

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ
ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ
ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

KOMUNIKACE S UMÍRAJÍCÍM PACIENTEM NA JIP
Z POHLEDU SESTRY

Bakalářská práce

Autor práce: **Hana Jordánová**

Vedoucí práce: **doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.**

2014

CHARLES UNIVERSITY IN PRAGUE
FACULTY OF MEDICINE IN HRADEC KRÁLOVÉ
INSTITUT OF SOCIAL MEDICINE
DEPARTMENT OF NURSING

COMMUNICATION WITH DYING PATIENTS IN THE
ICU FROM THE PERSPECTIVE OF NURSES

Bachelor's thesis

Author: Hana Jordánová

Supervisor: doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.

2014

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Hana Jordánová

V Praze

(podpis)

Poděkování

Děkuji paní doc. PhDr. Janě |Kutnohorské, CSc. za odborné vedení, cenné rady, ochotu a vstřícnost, jenž mi v průběhu psaní mé bakalářské práce věnovala.

OBSAH

Obsah	5
Úvod	7
Teoretická část	9
1 Komunikace	9
1.1 Komunikace a komunikační proces	9
1.2 Verbální komunikace	10
1.3 Neverbální komunikace	11
1.3.1 Mimika	12
1.3.2 Vizika	13
1.3.3 Gestika	13
1.3.4 Haptika	14
1.3.5 Proxemika	14
1.3.6 Posturologie	15
1.4 Komunikace činy	15
1.5 Základní komunikační dovednosti	16
1.5.1 Naslouchání	16
1.5.2 Empatie	17
1.5.3 Projev porozumění	17
1.5.4 Zájem, podpora	18
1.6 Vybrané specifické druhy komunikace s pacienty intenzivní péče	18
1.7 Etické problémy na odděleních intenzivní péče	19
1.8 Význam komunikace v ošetřovatelství	20
1.9 Komunikační bariéry mezi sestrou a pacientem	20
2 Tanatologie	21
2.1 Období umírání	21
2.2 Fáze umírání dle Elizabeth Kübler-Rosové	21
2.2.1 První stádium – popírání, izolace	22
2.2.2 Druhé stádium - zlost.	22
2.2.3 Třetí stádium – smlouvání	23
2.2.4 Čtvrté stádium – deprese	23
2.2.5 Páté stádium – akceptace	24
2.3 Důstojné umírání	25

2.4	Základní potřeby umírajících pacientů	25
2.4.1	Potřeby fyziologické	26
2.4.2	Potřeby psychologické	27
2.4.3	Potřeby sociální	27
2.4.4	Potřeby duchovní	28
2.5	Problematika umírání v intenzivní péči	28
2.5.1	Paliativní péče v intenzivní medicíně	29
2.6	Komunikace s umírajícím pacientem	29
2.7	Etické problémy komunikace s umírajícím pacientem	31
2.8	Role sestry v komunikaci s umírajícím pacientem	31
	Empirická část	33
3	Výzkum	33
3.1	Cíle výzkumu	33
3.2	Charakteristika výběrového souboru	33
3.3	Metodika výzkumu	33
4	Analýza výsledků	35
4.1	Interpretace výsledků	36
5	Diskuse	57
	Závěr	61
	Anotace	62
	Annotation	63
	Literatura a prameny	64
	Seznam zkratk	68
	Seznam grafů	69
	Seznam tabulek	70
	Seznam příloh	71
	Přílohy	72

Úvod

Komunikace lékaře a sestry s pacientem je základem dobré zdravotní péče. Období konce života je pro člověka i jeho blízké a doprovázející osoby velmi těžké, ale může být i velmi obohacující. Toto téma je v celé společnosti, a bohužel i té odborné, velmi opomíjené. Proto jsem si zvolila jako téma své bakalářské práce: Komunikace s umírajícím pacientem na JIP z pohledu sestry. Prostředí intenzivní péče bylo vybráno záměrně, protože nebývá spojeno s problematikou péče o umírající pacienty. Celé téma považuji za důležité i z důvodu, že nároky veřejnosti na profesionální přístup zdravotníků k umírajícím pacientům postupně narůstají.

Bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a část praktickou. V teoretické části jsem čerpala informace z dostupné literatury, která je zahrnuta v seznamu použitých zdrojů. Tato část práce je rozdělena do dvou na sebe navazujících celků. První část obecně seznamuje s komunikací a komunikačním procesem. Popisuje jednotlivé složky verbální i neverbální komunikace. Do této části byla zahrnuta vybraná specifika komunikace v intenzivní péči a etické problémy v komunikaci, se kterými se sestry v prostředí intenzivní péči setkávají. Druhá část je zaměřena na vlastní komunikaci s umírajícím pacientem. Popisuje jednotlivé fáze umírání tak, jak je definovala Elisabeth Kübler – Rossová. Objasňuje pojmy důstojné umírání a paliativní péče v prostředí intenzivní medicíny. Snaží se zmapovat potřeby umírajících pacientů ve všech oblastech - fyziologických, psychologických, sociálních i duchovních. Je zde zmíněna problematika umírání v intenzivní péči. Ve všech popisovaných částech je kladen důraz na praktické využití dané problematiky.

Empirická část práce navazuje na popsanou problematiku. Jsou zde vymezeny cíle, metodika práce i následné vyhodnocení.

Cíle práce:

Cíl č. 1: Zjistit komunikační schopnosti sester v oblasti komunikace s umírajícím

Cíl č. 2: Zjistit emoční schopnosti sester v oblasti komunikace s umírajícím

Cíl č. 3: Zjistit problémy v komunikaci s těmito pacienty

Výzkumná část bakalářské práce je realizována formou kvantitativního výzkumného šetření pomocí nestandardizovaného anonymního tištěného dotazníku. O jeho vyplnění byly požádány sestry pracující na odděleních intenzivní péče. Zjištěná data jsou prezentována pomocí tabulek a grafů. Výsledky šetření byly porovnány s vybranými vysokoškolskými kvalifikačními pracemi na podobné téma.

Součástí práce je navrhované řešení pro zlepšení komunikace s umírajícími pacienty.

Teoretická část

1 Komunikace

1.1 Komunikace a komunikační proces

Pojem komunikace není v literatuře jednoznačně formulován. Obecně bývá zjednodušeně definován jako výměna informací. Pokorná (2010) popisuje komunikaci jako vztah mezi minimálně dvěma subjekty, které o sobě vědí a společně subjektivně sdílejí, prožívají a zaujmají stanovisko k určité objektivní situaci. Objektem komunikace je potom to, jak tuto situaci reflektují, jak ji řeší a jak na ni společně reagují. Jde tedy o transakční proces, ve kterém každá osoba může fungovat současně jako mluvčí i posluchač.

Kunczik (1995) popisuje komunikaci podobně - jako jednání, jehož cílem je přenos sdělení jedné či více osobám prostřednictvím symbolů. Užívání těchto symbolů musí být záměrné a alespoň jeden jedinec musí usilovat o komunikaci s jiným jedincem. Dále uvádí, že „správné“ vnímání obsahu komunikace jedním či více příjemci není pro existenci komunikace rozhodující.

Komunikace není jen přenosem informací. Je vnímána jako forma sebeprezentace. Při komunikaci vyjadřujeme postoj k předmětu komunikace, sdělujeme druhému jak má informacím rozumět, ale i postoj k příjemci informace. Dochází k různé úrovni působení a ovlivňování, usnadňování či znesnadňování komunikace. (Mikuláščík, 2010)

Vzájemné působení mezi komunikujícími subjekty označujeme jako komunikační proces. (Kunczik, 1995) Vlastní komunikační proces začíná, když na jedné straně mluvčí – komunikátor, vytvoří zprávu – komuniké. Zpráva je kódována, převedena do takové podoby sdělení, kterému příjemce rozumí. Cestou přenosu zprávy je komunikační kanál. Existují tři nejčastější komunikační kanály: zrakový, sluchový a

kinestetický. Na druhé straně stojí příjemce zprávy – komunikant. Interpretace zprávy příjemcem se nazývá jako proces dekodování. Přijímání zprávy je ovlivněno fyziologickými, psychologickými a kognitivními procesy, ale i prostředím, ve kterém komunikace probíhá. Po dekodování následuje zpětná vazba, která by měla komunikátorovi poskytnout informaci o tom, jak komunikant zprávu chápe. Na základě zpětné vazby může komunikátor upravit vysílání zprávy.

Každá informace může být sdělena verbálně, neverbálně, ale i psanou formou či uměním. (Plevová et al., 2011)

1.2 Verbální komunikace

Verbální komunikací rozumíme komunikaci slovem, prostřednictvím příslušného jazyka. Tato komunikace může být přímá či zprostředkovaná, mluvená nebo psaná, živá nebo reprodukováná. Nejdůležitějším nástrojem lidské komunikace je však řeč.

Význam ústní komunikace je nezpochybnitelný. Umožňuje okamžitou zpětnou vazbu, bezprostřední výměnu názorů, fyzickou blízkost. (Mikuláščík, 2010)

Dobré zvládnutí ústní komunikace má své zásady a specifika. Důležitý je obsah sděleného, ale i doprovodné znaky jako jsou tempo, hlasitost nebo intonace. (Kelnarová, 2009)

Všeobecně platné tempo řeči neexistuje. Mluvit můžeme velmi pomalu, nebo naopak velmi rychle. Velmi rychlá řeč se obtížně vnímá, vede snadno k únavě a ke ztrátě pozornosti. Tempo řeči je vhodné měnit s ohledem na obsah sdělovaného. Obtížnější nebo významné informace je vhodné říkat pomaleji a zřetelněji. Rovněž důvěrné informace není žádoucí říkat příliš rychle. Naopak technická a věcná témata lze prezentovat rychle.

Přirozené, standardní tempo řeči nám může napovědět něco o mluvčím. Rychlé tempo je charakteristické pro lidi impulzivní a temperamentní, ale může být také

projevem nervozity. Naopak pomalé tempo může být projevem rozvahy, vyrovnanosti, nebo naopak celkové zpomalenosti v aktivitě.(Mikuláščík, 2010)

Hlasitost řeči přizpůsobujeme prostředí, ve které se nacházíme, ale i obsahu toho, co chceme sdělit. Pomocí hlasitosti můžeme zdůraznit některé části řeči. Je důležité, aby hlasitější nebo tišší řeč byla použita jen po krátkou dobu, jinak pozornost posluchače klesá. Mluvčí ani posluchač nemluví hlasitě o věcech, které považuje jeden z nich za důvěrné.(Čechová, Mellanová, Rozsypalová, 2001; Allhof, 2008)

Stejně jako tempo řeči i její hlasitost nám může prozradit něco o mluvčím. Tichý hlas může napovídat o nedostatku sebevědomí, nejistotě, distancovanosti, ale i o únavě. Silný hlas naopak o sebejistotě, ochotě navázat kontakt, avšak také o nadřazenosti či hrubosti. (Vymětal, 2008)

Intonací rozumíme střídání výšky a síly hlasu v průběhu řeči. Naznačujeme jí, zda jde o větu ukončenou – oznamovací, rozkazovací nebo tázací, či zda budeme ve větě pokračovat. Intonací vyjadřuje mluvčí i svůj emocionální postoj k pronesené informaci. Správná intonace přispívá k pochopení obsahu sděleného. Naopak nedostatečná intonace vede k monotónnosti a oslabuje pozornost posluchače. (Šmajsová, 2010)

I samotná intonace prozradí mnohé o mluvčím. Vzrušená intonace svědčí o psychické flexibilitě, afektu, náladovosti. Monotónnost ukazuje na lhostejnost, skleslost, únavu, citovou plochost.(Vymětal, 2008)

1.3 Neverbální komunikace

Neverbální komunikaci označujeme také jako řeč těla. Uvádí se, že 70 – 90% naší komunikace se uskutečňuje neverbální formou. Neverbálně komunikujeme například když gestikulujeme, usmíváme se, mračíme se, nakloníme hlavu k druhému, nebo i když nic neříkáme. Někteří autoři přidávají i tzv. artefakty, což je například oděv, šperky nebo parfém.(Jiřincová, 2010) Neverbální projevy komunikace nejsou tak dobře

kontrolovány jako řeč, protože se odehrávají na nevědomé úrovni. Stejně tak i posluchač je vyhodnocuje nevědomě. Mohou doplnit či podpořit verbální projev a za určitých okolností ho mohou i nahradit. Mohou ale také změnit význam sdělovaného. Pokud je verbální projev v nesouladu s neverbálním chováním, posluchač věří spíše neverbálnímu sdělení.(Mikuláščík, 2010; Beran, Chaloupková, Tumpachová, 2002; DeVito, 2008)

V neverbální komunikaci mají největší význam projevy v oblasti obličeje a hlavy. Tato oblast je nejvíce vnímána a nejvíce také ovlivňuje to, jak posluchač vnímá zprávu. Na druhém místě jsou pak pohyby rukou a paží a teprve pak pohyby a pozice těla a nohou.(Mikuláščík, 2010)

1.3.1 Mimika

Mimikou jsou míněny pohyby svalů v obličeji, které dokáží nejlépe odrážet psychický stav člověka. Mimikou dokážeme vyjádřit spokojenost, klid, překvapení, odpor či například zájem. Pokud obličej rozdělíme na horní a dolní polovinu, pak horní část obličeje sděluje především negativní emoce (strach, smutek). Dolní část obličeje odráží spíše pozitivní emoce – úsměv a smích.(Plevová et al., 2011)

Pro práci sestry je nejdůležitější dolní část obličeje, okolí úst. Úsměvem lze rychle navázat kontakt s pacientem, navodit pocit přátelství. Je vnímán pacientem i jako povzbuzující.

