má rituály, náboženství a společenské konvence a snažit se najít vhodný způsob dorozumívání a nejlepší způsob řešení daného problému s ohledem na etické, etnické i kulturní zvláštnosti. Soulad verbální a neverbální komunikace mezi sestrou a cizincem hraje v dnešním multikulturním ošetrovatelství velkou roli (2, 5, 12, 22, 30).

Sestra musí umět přijímat citové projevy obav, úzkostí a strachu, respektovat a poskytovat mu pomoc. Aplikovat nedirektivní rozhovor. Používat neverbální komunikaci a dávat si pozor na přehnané projevy. Přístupovat individuálně, zvolit vhodný způsob komunikace. Není vhodné odhadovat čas, který pacientovi zbývá. Nemluvit o úzkosti, strachu a bolesti. Být nápomocní, taktní a empatictí k rodině, komunikovat s ní i po smrti nemocného. Mezi chyby lze zařadit opačné jednání zásad pro správnou komunikaci s umírajícím. Zejména sem řadíme devalvační chování. V komunikaci sestry s umírajícím je vhodné hledat vhodná slova a dodržovat zásady a posloupnosti správné komunikace (9).

Naslouchání je důležitá schopnost, kterou musí sestra umět ovládat. Stejně tak jako empatie, která patří mezi nejzákladnější vlastnosti sestry. Bez empatie by nebyla komunikace mezi sestrou a pacientem možná. Pro pacienta je vnímání nemoci snazší, když si ji ostatní dokážou představit a mluví s ním o ní. Stejně tak nemocný potřebuje

i ve svých nejtěžších chvílích cítit úctu a porozumění. Důležité je slovní vyjádření pochopení, projevení osobního zájmu o nemocného, přímý kontakt a také zůstat u tématu, které nemocný navodil (20, 39).

Zvláště důležité je navázání důvěry rodičů v péči o dítě v terminálním stádiu. Pokud si najdou zdravotníci k rodičům tu správnou cestu, dítě to vycítí a věří jim. Zpravidla bývá rodině a nemocnému dítěti umožněno obklopit se v pokoji věcmi, které má rádo, jako jsou hračky, vlastní povlečení a podobně. Umožnění hospitalizace rooming - in, by měla být samozřejmostí. Umírání dítěte je pro rodiče velkou zátěží, je důležitý psychologický přístup a vhodná komunikace. Je však i velkou zátěží pro zdravotníky. Vyrovnat se s tím, že nikdo nemůže pro záchranu malého dítěte nic udělat, je velmi stresující. Komunikací mezi rodiči a personálem, lze nabrat trochu síly. Je však důležité dávat pouze realistické naděje a nazývat věci pravými jmény, jen tak se s tím rodiče a zdravotnický personál mohou vyrovnat. Je důležité vědět, že dítěti nikdy nelžeme, jen mu věci vysvětlujeme vzhledem k jeho zralosti. Podporujeme jeho fantazii, poukazujeme na jeho oblíbené kreslené postavičky a dbáme na zpětnou vazbu. Používáme krátké a srozumitelné věty. Pokud jsou rodiče přítomni, což je pro dítě velmi důležité, nevyčleňujeme dítě z rozhovoru. Sestra aktivně vyhledává, za co může malého pacienta chválit. Pozor na příliš velký autoritativní přístup a devalvací. Dítě je velmi vnímavé a potřebuje lásku a laskavý přístup (6, 19, 26).

1.1.7 Role sestry v komunikaci s umírajícím

Úkolem sestry by mělo být umět jak s psychickou, tak s fyzickou zátěží pracovat. Může vyhledat odbornou literaturu, kurzy, semináře, psychologa, rady od zkušenějších. Hlavně musí stále zůstat člověkem, sestrou, která bere svou profesi jako poslání od Boha a je tu pro pacienta vždy, když potřebuje pomoci, je mu oporou a je mezi nimi vzájemná spolupráce (21, 28).

Musí neustále rozvíjet dovednosti a znalosti v péči o umírajícího. Zaujímá holistický přístup v péči o pacienta a jeho blízké. Komunikuje otevřeně, ale citlivě a pozorně a snaží se dělat všechno proto, aby zlepšila umírajícímu kvalitu života. Zejména sleduje pacientovy příznaky nemoci a její projevy. Do ošetrovatelského plánu

zahrnuje pacienta i jeho rodinu. Domlouvá se s nimi, jak bude péče probíhat, aby to bylo pro všechny strany přijatelné. Pokud je to možné, může se prostředí pokoje upravit tak, aby pro pacienta bylo co nejpříjemnější. Svůj čas sestra věnuje pacientovi a jeho rodině a zprostředkovává pro ně co nejlepší péči. Sestra naslouchá umírajícímu a věnuje se jeho aktuálním potřebám (20, 35).

Je součástí celého multidisciplinárního týmu. Sleduje symptomy, aby mohla aktuálně reagovat a informovat lékaře. Poskytuje kvalifikovanou péči podle svých nejlepších schopností a dovedností. Rodině poskytuje podporu, informace a rady, které jim pomáhají situaci lépe zvládnout. Dodává jim praktické dovednosti a emocionální podporu. Je povinna vést pečlivě a pravdivě zdravotnickou dokumentaci. Podání informací je velmi důležité proto, že rodina nemusí vědět, jak se v takovém okamžiku chovat, jak s umírajícím komunikovat. Je důležité, aby rodina věděla, zda má umírající bolesti a jaké jsou možnosti tišení, jak umírání probíhá a co je čeká po jeho odchodu. Sestra má zkušenosti a ví, jak se o umírajícího starat, to o rodině platit nemusí. Proto je vhodné ji informovat o všem, co se s pacientem denně dělá. Podrobně popsat hygienickou péči, podávání stravy, aplikaci léků a používání pomůcek. V případě, že rodina pečuje o umírajícího v domácím prostředí, informace a věcné rady jistě ocení (15, 20).

Emocionální podpora je důležitá, proto sestra musí zvážit, jak v dané situaci jednat a jakou zvolit nejvhodnější pomoc pro umírajícího i jeho rodinu. Většina příbuzných se nemůže vyrovnat se změnami, které pozorují u svého nejbližšího, který umírá. Je proto zapotřebí informovat je o mentální stránce a změnách, které jsou při umírání běžné. U rodiny může dojít k velkému truchlení ze ztráty někoho blízkého. Není výjimečné, že u rodin umírajícího dochází k rozporům nebo naopak k zázračným spojením. Sestra by měla umět včas reagovat na danou situaci a umět rodině pomoci se zvládnutím tak náročné situace (4, 8).

Sestra edukuje, doporučuje. Informuje o prevenci. Umožňuje pacientovi dostatečný klid. Je aktivní, komunikativní, empatická, vstřícná a profesionální. Syndrom vyhoření, burn out efekt, se může objevit kdykoliv v profesi sestry, neboť je

velmi těžké starat se o druhé. Důležitost péče je v paliativní péči. Hospic je zařízení, které se paliativní péči věnuje (19, 35, 39).

Rodina by měla vědět, že může požádat o konzultace se zdravotníky a sociálními pracovníky, aby znala dostupnou literaturu a fáze umírání, naučila se hodnotit bolest, uměla rozpoznat symptomy blížícího se konce, zvládala relaxovat a cítila v nás emocionální podporu (15, 20).

1.2 Komunikační dovednosti

Základ porozumění se k veřejnosti dostává až v 60. letech minulého století po uveřejnění knih o řeči těla. Poznatkům neverbální komunikace, z které řeč těla vychází, se v této době věnuje mnoho autorů. (3, 16).

1.2.1 Řeč těla

Člověk jako individualita zaujímá svůj vlastní postoj, držení těla, gesta, mimiku, gestikulaci. Řeč těla dokáže mnoho prozradit, proto je dobré vědět, jak s řečí těla pracovat a umět v ní číst. Zdravotník si všímá pacientových signálů a může rozpoznat, zda ho něco bolí, má strach nebo se cítí lépe. Řečí těla se rozumí upřímný vnitřní pohled, který si nemusíme uvědomovat. Je většinou součástí prvního dojmu, protože pozorujeme zaujímané teritorium, gesta, postoje a signály pozorovaného (3).

Mimikou chápeme napodobování nebo představování, je významným článkem neverbální komunikace, divadelních představení a pantomimy. Mimika je výraz tváře, který vzniká stahem obličejových svalů. Může být vědomá i nevědomá. Výraz v obličejí může prozradit chování v podobě kývnutí nebo úsměvu, také ale vůlí neovlivnitelný výraz při kýchnutí nebo kašli. Ostatní výrazy jsou spojené s našimi pocity, kdy se obličej při úsměvu rozzáří, při pláči rozesmutní, při vzteku a zlosti sraští čelo a našpulí rty. V nemocnici může sestře výraz pacientova tváře mnoho prozradit. Proto by se mu

měla intenzivně věnovat a sledovat, zda mimika odpovídá verbálnímu projevu (3, 10, 14).

Haptika je zdrojem neverbální komunikace, která je zprostředkována doteky, jež jsou dány kulturou a vztahy mezi lidmi. V přátelském a milém prostředí je běžné podání ruky, polibek na tvář nebo poplácání po ramenu jako důkaz důvěry, odhodlání nebo pozdravu. V opačném prostředí jsou doteky méně časté. Význam doteku je daný tím, jak je proveden. Facka nebude signalizovat přátelství, tak jako polibek nesignalizuje nepřátelství. Haptikou rozumíme nabídnutí rámě, pohlazení pacienta. Důležitá je basální stimulace, kterou lze využívat v běžné ošetrovatelské praxi a má pro pacienta velký význam. Basální stimulací může sestra pacienta vhodnými doteky navodit ke spánku nebo ho stimulovat ke spolupráci. Umírající vnímá haptiku pozitivně, proto by s ní sestra měla umět zacházet a být profesionální, neboť ji může uplatnit v každé ošetrovatelské péči (9, 16, 18, 34).

Proxemikou rozumíme prostorové chování a vzdálenosti, které označují jaký vztah mezi lidmi je. Prostorové vzdálenosti jsou čtyři základní. Nejjobecnější prostor je veřejný, který je nad 3, 5 metru. Menší prostor vzdálenosti je prostor společenský, který je zaujímán mezi cizími lidmi a to asi od 1,2 m – 3,5 m. Vzdálenost 0, 5 – 1, 2 m zaujímáme u osob, které známe, jedná se o osobní prostor. Vzdálenost menší je vyhrazená pro náš intimní prostor, který je pro nás nejdůležitější. Člověk si tento prostor velmi střeží a dovolí si do něj pozvat pouze partnery, rodinu nebo přátele. Sestra musí odhadnout vhodnou vzdálenost mezi sebou a pacientem, i když při ošetrovatelské péči musí být využita prostorová vzdálenost především praktická (16, 38).

Posturologie se zabývá celkovým držením těla, zaujmutím polohy v prostoru, náklonem hlavy, polohou končetin a celkovým postojem člověka. Znalosti z tohoto oboru nás velice často informují o obtížích pacientů - chůze, držení hlavy a celkový postoj (16, 38).

Gestika a kinezika také patří do řeči těla. Gestika jde ruku v ruce s verbálním projevem. Jedná se o záměrné i nezáměrné pohyby rukou, nohou a hlavy. Gesta jsou podmíněna kulturou a mezi lidmi byla zařazena prvotněji, než verbalizace. Gesty

můžeme dokreslovat danou zprávu, která bývá mimotechnickou pomůckou, která se vybaví lépe, než verbální projev. Gesto může být projevem chování a postojů. Vztyčeným palcem lze ukázat, že je něco správně a palcem dolů, že je něco v nepořádku. Kinezika se zabývá pohyby těla. Gestika a kinezika pacientů nás může upozornit na neklid a agresivitu pacienta. Určitá gesta jsou známkou bojovnosti, připravenosti, ale také oddanosti (16).

Pohledy, oční kontakt. Oči jsou nejdůležitějším signálem neverbální komunikace. Očima můžeme sdělit informaci stejně tak, jako ji můžeme přijmout. Zrakový kontakt je velice důležitý, dává nám najevo, jestli je dotyčný upřímný. Oči mohou prozradit naše myšlenky a pocity. Komunikace z očí do očí je upřímná, ale uhrančivé oči nás mohou znervóznit natolik, že se očnímu kontaktu vyhneme. Pohledy a oční kontakt jsou podmíněny kulturou a danou situací. Ve společnosti může dlouhý oční kontakt působit vyzývavě a být považován za flirt. V nemocnici je oční kontakt mezi zdravotníkem a pacientem nezbytný a je základem pro navázání úspěšné komunikace. U některých očních vad nelze oční kontakt udržet. Při sledování vědomí nás zajímá stav zorniček, který prozradí stav mozku. Má tedy velký význam pro zdravotníky a pro záchranu pacientova života (14, 16, 34).

Chronemika zkoumá člověka a jeho zabývání se s časem, zda je dočvilný či nikoliv, zda umí s časem hospodařit. Sestra může sledovat, jak pacient se svým časem nakládá, zejména u pacientů umírajících. Kolik času věnuje sobě, ostatním a kolik svým problémům. Starý člověk hospodaří s časem úspěšněji a smysluplněji, než člověk mladý. Ve stáří čas rychleji utíká. Sestra se často setkává s pacienty, kteří si chtějí povídat a potřebují kontakt, proto i ona musí umět hospodařit s časem, aby zvládla svou práci a měla čas se pacientům věnovat (16, 34, 38).

Paralingvistika se zabývá jevy, které se týkají verbální komunikace, při které si všímáme tónu, hlasitosti a intonace řeči. S pacientem musí sestra mluvit srozumitelně a přiměřeně rychle. U umírajících se může sestra setkat s neporozuměním řeči, proto musí být trpělivá a najít co nejpřínosnější způsob komunikace (5, 16, 18).

Grafologie pracuje s písmem pisatele, dokáže určit podle písma zvládání zátěžových situací, osobnost nebo smysl pro pracovitost. V dnešní době je velmi

oblíbená a využívaná. Většina životopisů se píše ručně a dává se zpracovat grafologem, který je schopen něco říci k osobnosti pisatele (14, 38).

1.2.2 Komunikační bariéry umírajícího pacienta

Úspěšnou komunikaci můžou často provázet bariéry na straně pacienta i zdravotníka. Zdravotnický pracovník musí umět s jednotlivými bariérami pracovat a respektovat je. Umírajícího přijímá se všemi projevy a nehodnotí je, snaží se je pochopit. Je vhodné volit správné formulace slov, aby měl pacient pocit, že ho chápeme a chceme mu pomoci. Vhodné je používat reflexi, sebereflexi a zpětnou vazbu, abychom si byli jistí, že pacientův problém chápeme přesně tak, jak ho vnímá on sám. Co je pro sestru samozřejmostí, pro pacienta může být tabu. Umírající pacient nám často klade otázky, na které neznáme odpověď. Je vhodné narovinu vyslovit, že ho chápeme, ale ani my odpověď neznáme. Pacient má pocit, že má stejné chápání jako my a nejsme mu nadřazení. Umírajícího vždy posuzujeme jako individualitu a jedinečnost. Nikdy se nemůžeme chovat ke každému stejně, neboť někdo potřebuje vlídné slovo, jiný spíše direktivní jednání (20, 24).

Bariér může vzniknout nespočet. Je však důležité zamyslet se nad jejich vznikem. Jsou bariéry, které dokážeme ovlivnit. Řadíme mezi ně náš vlastní zájem o umírajícího a celkový náš projev k němu, okolní prostředí nebo navození důvěry. Sestra musí určit, zda je umírající schopen porozumět danému obsahu sdělovaného, mluvit srozumitelně, pomalu a nepoužívat nemocniční žargon. Neovlivnitelné bariéry jsou spojené s nemocí umírajícího, s bolestí, kterou můžeme tlumit, ale nemusíme ji úplně odstranit. Důležitou roli zde hrají celkové somatické a psychosociální projevy stáří, kdy může být geriatrický pacient zapomnětlivý, nedůvěřivý, nedoslýchavý, mít oční vadu, sensorické deprivace, poruchy řeči a bojí se svěřit se svým problémem. Somatické projevy jsou většinou dobře diagnostikovatelné, s těmi psychickými, psychosociálními a kognitivními je to o něco horší. Umírající se často uzavrou do sebe, mají strach z budoucnosti, bojí se bolesti, mají strach ze ztráty kontroly nad sebou samým. Neopomenutelným problémem jsou multikulturní a interkulturní bariéry, kdy mluví pacient jiným jazykem nebo nedokáže porozumět naší kultuře. Proto musí

mít sestra výborné komunikační schopnosti, aby uměla pacientovi pomoci v jeho nejtěžších chvílích a dokázala ho zbavit zbytečných obav a dala mu reálnou naději (5, 10, 14, 30, 34).

1.3 Umírání

Umírání je přirozený proces lidského života. Mohou ho doprovázet fáze - agonie, klinická smrt a biologická smrt. V agonii dochází k multiorgánovému selhávání, organismus ztrácí svoji sílu, ochabuje, ale jsou zachovány vitální funkce. V klinické smrti dochází k selhávání základních životních funkcí. Biologickou smrtí rozumíme smrt mozku (4, 8, 15).

1.3.1 Základní potřeby umírajících

Uspokojení biologických, psychických, sociálních a spirituálních potřeb je základním nezbytným předpokladem pro umírajícího pacienta. Musí být zajištěná kvalitní lékařská a ošetrovatelská péče. Umírající potřebuje cítit, že není na svoji nemoc sám. Má své soukromí, chce s druhými komunikovat, mít u sebe své blízké. Potřebuje hovořit o své nemoci a o svém zdravotním stavu pravdivě, i když si zachovává naději. Nemocnému pomáháme hledat smysl života a odpovědi na jeho otázky. Má potřebu vyjádřit své pocity úzkosti, strachu, beznaděje, bolesti a utrpení. Potřebuje se ujistit, že jeho rodina zvládne zármutek a bolest ze ztráty blízkého člověka. Měl by vědět, jak umírání a samotná smrt probíhá, aby neměl zbytečné obavy z nepoznaného. Umírání je velmi složitý proces, se kterým se sestra často setkává (15, 28).

Pacient má základní tělesné fyziologické potřeby, potřebu jistoty a bezpečí, seberealizace, sociální potřeby, potřebu ocenění a uplatnění, porozumění a vědění a v neposlední řadě potřebu krásna. V období pre finem, tedy před smrtí, je důležitá haptika. Ale ne pokaždé chce pacient, abychom jej drželi za ruku, pohládili ho po tváři. Sestra by měla umět vycítit, zda je vhodný okamžik na lehký dotek ruky nebo raději

vyčkat na vhodnější okamžik. Potřebuje zůstat sám sebou, být se svojí rodinou, uzavřít si svůj život. Chce odpustit, mít naději, lásku a pochopení (15, 23, 31).

1.3.2 Umírající z pohledu sestry

Mnoho lidí si přeje, aby umřelo ve spánku. Při činnosti, kterou mají rádi nebo v oběti svých milovaných. Pokud už by měl nastat akt umírání, měl by být co nejkratší, bez bolesti. Lidé chtějí být v dobré fyzické i psychické kondici. Poslední fáze umírání se z klinického hlediska nazývá terminální stádium (7).

Umírající velmi často a dlouze spí, je obtížné jej probudit. Jindy je zase většinu dne neklidný, chce vstávat a odejít domů. Pokud bychom zvolili nevhodný způsob chování k nemocnému, může být plačtivý, zlý až agresivní. Neorientuje se v místě, čase a prostoru. Vtahuje nás do svého světa, kde vidí zemřelé lidi, mluví s nimi a těší se na ně. Většinou nemocný svůj blízcí se odchod vycítí, mluvíme s ním o něm, pokud chce. Záměrně se nevyhýbáme odpovědím. Sestra, která s umírajícím sdílí jeho poslední cestu, by se měla chovat profesionálně, pacientovi pomáhat a podporovat ho i v těch nejtěžších chvílích. Potřebuje to. Kolikrát nechce vidět lidi, které má rád. Straní se všemu a všem. Stává se, že pacient krátký čas před smrtí zmobilizuje všechny svoje síly a dojde k náhlému zlepšení. Má chuť k jídlu, chce chodit, komunikuje, čte si, kouká se na televizi, je zaplaven optimismem. Pokud má nějaké přání, je nejvhodnější doba na jeho splnění, neboť mu může zbývat do jeho odchodu jen několik hodin či dní (7, 31).