U pacienta by si sestra měla naopak všimnout horní poloviny obličeje, která může prozrazovat pacientův strach, úzkost nebo prožívání bolesti.(Čechová, Mellanová, Rozsypalová, 2001)

1.3.2 Vizika

Kontakt očí, vzájemné pohledy, délka očního kontaktu – to vše je vizika. (Pokorná, 2010) Zrakový kontakt je obvykle prvním prostředkem navázání komunikace mezi dvěma lidmi a obvykle nastává ještě dřív, než se pozdravíme. Velmi obtížně se navazuje kontakt s člověkem, který se na nás nedívá. (Čechová, Mellanová, Rozsypalová, 2001) Signály sdělené očima se liší v závislosti na délce a směru pohledu. Délka očního kontaktu je závislá na tom, zda mluvíme či posloucháme. Ten kdo mluví, udržuje menší zrakový kontakt než ten, kdo naslouchá. (Jiřincová, 2010)

Při komunikaci s pacientem je projev zájmu vyjádřený pohledem velmi významný. (Beran, Chaloupková, Tumpachová, 2002) Oční kontakt musí být přiměřený, pohled z očí do očí nesmí trvat příliš dlouho. Těkavý pohled je vnímán jako projev nejistoty. Vhodnější jsou krátké pohledy směrem k zemi, než pohledy do dálky, za záda pacienta. (Ptáček et al., 2011) Při komunikaci s pacientem by měly být oči sestry v přibližně stejné výšce jako oči pacienta. Sestra by měla například vůči pacientovi sedět v pravém úhlu, což pacientovi umožňuje navázat oční kontakt kdykoliv bude chtít. (Juřeniková, 2010)

1.3.3 Gestika

Gestika je naukou o pohybové činnosti člověka v mezilidském vztahu. Gesta patří mezi nejstarší formu komunikace a jsou považována za nejbohatší komunikační kanál neverbální komunikace. Vyskytuje se názor, že gestikulace je v určitém vztahu s intelektem. Lidé s vyšším IQ používají méně gest, s nižším IQ využívají gesta jako náhradu slovní zásoby. Ve vyšším věku dochází k redukci gest. Mezi základní gesta patří pohyby hlavy, rukou – ale i jednotlivých prstů nebo pohyby ramen. Všeobecně známými gesty jsou pohyby hlavy, které vyjadřují souhlas, nesouhlas či smutek. Ruce vyjadřují volání, odmítnutí či prosbu.

Gesta doprovází řeč, umocňují a podporují emocionální stránku sdělení, ale mohou ho i popřít. Gesta jsou užívána vědomě, ale i nevědomě. (Zacharová, Šimíčková, 2011; Pokorná, 2010)

1.3.4 Haptika

Haptikou rozumíme komunikaci formou doteku. Často je prvním dotykem podání ruky, například při seznámení sestry s pacientem. Svůj význam má vnímat podání ruky, sílu stisku, neochotu, letmé podání nebo jen podání prstů. To může být pro sestru signálem nedůvěry, nejistoty, nebo i agrese. (Zacharová, Šimíčková, 2011) Sestra může využít dotykového kontaktu ke zvýšení pacientovy důvěry, pokud ho pohladí po ruce nebo mu položí ruku na rameno. Při bolestivých výkonech může držení ruky pacientem přispět k jeho zklidnění, nebo může být komunikačním prvkem pro signalizaci nesnesitelné bolesti. (Kapounová, 2007)

1.3.5 Proxemika

Proxemika je součástí neverbální komunikace založená na přibližování se a vzdalování od partnera jak v horizontálním, tak vertikálním směru. Je založena na skutečnosti, že každý člověk potřebuje určitý prostor, vzdálenost od partnera, aby se cítil bezpečně. Proxemikou horizontální rozumíme vzdálenost mezi komunikujícími partnery – například sestra odstupuje od pacienta, pokud nechce pokračovat v komunikaci. Vertikální vzdálenost představuje výšku očí při rozhovoru. Pohled „nad“ působí dominantně, pohled „pod“ submisivně. (Zacharová, Šimíčková, 2011; Pokorná, 2010)

S proxemikou souvisí proxemické zóny, teritoria. Vzdálenost, kterou mezi sebou lidé při komunikaci udržují. Rozlišujeme vzdálenost intimní, osobní, pracovní a vzdálenost veřejnou. Nevhodné porušení této vzdálenosti je vnímáno nepříjemně. Sestra by měla při kontaktu s pacientem nejčastěji zaujímat vzdálenost přátelskou. Mnohdy je však nucena vstoupit i do intimní zóny pacienta. V tomto případě není vhodné probírat otázky osobního rázu, zvláště když sestra zaujímá dominantní postavení, tj. sestra stojí, pacient leží. (Beran, Chaloupková, Tumpachová, 2002)

1.3.6 Posturologie

Komunikaci pomocí držení a nasměrováním těla, nakloněním, polohou rukou a nohou nazýváme posturologie. Jde o konfiguraci všech částí těla. Pacient může různě sedět, ležet nebo stát. Poloha těla naznačuje to, co se s pacientem děje nyní, ale i to, co se stalo před chvílí. Například postojem směrem k pacientovi vyjádříme zájem.

1.4 Komunikace činy

Sdělování činy je tou stránkou komunikace, která je zaměřena na to, co děláme, jak jednáme a jak se chováme. Činy za nás hovoří jasněji než verbální i neverbální komunikace. Činy vyjadřujeme naše postoje, hodnoty, zrcadlí se v nich náš charakter. Stejně jako vyřčené slovo, nelze ani naše činy vzít zpět. Svým chování a svými činy přímo ovlivňujeme naše okolí. Důležité je, aby to co děláme, bylo v souladu se slovy a neverbální komunikací. Pokud to tak není, staneme se nedůvěryhodnými. (Kopecká, 2012)

1.5 Základní komunikační dovednosti

Komunikační dovednosti jsou také nazývány dovednostmi efektivní komunikace. Přispívají k navázání a rozšíření kontaktu s pacientem. Můžeme je rozdělit do dvou skupin. Komunikační dovednosti nonverbální povahy mají význam pro poznávání pacienta a jsou základem naší verbální reakce. Komunikační dovednosti verbální povahy jsou důležité při sděleních určených pacientovi. (Beran, Chaloupková, Tumpachová, 2002)

1.5.1 Naslouchání

Naslouchání patří mezi nejpoužívanější komunikační aktivitu. Naslouchat druhému znamená aktivně vnímat nejen to, co nám sděluje verbálně, ale i neverbálně. Teprve všechny tyto poznatky jsou předpokladem k tomu, abychom pochopili skutečný obsah sdělení. Během naslouchání se stává, že věnujeme něčemu větší či menší pozornost. Informace „filtrujeme“. Toto filtrování je dáno sociokulturními faktory, vzděláním, životními zkušenostmi, ovlivňuje ho i náš aktuální psychický stav. Doporučuje se tedy naslouchat nejen druhému, ale i sobě. Opustit kritické a hodnotící naslouchání. Vyhnete se tak projekci vlastních pocitů a názorů na pacienta. (Beran, Chaloupková, Tumpachová, 2002)

Naslouchání můžeme rozlišit na pasivní a aktivní. Pasivně naslouchat druhému může kdokoli, kdo je fyzicky přítomen. Pasivním nasloucháním se míní prostý příjem zvukových signálů, bez snahy je dekodovat, přihlídnout k situaci komunikátora. Pasivní komunikant neposkytuje zpětnou vazbu, často reaguje bezobsažným klišé, kterým dá najevo, že informaci slyšel. Přesto může mít pasivní komunikace pro pacienta svoji hodnotu: dává možnost katarze, uspořádání vlastních myšlenek. Za aktivní naslouchání považujeme schopnost příjemce dešifrovat verbální sdělení s přihlídnutím k situaci komunikátora a jeho nonverbálním projevům. Naslouchat a porozumět pocitům. (Čechová, Mellanová, Rozsypalová, 2001)

S nasloucháním blízce souvisí respekt. Jde spíš o postoj, přístup k lidem, ocenění druhého jako lidské bytosti než dovednost. Tento postoj je patrný z našeho jednání. Znamená, že v době vymezené pro pacienta se věnujeme výhradně jemu. Respekt je známkou naší spoluúčasti a výrazem důvěry.(Beran, Chaloupková, Tumpachová 2002)

1.5.2 Empatie

Empatii řadíme mezi základní předpoklady efektivní komunikace zdravotnických pracovníků a vůbec všech pomáhajících profesí. Úzce souvisí s nasloucháním a v praxi nelze jednotlivé složky oddělovat. Empatie znamená schopnost vcítit se do pocitů, myšlení a jednání druhé osoby. Jedná se nejen o schopnost pochopit způsob chování druhého, ale i porozumět motivům jeho jednání a vcítit se do toho, co prožívá.

Schopnost empatie je velice důležitá a užitečná. Je však třeba usilovat o nalezení optimální míry emocionálního souznění, citlivé a vnímavé interakce a zároveň oddělit prožívání druhých osob od svých vlastních pocitů. Nalezení této rovnováhy je nezbytné pro prevenci syndromu vyhoření.(Beran, Chaloupková, Tumpachová, 2002; Slezáčková, 2012)

1.5.3 Projev porozumění

Díky empatii pacienta lépe poznáme a porozumíme mu. Své porozumění mu máme dát najevo. Porozumění znamená pochopení vztahu mezi příčinou a následkem, jímž může být pacientův pocit, myšlenka, názor nebo postoj. Porozumění vychází z toho, co nám pacient sděluje. Projevem porozumění se interakce stává komunikací. Porozumění můžeme vyjádřit přikývnutím, přitakáním či například zopakováním

několika posledních slov pacienta. Porozumění nemusí bezvýhradně vyjadřovat souhlas. Můžeme porozumět a nesouhlasit. (Beran, Chaloupková, Tumpachová, 2002)

1.5.4 Zájem, podpora

Zájem o pacienta projevujeme nejčastěji nonverbálně – pohledem, který k němu častěji obracíme, přikyvováním, nakloněním hlavy směrem k pacientovi. V rámci poskytování podpory upozorňujeme pacienta na pozitivní aspekty jeho života a je-li to oprávněné, i na pozitivní aspekty jeho aktuální situace. Podpora je důležitá v krizových životních situacích a má význam i jako součást pomoci těžce nemocným pacientům.

Mlčení je také součástí mezilidské komunikace. Má různý obsah. Může být známkou podpory, jindy je známkou vzájemného nepochopení. Takovou situaci je potřeba si uvědomit a pokusit se o lepší porozumění. (Beran, Chaloupková, Tumpachová, 2002)

1.6 Vybrané specifické druhy komunikace s pacienty v intenzivní péči

Na odděleních JIP jsou velmi často hospitalizováni pacienti, kteří vyžadují zvláštní formu komunikace již z důvodu své diagnózy. Sestra by se měla naučit s ním komunikovat a naučit komunikovat i jeho.

U pacientů v bezvědomí se používá tzv. pasivní komunikace, kdy komunikace vychází pouze ze strany sestry, která pacienta oslovuje, seznamuje ho se vším v průběhu ošetrovatelských výkonů. Jedná se o komunikaci bez zpětné vazby.

K pacientům s hypoxickým poškozením mozku je vhodné volit kamarádský a trpělivý přístup. Těmto nemocným je třeba vše vysvětlovat velmi jednoduše a mnohokrát. Komunikaci je potřeba upravovat s vývojem jejich psychického stavu.

Pacienti, kteří jsou dlouhodobě na umělé plicní ventilaci, uvítají zcela běžnou komunikaci. Rozhovorem na běžné téma je možné nemocného povzbudit, pozitivně naladit a celkově uvolnit atmosféru. U těchto pacientů je většinou možné používat všechny komunikační techniky.

Specifickou skupinu tvoří z hlediska komunikace pacienti, kteří jsou při vědomí, ale mají zajištěny dýchací cesty endotracheální rourkou nebo tracheostomickou kanylou. Nejrozšířenější technikou je odezírání ze rtů. Tato technika vyžaduje dobrou artikulaci ze strany pacienta a určitou praktickou zkušenost ze strany sestry. Další možností je využití abecední tabulky. Tato metoda se z důvodů časové náročnosti využívá hlavně pro doplnění komunikace, nebo když sestra ani po opakovaných pokusech neporozumí při odezírání ze rtů. (Kapounová, 2007)

1.7 Etické problémy komunikace na odděleních intenzivní péče

Na odděleních intenzivní péče sestry často řeší jak reagovat a odpovídat na otázky pacientů, které se přímo či nepřímo týkají jejich zdravotního stavu. Je pravidlem, že pacienta o zdravotním stavu informuje lékař. Jsou to ale sestry, které tráví s pacientem nejvíce času, a proto jsou otázkami atakovány právě ony. Sestra může odpovědět, že není k podávání těchto informací kompetentní, nebo odvede pacientovu pozornost jinam. Otázky ale zůstávají. To, že s pacientem nechceme mluvit, může být pro něj signálem, že nerespektujeme jeho potřeby. Pokud má sestra pocit, že je pacient nedostatečně informován, měla by nejprve zjistit, proč lékař odmítá informace podat. Má-li sestra plnit roli obhájce pacienta, jak jí ukládá etický kodex, musí se v případě pochybností aktivně ptát, o čem byl pacient informován a jak má dále postupovat. Informace o tom, co bylo pacientovi sděleno, by si sestry měly navzájem předávat při střídání služby. (Heřmanová et al., 2012)

1.8 Význam komunikace v ošetřovatelství

Kvalitní ošetřovatelská péče je nemyslitelná bez komunikace mezi sestrou a pacientem. V profesi sestry by měla převažovat vědomá a záměrná komunikace s cílem navázání vztahu mezi sestrou a pacientem a získání pacientovy důvěry. Sestra, která účinně a dostatečně komunikuje s pacientem, může být iniciátorkou změn, které jsou zaměřeny na upevnění zdraví. Důvěryplný vztah pacienta k sestře je nezbytný pro získávání důležitých informací o pacientovi. Vhodnou komunikací, vědomostmi a správným využíváním komunikačních dovedností může sestra získat informace vedoucí ke zlepšení ošetřovatelské péče. Sestra je schopna pacienta pozitivně ovlivnit, edukovat, motivovat a získat pacienta ke spolupráci. (Čechová, Mellanová, Rozsypalová., 2001)

1.9 Komunikační bariéry mezi sestrou a pacientem

Většina pacientů má zájem o kontakt a informace. Jejich způsoby komunikace se výrazně neliší v době nemoci, od způsobu jednání před vznikem onemocnění. Sestra si však nevystačí se způsoby jednání, které si přináší z osobního života. Sestra musí umět navázat kontakt s lidmi, kteří mají odlišný životní styl, hodnoty nebo vyrůstali pod vlivem jiné kultury. Musí vést rozhovor s lidmi odmítavými či agresivními. Velice obtížně se vede rozhovor s nemocným, který nedoslýchá, či trpí silnými bolestmi. To vše se mohou sestry naučit. Sestry se však velice často komunikaci brání. Neví si rady s informacemi, které jim pacient poskytne. Nejsou připraveny na rozhovor s pacientem, který se cítí opuštěný, nebo se bojí smrti. Sestra nechce komunikovat, aby se „nedozvídala“. Sestra nevstupuje do role komunikátora, který komunikaci iniciuje, ani se nestává komunikantem, který komuniké od pacienta přijímá. Když se sestra nic nedozví, nemusí pomáhat, nemusí nic řešit. (Čechová, Mellanová, Rozsypalová, 2001)

2 Tanatologie

Problematikou smrti a umírání se zabývá obor tanatologie. Název oboru je odvozen z řeckého bájesloví, podle jména boha smrtelného spánku a smrti, který byl nazýván Thanatos (Haškovcová, 2007). Tanatologie je interdisciplinární vědní obor, kterým se zabývá nejen medicína, ale také filozofie, psychologie, teologie a další obory. Snaží se najít odpovědi na otázky týkající se smrti, jako nedílné součásti života, umírání a doprovázení, péči o umírající, eutanázii a dystanázii, ale i zážitky při umírání a názory na posmrtný život. (Bártlová, 2005)

Umírání je mezní situací, v níž život končí. S nevyhnutelností vlastní smrti se musí vyrovnat každý člověk. Přesto však v naší společnosti existuje výrazná tendence smrt popírat a vytěšňovat ji z vědomí. Mladí lidé pohlížejí na smrt spíše neutrálně a není pro ně příliš aktuální, ve středním věku se smrt dalekosáhle popírá. Teprve starší lidé si ji uvědomují silněji. Vedle postojů, které smrt akceptují, nalézáme ještě nyní sklon smrt popírat a vyhýbat se tématům, které s ní souvisejí. (Feldman, 1995)

2.1 Období umírání

Umírání je proces, který se dělí na tři období – pre finem, in finem, post finem. Proces umírání začíná okamžikem, kdy se pacient dozví, že jeho nemoc je neslučitelná se životem. Smrt je pravděpodobná v horizontu týdnů či měsíců. Pacient v tomto období potřebuje vědět, že kromě medicínské pomoci se mu dostane i pomoci lidské. Ošetřující personál by měl zabránit smrti psychické a sociální. Období in finem je totožné s označením terminální stav. Jedná se o poslední hodiny a dny života. Období post finem v sobě zahrnuje péči o mrtvé tělo a péči o pozůstalé. (Kutnohorská, 2007)

2.2 Fáze umírání dle Elisabeth Kübler – Rossové

Lékařka Elisabeth Kübler-Rossová na základě svých rozhovorů s pacienty umírajícími na nádorové onemocnění popsala v roce 1969 pět fází procesu umírání,

kterými ve většině případů umírající, pokud to čas dovolí, prochází. Jednotlivé fáze mohou mít individuálně rozdílnou délku a intenzitu. Mohou probíhat paralelně a mohou se i vracet. Nemusí se také vyskytnout vůbec. (Zacharová, Šimíčková, 2011)

2.2.1 První stádium – popírání, izolace

Dozví-li se nemocný, že neexistuje naděje na uzdravení, ve většině případů se uzavře před pravdou do sebe a odmítá myslet na svou smrt. Snaží se přesvědčit sám sebe, že to není možné, že lékař například zaměnil výsledky. Vědomé či nevědomé popírání reality funguje jako jakýsi nárazník, který tlumí účinky šokující zprávy a dovoluje pacientovi postupně najít jiné, méně radikální obranné strategie. Odmítání a negace bývá obvykle strategií dočasnou a je později vystřídána přijetím skutečnosti. Jen výjimečně se stává, že pacient tuto fázi neopustí, nebo ji opustí až krátce před smrtí.

Reakce odmítnutí vzít fakt blízké smrti na vědomí je výrazná zvláště tehdy, když je pacient bezprostředně, a proto nepřipraveně, informován o svém beznadějném stavu. Je nutné říct nemocnému pravdu, ale doba a způsob jak se to stane, se musí volit obezřetně. (Rossová, 1993)

Sestra si musí být vědoma toho, že pacient bude touto fází procházet a citlivě na ni reagovat. Nemá pacienta přesvědčovat o opaku a násilně vracet do reality. (Rossová, 1993). Má pacientovi věnovat maximální množství svého času, pokoušet se s ním navázat kontakt, získat jeho důvěru. V průběhu této fáze může docházet k narůstání pacientovy izolace, které je potřeba zabránit (Venglářová, Mahrová 2006).

2.1.2 Druhé stádium – zlost

Toto období nastává ve chvíli, kdy si pacient svou diagnózu připustí. Přichází hněv, zlost, nenávisť. Za tím stojí otázka: „Proč právě já?“. Pacientův hněv se vylévá bez zvláštního podnětu na celé okolí – lékaři jsou neschopní, sestry dělají všechno špatně, u příbuzných je vyvoláván pocit viny a studu, takže se mohou pacientovi vyhýbat, což jeho hněv ještě více stupňuje.

Sestry musí být na tuto fázi připraveny, musí vědět, že přijde. Nemohou být vůči jednání pacienta vztahovačné, začít se pacientovi vyhýbat a zkracovat komunikaci s ním na minimum. Ani zvyšování hlasu a moralizování nepovede ke zmírnění hněvu pacienta, naopak, může jeho zlost ještě prohloubit. Je nezbytné tolerovat odůvodněný, ale i neodůvodněný hněv pacienta. Odpovědí na pacientovu agresi může být na ni nereagovat impulzivně, ponechat si dostatek času na odpověď.

Jestliže nalezne pacient pochopení, když se mu věnuje čas a pozornost, brzy se opět uklidní a vyžaduje méně. Ví, že se s ním ještě počítá, že se mu věnuje péče a umožní se mu nasadit všechny zbývající možnosti. Sestra, která se umí vžít do pacientovy role, je schopna pochopit jeho situaci a porozumět jí, může svou empatií a trpělivostí získat pacienta pro spolupráci. (Rossová, 1993)

2.2.3 Třetí stádium – smlouvání

Třetí stádium, stádium smlouvání, je sice méně známé než stádia předešlá, ale pro pacienta neméně důležité, byť trvá jen krátkou dobu. Pacient začne fungovat ve starých dětských vzorech – za dobré chování přijde odměna. Člověk je ochoten dát vše, je schopen obětovat vše. Odměnou nejčastěji bývá prodloužení života, dožití se nějaké významné události a hned potom přání prožítí několika dnů bez bolesti nebo fyzického utrpení.

Z psychologického hlediska mohou být sliby spojeny s utajeným pocitem viny a bylo by proto dobře, aby takové poznámky bral zdravotnický personál vážně, neignoroval je. Často tyto sliby, smlouvání, rozpoznají právě sestry, které tráví s pacientem nejvíc času a mluví s ním. (Rossová, 1993)

2.2.4 Čtvrté stádium – deprese

Když smrtelně nemocný člověk už nemůže dál svou nemoc popírat, přichází pocit ohromné ztráty. Je to fáze, v níž probíhá zápas se smrtí, bolestná příprava pro definitivní rozloučení. Na člověka dopadá deprese, protože vyzkoušel vše a nic nepomohlo. Člověk je vyčerpaný z léčby, mohl ztratit zaměstnání a nemusí mít tedy

dost finančních prostředků, nemůže se postarat o rodinu. Tyto problémy a starosti přispívají k tomu, že se pacient cítí vinen, a tím více upadá do deprese.

Chápající sestře nedá velkou práci zjistit příčiny pacientovy deprese a některé zmírnit. V případě deprese ze ztráty tělesné části či funkce, může sestra pacienta povzbudit, poukázat na to, že je stále hodnotným člověkem, i bez např. chybějící části těla. Pokud má pacient pocit viny, protože se není schopen postarat o členy své rodiny, může sestra spolu se sociálními pracovníky pomoci problém vyřešit. V případě deprese ze ztráty svých blízkých, svého vlastního života, není povzbuzování ani snaha o rozveselení vhodná. Sestra by neměla pacienta nutit, aby viděl světlé stránky věci, protože by to znamenalo, že nemá přemýšlet o své smrti. Zde je smutek přirozený. K psychickému zlepšení stavu pacienta povede jen to, že se se smrtí smíří. Pokud sestra pacientovi dovolí, aby vyjádřil svůj žal a nic neskrýval, dospěje snáze ke konečnému smíření. V této fázi není potřeba slov, důležitý je společně strávený čas, stisk ruky. Sestry i lékaři by si měli být vědomi, že tento typ deprese je nezbytný a prospěšný, má-li pacient zemřít ve stavu smíření a pokoje. (Heřmanová et al., 2012; Rossová, 1993)

Stejnými fázemi procházejí i pacienti nejblíže. Často bývají v prožívání popsaných fází o krok pozadu. Tento nesoulad může být problémem, například když pacienta ve fázi smíření přesvědčují k návštěvě léčitelů. (Rossová, 1993)

2.2.5 Páté stádium – akceptace

Jestliže měl pacient dostatek času a pomohl-li mu někdo prožít a zvládnout předcházející období, je pravděpodobné že dosáhne stavu, kdy není deprimovaný, nebojuje, nezlobí se na celý svět. Tato fáze neznamená rezignované, beznadějně vzdání se, ale nesmí se chápat jako šťastný stav. Je to doba klidu, která je skoro bez jakýchkoli pocitů, doba stažení se z vnějšího světa. Mizí zájem o informace, nemocný již nemá mnoho co říci, komunikace se omezuje spíše na gesta než slova. Avšak návštěvy jsou důležité, protože pro nemocného znamenají, že nebude nakonec opuštěn. Aby se vyjádřila blízkost a porozumění, není třeba mluvit, stačí držet nemocného za ruku a mlčky u něj pobývat. V tomto období potřebují častěji pomoc pacienti blízcí, než pacient sám. (Rossová, 1993)

2.3 Důstojné umírání

Dobré, důstojné umírání je takové, kde je hlavní autoritou sám umírající. Důraz je kladen zejména na jedinečnost umírajícího člověka a jeho individuální volbu v procesu léčby a péče. Zahrnuje tři důležité aspekty: fyzický, psychosociální a duchovní. Tato péče usiluje o to, aby člověk umíral bez bolesti, bez úzkostných stavů, nejlépe doma, nebo v hospici, který se svým režimem blíží domácímu prostředí více, než nemocnice. Duchovní aspekt pak klade vyšší důraz na existenciální potřeby umírajícího člověka. Může jít také o „obyčejné lidské“ porozumění nebo snahu nalézt nějaký smysl i v takto obtížné a mezní situaci. Přijmutí umírání jako přirozeného procesu. Velký posun k tomuto přístupu má hospicová a paliativní péče, která se snaží o „dobrou smrt“, která respektuje život. Paliativní medicína umožňuje upustit od beznadějného a mnohdy vyčerpávajícího léčení nemocného člověka, pokud již tělo přestává na léčbu reagovat, ale dává přednost celkové kvalitě zbytku života. Ideálem je, aby člověk umíral bez bolesti fyzické, psychické, sociální a spirituální a s vděčností za život, který mu byl dán. Vychází se z úcty k člověku jako neopakovatelné lidské bytosti. (Funk, 2014)

2.4 Základní potřeby umírajících pacientů

Potřeby umírajících pacientů závisí na základním onemocnění a stupni jeho pokročilosti, přítomnosti více závažných onemocnění současně, věku, sociální situaci a psychickém stavu pacienta. Tyto potřeby lze rozdělit na fyziologické, psychologické, sociální a duchovní. Potřeby se prolínají a jejich priorita se v čase mění. Zpočátku jsou na prvním místě fyziologické, které později ustupují do pozadí a důležitějšími se stávají potřeby sociální a duchovní. (Plevová et al., 2011)

2.4.1 Potřeby fyziologické

Fyziologické potřeby umírajících pacientů patří k potřebám základním a jsou sestrami uspokojovány na prvním místě, nejen pro blaho pacienta, ale i pro klid jeho blízkých. Z ošetrovatelského hlediska jde především o péči o pokožku, prevenci proleženin, výživu a pitný režim, péči o vyprazdňování, péči o dutinu ústní a dýchací cesty.

Ke konci života dochází ke snížení chuti k jídlu a potřebě tekutin. Přijetí skutečnosti, že mizí potřeba jídla a pití, je součástí přijetí smrti. Není nutné pacienta do jídla nutit. Zásadní je, podávat pacientovi takové jídlo, na jaké má chuť. Pokud pacient nemá pocit žízně, nabízí mu sestra tekutiny po lžičkách, vlhčí ústa a rty.

Hygiena těla je zaměřena na prevenci proleženin a péči o dutinu ústní. I samotná úprava vzhledu může pozitivně ovlivňovat mezilidské vztahy. Umírající pacient má stále méně fyzických sil a mizí potřeba pohybu a proto péči o hygienu přejímá sestra. Při hygieně těla musí postupovat vždy citlivě s ohledem na přání pacienta. (Plevová et al., 2011)

Mezi fyziologické potřeby patří i potřeba nemít bolest. Bolest je subjektivní a je nutné ji pacientovi vždy věřit. Vedle intenzity bolesti se sestra dotazuje i na lokalizaci, charakter bolesti, s čím je bolest spojená, jak ovlivňuje pacientův denní režim, spánek či chuť k jídlu. Při zjišťování údajů o bolesti je dobré se také zaměřit na to, jaká je pacientova představa o možnostech ovlivnění bolesti, a ujistit ho, že téměř každá bolest se dá zvládnout. Léčba bolesti je stále ještě velmi podceňována, přestože prožívání bolesti velmi snižuje kvalitu života nemocného. Sestra by měla bolest monitorovat pravidelně, často a systematicky. Sledovat i neverbální projevy bolesti jako je neklid, pláč, vyhledávání úlevové polohy, zatajování dechu či přerývané dýchání, hyperventilace, tachykardie, hypertenze či hypotenze, pocení, nauzea, zvracení, či mydriáza. Úkolem sestry je snažit se o dostatečnou léčbu bolesti. Špatně léčená bolest vyčerpává pacienta nejen psychicky, ale i fyzicky. Užívání analgetik přináší i mnohé nežádoucí účinky – zácpu, průjem, nevolnost až zvracení, ospalost, zmatenost a útlum některých orgánových center. Sestra by se měla snažit svou péčí nežádoucím účinkům předcházet, či je alespoň minimalizovat. (Marková, 2010)

2.4.2 Potřeby psychologické

K těmto potřebám patří zejména potřeba respektování lidské důstojnosti, potřeba komunikace a pocitu bezpečí.