Pomalou odcházející pacient ztrácí potřebu jídla a pití, což je někdy složité pochopit. Rodina svému blízkému nosí jeho oblíbená jídla, zákusky a sladké vody. Málokdy si dokážou připustit, že energii, kterou z jídla dostávají, už vlastně nepotřebují. Pacient leží, nehýbe se a nechce přijímat stravu. Z pevné stravy vyloučí postupem času téměř všechno a dává přednost stravě tekuté či mleté. Pacient je slabý, ale nechce jíst, protože je to pro něj přirozené. Rodina si často vyžádá infuzní terapii. Měla by být informovaná, že může být nežádoucí, zasahuje do organismu umírajícího, který chce odejít a může mu způsobit určité komplikace. Pokud nechce umírající pít, může mu sestra zvlhčovat rty nebo dávat kostky ledu do úst (15, 20, 31)

1.3.3 Sestra a pacient v paliativní péči

1.3.3.1 Bolest

Je velmi častá u pacientů v terminální fázi onemocnění. Trpí jí skoro tři čtvrtiny pacientů. Je subjektivní a jedná se o nepříjemný pocit způsobený poškozením tkáně. Bolest dokáže pacienta vyčerpat psychicky i fyzicky, zvyšuje se mu práh vnímání bolesti. Při léčbě bolesti musí být kladen důraz na psychické, fyzické, sociální a spirituální jevy, které pacienta obklopují. Pokud bolest přetrvává i při nefarmakologické léčbě, do které řadíme například rehabilitaci nebo pastorizační péči, musí lékař předepsat léky na bolest a léky, které snižují symptomy onemocnění. Začíná se od slabých analgetik až po silná, mezi které řadíme analgetika opioidního typu. Velký význam mají ambulance bolesti, kde dokážou bolest odstranit nebo ji alespoň zmírnit. Zjišťuje se intenzita, lokalizace, kvalita a trvání bolesti. Je důležité, aby bolest pacienta nebudila ze spánku a mohl v rámci možností fungovat. U pacientů se sleduje VAS, což je vizuální analogová škála bolesti. Pacient na ní může určit pomocí stupnice od jedné do deseti, jak bolest vnímá. Pacient dostává jen takové množství léků, které mu stačí ke zvládnutí bolesti. Užívání analgetik s sebou přináší mnohá rizika nežádoucích účinků. Řadíme sem zácpu, průjem, nevolnost, zvracení, ospalost, zmatenost, svědění a útlum některých orgánových center. Důležité je, aby sestra věřila pacientovi, že ho něco bolí. Nemocný může svoji bolest považovat za trest, proto je důležité, aby věděl o možnostech jejího tišení. Všechna opatření by měla vést k tomu, aby pacient neměl bolest vůbec nebo došlo alespoň k jejímu zmírnění na možnou snesitelnou mez (7, 11, 15, 31).

1.3.3.2 Tělesné změny a jejich projevy

S blížící se smrtí mohou nastat tělesné změny. Orgánové soustavy ztrácejí svoji funkčnost, ochabují. Vitální funkce se snižují a mění. Snižuje se svalová síla, krevní tlak, pulz. Dech může být povrchní mělký nebo naopak prohloubený. Akrální části těla můžou být studené, tvář je tzv. Hippokratovská, kdy se celý obličej zašpičatuje, vystupují lícni kosti, nos a brada, oči jsou zapadlé. Změny jsou i ve smyslových

funkcích, kdy dochází ke zhoršení zraku, k nedoslýchavosti, poruše čítí. Pacient v agonii ztrácí vědomí, dochází k multiorgánovému selhávání, zdravotní stav se nezlepšuje, nýbrž neustále zhoršuje. Pokud je pro pacienta léčba nežádoucí, může se zrušit, ale nikdy se nesmí přerušit péče. Kůže je bledá a naředlá. Bývá orosená studeným potem, může prosakovat tekutina kůží. Má sucho v ústech, obtížně polyká. Pacient má sníženou schopnost koncentrace a pozornosti. Klesá denní diuréza, pacient může mít zácpu nebo průjem (7, 15, 15, 28).

1.3.4 Umírající pacient

Pečování o umírajícího pacienta je pro sestru nejsmutnější část ošetrovatelské praxe. Narození člověka je start do života, smrt je posledním cílem. Lidský život je členěn do několika etap. První a poslední bývá nejnáročnější. Člověk ví, že se k cíli jednou dostane, ale nemusí to pro něj znamenat žádné vítězství. Cestě k poslednímu cíli může předcházet několik fází, ty nejznámější uveřejnila roku 1969 MUDr. Elizabeth Kübler - Rossová (15, 28).

Je důležité, aby sestra rozpoznala, v jaké fázi se terminálně nemocný nachází, aby mu mohla pomoci. Délka i intenzita může být rozdílná. Závisí na tom celkové projevy nemoci, zda má pacient obtíže či nikoliv. Fáze se mohou měnit, střídat, některé se nemusí dostavit. Jiné fáze mohou být velmi prohloubené, prožívané a složité. Umírající pacienti prožívají fáze umírání rozdílně. Každému trvá různě dlouhou dobu, než se se svojí smrtelností smíří. Někdo se s ní smíří okamžitě, někomu to trvá déle a někdo se s ní smířit nedokáže. Sestra by svou péčí a starostlivostí měla dosáhnout toho, aby se umírající dostal do fáze smíření (7, 26, 28).

1.4 Fáze umírání podle Elisabeth Kübler - Rossové

1.4.1 První fáze - šok, popírání a izolace

Reakce pacientů na sdělení o terminálním stádiu jeho nemoci jsou různé. Většina umírajících si pomyslí, že to není pravda, že se jich to netýká, jsou v šoku, popírají své onemocnění a symptomy, nechtějí spolupracovat, uzavřou se do sebe, pláčou a nestojí o žádnou léčbu. Myslí si, že zpráva od lékaře je mylná. Přemýšlejí, kde by mohlo dojít k selhání ze strany zdravotnického personálu. Nemocný je často pod velkým psychickým tlakem, neumí se ovládat a je agresivní. Chování pacienta může být ovlivněno jeho celkovým stavem, výchovou, mentalitou, věkem nebo prostředím, ve kterém se nachází. Sestra musí umět pacientovi naslouchat, být mu oporou a zajistit jeho bio-psycho-socio-spirituální potřeby. Měla by se mu věnovat v každé svojí volné chvíli, aby zjistila, co ho trápí a z čeho má obavy. Pacient se nemusí chtít bavit o své nemoci, protože ji stále nepřijal. Myslí si, že se ho netýká. Často se může izolovat a nemá potřebu komunikace, proto je důležité, aby s ním byla rodina v kontaktu, mohla ho navštěvovat a zajímala se o něj. Pacient se nejraději svěří někomu, komu důvěřuje, z koho cítí lásku a na koho se může spolehnout. Důležité je, aby rodina věděla, jak má se svým blízkým komunikovat a pomohla mu přijmout terminální stádium. Může se stát, že pacient umírá ve fázi popírání své nemoci, ale většina terminálně nemocných tuto fázi po nějakém čase opustí a dostanou se do jiné fáze. Jindy se s ní smíří hodinu před smrtí. Není však vyloučeno, že se opět nevrátí do fáze šoku, popírání a izolace. Není snadné pacienta přesvědčit, aby svoji nemoc přijal, ale správným přístupem a komunikačními technikami je větší šance na to, že si získáme pacientovu důvěru a pomůžeme mu přijmout nevyhlášené onemocnění (4, 8, 11, 25, 26).

1.4.2 Druhá fáze - agrese, zlost

Pokud si pacient uvědomí, že informace o jeho nemoci jsou pravdivé, může přejít do fáze agrese a zlosti. V této fázi musí sestra přijmout pacienta se všemi projevy agrese a zlosti. Nemocný už tedy svůj stav nepopírá, ale nechce uvěřit, že je nemocný

zrovna on. Poukazuje na osoby, které jsou zdravé. Říká si, že si takovou diagnózu nezasloužil. Nemocný si uvědomuje, že je nemocný, ale nedokáže se s touto skutečností smířit. Proto může být rozmrzelý, rozpačitý, smutný, zlý, vzteklý až agresivní. Mohou se projevit pocity nenávisti. Sestra musí být opatrná při kontaktu s takovým pacientem, ale nesmí se mu vyhýbat ani přejít do obranné fáze. Hospitalizace na pacienta působí nedůvěryhodně, protože lékařům ani sestřám nevěří. Přijde mu, že nikdo neví jak ho léčit, všechna vyšetření jsou v nedohlednu a nikdo pro něj nemá pochopení. Sestra se musí obrnit trpělivostí, neboť může pacient dávat najevo své antipatie. Ale na druhou stranu si ji k sobě může často přivolávat signalizačním zařízením, bude si stěžovat a nebude spokojený s čímkoliv, co udělá. Pokud sestra zvládne danou situaci svoji empatií a trpělivostí, může si pacienta získat pro spolupráci. Člověk, který zjistí, že je v terminálním stádiu onemocnění, musí zaujmout některý z obranných mechanismů. Sestra se musí vžít do jeho role. Je nemocný, nemůže pracovat, má bolesti a ví, že umírá. Uvědomění si této situace by mělo sestře pomoci pochopit pacientovy projevy. Rodina i personál musí být neoblomní a neustále zůstat na straně umírajícího, protože pokud by zaujali obranný postoj a snažili se mu vyhýbat, danou zlost tím mohou ještě prohloubit (4, 8, 11, 25, 26).

1.4.3 Třetí fáze - smlouvání

Není tak časté, trvá krátký čas, ale je stejně důležité jako ostatní fáze. Zprvu pacient nedokázal přijmout fakt, že je vážně nemocný, ale v tomto okamžiku je schopen ho přijmout pod podmínkou dohody, kterou si sám určí. Ví, že umře, ale hledá časové horizonty, kterých se musí dožít. Potřebuje vědět, že jeho děti budou zajištěné a dostudují, chce se dožít jejich svatby, vnučat. Jde o jakýsi slib, který dá pacient zdravotníkům i své rodině. Častokrát si určí jeden cíl, kterého když se dožijí, jsou spokojeni. Zanedlouho si dají nový cíl a potom další a další. Přistoupí na svoje onemocnění, když budou schopni ještě alespoň jednou udělat něco, co je v životě naplňovalo. Touží si zazpívat, jít na operu, do divadla, vzít děti do zoo. Fáze smlouvání může být spojena s pocitem viny. Umírající může za určité věci, které v životě udělal či neudělal, pociťovat vinu. Chce jít s dětmi do zoo, protože se jim tolik nevěnoval. Chce

jít alespoň ještě jednou na operu, protože ji vždy miloval, ale v poslední době ji zanedbával nebo se nepohodl se svým synem, proto se chce zúčastnit jeho svatby, aby se usmířili. Tíže viny může růst s dalšími kompromisy. Mnohdy má pacient velký strach, že bude za svoje chyby potrestán. Jindy se trest stane jeho přáním. Nestává se pokaždé, že by sestra věděla pacientův slib, neboť svůj slib často uzavírá s Bohem a drží ho v tajnosti. Rozmlouvá s Bohem a dává si tak naději na smíření se s nemocí. Za to chce protislužbu. Chce se dožít nějaké události, která je pro něj klíčová. Právě proto, že pacient o svém smlouvání nemusí mluvit, je velmi složité ho rozpoznat. Často ho rozpozná duchovní, psycholog, ale také sestra, která tráví s pacientem hodně času a komunikuje s ním (4, 8, 11, 25, 26).

1.4.4 Čtvrtá fáze - deprese

Pacient prochází určitými fázemi, kdy nakonec přistoupí na operační zákroky, záření, chemoterapii a na léčbu celkovou. Tato skutečnost ho může velmi vyčerpávat. Tím, že se podvolil léčbě, mohl ztratit své zaměstnání, je tedy bez finančních prostředků. Nechá se hospitalizovat, ale nemá se mu kdo postarat o jeho děti. Terminálně nemocný může pociťovat, že se blíží smrt, neboť má bolesti, nachází se ve finanční krizi, může mít rodinné problémy. Tím, že si tuto skutečnost uvědomí, cítí naléhavost vyřešit si svoje problémy. Chce se majetkově vyrovnat se svými blízkými, urovnat si všechny svoje spory, připravuje se na svůj odchod, loučí se se světem. Pacient podstoupí nutnou léčbu, ale i po ní má bolesti a ubývají mu síly. Proto se umírající dostávají do fáze deprese, kdy jsou vyčerpaní, mají zhoršené symptomy onemocnění, jsou smutní, plačtiví, uzavírají se do sebe. Nemusí s námi chtít komunikovat, ale zkušená sestra pozná z jeho neverbálního projevu smutný výraz. Je s ním i v těch nejtěžších chvílích, neodsuzuje ho za jeho zlost a hněv, nechává mu dostatek prostoru pro jeho emoce, nechá ho vyjádřit svůj žal. Volí vhodná slova, protože je pacient velmi zranitelný. Čeká od nás podporu i ve svých depresivních stavech. Umírající chce prostor pro svoje rozjímání, potřebuje se vyrovnat se svojí blížící se smrtí. Aby ke smíření mohlo dojít, musí pacient vědět, že jsou i ostatní s jeho

smrti smíření a že jeho odchod nebude tak bolestivý. Ženy po ablaci prsu často řeší svůj vzhled, necítí se být ženami. Podstoupí operaci, ale mají kosmetické vady, se kterými se často nemohou smířit. Je proto důležitý přístup rodiny a zdravotnického personálu, aby žena cítila podporu, lásku, ale i pochopení. Kompenzací pro ženu po ablaci prsu může být prsní epitéza.

Sestra by měla vždy zjistit příčinu deprese, aby věděla, co přesně pacienta trápí, zda je to stud nebo pocit viny. Sestra musí pochopit, že jediné co vede v této fázi ke zlepšení psychického stavu pacienta je to, že se smíří se svojí smrtí. Proto volíme vhodná slova, těžko pacienta rozveselíme, nemůžeme ho nutit, aby svůj stav přijal. Můžeme mu pouze pomoci svým chováním. Být u něj, když to potřebuje. Umět mu naslouchat, pohladit ho, držet jej za ruku. Takovýmto přístupem se může smířit se svým odchodem a zbavit se depresivních stavů (4, 8, 11, 25, 26).

1.4.5 Pátá fáze – smíření

Pokud měl pacient dostatek času a prošel si všemi dosavadními fázemi, dostává se do fáze akceptace - smíření. Nejedná se o šťastné stádium, i když nemocný svoji smrt dokáže akceptovat. Necítí zlost, nenávisť, není deprimován, netruchlí. Tiše čeká na svůj odchod. Je zesláblý, unavený, spavý a ztrácí vědomí. Odpočívá před dlouhou cestou. Dochází k ubývání sil, zvyšuje se neverbální komunikace, kdy pacient může cítit, že umírání není děsivé, protože se na něj sestra usměje, podá mu ruku, když potřebuje, není sám. Je zapotřebí zajistit rodinu z hlediska podpory a porozumění. Umírajícímu se zúží okruh jeho zájmů, nechce přijímat návštěvy, někdy nechce vidět ani své nejbližší. Nechce, aby v uzavírání kruhu jeho života musel řešit věci z vnějšího světa. Nechce být rušen. Někteří umírající bojují o svůj život až do posledního okamžiku. Pokud se nedokážou se svojí smrtí smířit, nemusí k akceptaci dojít. Rodina může vnímat akceptaci jako poddání se nemoci. Je těžké rozlišit, zda umírající vzdává svůj boj o život nebo se poddává své nemoci příliš brzy, proto může být umírání bolestným zážitkem. Umírající se vzdává něčeho, co ostatní nedokážou pochopit. Není však přirozené smířit se se svojí smrtí, vždy klademe důraz na naději. Snadnější umírání může nastat, pokud se nemocný odpoutá od vztahů v životě a jeho blízcí pochopí,

že konec se nezadržitelně blíží. Nemůžou klidně zemřít bez svolení svých blízkých. Dnešní medicína dokáže to, o čem se lidem před lety ani nesnilo. Dokáže zmírnit bolest, symptomy onemocnění a užívá techniky, které prodlouží pacientův život. Ke smíření může někdo dospět sám bez pomoci, jiní s pomocí a s dostatkem času. Sestra umírajícímu pomáhá, má pro něj pochopení a zachovává mu důstojnost (4, 8, 11, 25, 26).

1.5 Smrt

Definicí smrti je nespočet. Víme, co je to smrt, ale mnohdy o ní neumíme mluvit. Smrt je z biologického a lékařského hlediska zastavení životních funkcí v organismu, které je spojené s nevratnými změnami. Umírání je postupný proces, na jehož konci je smrt. Smrt je stav organismu, který nastane po ukončení života. Umírání patří mezi fáze lidského života, proto nemůžeme smrt s umíráním zaměňovat. Znalosti a dovednosti sester v komunikaci s umírajícím pacientem jsou nedílnou součástí ošetrovatelského procesu. Současné moderní techniky pomáhají sestram dostat se blíž k pacientům *pre finem*, být jim nápomocné a poskytnout pacientům oporu v nejtěžších chvílích jejich života (4, 8, 25, 26).

Thanatologie je obor, který se zabývá fázemi umírání a smrtí a vším, co k této tématice patří. Jedná se o obor multidisciplinární, který vznikl v USA. Moderní thanatologii zpracovala Elisabeth Kübler - Rossová v šedesátých letech minulého století (4, 8).

Říká se, že člověk po svém narození má jednu jedinou jistotu a tou je smrt. Smrt bývá tabuizována do té doby, než se člověka nějakým způsobem dotkne a musí o ní mluvit, vyrovnat se s ní. Jiné představy o smrti bude mít dítě a jiné dospělý člověk, který se se smrtí již setkal. Starší člověk myslí na smrt častěji, protože si dokáže připustit, že ho také tato jistota čeká a nemine. Snaží se hledat své jistoty, nechce být v době své smrti sám, chce zabezpečit svoje děti, něco po sobě zanechat, zjišťuje si informace o umírání i smrti. Většina lidí se však nebojí samotného aktu smrti, ale umírání, které může doprovázet bolest, mnoho nepříjemných symptomů a může

trvat i několik let. Zatímco samotný okamžik smrti je během pár vteřin ukončený. Člověk myslí na smrt častěji, když je nemocný nebo zraněný. Dříve byla smrt součástí každodenního života. Dnes se laik tímto tématem zabývat nemusí, u zdravotníků je to naopak, neboť se se smrtí setkávají a musí vědět, jak se v takovém okamžiku zachovat. Musejí být důstojní při umírání i smrti pacienta (4, 7, 15).

Známky smrti dělíme na jisté a nejisté. Nejisté známky jsou zástava kardiopulmonální činnosti, neaktivní zornicový reflex. Jisté známky jsou doprovázené posmrtnými změnami, jako jsou posmrtné skvrny, bledost, chlad a tuhost těla. U nejistých známek lze provést resuscitaci a přivést tak člověka opět k životu (8).

1.5.1 Smrt v průběhu lidských dějin

Postoj ke smrti se v průběhu lidských dějin často měnil. Z archeologických nálezů je známo, že i v nejstarších dobách lidských dějin byli někteří zemřelí uctíváni a pohřbíváni do země, často se zvířaty nebo s keramickými předměty. Pohřbívání dosáhlo svého převratu v době bronzové, kdy mrtví byli vkládáni do dubových rakví. Dub byl považován za posvátný strom. Doba bronzová rozvinula víru v posmrtný život. Lidé věřili, že smrtí život nekončí (4, 8).

Představa posmrtného života měla velký význam pro Egypťany. Zpočátku měli výhodu posmrtného života pouze vyvolení, ale později každý Egypťan. Věřili, že smrtí život nekončí, jsou tedy nesmrtelní. Pro svoji nesmrtelnost pořádali mnoho ceremonií. Na stěny malovali obrazy, které měly mrtvého udržet při životě. Velkou roli při těchto rituálech hrály plačky, které při pohřbívání plakaly, naříkaly, bědovaly, trhaly si vlasy. Provádělo se balzamování, které mělo zachovat mrtvé tělo. Mumifikovaní byli ukládáni do hrobek se svými oblíbenými předměty, se zvířaty, ale také se svými rodinami a otroky. Proto nebyla smrt něčím bolestným (4, 8).

Pro Řeky byl důležitý odchod ze života, tedy jak ke smrti došlo. Smrt byla záslužná, významná a přinášela povinnost pohřbu a mrtvý se mohl vracet zpátky na svět. Řekové si všímali problematiky smrti, Bohům přinášeli oběti, aby se jim odměnili. Tehdejší filosofové se zabývali otázkou smrti v hojně míře. Tvrdili, že smrt

není zlem, ale dobrem, neboť člověka vysvobodí. Mnoho filozofů nepoukazovalo na délku života, ale na jeho kvalitu, zabývali se truchlením, otázkami umírání a smrti jako takové. To bylo také dáno postavením člověka ve společnosti (4, 8).

Rané křesťanství ukazuje na to, že umírání ani smrt není pro křesťany utrpením, ale očekávaný čas, kdy se setká mrtvý s Kristem. Proto je důležité, aby měli za svého života vyřešeny své problémy a smíření s Bohem. Tvrdí, že duše zůstává i po smrti, kdežto tělo zhyne. Popírají reinkarnaci. Dochází k zakládání nemocnic, klade se velký důraz na péči o nemocné a umírající. Mrtví si jsou před Bohem všichni rovni. Vzhledem k tomu, že se jedná o dobu epidemií a pandemií, byla smrt na denním pořádku. Díky pokroku medicíny a celkové změně lidského života se úmrtnost v 19. století výrazně snížila. Ale přesto lidé umírali na dnes již vymýcené nemoci. Lidé umírali na podvýživu, na nemoci chudých, z nezdravého prostředí. V této době je smrt členem rodiny. Zemřelý zůstává až do pohřbu v chalupě, pro děti je běžné setkání se smrtí. Lidé se s ní setkávali, dokázali smířit, se zemřelým se všichni loučili v otevřené rakvi. Konal se tradiční pohřeb, který je znám až dodnes. Pozůstalí se oblékali do černých šatů, po tuto dobu truchlili (4, 8).