Zachovávání důstojnosti pacienta je základním principem ošetrovatelské péče. Sestra musí respektovat pacienta jako důstojnou lidskou bytost, schopnou rozhodovat se podle svého přesvědčení a to i tehdy, kdy sestra považuje jeho rozhodnutí za nerozumné. Musí ponechat na pacientovi rozhodnutí, jak bude trávit čas, co bude mít na sobě, ale i co bude či nebude jíst a pít. Vždy je možné nechat pacienta rozhodnout o době provádění hygieny či podávání jídla. Respekt k osobní autonomii pacienta je nutný i v situaci, kdy je soběstačnost omezena na základní aktivity, či v situaci plné fyzické závislosti.

Při vykonávání všech ošetrovatelských úkonů musí sestra respektovat pacientův stud a chránit jeho soukromí. Hygiena či vyprazdňování při otevřených dveřích či za přítomnosti cizí osoby může být velmi ponižující. Nevhodné je i převážení nedostatečně oblečených pacientů po společných prostorách. Do důstojnosti pacienta může být i necitlivě zasaženo při řešení inkontinence – neadekvátním zavedením močového katetru či požadavkem na močení do plen.

Respekt a úctu k pacientovi projevuje sestra i při komunikaci s ním. Sestra by si měla najít čas a pacientovi aktivně naslouchat. Nezapomínat na pozdrav, slova prosím a děkuji, domluvit se s pacientem, jak ho bude oslovovat.

Sestra by měla vždy brát v úvahu zájmy pacienta, nechovat se k němu lhostejně, ani jej neponižovat a snažit se zapojit ho do rozhodování o všem, co se ho týká. (Kalvach et al., 2011., Marková, 2010; Plevová et al., 2011)

2.4.3 Potřeby sociální

Umírající pacient patří do rodiny a rodina k umírajícímu. Sestry, které o pacienta pečují, by měly udělat maximum, aby mohli být spolu. Pacient by měl mít možnost sám si určit, koho a kdy chce přijmout, či zda vůbec chce návštěvu přijmout. (Marková, 2010) Ne vždy však pacient rodinu má, nebo se může stát, že rodina nemůže být u pacienta přítomna. I sám pacient může dospět do stádia, kdy uvítá jen krátké návštěvy

svých blízkých. Pak je úkolem sestry dát pacientovi jistotu, že není a nebude sám. Že v případě potřeby je mu nablízku někdo, na koho se může obrátit. (Křivohlavý, 2002)

V případě nečekaného, náhlého úmrtí, může být tím jediným, co může sestra udělat, vzít člověka za ruku a být s ním.

2.4.4 Potřeby duchovní

Ještě v nedávné době byly duchovní potřeby pacientů více či méně tabu. Mnoho zdravotníků k nim přistupovalo jako k potřebám výhradně věřících lidí. Nevěřící, jako by duchovní potřeby neměl. V průběhu vážného onemocnění se však otázkou smyslu života i smyslu svého vlastního života, začne věnovat téměř každý člověk. Každý má potřebu vědět, že mu bylo odpuštěno, a má sám také potřebu odpouštět. Urovnat své vztahy s lidmi, nebo i s Bohem. Každý člověk potřebuje vědět, že jeho život měl a až do poslední chvíle má smysl. Potřebuje-li pacient k vyřešení svých niterných záležitostí vytvořit podmínky a sám toho již není schopen, musí mu sestra pomoci. Přivolat toho, koho potřebuje – jeho nejbližší, duchovního, psychologa. Nenaplněnost této potřeby se rovná skutečnému stavu duchovní nouze. (Svatošová, 2012)

2.5 Problematika umírání v intenzivní péči

Na odděleních intenzivní péče se sestry setkávají s pacienty umírajícími náhle, z plného zdraví, ale stále častěji i s pacienty v terminální fázi chronického onemocnění, kde je úmrtí očekávané. Umírání na odděleních intenzivní péče je jiné než na standardních lůžkových odděleních. Umírající pacient je obklopen technikou, připoután k monitoru, často není smířen se svou smrtí. Jen obtížně lze zajistit klid a soukromí. Přesto by se ti, kdo o umírajícího pacienta pečují, měli snažit zajistit důstojný průběh umírání, zabránit sociální izolaci, tělesnému a duševnímu trápení. (O'Conner, Aranda, 2005)

2.5.1 Paliativní péče v intenzivní medicíně

Cílem intenzivní péče je vždy zachování života a zdraví, odstranění příčiny zhoršení zdravotního stavu a poskytování orgánové podpory, či náhrady u pacientů s reverzibilním, nebo potencionálně reverzibilním, orgánovým selháním, tj. „udržovat život, nikoli prodlužovat umírání“ Jestliže nelze tyto cíle naplnit, musí být pacientovi poskytnuta taková péče, která eliminuje bolest, dyskomfort, zachová důstojnost a uspokojí fyzické, psychické, sociální a duchovní potřeby. Dochází k přechodu z intenzivní léčby na paliativní. Problematické bývá rozhodování o tomto postupu u pacientů, kteří jsou v takovém stavu, který jim neumožňuje komunikovat a vyjádřit svou vůli. Na tento problém v roce 2010 reagovala Česká lékařská komora a vydala dokument s označením *Doporučení představenstva ČLK č.1/2010* k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na paliativní u pacientů v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli. (Pařízková, 2011)[online][cit. 28.8.2014] Cílem tohoto dokumentu není jen vymezit, kterých pacientů se toto doporučení týká, ale i zdůraznit etické aspekty poskytování intenzivní péče, respektování předchozího názoru pacienta, uchování důstojnosti a zajištění maximálního možného komfortu nemocných, ale také omezení marné a zbytečné léčby. Autoři dokumentu považují za vhodné zahrnout do rozhodování o ukončení intenzivní léčby a přechodu na léčbu paliativní všechny členy zdravotnického týmu.

Paliativní léčba se dnes stává důležitou a nedílnou součástí intenzivní medicíny, která je v souladu s medicínskými, právními a etickými principy. (Heřmanová et al.,2012)

2.6 Komunikace s umírajícím pacientem

Komunikace s umírajícím pacientem je jakousi syntézou komunikačních dovedností popsaných v předchozích kapitolách. Vhodný způsob komunikace závisí na stádiu přijetí, ve kterém se pacient nachází. Zvládnutí komunikace s umírajícím pacientem je náročným úkolem, který klade velké nároky na profesionalitu, ale i na osobní zralost sester. Pokud je sestra dobře profesně připravena, má lepší výchozí pozici pro dobrou komunikaci. To však samo o sobě nestačí, je potřeba něco navíc. Péče o

umírajícího člověka klade nároky především na citovou účast, odborné znalosti jsou až na druhém místě. (Venglářová, Mahrová, 2006) Sestra, která opravdu chce být oporou umírajícímu pacientovi, musí umět zaujmout postoj k sobě samé, ke svým pocitům. Skrývá-li své pocity sama před sebou, nebo je neúmyslně popírá, nebude citlivá ani k pocitům jiného člověka.

Sestra, která pečuje o umírajícího pacienta, by měla být autentická – opravdová. Neschovávat se za profesionální postoje a předstírat emoce. Opravdovost znamená mluvit s nemocným i o svých vlastních pocitech nejistoty a úzkosti. Jen tak se umírající může sám odhodlat mluvit o svých starostech a potřebách.

Při péči o umírající pacienty je nutné akceptovat člověka takový jaký je, zřít se jakéhokoli hodnocení. Akceptovat umírajícího znamená tolerovat jeho vlastnosti a přijímat jeho způsob prožívání a reakcí. Sestra nemá právo zneužívat závislého postavení pacienta a snažit se ho „napravit“ podle svých představ. Ideální je, když si sestra získá pacientovu důvěru a svým chováním ho ubezpečí, že nezůstane sám.

Ti, kdo pečují o umírající pacienty, by měli mít zaujatý postoj k vlastní smrti. Neměli by mít obavy z hovorů o smrti. Sestra nikdy neotvírá před pacientem problém umírání a smrti sama od sebe. Vždy je potřeba vyčkat, až pacient sám chce o smrti mluvit. Jestliže vyjádří svůj strach ze smrti, je dobré usednout, vyslechnout ho a zeptat se z čeho konkrétně má obavy. Nikdy nemá pacientovi hovor vymlouvat, obavy zlehčovat a bagatelizovat. (Svatošová, 2012) Někdy je sestra jediný člověk, kterému se nemocný může svěřit, třeba i proto, že nechce ranit své blízké. Takový rozhovor může i sestře přinést psychickou úlevu a dát pocit, že vykonala vše, co mohla, a navodit pocit lidského pochopení. (Funk, 2014)

Obecně platí, že s umírajícím pacientem sestra mluví o tom, o čem on sám mluvit chce, nenutí ho do hovoru o tom, o čem mluvit nechce. Komunikuje s ním jako s rovnocenným partnerem. Používá otevřené otázky (Jak se cítíte?) a dá pacientovi dostatek času na odpověď. Při rozhovoru používá výrazy, kterým pacient rozumí. Jestliže zachytí snahu o usprádnání věcí, dá najevo, že o ní ví a je připravena mu pomoci. (Venglářová, Mahrová, 2006) Mnohdy je však důležitější neverbální stránka komunikace s umírajícím pacientem. Celý komplex projevů od výrazu obličeje a pohledu očí, po doteky, celkový postoj, výdrž a trpělivost. Umírajícímu je potřeba spíše naslouchat nežli se mu snažit něco říci. (Křivohlavý, 2002)

U pacientů v bezvědomí je potřeba mít na paměti, že tito pacienti stále slyší, vnímají dotek a mohou nám to dát najevo nejrůznějšími signály.

2.7 Etické problémy komunikace s umírajícím pacientem

Pacient má právo na informace o svém zdravotním stavu. Toto právo obhájí Charta práv pacientů, zákon č.372/2011 Sb. i Etický kodex České lékařské komory. Přesto nejčastějším etickým problémem se kterým se sestry při komunikaci s umírajícím pacientem setkávají, je nedostatečná informovanost pacientů o povaze onemocnění, či přechodu kurativní léčby na paliativní. Tyto informace je sice kompetentní poskytnout pouze lékař, přesto se jich informovanost pacientů přímo dotýká. Jsou to ony, koho se pacienti na závažnost svého stavu přímo či nepřímo ptají. Pro sestry je tedy velmi důležité vědět, co bylo pacientovi sděleno, co a proč bylo zamlčeno či oddáleno. Pokud tyto informace nejsou uvedeny ve zdravotnické dokumentaci a lékař není dostupný, je vhodné zeptat se přímo pacienta: „Co víte o své nemoci?“, případně „Co vám řekl lékař?“ (Heřmanová et al., 2012) Jestliže sestra ví, jaké informace již byly sděleny, může pacientovi pomoci s jejich zpracováním. Cílem péče o umírajícího pacienta je pomoci mu projít nepříjemnými a těžkými fázemi, které popsala Kübler – Rossová, a pomoci mu dozrát do fáze akceptace a smíření se s neodvratnou skutečností. To je však při zastírání pravdy nemožné. (Svatošová, 2012) Pacient má ale i právo informace nežadat a i to je nutné respektovat. (Marková, 2010)

Tím, že pacientovi sdělíme pravdu, mu nesmíme vzít naději. Pacient má mít možnost dalšího kroku. Není-li už naděje na uzdravení, je nutno taktikou malých kroků a splnitelných cílů pacienta podporovat. Umožnit mu radovat se ze spousty malých, ale důležitých cílů. (Svatošová, 2012)

2.8 Role sestry v komunikaci s umírajícím pacientem

Důležitým úkolem sestry je udržovat s umírajícím i v jeho posledních chvílích kontakt. Volit přiměřenou komunikaci, která může být z velké části neverbální, a k jednotlivým fázím umírání zaujmout citlivý přístup. Umírajícímu musí také umožnit

jeho právo reagovat v určitých fázích hněvem nebo smutkem a depresí, už by se neměl muset „namáhat“. Je důležité vycítit a uspokojit potřeby umírajícího – být u něho, naslouchat, držet ho za ruku, hladit. Být trpělivá, laskavá a vytrvalá. Pomoci pacientovi zbavit se strachu, úzkosti, osamocení. V tomto musí sestra pomoci i jeho blízkým. Po celé období péče musí sestra respektovat pacientovu osobnost, jedinečnost, celoživotní příběh. Respektuje jeho životní a kulturní hodnoty. Úzkostlivě dbát o zachování pacientovy důstojnosti a autonomie. Podporuje jeho naději. Snaží se dělat všechno pro zlepšení kvality života umírajícího. V případě zájmu umožní rodinným příslušníkům zapojit se do ošetřování pacienta. Umožní jim rozloučit se. (Kutnohorská, 2007; Bártlová, 2005)

Péče o umírajícího pacienta může být velkým obohacením pro sestru i pro pacienta a to za předpokladu, že sestra přijme svoji roli v tomto procesu. Konfrontace se smrtí, kdy sestra doprovází člověka v jeho posledních fázích života, se může stát také konfrontací se životem. Pokud se nebojí připustit, že jí byla touto formou poskytnuta nemalá důvěra, nabídnuta možnost zamyslet se nad svým životem. Zvážit jeho smysluplnost. Může poděkovat za jeho bohatství, či si může uvědomit chudobu a šed' jeho fádne uplyvajících dní. Má možnost se rozhodlat ke změně k lepšímu. (Funk, 2014)

Empirická část

3 Výzkum

3.1 Cíle výzkumu

Cíl č. 1: Zjistit komunikační schopnosti sester v oblasti komunikace s umírajícím

Cíl č. 2: Zjistit emoční schopnosti sester v oblasti komunikace s umírajícím

Cíl č. 3: Zjistit problémy v komunikaci s těmito pacienty

3.2 Charakteristika výběrového souboru

Výzkumný soubor respondentů byl tvořen všeobecnými sestrami pracujícími na odděleních intenzivní péče, s různou délkou praxe a rozdílným stupněm vzdělání. Dotazníky byly rozdány na odděleních intenzivní péče Nemocnice Na Bulovce, Budínova 2, Praha 8. Do dotazníkového šetření byly zahrnuty jednotky intenzivní péče interních i chirurgických oborů. Celkem bylo rozdáno 100 kusů dotazníků, vrátilo se 93 řádně vyplněných dotazníků. Návratnost byla tedy 93%, zpracováno bylo všech 93 dotazníků (100%).