I ve 20. století byla míra úmrtnosti značná. Umírali kojenci, lidé na civilizační nemoci, přišla vlna suicid, tedy sebevražd. Smrt byla častěji záležitostí zdravotnických zařízení, lidé již neumírali v takové míře doma, často umírali o samotě. Otázka smrti se začala vytěšňovat z životů lidí, ale ani profesionální zdravotníci si s umírajícími a se smrtí nevěděli rady. Ke konci 20. století byl kladen důraz na to, aby umírajícímu byla zachována důstojnost a jeho poslední chvíle byly důstojné a smysluplné. Proto se zajišťují týmy, které jdou za společným cílem, aby byly poslední dny umírajícího co nejdůstojnější (4, 8).

V dnešní době se prohlubuje odstup živých od mrtvých. Člověk jako společenská bytost si je vědom svojí existence, tedy i smrti. Sice je v dnešním světě smrt stále tabuizována, ale už ne tolik jako před revolucí. Mnoho autorů vydává knihy o thanatologii, které jsou velmi vyhledávané (4, 8).

Tenkrát za starých časů byla otázka smrti běžná, lidé umírali doma, byli nemocní, měli hlad, ale také se trestalo trestem smrti. Historie hrdelního zločinu je

velmi rozsáhlá a sahá do mnoha a mnoha let před Kristem. Lidé byli odsouzeni k trestu smrti za krádež, vraždu, ale také často za neuposlechnutí rozkazu nebo omylem. Využívalo se hrůzných praktik, jako jsou usmrcení zvířaty, páráni vlastních útrob, smrtící půst, zazdívání, ukřižování, lidé se často pohřbívali zaživa, nabodávaly si jim kůly do těl, stahovali se z kůže, byli upálení, otrávení, čekala je garota, pověšení a mnoho dalších drastických způsobů, jak člověka zbavit života. Mentalita lidí často ukazovala, jak může být pro ostatní lidský život nicotný. Často byly popravy veřejné, lidé se na popravu těšili, brali ji jako kulturní vložku a zpříjemnění svého dne. Popravená těla byla často na náměstí několik dní, aby sloužila jako odstrašení pro ostatní, kdyby se chtěli dopustit stejného zločinu pro tu či onu dobu. U nás bylo dva roky před 2. světovou válkou popraveno přes 1000 lidí, často za politické a hospodářské delikty a za kriminální činnosti. V samostatném Československu to bylo lidí 15. Během 2. světové války se často lidé popravovali přímo ve sklepeních pod nemocnicí na předem určeném místě. 2. února 1989 se u nás uskutečnila poslední legální poprava a o rok později byl trest smrti u nás zrušen. Mnoho států z celého světa má ve svých právních řádech i v 21. století trest smrti povolen (17).

1.5.2 Smrt v životě člověka

Velmi často diskutovanou otázkou je v současné době problematika eutanázie. Znamená v překladu dobrá smrt a dělí se na aktivní a pasivní. Dělá se za účelem zmírnění pacientova utrpení a jedná se o úmyslné ukončení života osoby na základě žádosti své nebo jiné osoby. Při pohledu na utrpení umírajících lidí se mnozí přiklánějí na její stranu, ale jiní tvrdí, pojd'me dělat všechno proto, aby umírání nebylo utrpením, ale aby bylo důstojné se vším všudy, jak pro umírajícího, tak pro jeho rodinu a přátele a v neposlední řadě i pro samotné zdravotníky (4, 7).

Smrt je tedy něco, čeho se bojíme, protože víme, že jsme smrtelní a jednou přijde. Studie prokazují, že základem je uvědomit si vlastní smrtelnost a svojí existenci zde na Zemi, nebát se ptát zkušenějších na otázky smrti, zakoupit si odbornou literaturu, zajímat se o hospicovou péči a metody zmírňování bolesti, to vše může člověku pomoci. Smrt vnímá každý jedinec jinak, je to dáno jeho zkušenostmi, kulturou, vírou, věkem,

pohlavím a inteligencí. Přesto bychom o smrti měli mluvit, měli bychom o ní vědět, detabuizovat ji, aby pro nás bylo její zvládnutí alespoň o trochu snazší a dalo nám sílu ji zvládnout a být profesionály (15, 22).

Smrt konstatuje lékař. Sestra musí umět důstojně a taktně pečovat o mrtvé tělo dle normy zdravotnického zařízení, správně komunikovat s pozůstalými a být jim nápomocná a oporou i přesto, že to pro ni může být velice psychicky náročné. Je důležité nechat rodině dostatečný prostor pro rozloučení se se zemřelým. Pomáhá jim smířit se se ztrátou milované osoby a snaží se jim pomoci najít nový smysl života (9, 15).

2. Cíl práce a hypotézy

2.1 Cíl práce

Zmapovat znalosti a dovednosti sester v komunikaci s umírajícím pacientem.

2.2 Hypotézy práce

H1. Domnívám se, že sestry mají znalosti v komunikaci s umírajícím pacientem.

H2. Předpokládám, že sestry pracující na onkologickém oddělení mají lepší znalosti a dovednosti v komunikaci s umírajícím pacientem, než sestry na standardním oddělení nemocnice.

3. Metodika

3.1 Použité metody a technika

Empirická část bakalářské práce byla zpracována kvantitativním výzkumem. V kvantitativním šetření byla použita metoda dotazování pomocí dotazníků, které byly určeny pro sestry pracující na Onkologickém oddělení a jiných standardních odděleních Nemocnice České Budějovice a.s. Dotazník byl anonymní, dobrovolný a obsahoval 34 otázek, které byly otevřené, polootevřené a uzavřené. V otevřených otázkách byly zjišťovány znalosti sester v dané problematice. Polootevřené otázky umožnily respondentům uvést svůj vlastní názor a zkušenosti. Uzavřené otázky obsahovaly konkrétní odpovědi, ze kterých měl respondent vždy jednu označit. Prvních 6 otázek mělo identifikační charakter výzkumného souboru. Ostatní otázky obsahovaly tematiku komunikace sestry s umírajícím, umírání a smrt. Vzorový dotazník je uveden jako příloha 1.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

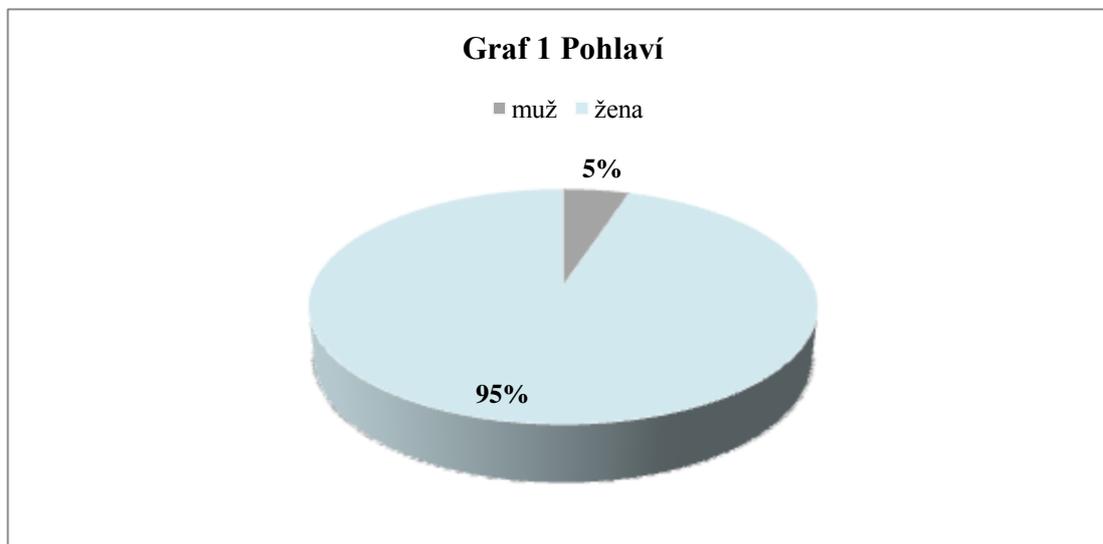
Výzkumný soubor byl tvořen sestrami, které pracují na Onkologickém oddělení a ostatních standardních odděleních Nemocnice České Budějovice a. s. Oddělení, která se zapojila do výzkumného šetření, jsou: Onkologické oddělení, Interní oddělení, Neurologické oddělení a Oddělení následné péče.

Dotazníků bylo rozdáno 140. 120 dotazníků bylo navraceno, z toho 8 dotazníků nebylo vyplněných a 4 dotazníky byly neúplné. 20 dotazníků z oddělení následné péče nebylo vráceno z důvodu jejich ztráty na oddělení. Do výzkumu bylo použito 108 dotazníků, návratnost z původního počtu byla 77%. Výzkumné šetření bylo zpracováno do grafů a tabulek, které pochází z mého vlastního výzkumu.

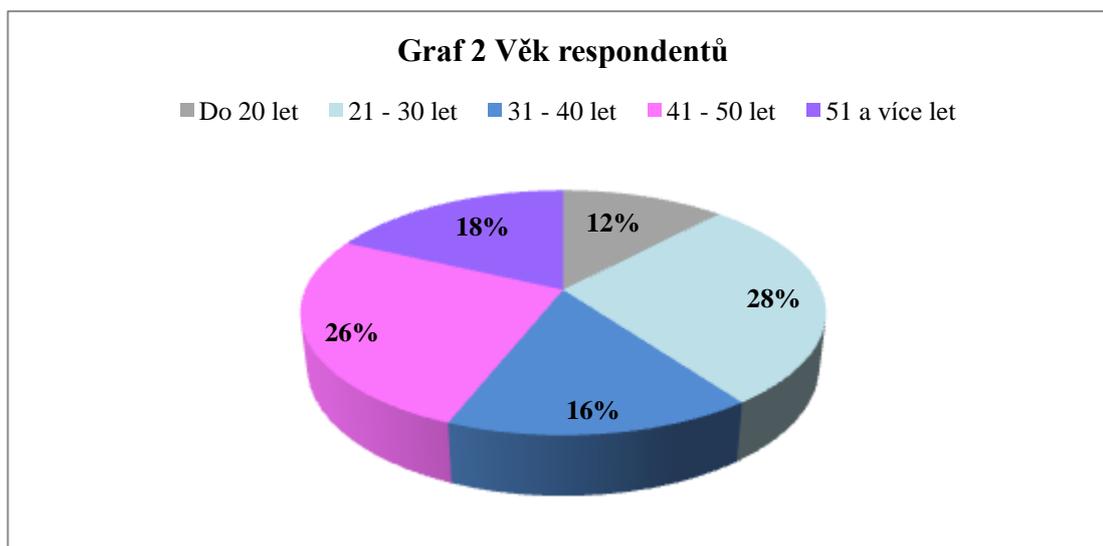
Rozdání dotazníků proběhlo se souhlasem náměstkyně ošetrovatelské péče Nemocnice České Budějovice a. s., Mgr. Jiřiny Otáskové, MBA a každé vrchní sestry příslušného oddělení. Výzkumné šetření bylo provedeno v březnu roku 2011.

4. Výsledky výzkumu

4.1 Vyhodnocení grafů a tabulek



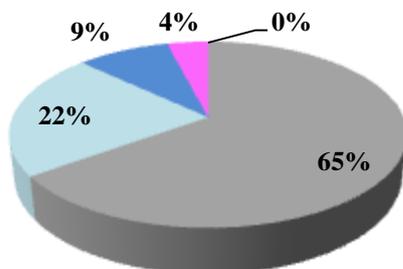
Z celkového počtu 108 respondentů bylo 5 mužů (5%) a 103 žen (95%).



Z výzkumného vzorku 108 respondentů byl věk dotazovaných do dvaceti let 13 (12%); rozmezí 21 – 30 let uvedlo 30 respondentů (28%); 31 – 40 let 32 respondentů (16%); 41 – 50 let uvedlo 28 respondentů (26%) a 51 let a více uvedlo 20 respondentů (18%).

Graf 3 Nejvyšší dosažené vzdělání

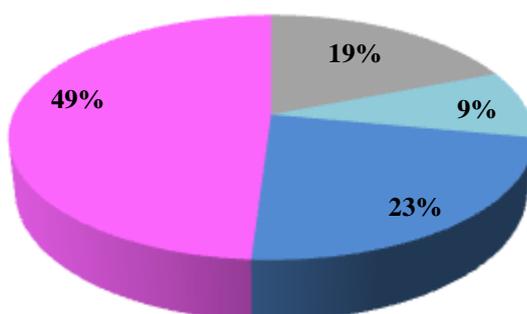
■ středoškolské s maturitou ■ vyšší odborné
■ vysokoškolské bakalářské ■ vysokoškolské magisterské
■ vysokoškolské doktorandské



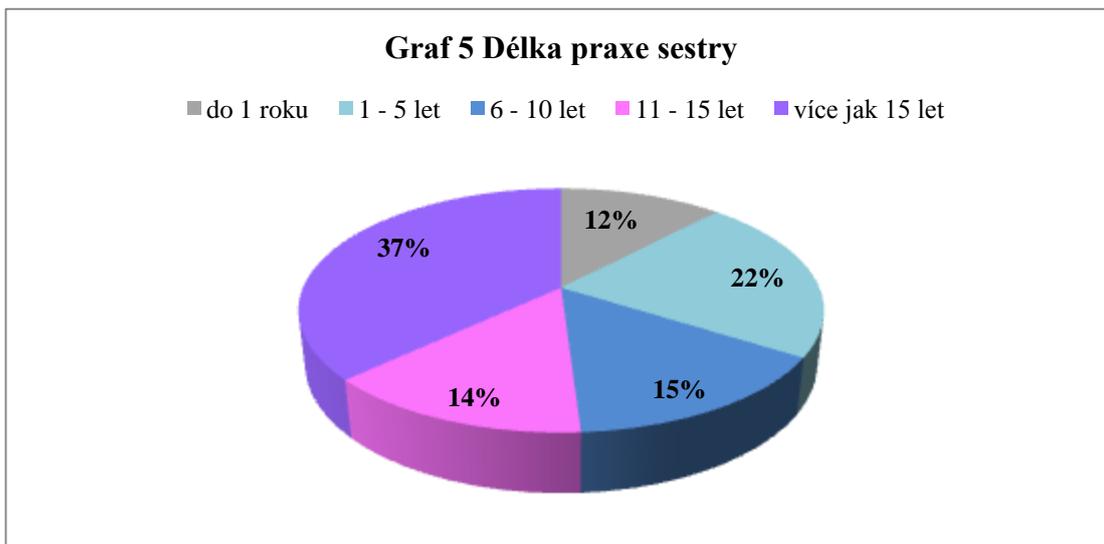
Výzkumu se zúčastnilo 70 respondentů (65%) s ukončeným středoškolským vzděláním s maturitou; 24 respondentů (22%) s ukončeným vyšším odborným vzděláním; 10 respondentů (9%) s ukončeným vysokoškolským bakalářským vzděláním a 4 dotazovaní (4%) s ukončeným magisterským vzděláním. Vysokoškolské doktorandské studium uvedlo 0 respondentů (0%).

Graf 4 Typ oddělení

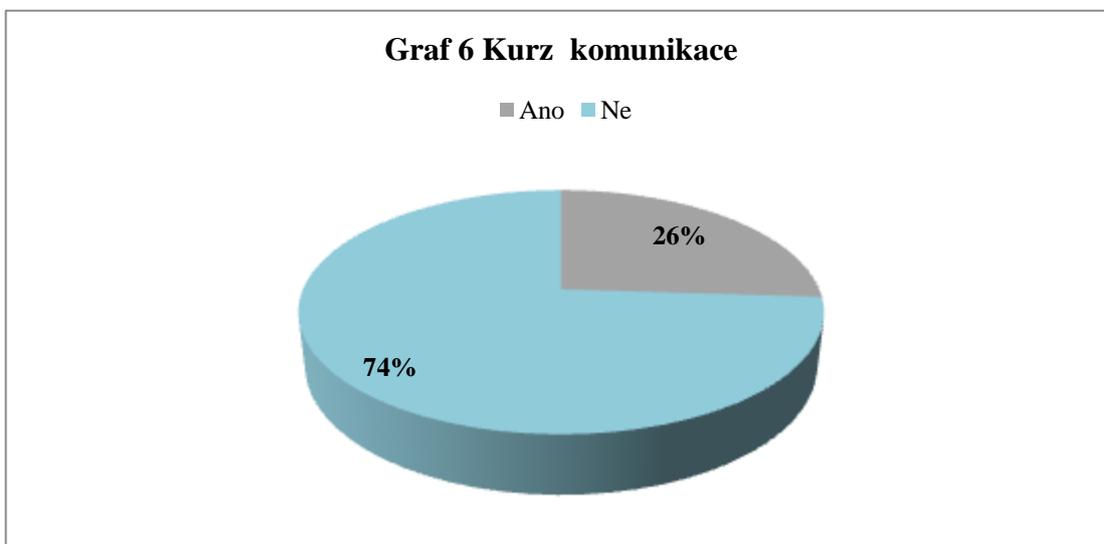
■ interní oddělení ■ neurologické oddělení ■ onkologické oddělení ■ oddělení následné péče



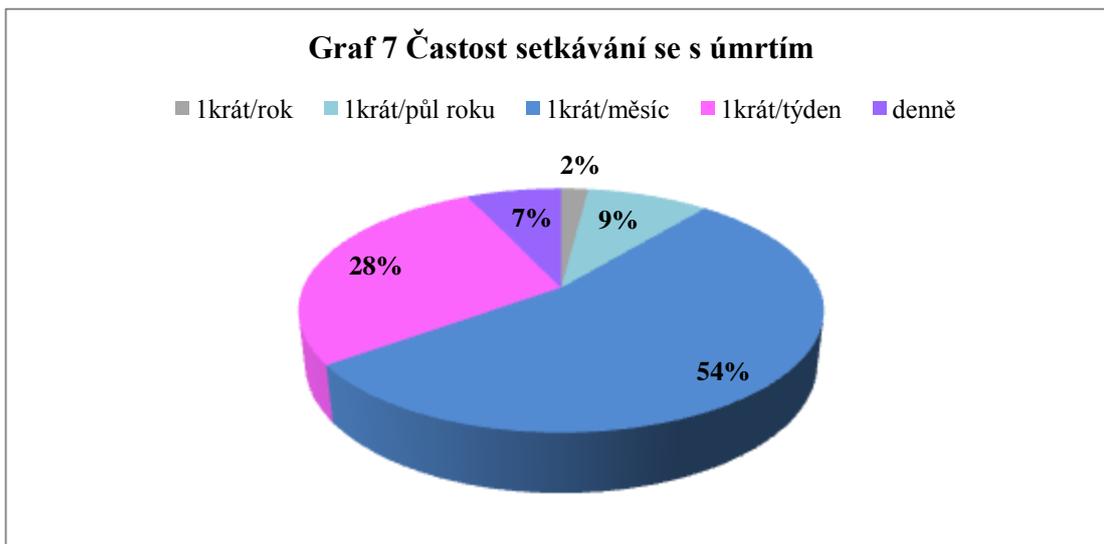
Výzkumu se zúčastnilo 20 respondentů (19%) z interního oddělení; 10 (9%) z neurologického oddělení; 25 (23%) z onkologického oddělení a 53 (49%) z oddělení následné péče.



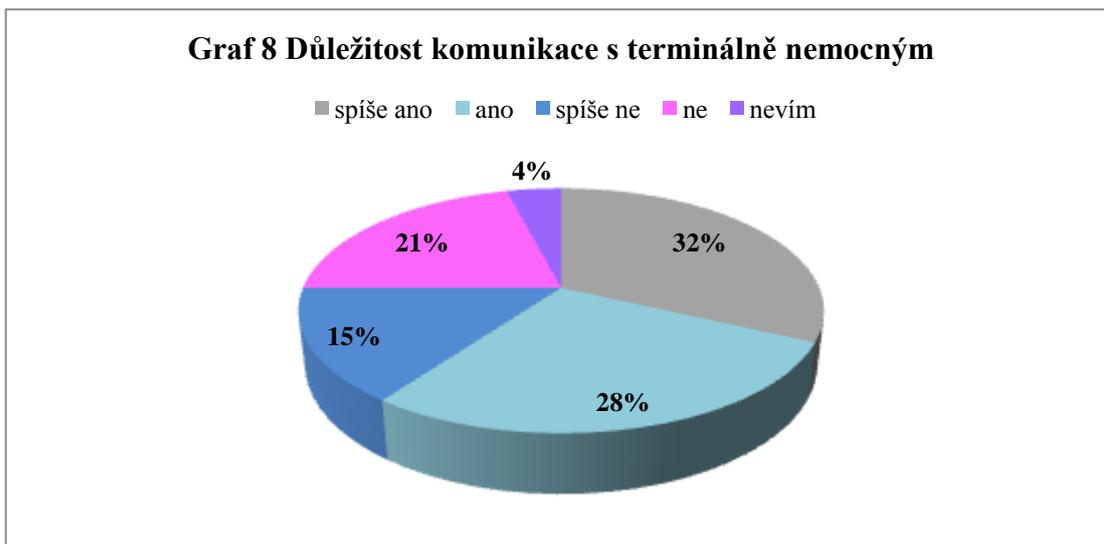
Celkovou délku praxe ve zdravotnictví jako profese sestry do jednoho roku uvedlo 13 respondentů (12%); délku 1 – 5 let uvedlo 29 respondentů (22%); 6 – 10 let 16 respondentů (15%); 11 – 15 let 15 respondentů (14%) a více jak 15 let jako sestra pracuje 40 dotazovaných (37%).