3.3 Metodika výzkumu

Výzkumná část bakalářské práce byla realizována kvantitativním výzkumným šetřením pomocí anonymního tištěného dotazníku (viz Příloha 1). Dotazník byl vytvořen po prostudování literatury o problematice komunikace s umírajícím pacientem, s přihlédnutím k osobním zkušenostem z praxe a konzultaci s vedoucím práce. Respondenti odpovídali na 21 výběrových uzavřených a polouzavřených otázek. V období od 15. - 20. dubna 2014 proběhla pilotáž mezi 10 všeobecnými sestrami oddělení intenzivní péče Kliniky pneumologie a hrudní chirurgie. Dle jejich připomínek

byly upraveny formulace některých otázek. Tyto dotazníky nejsou součástí zpracovaných výsledků. Vlastní sběr dat byl uskutečněn od 1. 6. do 30. 6. 2014. Dotazníkové šetření bylo schváleno náměstkyní pro ošetrovatelskou péči Nemocnice Na Bulovce, paní Mgr. Soňou Mendlovou. (viz Příloha 2).

4 Analýza výsledků

Výsledky šetření byly zpracovány do tabulek a grafů v programu Microsoft Excel 2013. Jako statistická metoda byla použita absolutní a relativní četnost. Absolutní četnost (n) v tabulce udává počet respondentů, kteří odpovídali v položce stejnou odpovědí z nabídnutých možností. Relativní četnost (%) v tabulce znázorněná procentuálně, poskytuje informaci o tom, jak velká část z celkového počtu hodnot připadá na danou dílčí veličinu.

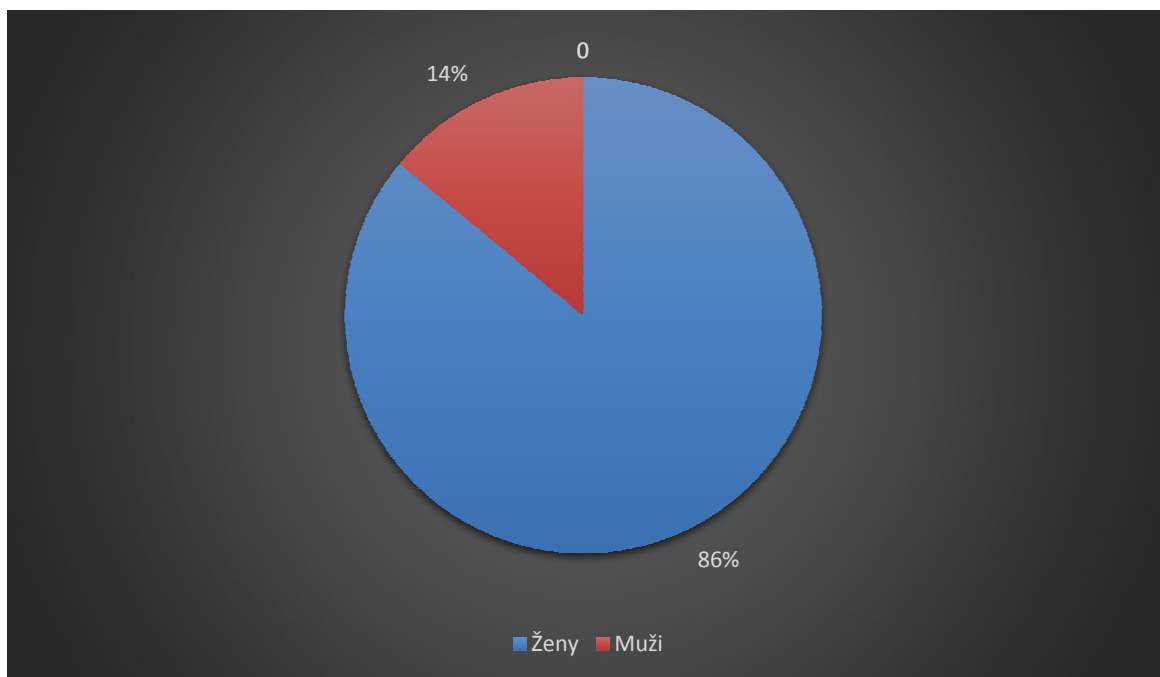
4.1 Interpretace výsledků

Otázka č. 1: Vaše pohlaví

Tabulka č. 1 Pohlaví respondentů

	Absolutní počet (n)	Relativní počet (%)
Muži	13	14%
Ženy	80	86%
Celkem	93	100%

Graf č. 1 Pohlaví respondentů



Komentář:

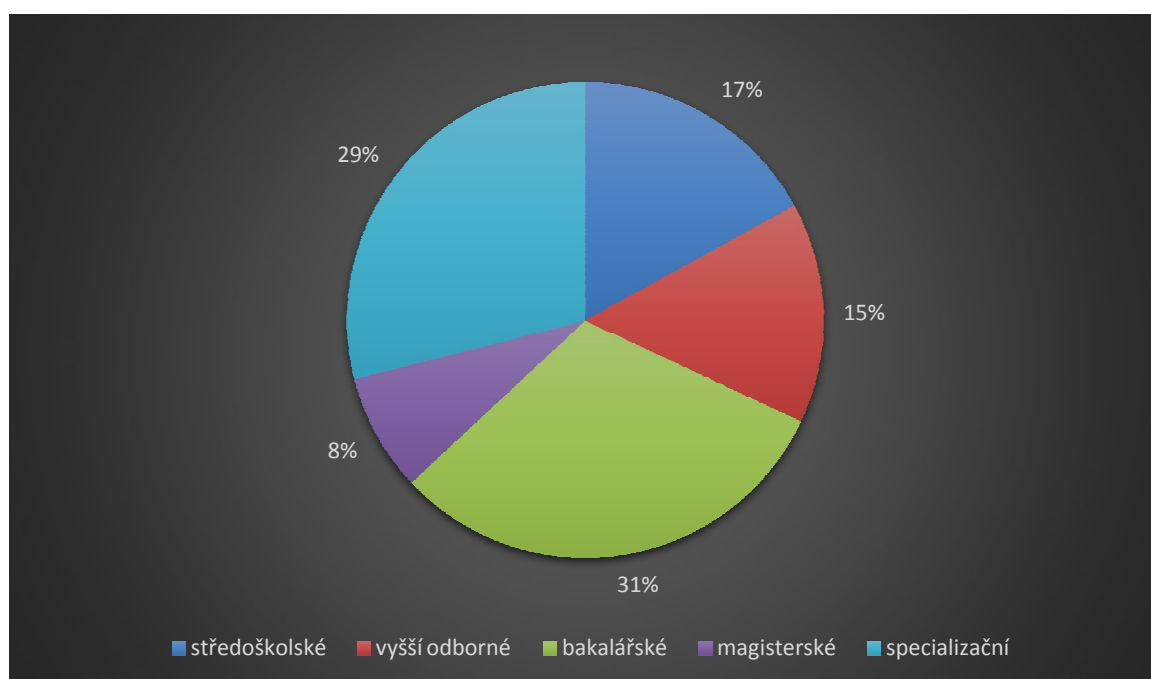
Z celkového počtu respondentů se účastnilo 86% žen a 14% mužů.

Otázka č. 2: „Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?“

Tabulka č. 2 Vzdělání respondentů

Možnosti odpovědí	Absolutní počet (n)	Relativní počet (%)
Středoškolské vzdělání	16	17%
Vyšší odborné vzdělání	14	15%
Vysokoškolské bakalářské	29	31%
Vysokoškolské magisterské	7	8%
Specializační - ARIP	27	29%
Celkem	93	100%

Graf č.2 Vzdělání respondentů



Komentář:

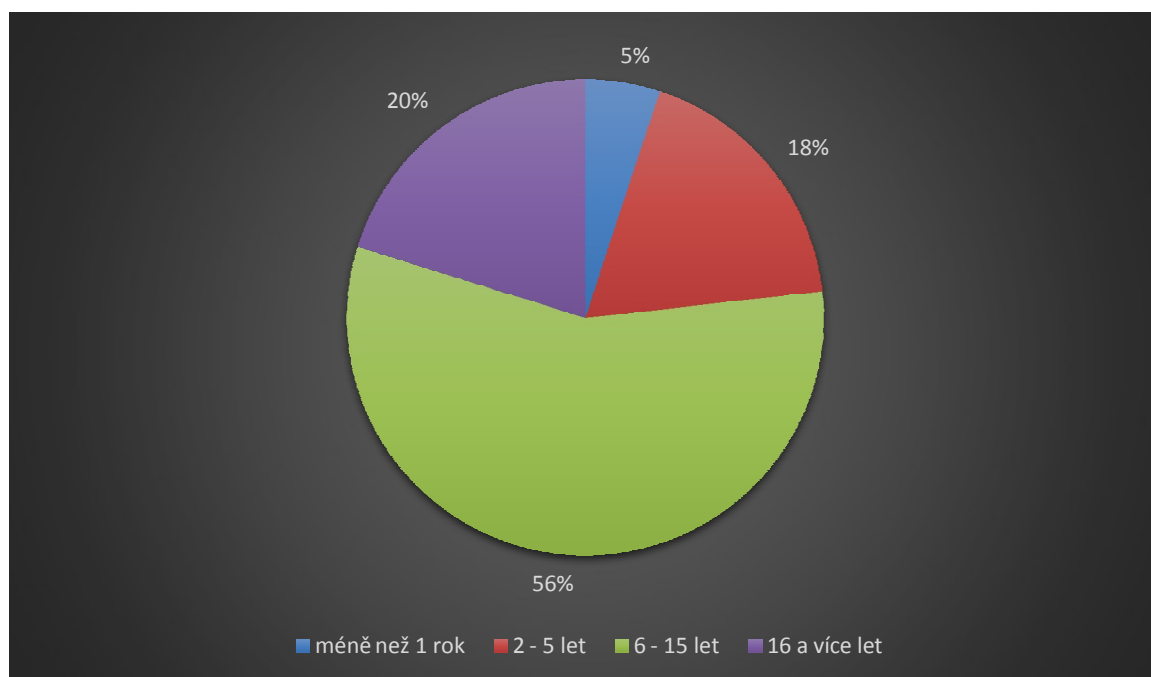
Z celkového počtu bylo nejvíce respondentů s bakalářským vzděláním – 29%, 27% uvedlo jako nejvyšší dosažené vzdělání specializaci v oboru intenzivní péče, středoškolské vzdělání uvedlo 17% respondentů, 15% absolvovalo vyšší odborné vzdělání a 8% respondentů bylo s magisterským typem vzdělání.

Otázka č. 3: „Jaká je Vaše délka odborné praxe v intenzivní péči?“

Tabulka č.3 Délka praxe v oboru intenzivní péče

Možnosti odpovědí	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Méně než 1 rok	5	5%
2 – 5 let	17	18%
6 – 15 let	52	56%
16 a více let	19	20%
Celkem	93	100%

Graf č. 3 Délka praxe v oboru intenzivní péče



Komentář:

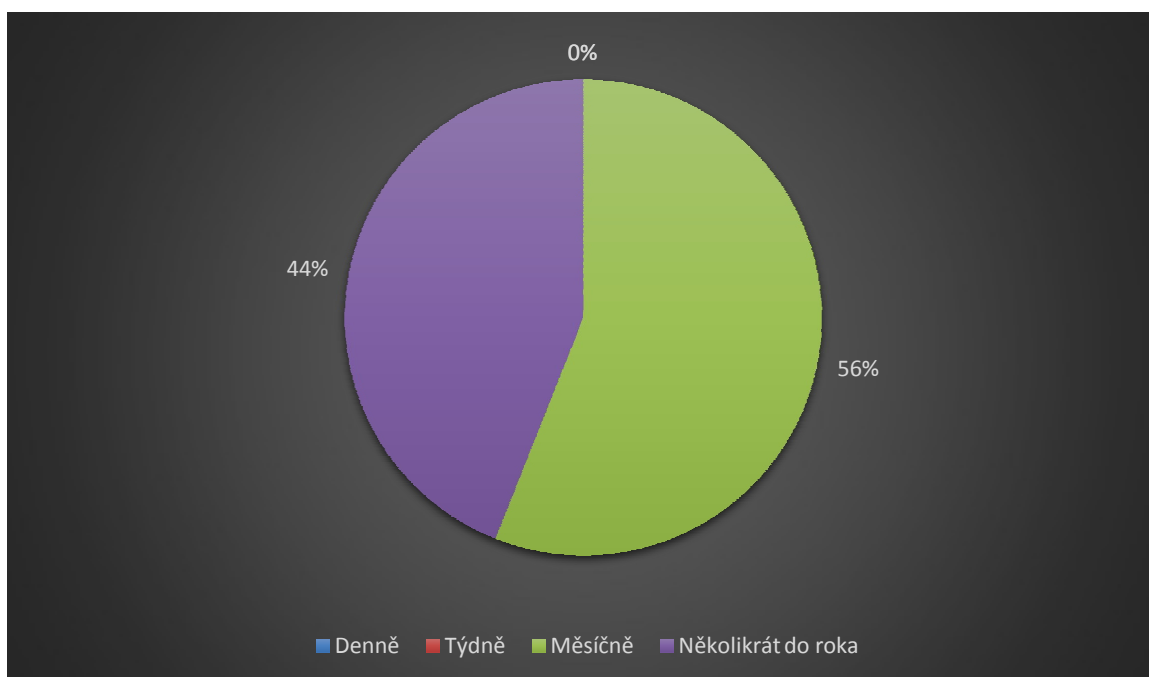
Celkovou délku praxe v oboru intenzivní péče kratší než 1 rok uvedlo 5% respondentů, 2 – 5 let pracovalo 18% respondentů, 6 – 15 let praxe uvedlo 56% respondentů a více než 16 let praxe v oboru intenzivní péče uvedlo 20% respondentů.

Otázka č. 4: „Jak často se na svém pracovišti setkáte s umírajícím pacientem?“

Tabulka č. 4 Četnost úmrtí na pracovišti

Možnosti odpovědí	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Denně	0	0%
Týdně	0	0%
Měsíčně	52	56%
Několikrát do roka	41	44%
Celkem	93	100%

Graf č. 4 Četnost úmrtí na pracovišti



Komentář:

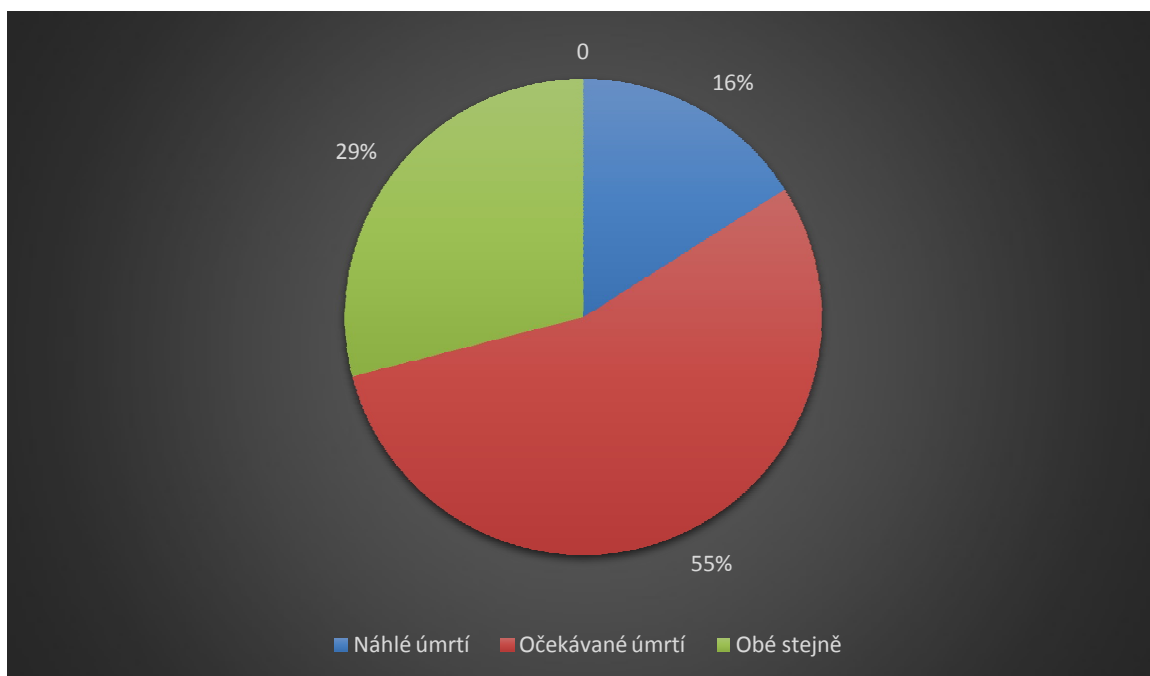
Nejvíce - 56% respondentů uvedlo, že se setkají s úmrtím pacienta na svém pracovišti alespoň jednou za měsíc, 44% se setkalo s úmrtím několikrát do roka. Možnost setkání s úmrtím pacienta denně či jednou týdně si nevybral žádný respondent.

Otázka č. 5: „ Na svém pracovišti se setkáváte častěji s úmrtím:“

Tabulka č. 5 Setkání s náhlou nebo očekávanou smrtí pacienta

Možnosti odpovědí	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Náhlé úmrtí	15	16%
Očekávané úmrtí	51	55%
Obé stejně	27	29%
Celkem	93	100%

Graf č.5 Setkání s náhlou nebo očekávanou smrtí pacienta



Komentář:

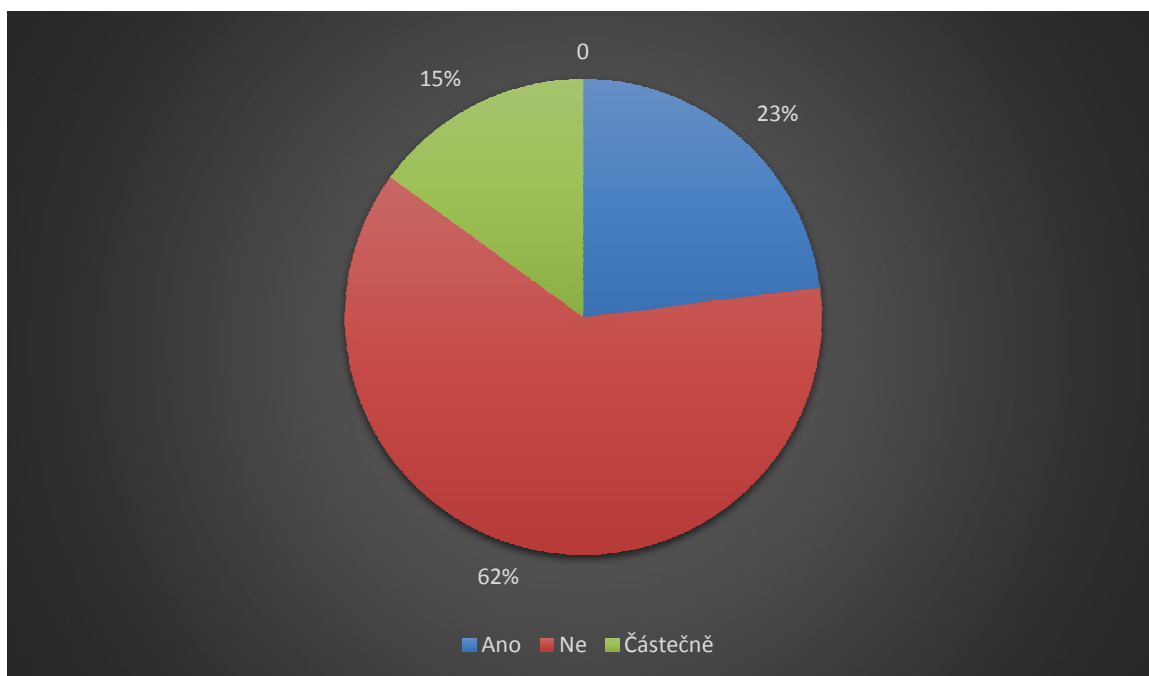
Z celkového počtu respondentů 16% z nich uvedlo, že se v praxi setkává s náhlým úmrtím. 55% považuje za častější svůj kontakt s úmrtím očekávaným. 29% respondentů se domnívá, že se stejně často setkává s náhlým i očekávaným úmrtím pacienta.

Otázka č. 6: „Znáte Chartu práv umírajících pacientů?“

Tabulka č. 6 Znalost Charty práv pacientů

Možnosti odpovědí	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	21	23%
Ne	58	62%
Částečně	14	15%
Celkem	93	100%

Graf č. 6 Znalost Charty práv umírajících pacientů



Komentář:

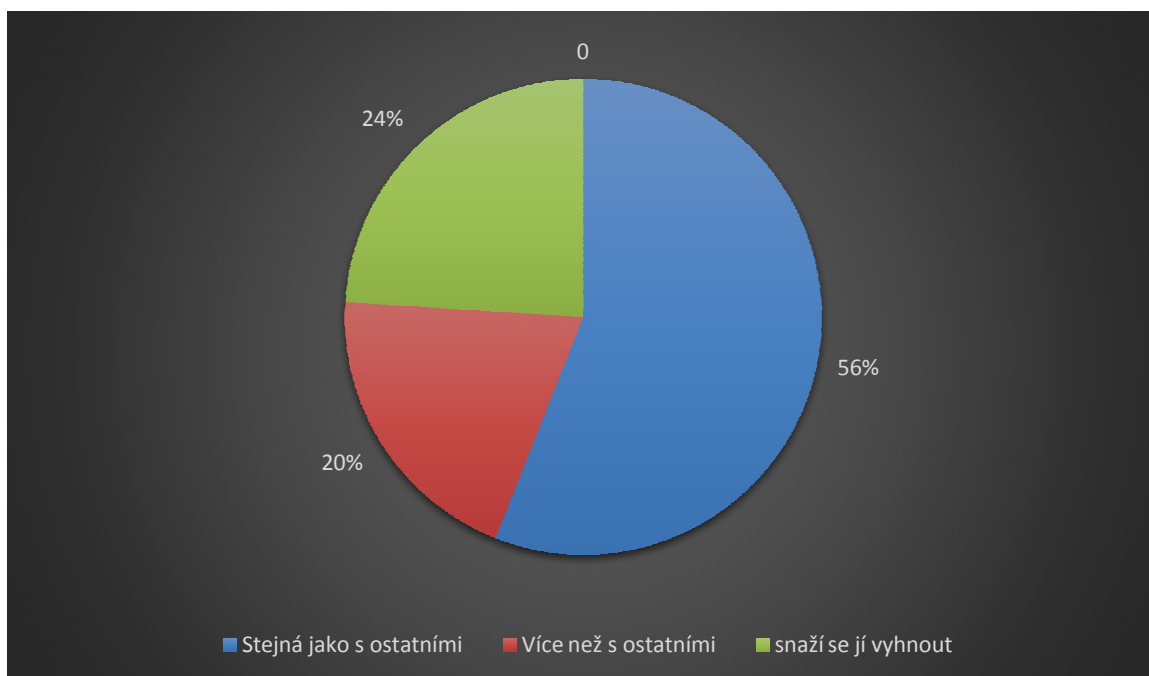
23% respondentů se domnívá, že znají Chartu práv umírajících pacientů a 15% z nich má částečné povědomí o tomto dokumentu. 62% respondentů uvedlo, že tento dokument neznají.

Otázka č. 7: „Charakterizujte, prosím, Vaši komunikaci s umírajícím pacientem:“

Tabulka č. 7 Charakteristika komunikace s umírajícím pacientem

Možnosti odpovědí	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Stejná jako s ostatními	52	56%
Více než s ostatními	19	20%
Snaha o vyhnutí	22	24%
Celkem	93	100%

Graf č. 7 Charakteristika komunikace s umírajícím pacientem



Komentář:

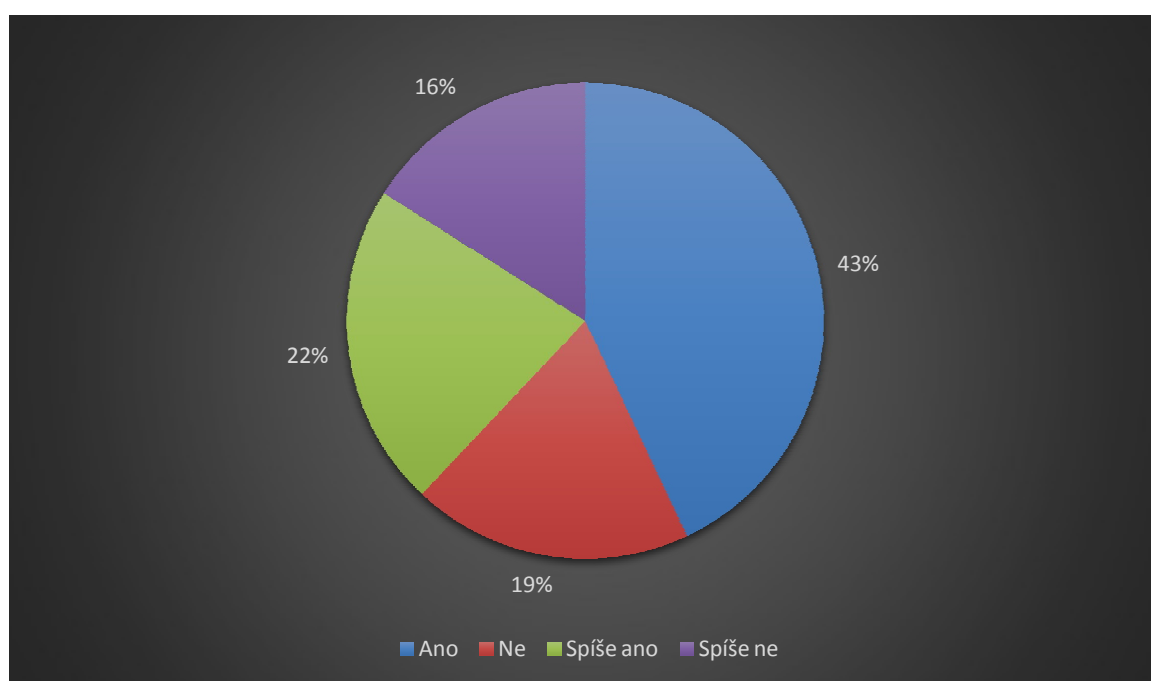
56% respondentů popisuje svoji komunikaci jako shodnou s ostatními pacienty. 20% dotázaných se snaží s těmito pacienty komunikovat více než s ostatními. 24% se komunikaci s umírajícím pacientem snaží vyhnout.