Z celkového počtu 108 dotazovaných se zúčastnilo kurzu o komunikaci s umírajícím P/K 28 respondentů (26%) a 80 respondentů (74%) se nezúčastnilo žádného kurzu nebo semináře o komunikaci s umírajícím P/K.



Graf 7 uvádí častost setkávání se s úmrtím. Odpověď 1krát/rok uvedli 2 respondenti (2%); 1krát/půl roku 10 respondentů (9%); 1krát/měsíc 57 respondentů (54%); 1krát/týden 30 respondentů (28%) a denně uvedlo 8 dotazovaných (7%).



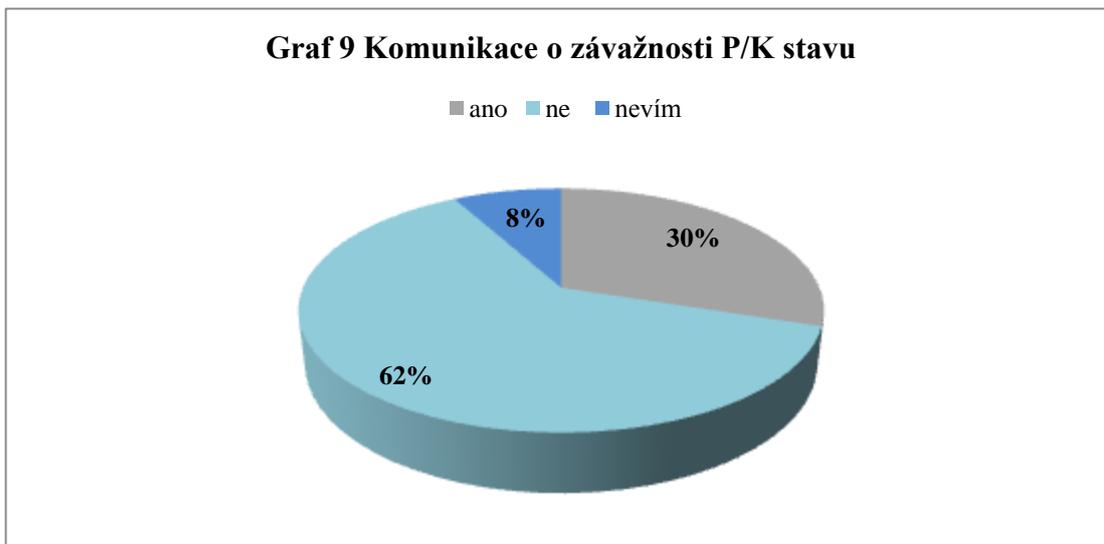
Z celkového počtu 108 dotazovaných uvedlo 35 respondentů (32%) spíše ano na otázku, zda je pro ně důležitá komunikace s terminálně nemocným; 30 respondentů (28%) uvedlo odpověď ano; 16 respondentů (15%) označilo odpověď spíše ne; 22 respondentů (21%) udává, že není důležitá komunikace s terminálně nemocným - odpověď ne a zbylí 4 respondenti (4%) neví – uvedli odpověď nevím.

Tabulka 1 Důležitost komunikace s terminálně nemocným – onkologické odd. / ostatní oddělení

Typ oddělení	Odpověď	Spíše ano	Ano	Spíše ne	Ne	Nevím
Onkologické oddělení		3 (12%)	5 (20%)	2 (8%)	15 (60%)	0 (0%)
Ostatní oddělení		32 (39%)	26 (31%)	15 (18%)	6 (7%)	4 (5%)
Celkem respondentů - 108		35	31	17	21	4

Z výzkumného vzorku 108 respondentů odpověděli dotazovaní dle typu oddělení takto: jako spíše důležitou komunikaci s terminálně nemocným uvedli z onkologického oddělení 3 dotazovaní (12%), z ostatních oddělení 32 (39%); odpověď ano uvedlo z onkologického oddělení 5 dotazovaných (20%), z ostatních oddělení 26 (31%); odpověď spíše ne uvedli z onkologického vzorku 2 respondenti (8%), z ostatních oddělení označilo odpověď spíše ne 15 dotazovaných (18%); odpověď ne označilo z onkologického oddělení 15 respondentů (60%), z ostatních oddělení 6 (7%); odpověď nevím neoznačil z onkologického oddělení žádný respondent (0%), z ostatních oddělení označili tuto odpověď 4 respondenti (5%).

Graf 9 Komunikace o závažnosti P/K stavu



Graf 9 vystihuje názor respondentů, zda je vhodné komunikovat s umírajícím o závažnosti jeho zdravotního stavu. Z celkového počtu 108 respondentů uvedlo 32 (30%) odpověď ano; 66 respondentů (62%) se domnívá, že to vhodné není, proto označili odpověď ne a zbylých 9 respondentů (8%) označilo odpověď nevím.

Graf 10 Přípravenost sestry na rozhovor o smrti



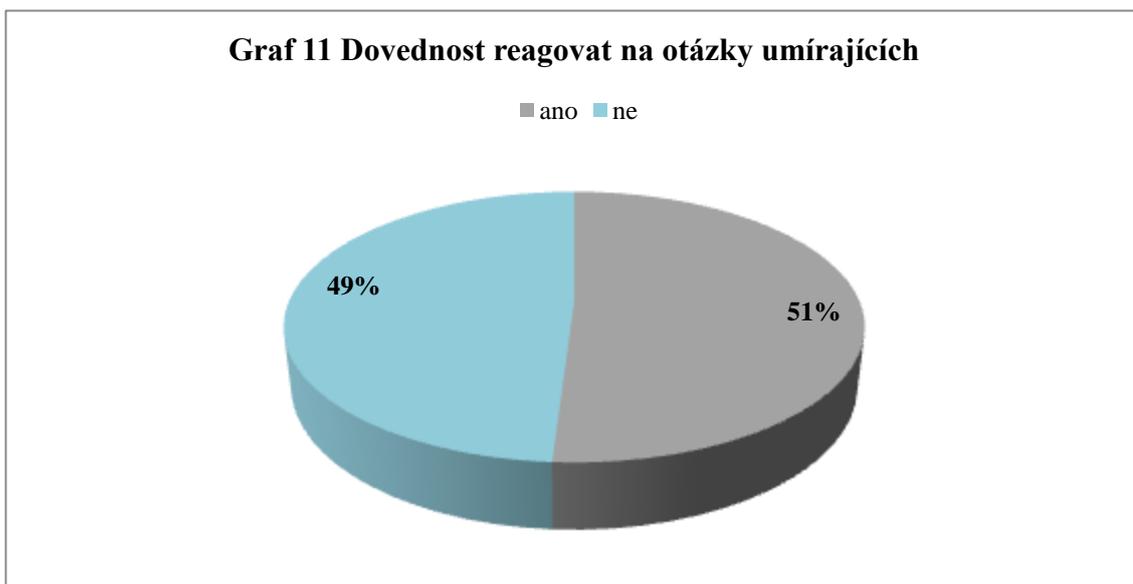
Přípravenost sestry na rozhovor s P/K o smrti označilo odpovědí ano 40 respondentů (37%); odpovědí ne 50 respondentů (47%) a 17 respondentů (16%) neví, zda se cítí na tuto roli dostatečně připravení, odpověděli nevím.

Tabulka 2 Přípravenost sestry na rozhovor o smrti – onkologické odd. / ostatní oddělení

Typ oddělení	Odpověď	Ano	Ne	Nevím
Onkologické oddělení		6 (24%)	14 (56%)	5 (20%)
Ostatní oddělení		34 (40%)	36 (44%)	13 (16%)
Celkem respondentů - 108		40	50	18

Tabulka 2 znázorňuje odpovědi respondentů na otázku, zda se domnívají, že jsou připravení na rozhovor o smrti s nemocným P/K. Z onkologického oddělení označilo 6 respondentů odpověď ano (24%), z ostatních oddělení odpovědělo ano 34 respondentů (40%); odpověď ne z onkologického oddělení označilo 14 respondentů (56%), z ostatních oddělení označilo odpověď ne 36 respondentů (44%); odpověď nevím uvedlo 5 respondentů (20%) z onkologického oddělení a 13 respondentů (16%) z jiných oddělení.

Graf 11 Dovednost reagovat na otázky umírajících

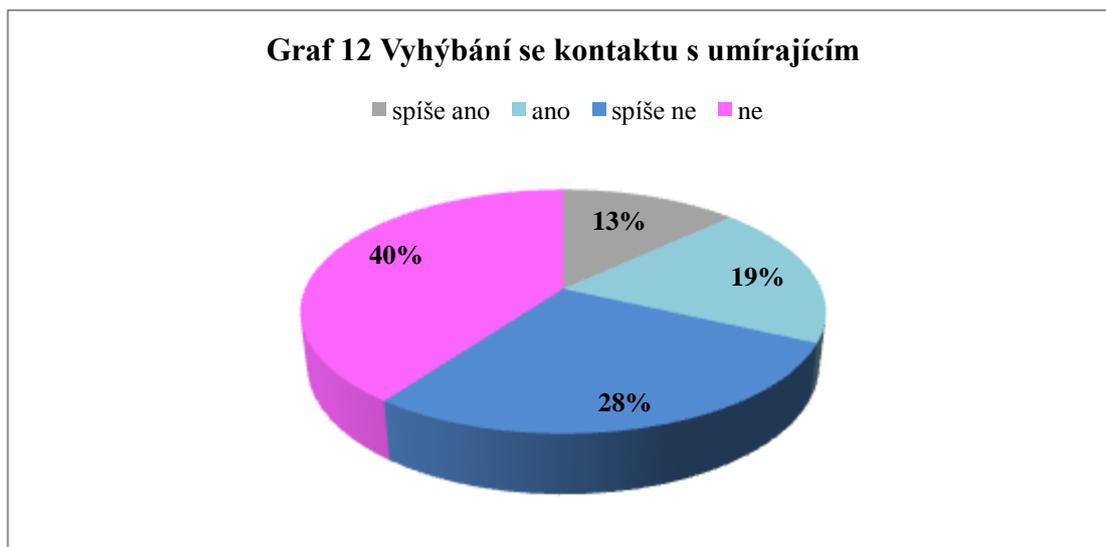


Ze 108 dotazovaných respondentů na otázku, zda umí reagovat na otázky umírajících, odpovědělo 55 respondentů ano (51%) a 53 respondentů (49%) ne.

Tabulka 3 Dovednost reagovat na otázky umírajících – onkologické odd. / ostatní oddělení

Typ oddělení	Odpověď	Ano	Ne
Onkologické oddělení		18 (72%)	7 (28%)
Ostatní oddělení		37 (45%)	46 (55%)
Celkem respondentů - 108		55	53

Na otázku, zda respondenti umí reagovat na otázky umírajících, odpovídali takto: odpověď ano uvedlo 18 dotazovaných (72%) z onkologického oddělení; 37 (45%) z ostatních oddělení; odpověď ne uvedlo 7 dotazovaných (28%) z onkologického oddělení a 46 (55%) z ostatních oddělení.



Z celkového počtu 108 respondentů udává 15 dotazovaných (13%), že se spíše vyhýbá kontaktu s umírajícím - odpověď spíše ano. Odpověď ano udává 20 respondentů (19%). Odpověď spíše ne označilo respondentů 30 (28%) a 43 respondentů (40%) udává, že se nevyhýbá kontaktu s umírajícím - odpověď ne.

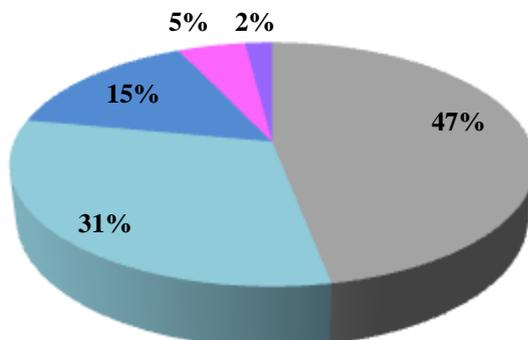
Tabulka 4 Vyhýbání se kontaktu s umírajícím – onkologické odd. / ostatní oddělení

Typ oddělení	Odpověď	Spíše ano	Ano	Spíše ne	Ne
Onkologické oddělení		6 (24%)	3 (12%)	7 (28%)	9 (36%)
Ostatní oddělení		9 (11%)	17 (20%)	23 (28%)	34 (41%)
Celkem respondentů - 108		15	20	30	43

Tabulka 4 poukazuje na problematiku vyhýbání se kontaktu s umírajícím P/K. Odpověď spíše ano označilo z onkologického oddělení 6 respondentů (24%), z ostatních oddělení označilo tuto odpověď 9 respondentů (11%); odpověď ano, že se dotazovaní vyhýbají kontaktu s umírajícím, označili 3 respondenti (12%) z onkologického oddělení a 17 (20%) z ostatních oddělení; na onkologickém oddělení odpověď spíše ne uvedlo 7 dotazovaných (28%) a 23 dotazovaných (28%) z ostatních oddělení, konkrétní odpověď ne uvedlo 9 respondentů (36%) z onkologického oddělení a 34 respondentů (41%) z ostatních oddělení.

Graf 13 Zvláštní nároky na verbální komunikaci

■ spíše ano ■ ano ■ spíše ne ■ ne ■ nevím



Graf 13 vystihuje, zda se respondenti domnívají, že práce s umírajícími vyžaduje zvláštní nároky na verbální komunikaci či nikoliv. 51 respondentů (47%) se domnívá, že spíše ano; 34 respondentů (31%) označilo jednoznačnou odpověď ano; 15 respondentů (15%) se domnívá, že spíše ne. 5 respondentů (5%) udává jednoznačnou odpověď ne a 2 respondenti (2%) neví, označili odpověď nevím.

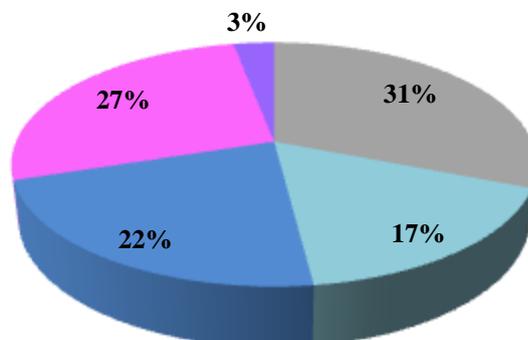
Tabulka 5 Zvláštní nároky na verbální komunikaci – onkologické odd. / ostatní oddělení

Typ oddělení	Odpověď	Spíše ano	Ano	Spíše ne	Ne	Nevím
Onkologické oddělení		5 (20%)	9 (36%)	3 (12%)	6 (24%)	2 (8%)
Ostatní oddělení		46 (55%)	23 (28%)	12 (15%)	2 (2%)	0 (0%)
Celkem respondentů - 108		51	32	15	8	2

Zvláštní nároky na verbální komunikaci s umírajícím P/K ukazuje tabulka 5. Odpověď spíše ano z onkologického oddělení označilo 5 respondentů (20%), z ostatních oddělení 46 respondentů (55%); jednoznačnou odpověď ano - verbální komunikace s umírajícím má zvláštní nároky na komunikaci, uvedlo z onkologického oddělení 9 respondentů (36%), z ostatních oddělení 23 respondentů (28%); odpověď spíše ne označili z onkologického oddělení 3 respondenti (12%), z ostatních oddělení označilo tuto odpověď 12 respondentů (15%); jednoznačnou odpověď ne - verbální komunikace s umírajícím nevyžaduje zvláštní nároky na komunikaci, uvedlo z onkologického oddělení 6 respondentů (24%), z ostatních oddělení to byli respondenti 2 (2%); odpověď nevím označili na onkologickém oddělení 2 respondenti (8%), na ostatních odděleních 0 respondentů (0%).

Graf 14 Zvláštní nároky na neverbální komunikaci

■ spíše ano ■ ano ■ spíše ne ■ ne ■ nevím



Graf 14 vystihuje, zda se respondenti domnívají, že práce s umírajícími vyžaduje zvláštní nároky na neverbální komunikaci či nikoliv. 33 respondentů (31%) se domnívá, že spíše ano; 18 respondentů (17%) označilo jednoznačnou odpověď ano, 24 respondentů (22%) se domnívá, že spíše ne. 30 respondentů (27%) uvedlo jednoznačnou odpověď ne a 3 zbylí respondenti (3%) neví, označili odpověď nevím.

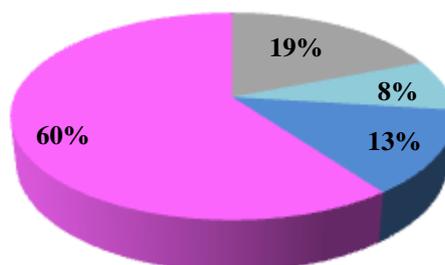
Tabulka 6 Zvláštní nároky na neverbální komunikaci – onkologické odd. / ostatní oddělení

Typ oddělení	Odpověď	Spíše ano	Ano	Spíše ne	Ne	Nevím
Onkologické oddělení		6 (24%)	4 (16%)	2 (8%)	11 (44%)	2 (8%)
Ostatní oddělení		27 (33%)	14 (17%)	22 (26%)	20 (24%)	0 (0%)
Celkem respondentů - 108		33	18	24	31	2

Zvláštní nároky na neverbální komunikaci s umírajícím P/K ukazuje tabulka 6. Odpověď spíše ano z onkologického oddělení označilo 6 respondentů (24%), z ostatních oddělení 27 respondentů (33%); jednoznačnou odpověď ano - neverbální komunikace s umírajícím má zvláštní nároky, uvedli z onkologického oddělení 4 respondenti (16%), z ostatních oddělení 14 respondentů (17%); odpověď spíše ne označili z onkologického oddělení 2 respondenti (8%), z ostatních oddělení označilo tuto odpověď 22 respondentů (26%); jednoznačnou odpověď ne - neverbální komunikace s umírajícím nevyžaduje zvláštní nároky na komunikaci, uvedlo z onkologického oddělení 11 respondentů (44%), z ostatních oddělení to bylo respondentů 20 (24%); odpověď nevím označili na onkologickém oddělení 2 respondenti (8%), na ostatních odděleních 0 respondentů (0%).

Graf 15 Správné specifické zásady v komunikaci s umírajícím

- empatie, vstřícnost, je vhodné odhadovat čas, který P/K zbývá
- empatie, profesionalita, direktivní rozhovor
- empatie, individuální přístup, dát P/K naději za každou cenu
- empatie, vstřícnost, profesionalita, individuální přístup



Z celkového počtu 108 respondentů označilo 20 respondentů (19%) jako správnou specifickou zásadu v komunikaci s umírajícím odpověď první - empatie, vstřícnost, je vhodné odhadovat čas, který P/K zbývá. Druhou odpověď - empatie, profesionalita, direktivní rozhovor, označilo 9 respondentů (8%). Třetí odpověď - empatie, individuální přístup, dát P/K naději za každou cenu, označilo 14 respondentů (13%). 65 respondentů (60%) uvedlo čtvrtou odpověď a to empatie, vstřícnost, profesionalita, individuální přístup.

Tabulka 7 Správné specifické zásady v komunikaci s umírajícím – onkologické odd. / ostatní oddělení

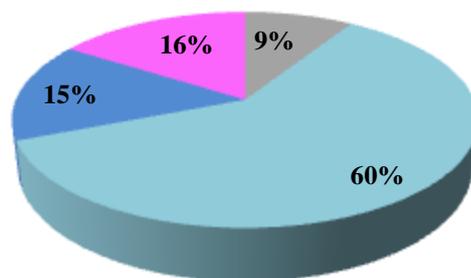
Typ oddělení	Odpověď	1.	2.	3.	4.
Onkologické oddělení		11 (44%)	2 (8%)	1 (4%)	11 (44%)
Ostatní oddělení		9 (10%)	4 (5%)	13 (16%)	57 (69%)
Celkem respondentů - 108		20	6	14	68

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. empatie, vstřícnost, je vhodné odhadovat čas, který P/K zbývá 2. empatie, profesionalita, direktivní rozhovor 3. empatie, individuální přístup, dát P/K naději za každou cenu 4. empatie, vstřícnost, profesionalita, individuální přístup |
|--|

Mezi správné specifické zásady v komunikaci s umírajícím P/K řadí 11 respondentů (44%) z onkologického oddělení odpověď č. 1 - empatie, vstřícnost, je vhodné odhadovat čas, který P/K zbývá, z ostatních oddělení označilo tuto odpověď 9 respondentů (10%); odpověď č. 2 - empatie, profesionalita, direktivní rozhovor, označili z onkologického oddělení 2 respondenti (8%), z ostatních oddělení 4 respondenti (5%); odpověď č. 3 - empatie, individuální přístup, dát P/K naději za každou cenu, uvedl z onkologického oddělení 1 respondent (4%) a 13 respondentů (16%) z ostatních oddělení; poslední, čtvrtou odpověď – empatie, vstřícnost, profesionalita, individuální přístup, uvedlo z onkologického oddělení 11 respondentů (44%) a 57 respondentů (69%) z ostatních oddělení.

Graf 16 Nesprávné specifické zásady v komunikaci s umírajícím

- srozumitelná komunikace
- používání sugestivních otázek
- setrvání u tématu, který P/K přináší
- sladění verbálního i neverbálního projevu



Graf 16 ukazuje znalosti sester v komunikaci s umírajícím. Na otázku, které tvrzení nepatří mezi správné specifické zásady v komunikaci s umírajícím P/K, odpověděli dotazovaní takto: 10 respondentů (9%) uvedlo, že mezi správné zásady nepatří srozumitelná komunikace; 65 respondentů (60%) uvedlo, že mezi správné zásady nepatří používání sugestivních otázek; 16 respondentů (15%) uvedlo, že mezi správné zásady nepatří setrvání u tématu, které přináší P/K a 17 respondentů (16%) označilo poslední odpověď – sladění verbálního i neverbálního projevu.

Tabulka 8 Nesprávné specifické zásady v komunikaci s umírajícím – onkologické odd. / ostatní oddělení

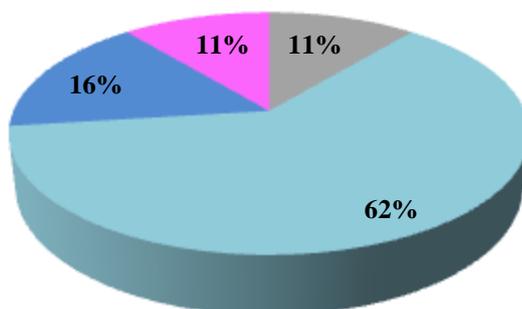
Typ oddělení	Odpověď	1.	2.	3.	4.
Onkologické oddělení		3 (12%)	12 (48%)	2 (8%)	8 (32%)
Ostatní oddělení		7 (8%)	52 (63%)	14 (17%)	10 (12%)
Celkem respondentů - 108		10	64	16	18

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. srozumitelná komunikace 2. používání sugestivních otázek 3. setrvání u tématu, které P/K přináší 4. sladění verbálního i neverbálního projevu |
|---|

Tabulka 8 znázorňuje odpovědi respondentů na otázku, jaké nejsou specifické zásady v komunikaci s umírajícím. Odpověď č. 1 - srozumitelná komunikace, označili z onkologického oddělení 3 respondenti (12%), z ostatních oddělení 7 respondentů (8%); odpověď č. 2 – používání sugestivních otázek, uvedlo z onkologického oddělení 12 respondentů (48%), z ostatních oddělení 52 respondentů (63%); třetí odpověď - setrvání u tématu, které P/K přináší, označili z onkologického oddělení 2 respondenti (8%) a z ostatních oddělení 14 respondentů (17%); čtvrtou odpověď - sladění verbálního i neverbálního projevu, označilo z onkologického oddělení 8 respondentů (32%) a z ostatních oddělení 10 respondentů (12%).

Graf 17 Nesprávné reakce při komunikaci s umírajícím

- P/K přijímat se všemi jeho projevy
- hodnotit P/K chování a projevy
- vyjadřovat slovní pochopení
- reagovat autenticky



Jako nesprávnou reakci při komunikaci s umírajícím označilo 12 respondentů (11%) první odpověď – P/K přijímat se všemi jeho projevy; 67 respondentů (62%) uvedlo druhou odpověď – hodnotit P/K chování a projevy; 17 respondentů (16%) uvedlo třetí odpověď – vyjadřovat slovní pochopení a 10 respondentů (11%) označilo čtvrtou odpověď jako nevhodnou reakci při komunikaci s umírajícím a to – reagovat autenticky.

Tabulka 9 Nesprávné reakce při komunikaci s umírajícím – onkologické odd. / ostatní oddělení

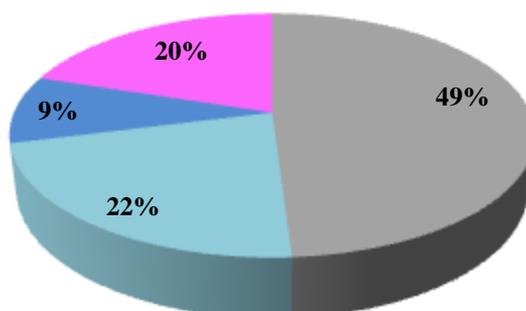
Typ oddělení	Odpověď	1.	2.	3.	4.
Onkologické oddělení		11 (44%)	10 (40%)	2 (8%)	2 (8%)
Ostatní oddělení		1 (1%)	59 (71%)	15 (18%)	8 (10%)
Celkem respondentů - 108		12	69	17	10

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. P/K přijímat se všemi jeho projevy 2. hodnotit P/K chování a projevy 3. vyjadřovat slovní pochopení 4. reagovat autenticky |
|--|

Tabulka 9 znázorňuje výsledné odpovědi 108 dotazovaných. Na otázku, jaké jsou nesprávné reakce při komunikaci s umírajícím, označilo odpověď - P/K přijímat se všemi jeho projevy, z onkologického oddělení 11 dotazovaných (44%), z ostatních oddělení označil tuto odpověď 1 respondent (1%); odpověď druhou – hodnotit P/K chování a projevy, uvedlo z onkologického oddělení 10 dotazovaných (40%), z ostatních oddělení 59 dotazovaných (71%); odpověď třetí – vyjadřovat slovní pochopení, označili z onkologického oddělení 2 dotazovaní (8%), z ostatních oddělení 15 dotazovaných (18%); poslední, čtvrtou odpověď – reagovat autenticky, uvedli z onkologického oddělení 2 dotazovaní (8%) a z ostatních oddělení 8 dotazovaných (10%).

Graf 18 Plnění posledního přání terminálně nemocných

■ spíše ano ■ ano ■ spíše ne ■ ne

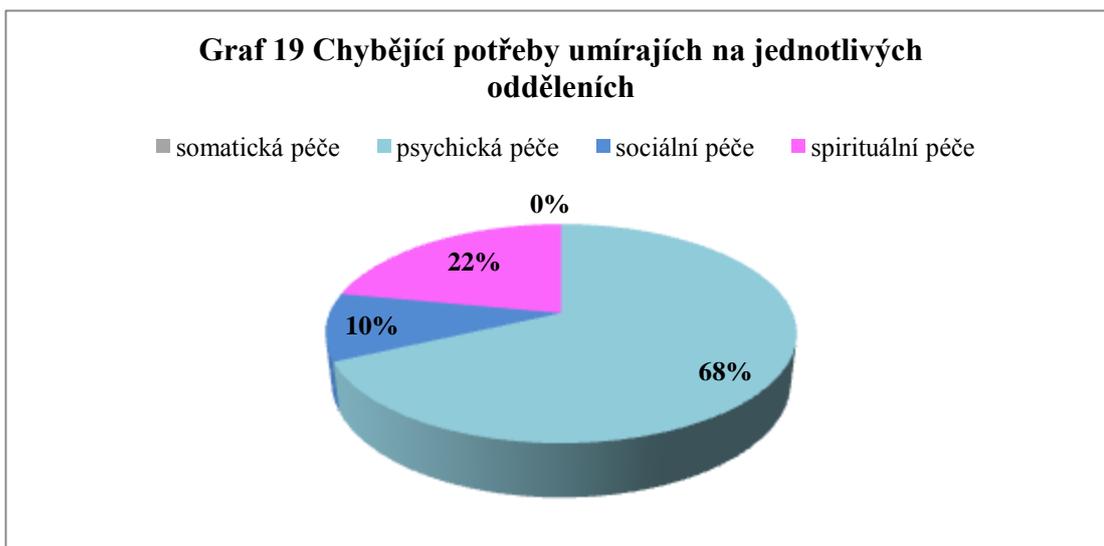


Na otázku, zda se respondenti snaží plnit poslední přání terminálně nemocných, odpověděli takto: 52 respondentů (49%) uvedlo, že se spíše snaží plnit přání umírajících, odpověděli spíše ano; 25 respondentů (22%) označilo jednoznačnou odpověď ano; 9 respondentů (9%) označilo odpověď spíše ne a 21 respondentů (20%) uvedlo jednoznačnou odpověď ne, tedy že se nesnaží plnit poslední přání terminálně nemocných.

Tabulka 10 Plnění posledního přání terminálně nemocných – onkologické odd. / ostatní oddělení

Typ oddělení	Odpověď	Spíše ano	Ano	Spíše ne	Ne
Onkologické oddělení		9 (36%)	5 (20%)	9 (36%)	2 (8%)
Ostatní oddělení		45 (54%)	19 (23%)	0 (0%)	19 (23%)
Celkem respondentů - 108		54	24	9	21

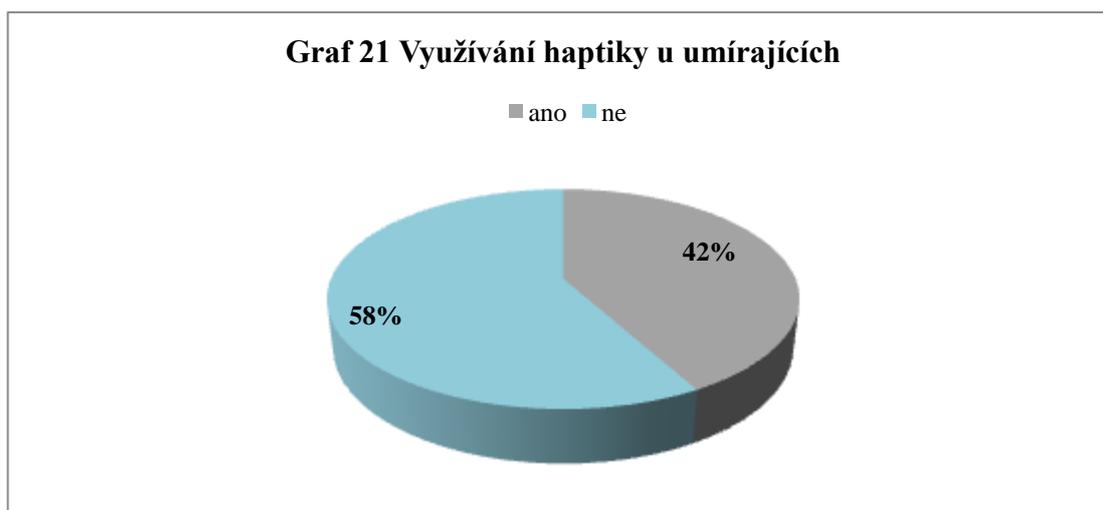
Tabulka 10 znázorňuje odpovědi na otázku, zda se sestry snaží plnit poslední přání nemocných. Odpověď spíše ano uvedlo z onkologického oddělení 9 respondentů (36%), z ostatních oddělení 45 respondentů (54%); jednoznačnou odpověď ano uvedlo z onkologického oddělení 5 respondentů (20%), z ostatních oddělení 19 respondentů (23%); odpověď spíše ne označilo z onkologického oddělení 9 respondentů (36%), z ostatních oddělení označilo tuto odpověď 0 respondentů (0%); jednoznačnou odpověď ne označili z onkologického oddělení 2 respondenti (8%), z ostatních oddělení 19 respondentů (23%).



Na otázku, co podle respondentů nejvíce chybí umírajícím na jejich oddělení, odpověděli takto: 0 respondentů (0%) uvedlo odpověď somatická péče; 70 respondentů (68%) uvedlo psychickou péči; 12 respondentů (10%) označilo sociální péči a 25 respondentů (22%) odpovědělo, že umírajícímu nejvíce chybí spirituální péče.



Na otázku, zda respondenti čtou P/K z bible na jejich přání, odpověděli takto: 33 respondentů (31%) označilo ano, ostatní respondenti – 75 (69%) označili odpověď ne – umírajícím na jejich přání z bible nečtou.



Graf 21 vyhodnocuje, zda sestry využívají ve své péči o umírající pacienty haptiku. 45 respondentů (42%) uvedlo odpověď první – ano; 63 respondentů (58%) odpovědělo ne – ve své péči o umírajícího haptiku nevyužívají.

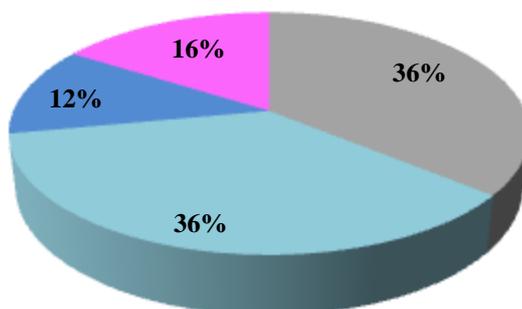
Tabulka 11 Využívání haptiky u umírajících – onkologické odd. / ostatní oddělení

Typ oddělení	Odpověď	Ano	Ne
Onkologické oddělení		7 (28%)	18 (72%)
Ostatní oddělení		38 (46%)	45 (54%)
Celkem respondentů - 108		45	63

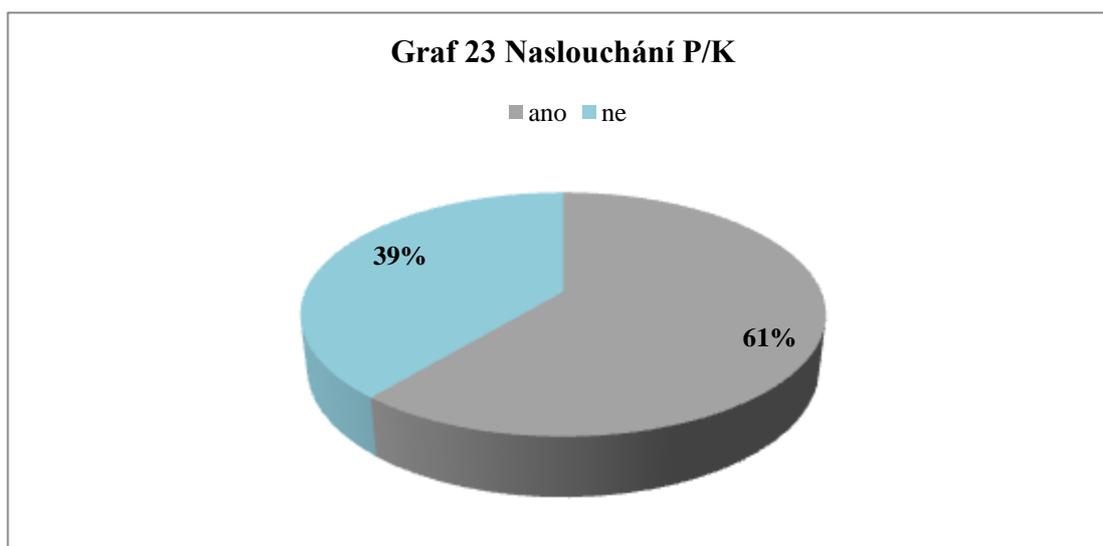
Na otázku, zda sestry při péči o umírající využívají neverbální dovednosti, konkrétně haptiku, odpověděly takto: odpověď ano označilo z onkologického oddělení 7 sester (28%), z ostatních oddělení 38 (46%); odpověď ne označilo z onkologického oddělení 18 sester (72%), z ostatních oddělení 45 (54%).

Graf 22 Způsob využívání haptiky

■ basální stimulace při ošetrovatelské péči ■ občasné pohlazení po tváři
■ sezení u lůžka P/K, držení za ruku ■ všechny výše uvedené



Graf 22 znázorňuje odpovědi respondentů, kteří odpověděli v předchozí otázce ano. Ze 45 respondentů uvedlo 15 dotazovaných (36%), že haptiku využívají k basální stimulaci při ošetrovatelské péči; dalších 15 dotazovaných (36%) uvedlo, že haptiku využívají občasným pohlazením po tváři; 5 respondentů (12%) uvedlo, že haptiku využívají sezením u lůžka nemocného a držením za jeho ruku a 12 respondentů (16%) uvedlo, že haptiku využívají k basální stimulaci při ošetrovatelské péči, občasným pohlazením po tváři, sezením u lůžka P/K, držením za ruku, označili tedy čtvrtou odpověď – všechny výše uvedené.



Graf 23 znázorňuje, zda dotazovaní dokážou P/K naslouchat. 66 respondentů (61%) odpovědělo ano a 42 respondentů (39%) označilo odpověď ne.

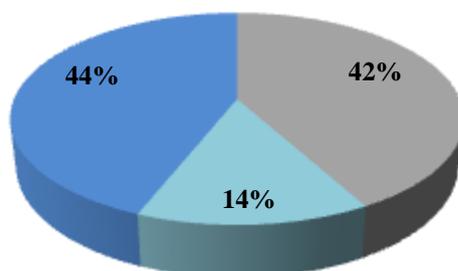
Tabulka 12 Naslouchání P/K – onkologické odd. / ostatní oddělení

Oddělení	Odpověď	Ano	Ne
Onkologické oddělení		10 (40%)	15 (60%)
Ostatní oddělení		53 (64%)	30 (36%)
Celkem respondentů - 108		63	45

Na otázku, zda se sestry domnívají, že umírajícímu dokážou naslouchat, odpověděly takto: odpověď ano označilo z onkologického oddělení 10 sester (40%), z ostatních oddělení 53 (64%); odpověď ne označilo z onkologického oddělení 15 sester (60%), z ostatních oddělení 30 (36%).

Graf 24 Osobní význam pro naslouchání

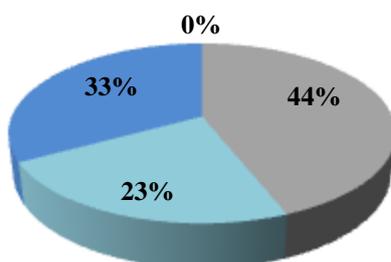
- monolog ze strany P/K
- dialog P/K a sestry
- umět pomoci, podpořit, vyslechnout a reagovat



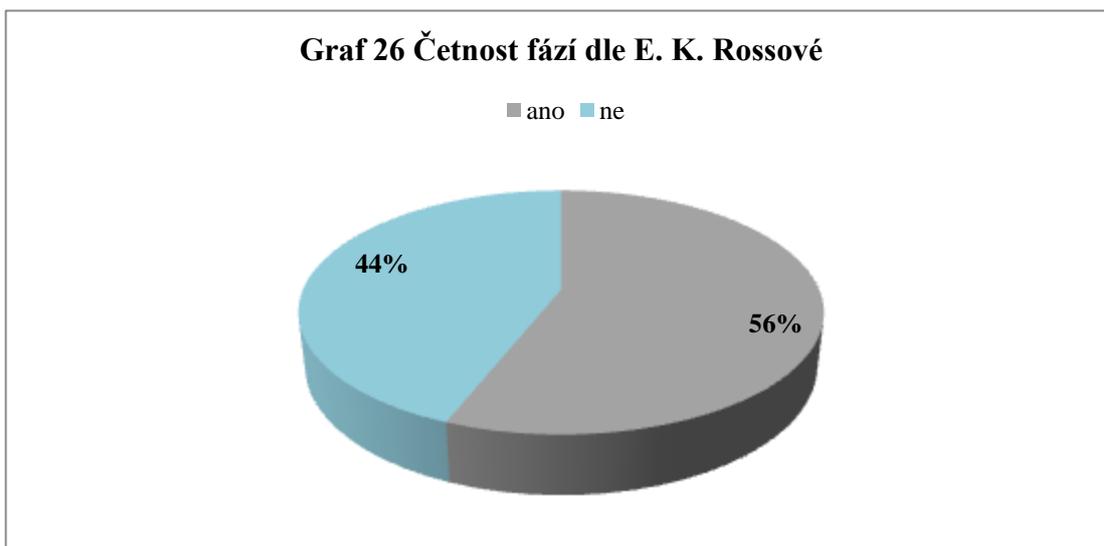
Graf 24 znázorňuje odpovědi respondentů, kteří odpověděli v předchozí otázce ano. Z 66 respondentů uvedlo 28 dotazovaných (42%), že naslouchání pro ně znamená monolog ze strany P/K; 10 dotazovaných (14%) uvedlo, že naslouchání pro ně znamená dialog mezi P/K a sestrou a 35 dotazovaných (44%) uvedlo význam naslouchání jako umět pomoci, podpořit, vyslechnout a reagovat.

Graf 25 Význam pojmu umírání

- selhávání vitálních funkcí
- období od prognózy nevléčitelného onemocnění do smrti
- období od narození do smrti
- jiné:



108 respondentů na otázku, co si představují pod pojmem umírání, odpovídalo takto: 48 dotazovaných (44%) označilo selhávání vitálních funkcí; 24 dotazovaných (23%) označilo období od prognózy nevléčitelného onemocnění do smrti; 36 dotazovaných (33%) označilo, že si pod pojmem umírání, představují období od narození do smrti a otevřenou otázku v podobě jiné odpovědi nezvolil nikdo – 0%.



Graf 26 znázorňuje znalosti výzkumného vzorku o počtu fází umírání dle Elisabeth Kübler - Rossové. 60 respondentů (56%) uvedlo správný počet fází umírání dle E. K. Rossové. 48 respondentů (44%) odpovědělo na tuto otázku nesprávně nebo neodpovědělo vůbec.