Otázka č. 8: „Soustředíte se v komunikaci s umírajícími pacienty více na tělesné symptomy než na emocionální problémy?“

Tabulka č. 8 Upřednostnění tělesných problémů nad emocionálními

Možnosti odpovědí	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	40	43%
Ne	18	19%
Spíše ano	20	22%
Spíše ne	15	16%
Celkem	93	100%

Graf č. 8 Upřednostňování tělesných problémů nad emocionálními



Komentář:

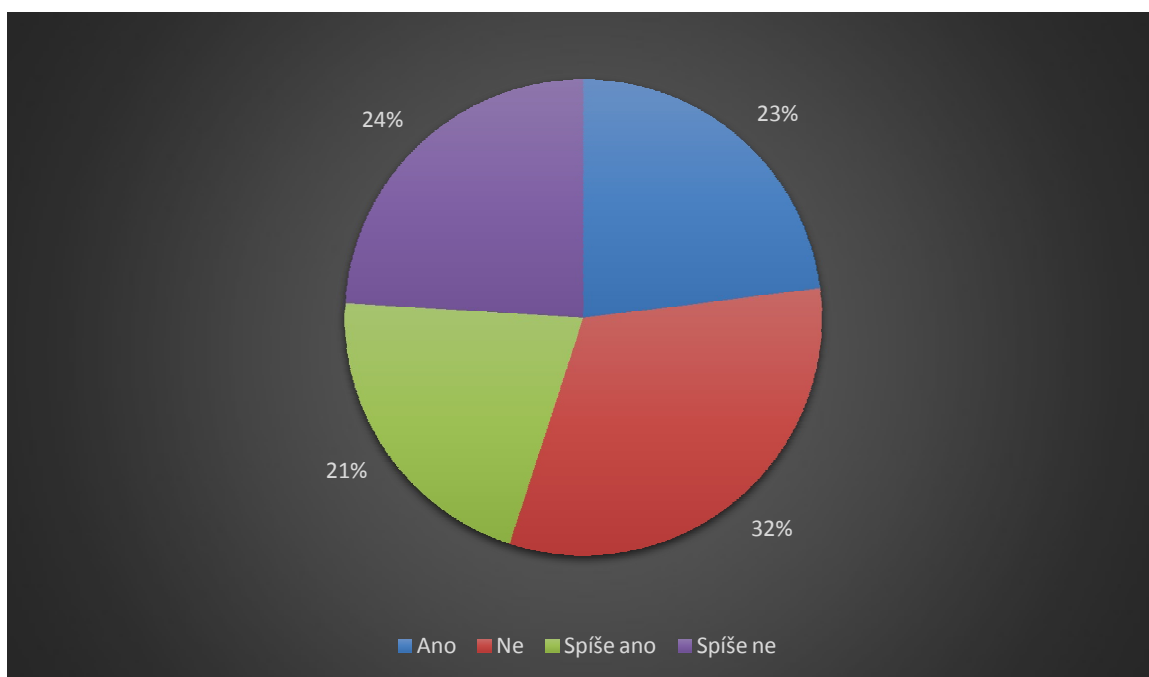
40% respondentů uvedlo, že se v komunikaci s umírajícím pacientem soustředí na tělesné symptomy, 20% se na tělesné symptomy spíše soustředí. 18% respondentů nedává přednost tělesným symptomům a 15% spíše nedává přednost tělesným symptomům.

Otázka č. 9: „Změníte téma hovoru, když chce pacient mluvit o svých pocitech?“

Tabulka č. 9 Změna tématu hovoru při pacientově potřebě mluvit o svých pocitech

Možnosti odpovědí	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	21	23%
Ne	30	32%
Spíše ano	20	21%
Spíše ne	22	24%
Celkem	93	100%

Graf č. 9 Změna tématu při pacientově potřebě mluvit o svých pocitech



Komentář:

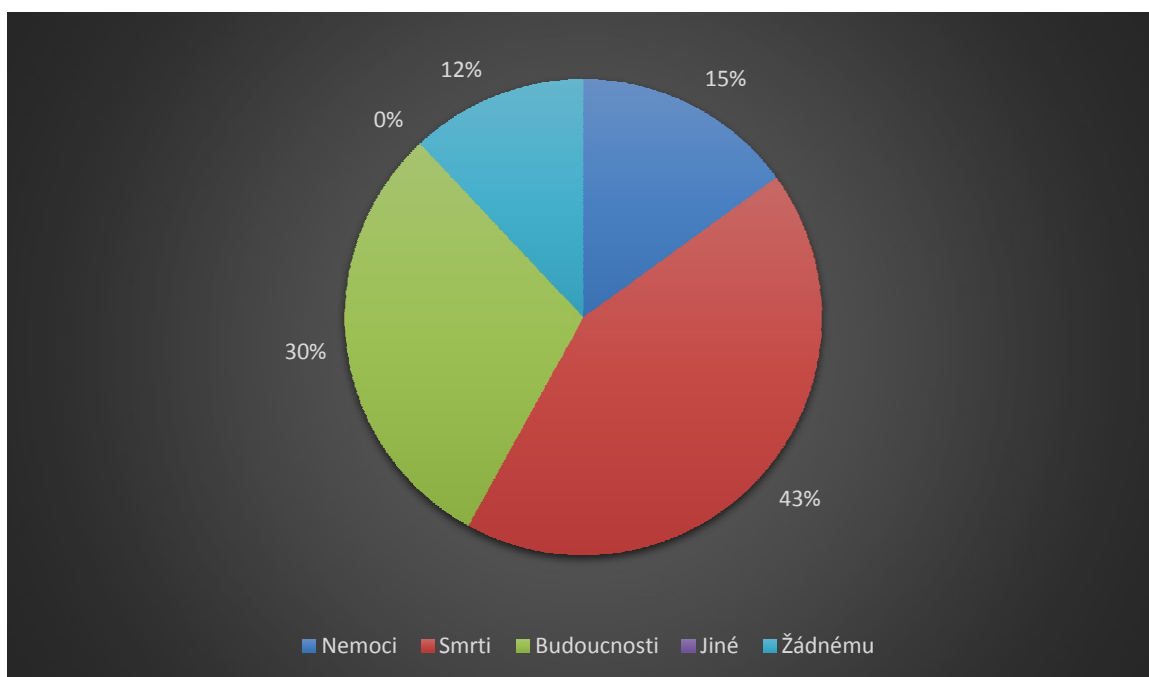
Pokud umírající pacient chce mluvit o svých pocitech, 23% respondentů změni téma hovoru, 22% se spíše snaží změnit téma. 32% respondentů se téma hovoru měnit nesnaží či spíše nesnaží – 24%.

Otázka č. 10: „Jakému tématu se v komunikaci s umírajícím pacientem snažíte vyhnout?“

Tabulka č. 10 Témata, kterým se sestry vyhýbají

Možnosti odpovědí	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Nemoci	14	15%
Smrti	40	43%
Budoucnosti	28	30%
Jiné	0	0%
Žádnému	11	12%
Celkem	93	100%

Graf č. 10 Témata, kterým se sestry vyhýbají



Komentář:

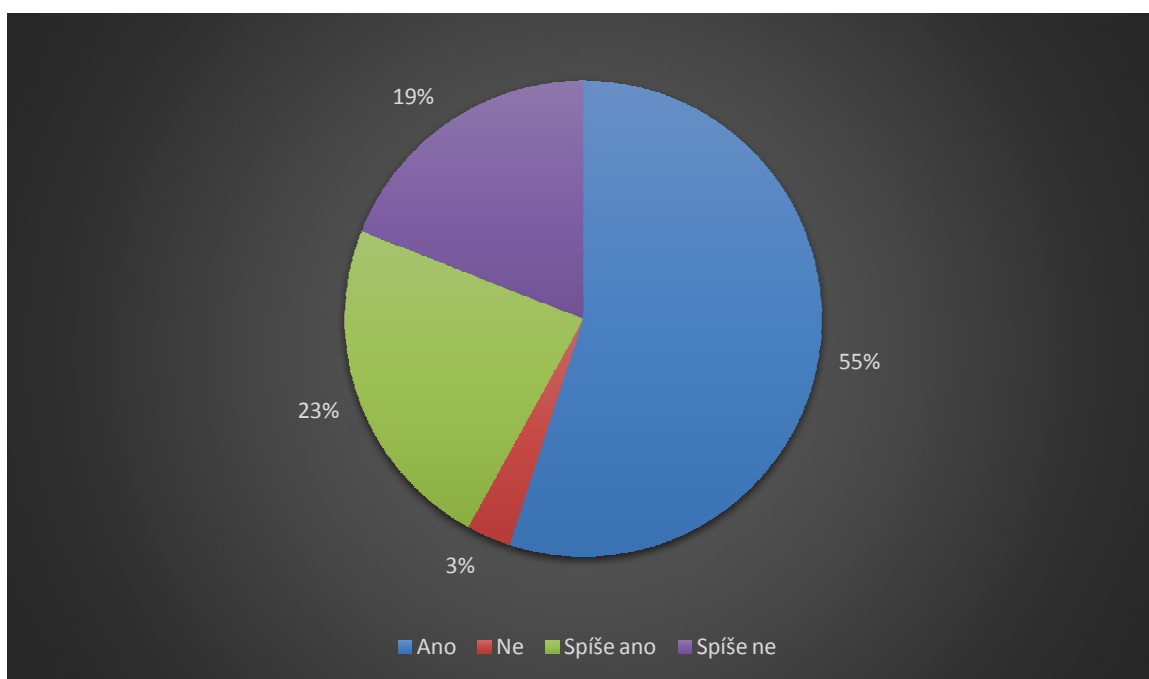
40% respondentů se při komunikaci s umírajícím pacientem snaží vyhnout tématu smrti, 28% budoucnosti, 14% nemoci a 11% se nesnaží vyhýbat žádnému tématu.

Otázka č. 11: „Reagujete na emocionální projevy umírajícího pacienta (například pláč, vztek...)?“

Tabulka č. 11 Reagují sestry na emocionální projevy pacienta?

Možnosti odpovědí	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	51	55%
Ne	3	3%
Spíše ano	21	23%
Spíše ne	18	19%
Celkem	93	100%

Graf č. 11 Reagují sestry na emocionální projevy pacienta?



Komentář:

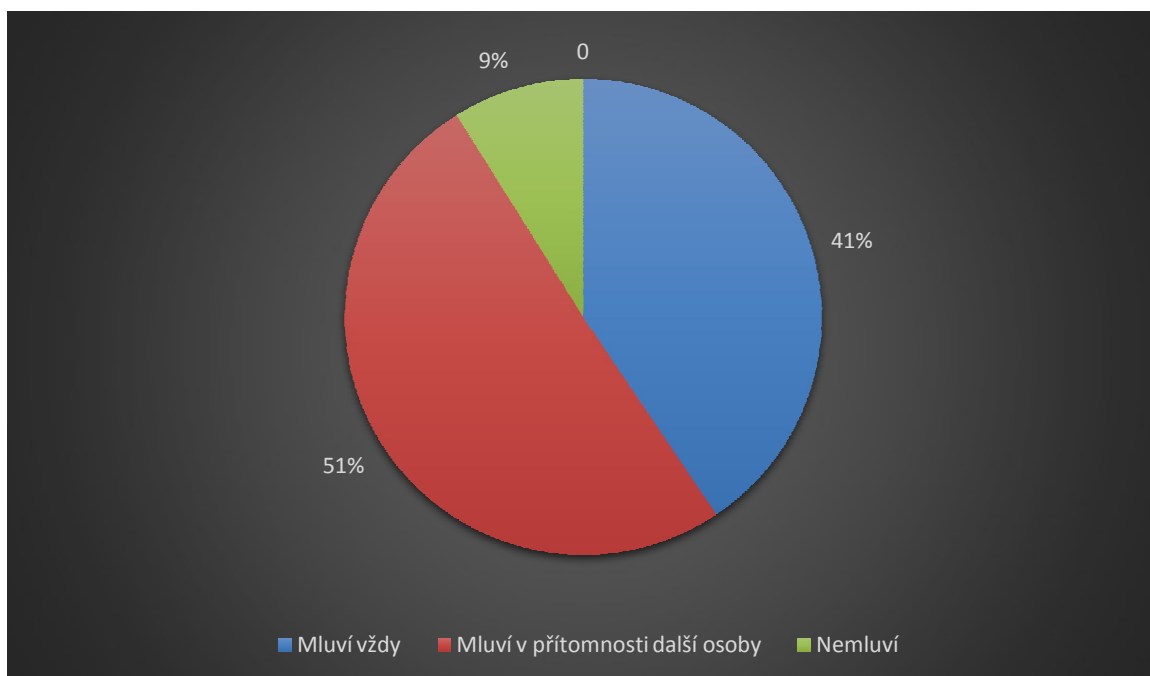
55% respondentů reaguje na emocionální projevy umírajícího pacienta, 23% spíše ano. 18% respondentů si jako odpověď vybralo možnost spíše ne a 3% možnost ne.

Otázka č. 12: „ Na pacienta, který je v bezvědomí:“

Tabulka č. 12 Způsob komunikace s pacientem v bezvědomí

Možnosti odpovědí	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Mluví vždy	38	41%
V přítomnosti další osoby	47	51%
Nemluví	8	9%
Celkem	93	100%

Graf č. 12 Způsob komunikace s pacientem v bezvědomí



Komentář:

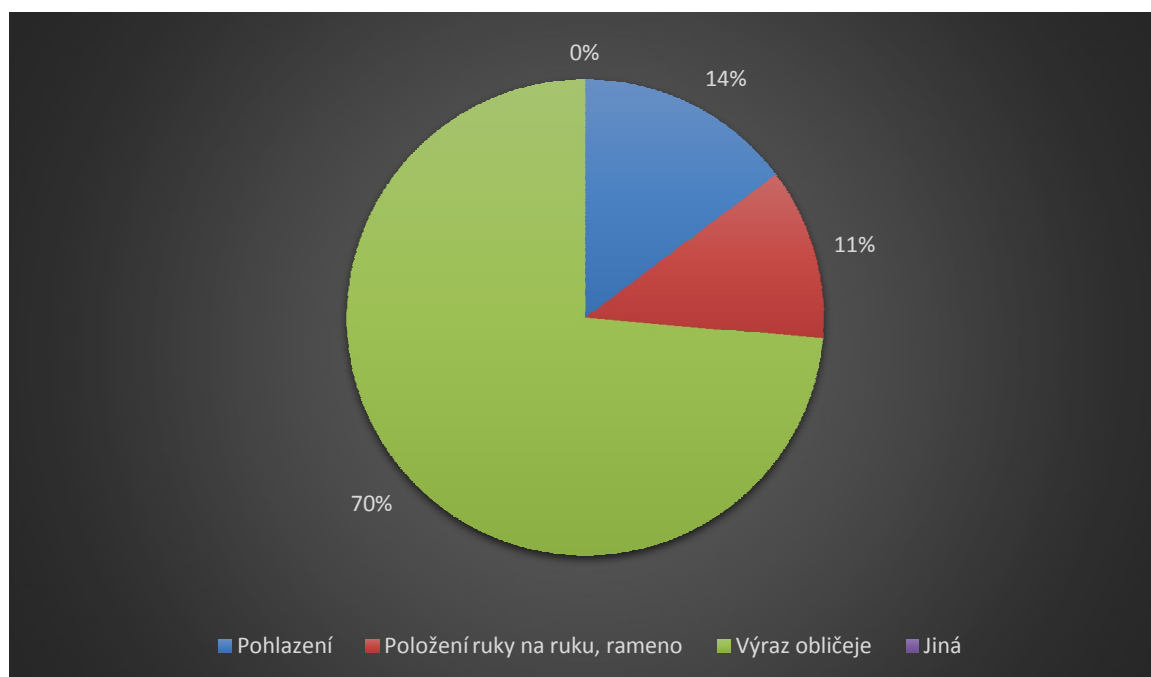
Z celkového počtu respondentů 47% z nich uvedlo, že na pacienta v bezvědomí mluví pouze v přítomnosti další osoby. 38% na pacienta mluví vždy. 8% respondentů na pacienta v bezvědomí nemluví.