Znalost fází dle Elisabeth Kübler - Rossové ukazuje graf 27, kde správně odpovědělo 50 dotazovaných (46%) a 58 dotazovaných (54%) odpovědělo nesprávně nebo neodpovědělo vůbec.

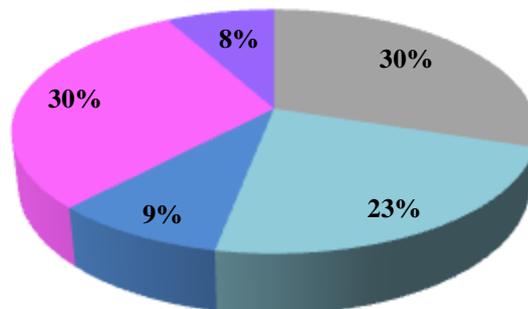
**Tabulka 13 Četnost a znalost fází dle Elisabeth Kübler - Rossové –
onkologické odd. / ostatní oddělení**

Typ oddělení	Četnost fází	Znalost fází
Interní oddělení – 20/5, 2 respondentů	5 (8%)	2 (4%)
Neurologické oddělení – 10/5, 3 respondentů	5 (8%)	3 (6%)
Onkologické oddělení – 25/0, 0 respondentů	0 (0%)	0 (0%)
Oddělení následné péče – 53/50, 45 respondentů	50 (84%)	45 (90%)
Celkem – 60/50	60 (100%)	50 (100%)

Tabulka 13 znázorňuje jednotlivá oddělení, kde respondenti pracují a počet správných odpovědí na otázky o fázích dle Elisabeth Kübler - Rossové. Otázka - kolik fází má umírání dle E. K. Rossové, byla úspěšnější, než znalost jednotlivých fází. Počet fází na interním oddělení znalo 5 respondentů (8%); na neurologickém oddělení také pět (8%). Na onkologickém oddělení odpovědělo na tuto otázku 0 respondentů (0%); na oddělení následné péče odpovědělo z celkového počtu 53 respondentů 50 dotazovaných (84%) správně. Jednotlivé fáze dle E. K. Rossové na interním oddělení vypsali 2 respondenti (4%); na neurologickém oddělení respondenti 3 (6%); na onkologickém oddělení na tuto otázku odpovědělo 0 respondentů (0%) a z celkového počtu 53 respondentů odpovědělo správně 45 dotazovaných (90%) na oddělení následné péče.

Graf 28 Důležitost znalostí fází dle E. K. Rossové

■ spíše ano ■ ano ■ spíše ne ■ ne ■ nevím



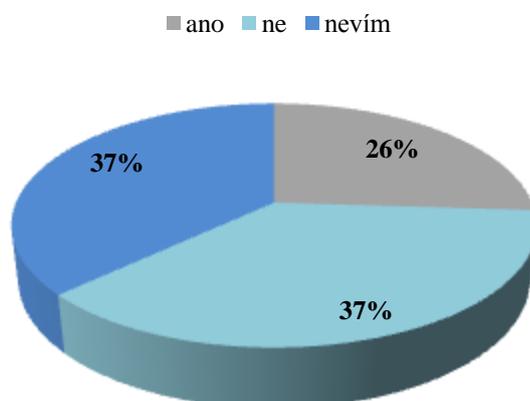
Na otázku, zda si respondenti myslí, jestli je důležité rozpoznat, jakou fází umírající prochází, odpověděli takto: 31 respondentů (30%) uvedlo, že znalost jednotlivých fází je spíše důležitá, odpověděli spíše ano; jednoznačnou odpověď ano označilo 24 respondentů (23%); odpověď spíše ne označilo 9 respondentů (9%); jednoznačnou odpověď ne označilo 33 respondentů (30%) a odpovědí si nebylo jisto 11 respondentů (8%), odpověděli nevím.

Tabulka 14 Důležitost znalostí fází dle Elisabeth Kübler - Rossové – onkologické odd. / ostatní oddělení

Typ oddělení	Odpověď	Spíše ano	Ano	Spíše ne	Ne	Nevím
Onkologické oddělení		2 (8%)	2 (8%)	2 (8%)	17 (68%)	2 (8%)
Ostatní oddělení		29 (35%)	22 (27%)	7 (8%)	16 (19%)	9 (11%)
Celkem respondentů - 108		31	24	9	33	11

Jak velkou důležitost přikládají sestry znalostem fází dle E. K. Rossové, znázorňuje tabulka 14. Odpověď spíše ano uvedli z onkologického oddělení 2 respondenti (8%), z ostatních oddělení 29 respondentů (35%); jednoznačnou odpověď ano označili z onkologického oddělení 2 dotazovaní (8%), z ostatních oddělení 22 dotazovaných (27%); jako spíše nedůležité považují jednotlivé fáze umírání z onkologického oddělení 2 respondenti (8%), z ostatních oddělení 7 respondentů (8%) označilo odpověď spíše ne; jednoznačnou odpověď ne uvedlo z onkologického oddělení 17 dotazovaných (68%), z ostatních oddělení 16 dotazovaných (19%); zbytek respondentů z výzkumného vzorku označilo odpověď nevím, konkrétně 2 z onkologického oddělení (8%) a 9 z ostatních oddělení (11%).

Graf 29 Komunikace s nemocným dle fází E. K. Rossové

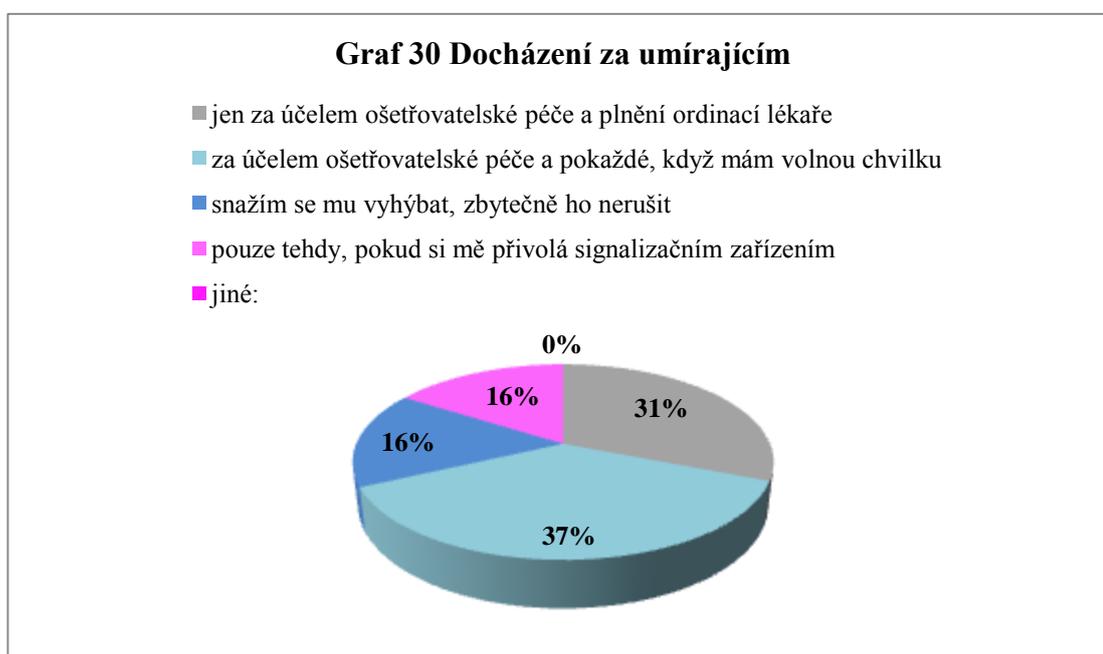


Z celkového počtu 108 respondentů označilo 28 dotazovaných (26%) odpověď ano na otázku, zda se domnívají, že s P/K komunikují dle fází Elisabeth Kübler - Rossové; 40 dotazovaných (37%) označilo odpověď ne a stejný počet, tedy 40 dotazovaných (37%) označilo odpověď nevím.

Tabulka 15 Komunikace s nemocným dle fází Elisabeth Kübler - Rossové – onkologické odd. / ostatní oddělení

Typ oddělení	Odpověď	Ano	Ne	Nevím
Onkologické oddělení		11 (44%)	4 (16%)	10 (40%)
Ostatní oddělení		17 (21%)	37 (44%)	29 (35%)
Celkem respondentů - 108		28	41	39

Na otázku, zda sestry komunikují s terminálně nemocnými dle fází umírání podle E. K. Rossové, odpověděly takto: jednoznačnou odpověď ano uvedlo z onkologického oddělení 11 sester (44%), z ostatních oddělení 17 (21%); jednoznačnou odpověď ne označily 4 sestry (16%) z onkologického oddělení a 37 (44%) z ostatních oddělení; odpověď nevím uvedlo 10 sester (40%) z onkologického oddělení a 29 (35%) z ostatních oddělení.



Na otázku, kdy sestry dochází za umírajícím, odpovídaly takto: 33 sestry (31%) za umírajícím dochází jen za účelem ošetrovatelské péče a plnění ordinací lékaře; 40 sestry (37%) za umírajícím dochází za účelem ošetrovatelské péče a pokaždé, když mají volnou chvíli; 17 sestry (16%) se snaží umírajícímu vyhýbat, zbytečně ho nerušit; stejný počet, tedy 17 (16%) dochází za umírajícím pouze tehdy, pokud si je P/K přivolá signalizačním zařízením a odpověď jiné využilo 0 respondentů (0%).

Tabulka 16 Docházení za umírajícím – onkologické odd. / ostatní oddělení

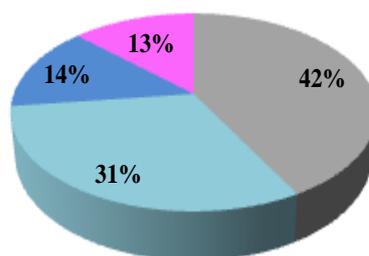
Typ oddělení	Odpověď	1.	2.	3.	4.	5.
Onkologické oddělení		7 (28%)	7 (28%)	2 (8%)	9 (36%)	0 (0%)
Ostatní oddělení		26 (31%)	33 (40%)	15 (18%)	9 (11%)	0 (0%)
Celkem respondentů - 108		33	40	17	18	0

1. jen za účelem ošetrovatelské péče a plnění ordinací lékaře
2. za účelem ošetrovatelské péče a pokaždé, když mám volnou chvíli
3. snažím se mu vyhýbat, zbytečně ho nerušit
4. pouze tehdy, pokud si mě přivolá signalizačním zařízením
5. jiné:

Tabulka 16 znázorňuje okamžiky, kdy sestry dochází za umírajícím. Jen za účelem ošetrovatelské péče a plnění ordinací lékaře dochází za umírajícím 7 respondentů (28%) z onkologického oddělení a 26 respondentů (31%) z ostatních oddělení; za účelem ošetrovatelské péče a pokaždé, když mám volnou chvíli, označilo 7 respondentů (28%) z onkologického oddělení a 33 respondentů (40%) z ostatních oddělení; odpověď snažím se mu vyhýbat, zbytečně ho nerušit, označili z onkologického oddělení 2 respondenti (8%) a z ostatních oddělení 15 respondentů (18%); odpověď pouze tehdy, pokud si mě přivolá signalizačním zařízením, uvedlo z onkologického oddělení 9 dotazovaných (36%) a z ostatních oddělení 9 respondentů (11%), možnost jiné odpovědi nevyužil žádný respondent (0%).

Graf 31 Čas strávený u lůžka umírajícího

- jen v nezbytně nutných případech
- delší než u ostatních P/K
- tak dlouhý, co mi ostatní P/K dovolí, jsem ochotna s ním být do posledního okamžiku i na úkor svého volného času
- minimální, nedělá mi dobře lidské utrpení a bezmocnost



Svůj čas strávený u lůžka nemocného hodnotili respondenti takto: 45 respondentů (42%) tráví u lůžka terminálně nemocného pouze nezbytně nutnou dobu; 33 respondentů (31%) udává, že čas strávený u lůžka nemocného je delší než u ostatních P/K; 16 respondentů (14%) uvedlo, že jejich čas strávený u lůžka nemocného je tak dlouhý, co jim ostatní P/K dovolí, jsou ochotni s ním být do posledního okamžiku i na úkor svého volného času; 14 respondentů (13%) uvedlo, že jejich čas strávený u lůžka umírajícího je minimální, nedělá jim dobře lidské utrpení a bezmocnost.

Tabulka 17 Čas strávený u lůžka umírajícího – onkologické odd. / ostatní oddělení

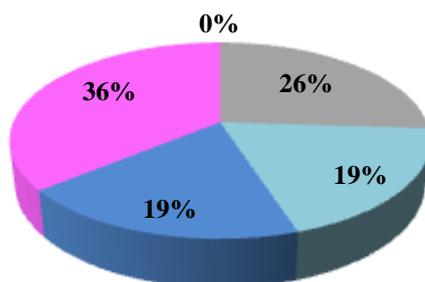
Typ oddělení	Odpověď	1.	2.	3.	4.
Onkologické oddělení		15 (60%)	5 (20%)	2 (8%)	3 (12%)
Ostatní oddělení		30 (36%)	28 (34%)	14 (17%)	11 (13%)
Celkem respondentů - 108		45	33	16	14

1. jen v nezbytně nutných případech
2. delší než u ostatních P/K
3. tak dlouhý, co mi ostatní P/K dovolí, jsem ochotna s ním být do posledního okamžiku i na úkor svého volného času
4. minimální, nedělá mi dobře lidské utrpení a bezmocnost

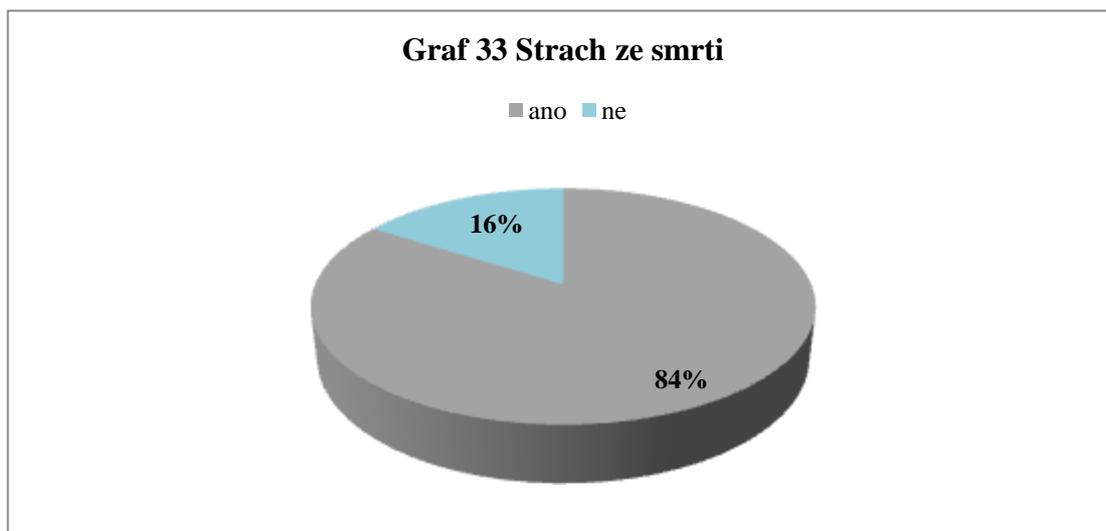
Na otázku, jak dlouhý je čas strávený u lůžka umírajícího, odpovídali dotazovaní takto: 15 respondentů (60%) z onkologického oddělení a 30 respondentů (36%) z ostatních oddělení udává, že tráví čas u lůžka jen v nezbytně nutných případech; odpověď - delší než u ostatních P/K, uvedlo 5 dotazovaných (20%) z onkologického oddělení a 28 dotazovaných (34%) z ostatních oddělení; 2 respondenti (8%) z onkologického oddělení a 14 respondentů (17%) z ostatních oddělení označili svůj čas strávený u lůžka umírajícího odpovědí - tak dlouho, co mi ostatní P/K dovolí, jsem ochotna s ním být do posledního okamžiku i na úkor svého volného času; poslední odpověď – minimální, nedělá mi dobře lidské utrpení a bezmocnost, uvedli 3 respondenti (12%) z onkologického oddělení a 11 respondentů (13%) z ostatních oddělení.

Graf 32 Význam pojmu smrt

- záležitost, která se týká hlavně nemocničních a sociálních zařízení
- vysvobození
- něco, čeho se obávám
- přirozený děj lidského života
- jiné:



Graf 32 ukazuje, co pro jednotlivé respondenty znamená pojem smrt. 28 respondentů (26%) označilo pod pojmem smrt záležitost, která se týká hlavně nemocničních a sociálních zařízení; 20 respondentů (19%) hodnotí smrt jako vysvobození; 20 respondentů (19%) uvedlo, že smrt je něco, čeho se obávají; 40 respondentů (36%) označilo smrt jako přirozený děj lidského života. Nabídku na jiný názor využilo 0 respondentů (0%).



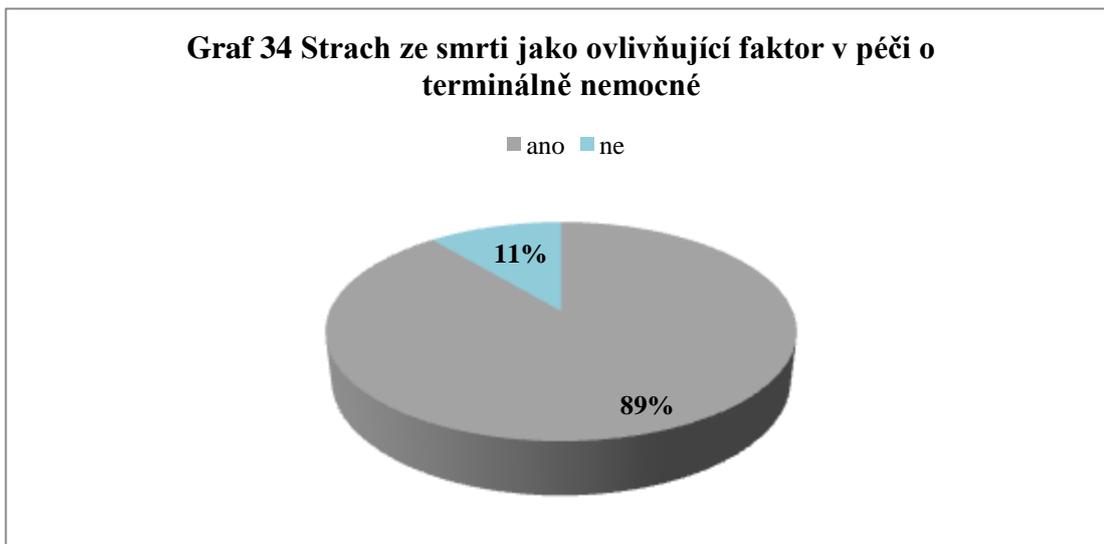
Na otázku, zda mají sestry strach ze smrti, odpověděly takto: Strach ze smrti má 91 sester (84%); zbylých 17 sester (16%) strach ze smrti nemá, odpověděly ne.

Tabulka 18 Strach ze smrti – onkologické odd. / ostatní oddělení

Typ oddělení	Odpověď	Ano	Ne
Onkologické oddělení		18 (72%)	7 (28%)
Ostatní oddělení		73 (88%)	10 (12%)
Celkem respondentů - 108		91	17

Tabulka 18 znázorňuje, zda sestry mají strach ze smrti. Odpověď ano uvedlo 18 sester (72%) z onkologického oddělení a 73 (88%) z ostatních oddělení; odpověď ne uvedlo 7 sester (28%) z onkologického oddělení a 10 (12%) z ostatních oddělení.

Graf 34 Strach ze smrti jako ovlivňující faktor v péči o terminálně nemocné



Graf 34 znázorňuje odpovědi respondentů, kteří odpověděli v předchozí otázce ano. Z 91 dotazovaných odpovědělo 81 respondentů (89%), že jejich strach ze smrti ovlivňuje jejich přístup k terminálně nemocným – odpověděli ano; zbylých 10 respondentů (11%) označilo, že jejich strach ze smrti neovlivňuje přístup k terminálně nemocným – odpověď ne.

Tabulka 19 Strach ze smrti jako ovlivňující faktor v péči o terminálně nemocné – onkologické odd. / ostatní oddělení

Typ oddělení	Odpověď	Ano	Ne
Onkologické oddělení		4 (22%)	14 (78%)
Ostatní oddělení		71 (97%)	2 (3%)
Celkem respondentů - 91		75	16

V tabulce 19 jsou zpracovány údaje respondentů, kteří odpověděli v předchozí otázce ano. Otázka zněla, zda jejich strach ze smrti ovlivňuje péči o terminálně nemocné. Odpověď ano uvedli z onkologického oddělení 4 respondenti (22%) a 71 respondentů (97%) z ostatních oddělení; ostatní respondenti sice mají strach ze smrti, ale tento fakt neovlivňuje jejich péči o terminálně nemocné, odpověď ne uvedlo z onkologického oddělení 14 dotazovaných (78%) a z ostatních oddělení označili tuto odpověď 2 dotazovaní (3%).

Grafy 1 – 34 + tabulky 1 - 19 zdroj: vlastní výzkum.

5. Diskuse

Bakalářská práce je rozdělena na dvě části, teoretickou a empirickou. V empirické části byl zkoumán cíl, který mapuje znalosti a dovednosti sester v komunikaci s umírajícím pacientem. Znalosti a dovednosti sester byly zjišťovány v oblasti komunikace, umírání a smrti, formou otevřených, polootevřených a uzavřených otázek. Zjištěná data byla vyhodnocena do grafů a tabulek. Výsledky jsou uvedeny počtem respondentů a v procentech.

Hodnocení kvantitativního výzkumu se zúčastnilo 108 sester (100%). Prvních 6 otázek bylo zaměřeno na charakteristiku výzkumného vzorku, které mají identifikační charakter. Zkoumaný vzorek nejčastěji tvořily ženy (95%, graf 1), ve věku 21 – 30 let (28%, graf 2), s nejvyšším dosaženým vzděláním středoškolským s maturitou (65%, graf 3), pracující na oddělení následné péče (49%, graf 4), s délkou praxe ve zdravotnictví v profesi sestry déle jak 15 let (37%, graf 5) a s absolvovaným kurzem nebo seminářem na tématiku komunikace s umírajícím pacientem v 26% (graf 6). Grafy 7 – 34 mají vypovídající hodnoty o znalostech a dovednostech sester v komunikaci s umírajícím P/K. Otázky byly vytvořené pro účely vyhodnocení hypotéz.

Vybraní respondenti se s umíráním setkávají velmi často, nejčastěji jednou do měsíce – 54% a jednou týdně – 28% (graf 7). Dostupná literatura od Svatošové, Rossové a Křivohlavého, poukazuje na důležitost komunikace s terminálně nemocnými. Pro většinu sester je komunikace důležitá (graf 8). Správně komunikovat s umírajícím P/K není jednoduché. Přesto by mělo být v zájmu sestry, aby své komunikační dovednosti mohla rozvíjet. Dovednosti jsou závislé mimo jiné i na mentalitě, profesní délce praxe a zkušenostech. Vzhledem k tomu, že většina dotazovaných sester byla v mladším věku, nebylo procentuální zastoupení v důležitosti komunikace s umírajícím, tak velké.

V západních zemích se preferuje říkat nemocnému jeho pravou diagnózu, byť není příznivá, jak popisuje ve své knize Haškovcová. Převážná většina sester (62%, graf 9) je přesvědčena o tom, že není vhodné komunikovat s P/K o jeho

zdravotním stavu. Možná proto, aby P/K nezatěžovaly a aby mohl spokojeně žít do konce svého života bez stresu a obav z nemocničního prostředí.

Sestry by měly být připravené se svým P/K o smrti hovořit (graf 10). Mnoho sester (47%) se na tuto roli necítí být připraveno. Pokud však nemocný takové téma rozhovoru vybere, je to pro něj nejspíš velmi důležité. Odvrácením rozhovoru by sestra mohla ukázat svůj nezájem, neprofesionalitu a nezkušenost. Efektivní komunikace je nezbytná pro zhodnocení P/K stavu, jak také uvádí Sanchia.

Důležitost reakce na otázky umírajících jsou popsány v publikaci Paliativní péče pro sestry. V grafu 11 jsme zjišťovali, zda sestry umí reagovat na otázky umírajících. Odpovědi – kladná i záporná, jsou téměř padesáti procentní. Tento fakt popisuje i Sanchia, která uvádí, že mnoho sester neabsolvuje kurz pro komunikaci s umírajícím P/K a rutinně používá své dosavadní technické dovednosti, které jsou nedostačující. Kontakt s umírajícím nemusí být jen při ošetrovatelské péči, ale může být i aktivní z našeho vlastního zájmu. Potěšující zjištění bylo, když většina sester označila odpověď, že se P/K nevyhýbá (graf 12).

Důležitou součástí výzkumu bylo zjištění, zda sestry vnímají verbální a neverbální komunikaci s umírajícím, za specifickou. Obě komunikace spolu úzce souvisí, a pokud nejsou v souladu naše slova s výrazem tváře, nemusíme na P/K působit důvěryhodně, jak např. uvádí Venglářová nebo Křivohlavý. Většina respondentů se domnívá, že verbální komunikace s sebou přináší zvláštní nároky ve vztahu k P/K (graf 13). Kladnou odpověď spíše ano uvedlo 48% respondentů, ano uvedlo 31% respondentů. Oproti tomu se můžeme všimnout na grafu 14, že kladné odpovědi u neverbální komunikace nejsou zastoupeny v takové míře jako v grafu předchozím. Pouhých 17 % respondentů se domnívá, že má neverbální komunikace určitá specifika.

V otázkách 15, 16, 17, jsme zjišťovali specifické znalosti v komunikaci s umírajícím P/K. Sestry měly označit tvrzení ze 4 možných, které patří, případně nepatří mezi správné specifické zásady v komunikaci s umírajícím. Dostupná literatura uvádí, jak by sestra měla v takové situaci reagovat. Správnou odpověď – empatie, vstřícnost, profesionalita, individuální přístup, označila většina sester (60%, graf 15), což je potěšující. 19% respondentů uvedlo, že je vhodné odhadovat čas, který P/K

zbývá. To se ale neslučuje s názory Haškovcové, která popisuje ve své knize tuto reakci za nevhodnou. V rozhovoru s umírajícím by sestra neměla používat sugestivní otázky, jak tvrdí Venglářová. To také uvedlo 60% sester (graf 16). 16% sester uvedlo za nesprávné - sladění verbálního a neverbálního projevu. Možná proto, že si mnohdy neuvědomujeme, jak je neverbální komunikace důležitá a jak moc je žádoucí, aby byl neverbální projev shodný s verbálním. Reakce při komunikaci jsou mnohdy složité. Venglářová uvádí, že bychom neměli hodnotit P/K chování a projevy. To samé si myslí 62% sester, což je potěšující (graf 17).

Autorky, Marková a Haškovcová, píší ve svých dílech o důležitosti plnění pacientových přání, i o komunikaci s P/K o jeho potřebách. Většina dotazovaných se snaží o to, aby mohli splnit přání P/K. Odpověď spíše ano uvedlo 49% sester, ano uvedlo 22% sester. Překvapivou odpověď ne uvedlo 20% sester (graf 18). Stejně jako každý člověk, má i umírající mnoho potřeb (graf 19). Nedostatek nějaké potřeby ho může frustrovat. Nejvíce sester (68%) shledalo jako nedostačující péči v oblasti psychiky. Druhý nejvyšší počet sester (22%) udává, že umírajícím nejvíce chybí spirituální péče. Možná právě tyto sestry uvedly v následujícím grafu ano na otázku, zda čtou na přání umírajícím z bible (graf 20). Sester s kladnou odpovědí bylo 31%, ostatní sestry (69%) uvedly, že umírajícímu z bible na jejich přání nečtou. Považujeme za velké procento těch, kteří označili odpověď ne. V díle Thanatologie od Haškovcové se dočteme, že věřící umírající se častěji lépe smíří se svojí smrtelností, než ateista. Pokud umírajícímu v posledních dnech života ubývají síly natolik, že si nedokáže číst ze své bible, považují za důležité, aby mu s tím sestra pomohla, i pokud ona sama víru umírajícího neuznává.

Mezi dovednostmi, které by měly sestry ovládat, rozhodně patří i haptika. Haptika je řeč těla, konkrétně doteky, které neodmyslitelně patří k ošetrovatelské péči. Většina sester odpověděla zápornou odpovědí, tedy že v součásti jejich péče o umírající, doteky nefigurují (graf 21). Vzhledem k tomu, že haptiku můžeme využít k basální stimulaci při každodenní ošetrovatelské péči, jak uvedlo 36% sester (graf 22), hlazením po tváři, držení za ruku, považujeme výsledky z předchozího grafu za nedostačující.

Naslouchání je v profesi sestry velmi důležitá dovednost a jedna z nejdůležitějších dovedností v komunikaci všeobecně. Sestra naslouchá ušima, očima a srdcem, jak uvádí ve své publikaci Mahrová. Téma naslouchání bylo předmětem grafu 23. Sestry uváděly, zda se domnívají, že umí umírajícímu P/K naslouchat. Většina sester (61%) se domnívá, že ano. 39% sester se domnívá, že umírajícímu P/K naslouchat nedokáže. Monolog ze strany P/K může být také forma naslouchání, jak uvedlo 42% sester. Můj osobní význam pro naslouchání je umět pomoci, podpořit, vyslechnout a reagovat. S mým názorem souhlasilo 44% sester (graf 24).

Umírání je složitý proces, který neodmyslitelně patří k lidskému životu, pro každého z nás znamená něco jiného. Může to být ovlivněné věkem, mentalitou, pohlavím, ale i dosavadní zkušeností. Informace o umírání a smrti jsou přehledně shrnuty v první české knize o thanatologii od Heleny Haškovcové. Důležitou osobou v této problematice je také zakladatelka českého hospicového hnutí Marie Svatošová. Elisabeth Kübler – Rossová pracovala celý život s umírajícími a své poznatky uvedla ve svých mnoha dílech, z kterých jsem ve své práci čerpala. E. K. Rossová vytvořila pěti - fázový model umírání. Svě správné znalosti ukázalo 56% respondentů tím, že napsalo správný počet fází (graf 26). Zda sestry umí vyjmenovat jednotlivé fáze umírání dle E. K. Rossové, znázorňuje graf 27. Správnou odpověď označilo 46% dotazovaných a 54% dotazovaných odpovědělo nesprávně nebo neodpovědělo vůbec, což je zarážející.

Zda je pro sestry důležité rozeznat jakou fází umírající prochází, jsme zjišťovali v grafu 28. Spíše ano (30%) a ne (30%) odpověděl stejný počet respondentů. Záporná odpověď nekorresponduje s důležitostí fází dle Rossové. Vorlíček popisuje, že je sice důležité vědět, v jaké fázi se umírající nachází, ale že to sestra poznat vůbec nemusí, neboť je to obtížné. Každá fáze má svá doporučení komunikačních dovedností. Pouhých 26 % dotazovaných odpovědělo, že se domnívá, že s terminálně nemocným komunikují podle fází Rossové. Zápornou odpověď označila většina respondentů (37%, graf 29).

Pro výzkum bylo důležité zjistit, v jakých situacích chodí sestry za umírajícími a jaký je jejich čas strávený u lůžka P/K. 16% sester chodí za P/K pouze tehdy, pokud si je přivolá signalizačním zařízením, stejný počet se P/K snaží vyhnout, zbytečně ho

nerušit (graf 30). Čas strávený u lůžka umírajícího by měl být podle P/K přání. Haškovcová popisuje, že umírající jsou velmi vděční za naši péči a za péči svých blízkých, ale nejčastěji umřou v momentě, kdy jsou sami. Proto možná odpověděla většina sester (42%), že jejich čas strávený u lůžka umírajícího je jen v nezbytně nutných případech. 13% sester označilo svůj čas strávený u lůžka umírajícího jako minimální, neboť jim nedělá dobře lidské utrpení a bezmocnost. Domnívám se, že na odděleních, kde je umírání a smrt častou záležitostí, by se tato odpověď vyskytovat neměla. Sestra je zde pro P/K a její pocity by měly jít stranou.

Stejně tak jako umírání i smrt neodmyslitelně patří k lidskému životu, neboť je to přirozený děj. To samé se domnívá 36% sester (graf 32). Smrt může být náhlá, rychlá nebo pomalá. Podle jiné příčiny předčasná nebo přirozená, jak uvádí ve své knize Haškovcová. Poslední dvě otázky byly věnovány strachu ze smrti, který je přirozený a nazývá se thanatofobie, jak uvádí Křivohlavý ve své publikaci Psychologie nemoci. 84% dotazovaných uvádí strach ze smrti (graf 33). Zajímalo nás, zda strach ze smrti ovlivňuje přístup k terminálně nemocným. Ano odpovědělo 89% dotazovaných a 11% dotazovaných uvedlo, že sice mají strach ze smrti, ale neovlivňuje to jejich přístup k terminálně nemocným.

Aby bylo možné pracovat s druhou hypotézou, bylo zapotřebí zpracovat konkrétně odpovědi jednotlivých sester na onkologickém oddělení a odděleních ostatních. Pro větší přehlednost jsou data uvedena v %. Pro účel druhé hypotézy bylo zpracováno 19 tabulek, které zjišťují znalosti a dovednosti sester.

Aby mohla sestra poskytovat co možná nejlepší péči, je zapotřebí, aby uměla správně komunikovat, neboť, jak uvádí Venglářová, jde o nástroj uspokojování potřeb člověka. Umět správně komunikovat není jednoduché. O to víc, pokud se má sestra naučit komunikovat s terminálně nemocným. Pro zjednodušení komunikace uvedla E. K. Rossová fáze umírání, které mají svá specifika a umožňují zdravotníkům větší profesionalitu a dovednost v šanci obstát v tak nelehkém úkolu. Je zarážející, že sestry z onkologického oddělení uvedly v převážné většině odpověď spíše ne (8%) nebo ne (60%) na otázku, zda je pro ně důležitá komunikace s terminálně nemocnými (tabulka 1). Oproti tomu sestry z ostatních oddělení důležitosti komunikace přikládají

velký důraz a to spíše ano - 39% a ano - 31%. Domníváme se, že sestra, která má ukončené středoškolské vzdělání s maturitou, není připravená na kontakt se smrtí a s tím spojenou komunikaci s P/K v terminálním stádiu. Ale pokud nastoupí na oddělení, na kterém se s umírajícím setkává, měla by na to být předem připravená a školená. Sestry z onkologického oddělení, které uvedly, že se setkávají velmi často s umírajícím P/K, zároveň uvedly, že jsou připraveny na rozhovor s umírajícím v pouhých 24%. Oproti tomu jsou sestry z ostatních oddělení připraveny z 40%. Vorlíček uvádí, že mezi role sestry by měla patřit dovednost reagovat na otázky umírajících. To asi zejména proto, že musíme dát umírajícímu důvěru a naději. Sestry na onkologickém oddělení považují tuto dovednost za kladnou (72%, tabulka 3). Sestry z ostatních oddělení uvedly kladnou odpověď z necelé poloviny (45%). Sestra, která se stará o umírajícího P/K by se mu neměla, dle mého názoru, vyhýbat. I když E. K. Rossová popisuje, že mnoho P/K umřelo v momentě, kdy zůstalo na okamžik o samotě. Také píše, že umírající cítí důvěru, lásku a vděčnost za to, co pro něj děláme. Je tedy otázkou, zda je vyhýbání se umírajícímu špatné. Asi více pro nás, zdravotníky, než pro umírajícího. Kladné odpovědi na vyhýbání se kontaktu s umírajícími (tabulka 4), uvedly sestry z onkologického oddělení takto: spíše ano - 24% a ano - 12%.

V Klinické onkologii pro sestry Vorlíček popisuje, že mezi základní role sestry musí patřit správné komunikační schopnosti ve verbální a neverbální komunikaci. Zvláštní nároky na verbální komunikaci (tabulka 5) udává z onkologického oddělení 20% sester v odpovědi spíše ano a 36% v jednoznačné odpovědi ano. Z ostatních oddělení bylo zastoupení kladných odpovědí větší, konkrétně 55% spíše ano a 28% ano. Neverbální komunikaci (tabulka 6), shledaly sestry z onkologického oddělení za nespecifickou (44%) a sestry z ostatních oddělení uvedly odpověď ne v pouhých 24%. Vorlíček popisuje ve své knize, že je sestra onkologickému P/K nejbližší, jak fyzicky, tak psychicky. Měla by se zajímat o komunikační techniky, zejména o neverbální komunikaci. Proto posuzujeme výsledky sester z onkologického oddělení za nedostačující.

V tabulkách 7, 8, 9 jsme zjišťovali odpovědi sester na otázky o specifických zásadách v komunikaci s terminálně nemocným. Je zvláštní, že sestry z onkologického

oddělení uvedly za vhodné odhadovat čas, který P/K zbývá (44%, tabulka 7), což se vylučuje s dostupnou literaturou. Tu samou odpověď uvedly ostatní sestry v pouhých 10%. Za nevhodnou reakci v komunikaci s umírajícím považují sestry z onkologického oddělení sladění verbální a neverbální komunikace (32%, tabulka 8). Ostatní sestry uvedly tu samou odpověď v pouhých 12%. Venglářová popisuje nesprávnou reakci sestry jako hodnocení P/K chování a projevů, neboť má nemocný bolest, může být dezorientovaný a je často velmi zesláblý svým stavem. Právě proto bychom měli P/K přijímat se všemi jeho projevy. U sester z onkologického oddělení byla tato odpověď častá (44%), oproti tomu u sester z ostatních oddělení byla minimální (1%, tabulka 9).

Svatošová popisuje, jak je důležité snažit se splnit P/K přání, které může být nejčastěji tím posledním. Domnívám se, že se může jednat o velmi nelehký úkol. Na druhou stranu můžu z vlastní zkušenosti říct, že přání umírajících jsou často velmi prostá. Chtějí vidět rozkvetlou zahradu, slyšet zpívat ptáky, vidět svoji rodinu, známé, poslechnout si svoji oblíbenou skladbu apod. Je velmi důležité, zda je vůbec v možnostech a kompetencích sestry, přání splnit. Odpovědi sester z onkologického oddělení jsou spíše ano (36%) a spíše ne (36%). Ostatní sestry uvedly spíše ano v nadpoloviční většině (54%).

Haptika rozvíjí komunikaci a měla by být součástí ošetrovatelské péče. Vorlíček uvádí ve své knize doporučení pro sestry, aby se dotýkaly P/K, protože to jejich blízcí často nedokážou. Dotek, stisknutí ruky nebo pohlazení po tváři, může pro P/K mnohdy znamenat více, než dlouhosáhlé dialogy. Haptiku při péči o umírajícího využívají sestry z onkologického oddělení v 28%, z ostatních oddělení v 46% (tabulka 11).

Naslouchání shledáváme za nezbytnou součást každodenní péče o P/K. Sestry z onkologického oddělení uvedly dovednost naslouchání z 40%. Sestry z ostatních oddělení z 64% (tabulka 12). Sestry pracující na odděleních, kde lidé umírají, by měly vědět, že umírající prožívá své umírání v různých fázích a každá fáze s sebou nese svá doporučení a specifika, které sestře mnohé usnadní. Prožívání fází je různé. Někteří jsou v šoku a do jiné fáze se nedostanou. Jiní jsou ve stavu, kdy se posunou do deprese a jsou znovu degradováni do fáze popření. Pro sestru není jednoduché poznat danou

fázi. Může se ale naučit, jak by s P/K měla komunikovat, aby došlo k uspokojení potřeb ze strany P/K, ale i sestry samé.

Znalost fází u sester na onkologickém oddělení byla k poměru ostatních - 0 sester (0%) : 60 sester (100%). Počet fází (tabulka 13) uvedlo z ostatních oddělení 56% sester, znalost jednotlivých fází (tabulka 13) byla u 46% sester. Zároveň se sestry z onkologického oddělení domnívají, že není důležité (68%) poznat v jaké fázi se umírající nachází (tabulka 14), což také popisuje Vorlíček. Sestry z ostatních oddělení definovaly tu samou odpověď v 19%. Tabulka 15 nemůže být příliš objektivní, neboť otázka zněla, zda sestry komunikují s terminálně nemocnými dle E. K. Rossové. Vzhledem k tomu, že znalost fází nebyla velká, byly výsledky očekávané. 44% sester z onkologického oddělení uvedlo, že komunikují s terminálně nemocnými podle daných fází, ale zároveň uvedly, že fáze neznají a nejsou důležité. Haškovcová popisuje, že u umírajícího nemusíme být dlouhou dobu, stačí chvilka, když jdeme okolo, za jiným P/K, provádíme ošetrovatelskou péči. Rossová odpovídá na otázky, kdy bychom za P/K měli docházet (tabulka 16) a jak dlouhý by měl být čas strávený u P/K (tabulka 17). Sestry z onkologického oddělení uvedly jako nejčastější odpověď docházení za P/K pouze tehdy, pokud si je P/K přivolá signalizačním zařízením (36%). Nejčastější odpověď sester z ostatních oddělení byla taková, že za umírajícím dochází za účelem ošetrovatelské péče a pokaždé, když mají volnou chvilku (40%). Možná se sestry z onkologického oddělení řídí doporučeními Rossové, které říkají, že čas strávený u P/K vůbec nemusí být dlouhý. Potom je ale zvláštní, že žádná sestra nepřikládá důraz jednotlivým fázím. Možná proto je čas strávený u lůžka umírajícího pro ty samé sestry jen v nezbytně nutných případech (60%). Možná chtějí sestry P/K dopřát dostatek klidu a nechat ho rozjímat o svém životě. Možná sestry mají strach ze svojí vlastní smrtelnosti, a proto nechtějí za P/K chodit více. Haškovcová uvádí fakt, že pokud se sestry neztotožní se svojí vlastní smrtelností, těžko dokážou pečovat o terminálně nemocné a rozmlouvat s nimi. Strach ze smrti má většina sester, konkrétně 72% sester z onkologického oddělení a 88% sester z ostatních oddělení. Strach ze smrti mi připadá přirozený. Zarážející jsou výsledky tabulky 19, kde byly zpracovány pouze kladné odpovědi sester z předchozího grafu (33). Sestry z onkologického oddělení mají strach

ze smrti, ale z 78% to neovlivňuje jejich péči o terminálně nemocné, oproti tomu sestry z ostatních oddělení, které mají strach ze smrti, uvedly, že jejich strach ovlivňuje péči o terminálně nemocné (97%).

Naším cílem bylo zmapovat znalosti a dovednosti sester v komunikaci s umírajícím pacientem. Cíl byl splněn. Na základě zvoleného cíle jsme si určili hypotézy, které hodnotíme takto:

H1. Domnívám se, že sestry mají znalosti v komunikaci s umírajícím pacientem.

Tato hypotéza byla potvrzena.

H2. Předpokládám, že sestry pracující na onkologickém oddělení mají lepší znalosti a dovednosti v komunikaci s umírajícím pacientem, než sestry na standardním oddělení nemocnice. Tato hypotéza nebyla potvrzena.

Na základě těchto výsledků byly odkryty některé znalostní, a zvláště pak dovednostní nedostatky sester. Přestože znalosti byly na mnoha odděleních hodnoceny velmi dobře, je zřejmé, že většina sester nedokáže tyto znalosti aplikovat v praxi. Je dle mého názoru velmi pravděpodobné, že hlavní příčinou, proč nedokážou sestry promítnout svoje znalosti v komunikaci s umírajícím do praxe, jsou obava a strach ze smrti. Domnívám se, a můj výzkum to také naznačil, že čím častější je setkání se smrtí, tím více jsou dovednosti a komunikace s umírajícími pacienty omezeny.

Bakalářskou práci jsem zpracovávala několik měsíců. Po tuto dobu jsem pročítala dostupnou literaturu o komunikaci, umírání o smrti. Jsem obohacena o nové informace, rady a zkušenosti. Jako začínající sestra si velmi vážím těchto cenných informací, které se budu snažit aplikovat do své vlastní praxe. Domnívám se, že fakt, jaké sestry mají dovednosti, nezávisí jen na vědomostních znalostech, ale také na tom, jaký člověk doopravdy je. Jestli je vnímavý, empatický, rozumově vyspělý a jestli se narodil zrovna pro tuto práci a bere profesi sestry jako poslání.

6. Závěr

21. století s sebou přineslo mnoho přínosných vědeckých a medicínských objevů. Díky moderním technikám dosavadní léčby žijeme déle. Možná i proto déle umíráme. Problematika paliativní péče provází sestry ve svých profesích každodenně. Bakalářskou práci na téma - Znalosti a dovednosti sester v komunikaci s umírajícím pacientem, jsem rozdělila na dvě části. První část je teoretická, druhá empirická.

V teoretické části jsem čerpala z dostupné literatury, kterou jsem zahrнула do použitých zdrojů. Literatury s tematikou komunikace, psychologie, umírání a smrti, je nespočet. V dnešní době, díky výborným a zkušeným autorům je i velmi mnoho literatury, která jednotlivá témata prolíná. Literatura je pro mě velmi cenná, protože autorky jakými jsou například Marie Svatošová nebo Elisabeth Kübler - Rossová shrnuly do svých děl léta své praxe. Ve svých publikacích poukazovaly na konkrétní lidské příběhy, jednotlivé fáze umírání a komunikaci sestry právě s umírajícím v jednotlivých fázích, které umírání doprovází. Časopis Sestra mi byl také velkou pomocí, neboť sestry, autorky jednotlivých článků, se čtenářům často svěřují se svými pocity, zkušenostmi a nápady na lepší a novější dovednosti v komunikaci s umírajícími pacienty. Pro mě, jakožto začínající sestru, jsou tyto informace velmi cenné a vážím si jich.

V empirické části jsme zkoumali, zda mají sestry znalosti a dovednosti z dané tematiky. Naším hlavním a jediným cílem bylo zmapovat znalosti a dovednosti sester v komunikaci s umírajícím. Bylo pro nás velmi podstatné zjistit, zda sestry na jednotlivých odděleních, kde se pravidelně s pacienty v terminálním stádiu setkávají, znají teoretickou a praktickou stránku dané problematiky. Cíl byl splněn. V hypotéze číslo jedna jsme se domnívali, že sestry mají znalosti v komunikaci s umírajícím pacientem. Hypotéza se potvrdila, neboť výsledky výzkumu ukázaly, že sestry znají problematiku komunikace s umírajícím a jsou v daném oboru informované. Druhá hypotéza, ve které jsme předpokládali, že sestry pracující na onkologickém oddělení mají lepší znalosti a dovednosti, než sestry pracující na jiném standardním oddělení

nemocnice, se nepotvrdila. Z vyplněných dotazníků totiž vyplývá, že nejlepší znalosti sester v komunikaci s umírajícím, jsou na odděleních následné péče.

V empirické části práce jsme zjistili, že sestry, které absolvovaly kurz na komunikaci s terminálně nemocnými, mají jiný náhled na komunikaci s P/K všeobecně. Uváděly, jak moc je pro ně komunikace s pacienty důležitá, jak se snaží plnit každé přání nemocných, zejména potom přání terminálně nemocných. Také byly dobře orientované v jednotlivých fázích umírání.

Několik dotazníků se mi vrátilo s cennými připomínkami a radami. Setkala jsem se i s negativním náhledem, jak na můj dotazník, tak na moji práci celkově. Sestry si stěžovaly, že otázky byly těžké a že moje téma jim přijde příliš pesimistické a negativně laděné. Ano, v některých názorech s nimi naprosto souhlasím. Moje téma je pesimistické a negativně laděné, ale jen proto, že na umírání není nic příjemného a smrti se mnozí obáváme. Snažila jsem se svojí prací najít řešení, které by nám, sestřám, umožnilo lepší a zkušenější práci v komunikaci s těmi, kteří nás tak moc potřebují. Téma je velmi citlivé proto, že tematika smrti a umírání citlivá doopravdy je. Názory ostatních sester pro mě byly velmi potěšující. Dotazník jim přišel procítěný, smysluplný a dělaný přesně tak, jak by péče o umírající, dle jejich názorů, měla vypadat.

V naší práci nešlo o to sestry zkoušet, jak na tom jsou se svými znalostmi a dovednostmi. Náš úkol byl pouze znalosti a dovednosti u sester jako celku, zmapovat. Po zkušenosti se znalostmi sester po absolvovaných kurzech a seminářích se domnívám, že by bylo vhodné zařadit komunikaci s umírajícím P/K již na středních zdravotnických školách. Pro větší informovanost by bylo vhodné zařadit více komunikace na vyšších a vysokých školách pro studenty daných oborů. Sestřám bych zvýšila počet seminářů, kurzů a konferencí se stejnou tematikou. Povinně pro sestry, pracující na odděleních, kde se s umíráním a se smrtí setkávají často, aby zvládly duševní hygienu a aby věděly, že existují techniky, směry a doporučení, které jim mohou mnohé usnadnit. Poukázala bych na jednotlivé fáze umírání dle Elisabeth Kübler - Rossové, neboť její publikace jsou, dle mého názoru, plnohodnotné. Dokážou ulehčit určitými vhodně zvolenými technikami obávanou komunikaci s pacienty v terminálním stádiu onemocnění. Výsledky šetření byly zpracovány do brožury, která může být použita jako podkladový

materiál pro výuku komunikace v ošetrovatelství nebo jako příspěvek na semináře a konference, zabývající se touto tematikou. Přínosem práce je zveřejnění informací o znalostech a dovednostech sester v komunikaci s umírajícím pacientem, poukázání na problematiku tématu.

Sestra by měla umět správně komunikovat, protože vhodnými způsoby může dokázat zmírnit utrpení, strach a beznaděj P/K, který do nás často vkládá svoji důvěru a jsme pro něj mnohdy andělem, který se na něj dokáže usmát, umí mu pomoci, naslouchat a tím pádem ho zbavuje částečně bolesti a pomáhá mu smířit se s umíráním a se svou smrtelností.

7. Seznam použitých zdrojů

1. ALLHOFF, D.; ALLHOFF, W. *Rétorika a komunikace*. 14. Praha: Grada, 2008. 200s. ISBN 978-80-247-2283-2.
2. BEDNÁŘOVÁ, J. *Umění komunikace*. Sestra, 2010, roč. 20 č. 4, s. 16-17. ISSN 1210-0404.
3. BRUNO, T.; ADAMCZYK, G. *Řeč těla: jak neverbálně působit na druhé a porozumět řeči těla*. 1. Praha: Grada, 2005. 112 s. ISBN 80-247-1313-6.
4. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 2. Praha: Galén, 2007. 244s. ISBN 978-80-7262-471-3.
5. IVANOVÁ, K.; ŠPIRUDOVÁ, L.; KUTNOHORSKÁ J. *Multikulturní ošetrovatelství 1*. 1. Praha: Grada, 2005. 248 s. ISBN 80-247-1212-1.
6. KANTORKOVÁ, M. *Komunikace s umírajícím*. Sestra, 2007, roč. 17 č. 12, s. 38, ISSN 1210-0404.
7. KASANOVÁ, A. *Až za hranice života I.diel: Súvislosti medzi životom a smrťou*. 1. Nitra: Univerzita Konštantína Filozofa, 2009. 131s. ISBN 978-80-8094-525-1.
8. KELNAROVÁ, J. *Tanatologie v ošetrovatelství*. 1. Brno: Littera, 2007. 112s. ISBN 978-80-85763-36-2.
9. KELNAROVÁ, J.; MATĚJKOVÁ, E. *Psychologie a komunikace: pro zdravotnické asistenty 4. ročník*. 1. Praha: Grada, 2009. 140 s. ISBN 978-80-247-2831-5.
10. KŘIHOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. Praha: Grada, 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0.
11. KŘIVOHLAVÝ, J.; KACZMARCZYK, S. *Poslední úsek cesty*. 1. Praha: Návrat domů, 1995. 93 s. ISBN 80-85495-43-0.
12. KUTNOHORSKÁ, J. *Etické aspekty komunikace v multikulturním ošetrovatelském přístupu*. Sestra, 2003, roč. 13 č. 5, s. 10 -11. ISSN 1210-0404.
13. LEŠKO, L. *Náhled do sociální komunikace*. 1. Brno: Libris, 2008. 99s. ISBN 978-80-7399-466-2.

14. LINHARTOVÁ, V. *Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetrující personál*. 1. Praha: Grada, 2007. 152 s. ISBN 80-247-1784-0.
15. MARKOVÁ, M. *Sestra a pacient v paliativní péči*. 1. Praha: Grada, 2010. 128 s. ISBN 978-80-247-3171-1.
16. MIKULÁŠTÍK, M. *Komunikační dovednosti v praxi*. 1. Praha: Grada, 2003. 361 s. ISBN 80-247-0650-4.
17. MONESTIER, M. *Historie trestu smrti*. 2. Praha: Rybka Publisher, 1998. 405s. ISBN 80-86182-05-3.
18. NELEŠOVSKÁ, A. *Pedagogická komunikace v teorii a praxi*. 1. Praha: Grada, 2005. 172 s. ISBN 80-247-0738-1.
19. NOSKOVÁ, M. *Péče o dítě v terminálním stádiu v malé okresní nemocnici*. Florence, 2010, roč. 6 č. 11, s. 7-8. ISSN 1801-464X.
20. Ó CONNOR, M; SANCHIA, A. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. 1. Praha: Grada, 2005. 324 s. ISBN 80-247-1295-4.
21. PAVLÍKOVÁ, S. *Modely ošetrovatelstva v kocke*. 1. Praha: Grada, 2006. 152s. ISBN 80-247-1211-3.
22. PÍRKOVÁ, K. *Ošetřování nemocné ve stadiu in fine (1. část)*. Sestra, 2003, roč. 13 č. 6, s. 26, ISSN 1210-0404.
23. POMPEY, H. *Zomieranie*. 1. Tranava: Dobrá kniha, 2004. 181s. ISBN 80-7141462-X.
24. RICHARDS, A.; EDWARDS, A. *A Nurse's Survival Guide to the Ward*. 1. Churchill Livingstone: Elsevier limited, 2003. 376 s. ISBN 0443-05395-2.
25. KÜBLER – ROSSOVÁ, E. *Hovory s umírajícími*. 1. Nové Město n. Metují: Signum unitatis, 1992. 132s. ISBN 80-85439-04-2.
26. KÜBLER – ROSSOVÁ, E. *O smrti a umírání*. 1. Turov: Arica, 1993. 251s. ISBN 80-900134-6-5.
27. KÜBLER – ROSSOVÁ, E. *Otázky a odpovědi o smrti a umírání*. 1. Turnov: Arica, 1994. 148s. ISBN 80-85878-12-7.
28. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. Hradec Králové: Ecce homo, 1995. 144s. ISBN 80-902049-0-2.

29. ŠKRLOVÁ, M.; ŠKRLA, P. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. 1. Praha: Grada, 2008. 199s. ISBN 978-80-247-2616-8.
30. ŠRÁMKOVÁ, J. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. 1. Praha: Grada, 2007. 229s. ISBN 978-80-247-2068-5.
31. TAUSCH, D. *Jak být nablízku: provázení posledními týdny a dny života*. 1. Praha: Hospicové občanské sdružení Cesta domů, 2005. 28s.
32. VEDLICHOVÁ, M. *Kvalita života pacientů v terminálním stadiu*. *Sestra*, 2003, roč. 13 č. 7-8, s. 44-45, ISSN 1210-0404.
33. VENGLÁŘOVÁ, M.; MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. Praha: Grada, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
34. VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory*. 1. Praha: Grada, 2007. 96s. ISBN 978-80-247-2170-5.
35. VORLÍČEK, J.; ABRAHÁMOVÁ, J.; VORLÍČKOVÁ, H. *Klinická onkologie pro sestry*. 1. Praha: Grada, 2006. 328 s. ISBN 80-247-1716-6.
36. VYBÍHALOVÁ, L. *Komunikační dovednosti při práci sestry*. *Sestra*, 2011, roč. 21 č. 1, s. 28, ISSN 1210-0404.
37. VYBÍRAL, Z. *Psychologie lidské komunikace*. 1. Praha: Portál, 2000. 264 s. ISBN 80-7178-291-2.
38. VYMĚTAL, J. *Průvodce úspěšnou komunikací: efektivní komunikace v praxi*. 1. Praha: Grada, 2008. 322s. ISBN 80-2472-614-9.
39. ZACHAROVÁ, E. *Komunikace s vážně nemocným pacientem*. Florence, 2008, roč. 4 č. 1, s. 31. ISSN 1801-464X.

8. Klíčová slova

Komunikace

Ošetrovatelská péče

Pacient

Paliativní péče

Sestra

Smrt

Terminálně nemocní

Umírání

9. Přílohy

9.1 Seznam příloh

1. Dotazník
2. Maslowa hierarchie potřeb
3. Charta práv umírajících pacientů

Příloha 1: Dotazník

Vážené kolegyně, vážení kolegové,

jmenuji se Jana Maňhalová a jsem studentkou 3. ročníku oboru Všeobecná sestra na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Chtěla bych Vás požádat o celé vyplnění anonymního dotazníku (zakřížkujte, prosím, vždy jen jednu odpověď), který použiji ve své bakalářské práci na téma: Znalosti a dovednosti sester v komunikaci s umírajícím pacientem.

Děkuji Vám za Vaši ochotu, cenné informace a drahocenný čas.

1. Jste:

- Muž
- Žena

2. Kolik je Vám let?

- Do 20 let
- 21- 30 let
- 31- 40 let
- 41- 50 let
- 51 a více let

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- Středoškolské s maturitou
- Vyšší odborné
- Vysokoškolské bakalářské
- Vysokoškolské magisterské
- Vysokoškolské doktorandské

4. Na jakém oddělení pracujete?

5. Jak dlouho pracujete jako sestra?

- Do 1 roku
- 1 – 5 let
- 6 – 10 let
- 11 – 15 let
- Více jak 15 let

6. Absolvoval/a jste někdy kurz nebo seminář se zaměřením na komunikaci s umírajícím P/K?

- Ano
- Ne

7. Jak často se setkáváte s úmrtím?

- 1krát/rok
- 1krát/půl roku
- 1krát/měsíc
- 1krát/týden
- Denně

8. Je pro Vás důležitá komunikace s terminálně nemocným?

- Spíše ano
- Ano
- Spíše ne
- Ne
- Nevím

9. Domníváte se, že je vhodné s umírajícím komunikovat o závažnosti jeho zdravotního stavu?

- Ano
- Ne
- Nevím

10. Cítíte se připraven/á hovořit s P/K o smrti?

- Ano
- Ne
- Nevím

11. Umíte reagovat na otázky umírajících?

- Ano
- Ne

12. Vyhýbáte se kontaktu s umírajícím?

- Spíše ano
- Ano
- Spíše ne

13. Domníváte se, že práce s umírajícími vyžaduje zvláštní nároky na verbální komunikaci ve vztahu k P/K?

- Spíše ano
- Ano
- Spíše ne
- Ne
- Nevím

14. Domníváte se, že práce s umírajícími vyžaduje zvláštní nároky na neverbální komunikaci ve vztahu k P/K?

- Spíše ano
- Ano
- Spíše ne
- Ne
- Nevím

15. Označte tvrzení, které **patří** mezi správné specifické zásady v komunikaci sestry s umírajícím P/K.

- Empatie, vstřícnost, je vhodné odhadovat čas, který P/K zbývá.
- Empatie, profesionalita, direktivní rozhovor.
- Empatie, individuální přístup, dát P/K naději za každou cenu.
- Empatie, vstřícnost, profesionalita, individuální přístup.

16. Označte tvrzení, které **nepatří** mezi správné specifické zásady v komunikaci sestry s umírajícím P/K.

- Srozumitelná komunikace.
- Používání sugestivních otázek.
- Setrvání u tématu, které přináší P/K.
- Sladění verbálního i neverbálního projevu.

17. Jak byste neměl/a reagovat při komunikaci s umírajícím P/K?

- P/K přijímat se všemi jeho projevy.
- Hodnotit jeho projevy a chování.
- Vyjadřovat slovní pochopení.
- Reagovat autenticky.

18. Snažíte se plnit poslední přání terminálně nemocných?

- Spíše ano
- Ano
- Spíše ne
- Ne

19. Co podle Vás nejvíce chybí umírajícímu P/K u Vás na oddělení?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Somatická péče | <input type="checkbox"/> Sociální péče |
| <input type="checkbox"/> Psychická péče | <input type="checkbox"/> Spirituální péče |

20. Čtete umírajícím na přání z bible?

- Ano
- Ne

21. Je součástí Vaší péče o umírajícího haptika? (pokud odpovíte ne, přeskočte na otázku č. 23)

- Ano
- Ne

Pokud ano:

22. Haptiku využíváte:

- Basální stimulací při ošetrovatelské péči.
- Občasným pohlazením po tváři.
- Sezením u lůžka P/K, držením za ruku.
- Všechny výše uvedené.

23. Domníváte se, že dokážete umírajícímu P/K naslouchat? (pokud odpovíte ne, přeskočte na otázku č. 25)

- Ano
- Ne

Pokud ano:

24. Naslouchání pro Vás znamená:

- Monolog ze strany P/K.
- Dialog P/K a sestry.
- Umět pomoci, podpořit, vyslechnout a reagovat.

25. Co si představujete pod pojmem umírání?

- Selhávání vitálních funkcí.
- Období od prognózy nevléčitelného onemocnění do smrti.
- Období od narození do smrti.
- Jiné:

26. Kolik fází má umírání podle E. K. ROSS? (doplňte)

27. Vyjmenujte fáze umírání podle E. K. ROSS.(doplňte)

28. Myslíte si, že je důležité rozeznat jakou fází umírání P/K prochází?

- Spíše ano
- Ano
- Spíše ne
- Ne
- Nevím

29. Domníváte se, že s terminálně nemocnými komunikujete dle fází E. K. ROSS?

- Ano
- Ne
- Nevím

30. Za umírajícím P/K chodíte:

- Jen za účelem ošetrovatelské péče a plnění ordinací lékaře.
- Za účelem ošetrovatelské péče a pokaždé, když mám volnou chvíli.
- Snažím se mu vyhýbat, zbytečně ho neruším.
- Pouze tehdy, pokud si mě přivolá signalizačním zařízením.
- Jiné:

31. Váš čas strávený u lůžka umírajícího je:

- Jen v nezbytně nutných případech (ošetrovatelská péče).
- Delší než u ostatních P/K.
- Tak dlouhý, co mi ostatní P/K dovolí, jsem ochotna s ním být do posledního okamžiku i na úkor svého volného času.
- Minimální, nedělá mi dobře lidské utrpení a bezmocnost.

32. Co pro Vás znamená smrt?

- Záležitost, která se týká hlavně nemocničních a sociálních zařízení.
- Vysvobození.
- Něco, čeho se obávám.
- Přirozený děj lidského života.
- Jiné:

33. Máte strach ze smrti?

- Ano
- Ne

Pokud ano:

34. Ovlivňuje Váš strach ze smrti přístup k terminálně nemocným?

- Ano
- Ne

Zdroj: vlastní výzkum

Příloha 2: Maslowa hierarchie potřeb



Zdroj: 34

Příloha 3: Charta práv umírajících pacientů

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

Zdroj: 4