Otázka č. 13: „Jaká je Vaše nejčastější neverbální komunikace s umírajícím pacientem?“

Tabulka č. 13 Nejčastější způsoby neverbální komunikace sester

Možnosti odpovědí	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Pohlazení	13	14%
Ruka na rameno, ruku atd.	10	11%
Výraz obličeje	70	75%
Jiné ...	0	0
Celkem	93	100%

Graf č. 13 Nejčastější způsoby neverbální komunikace sester



Komentář:

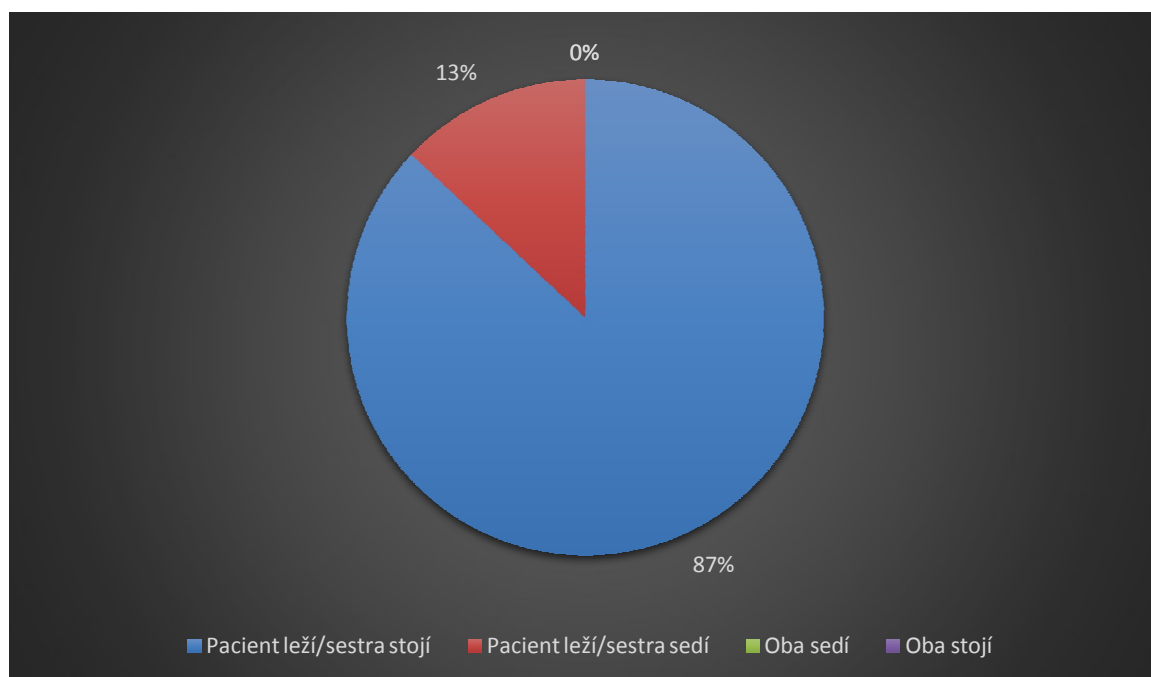
70% respondentů považuje za svou nejčastější neverbální komunikaci s umírajícím pacientem výraz obličeje. 23% používá nejčastěji haptiku – 13% vybralo možnost pohlazení, 10% položení ruky na ruku, rameno atd.

Otázka č. 14: „Jaká je nejčastější poloha/postavení Vás a pacienta při komunikaci?“

Tabulka č. 14 Nejčastější poloha/pozice sestry při komunikaci s pacientem

Možnosti odpovědí	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Pacient leží/sestra stojí	81	87%
Pacient leží/sestra sedí	12	13%
Oba sedí	0	0%
Oba stojí	0	0%
Celkem	93	100%

Graf č. 14 Nejčastější poloha/pozice sestry při komunikaci s pacientem



Komentář:

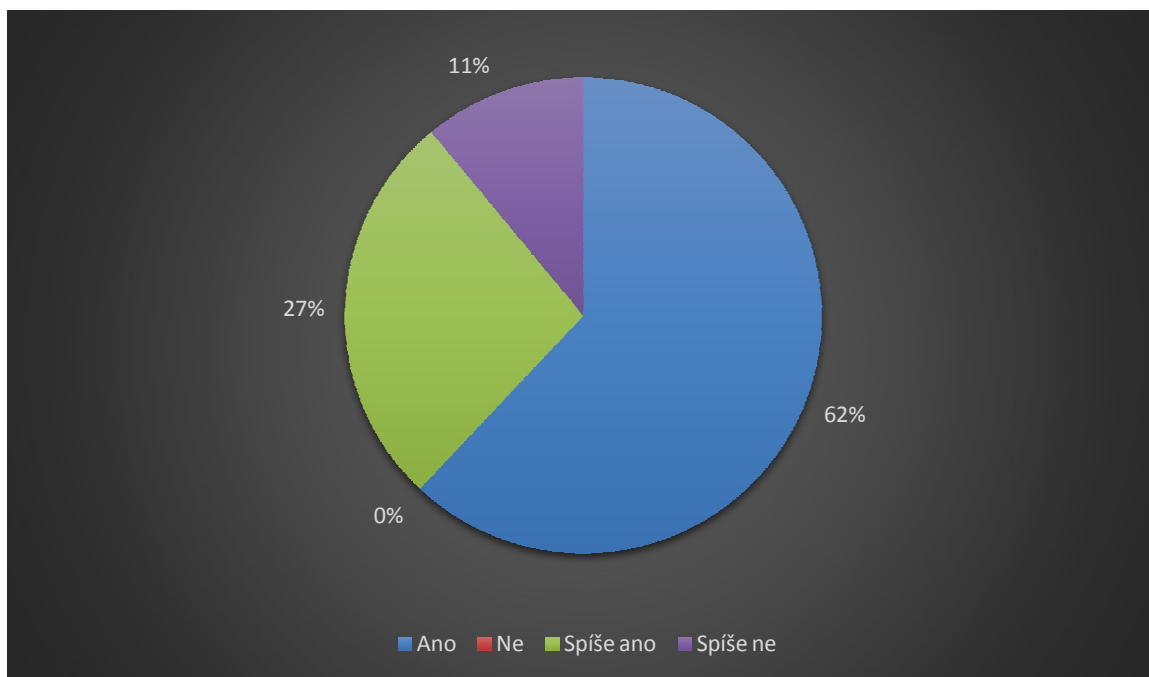
87% respondentů uvedlo, že při komunikaci s pacientem jsou v pozici pacient leží/sestra stojí. 13% vybralo možnost pacient leží/sestra stojí.

Otázka č. 15: „Udržujete při komunikaci s pacientem oční kontakt?“

Tabulka č. 15 Udržování očního kontaktu s pacientem

Možnosti odpovědí	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	58	62%
Ne	0	0%
Spíše ano	25	27%
Spíše ne	10	11%
Celkem	93	100%

Graf č. 15 Udržování očního kontaktu s pacientem



Komentář:

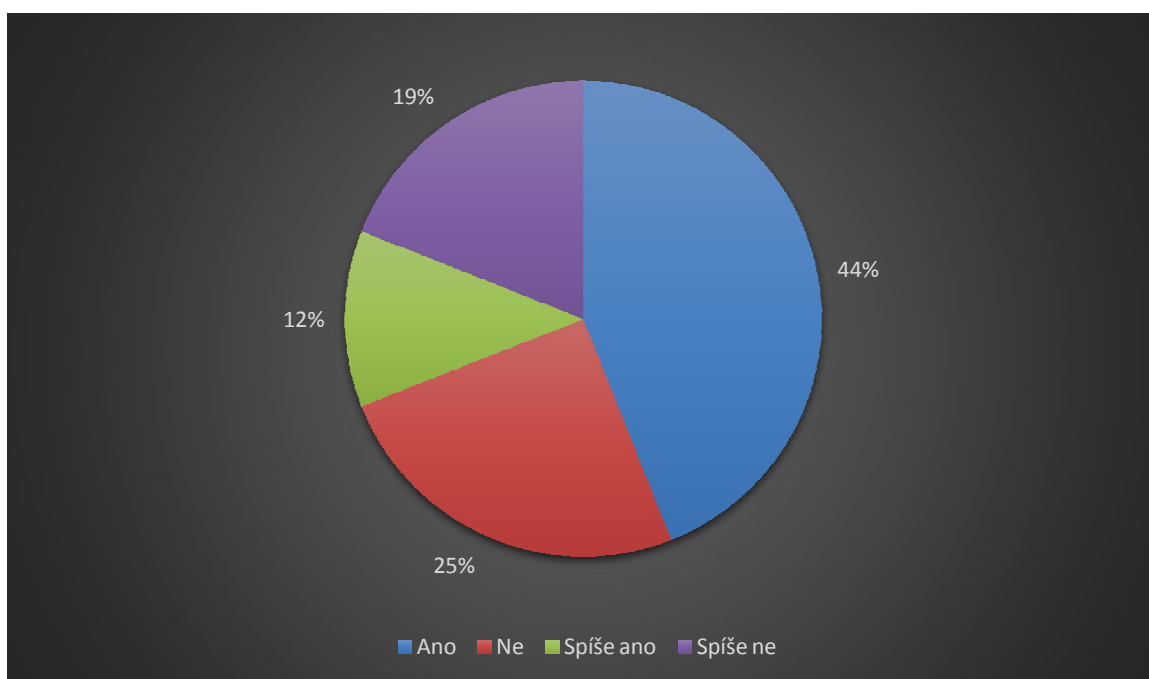
62% respondentů při komunikaci s pacientem udržuje oční kontakt. 27% spíše ano. Možnost spíše ne si vybralo 10% respondentů.

Otázka č. 16: „Domníváte se, že máte dostatek času na komunikaci s umírajícím pacientem?“

Tabulka č. 16 Dostatek času na komunikaci s pacientem

Možnosti odpovědí	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	41	44%
Ne	23	25%
Spíše ano	11	12%
Spíše ne	18	19%
Celkem	93	100%

Graf č. 16 Dostatek času na komunikaci s pacientem



Komentář:

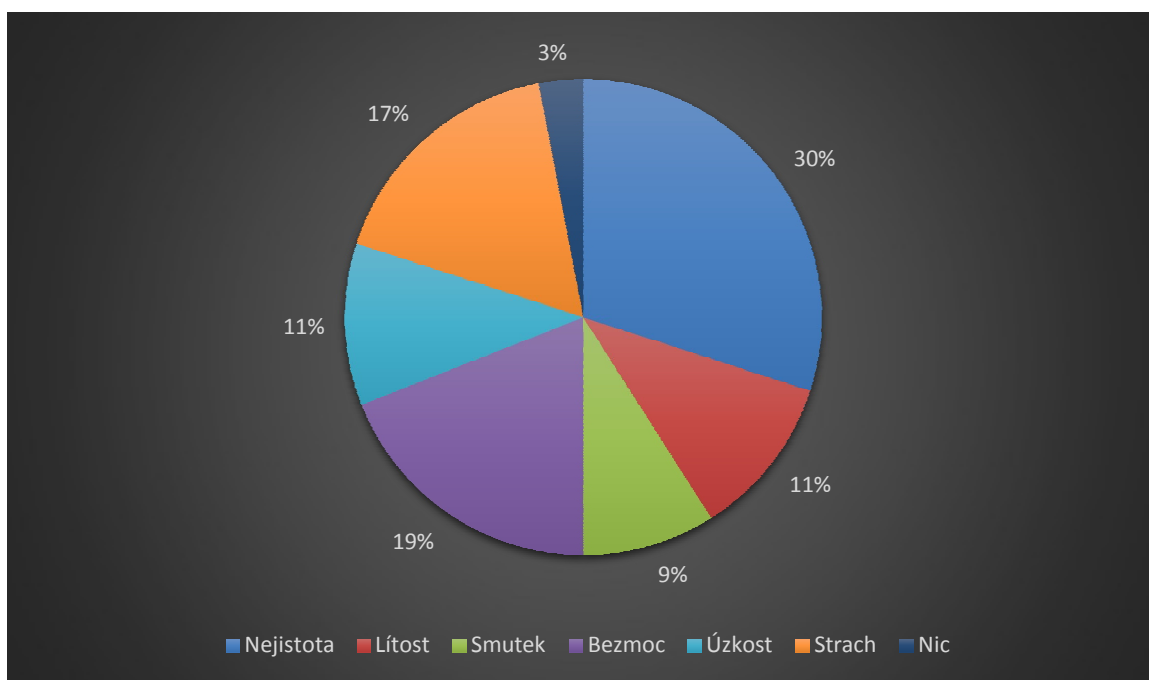
Z celkového počtu respondentů se 44% domnívá, že má dostatek času na komunikaci s umírajícím pacientem, 12% spíše ano. Nedostatek času uvedlo 25% a možnost spíše ne 19% respondentů.

Otázka č. 17: „Uveďte Vaše pocity při komunikaci s umírajícími pacienty

Tabulka č. 17 Pocity sester při komunikaci s umírajícím pacientem

Možnosti odpovědí	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Nejistota	28	30%
Lítost	10	11%
Smutek	8	9%
Bezmoc	18	19%
Úzkost	10	11%
Strach	16	17%
Nic	3	3%
Celkem	93	100%

Graf č. 17 Pocity sester při komunikaci s umírajícím pacientem



Komentář:

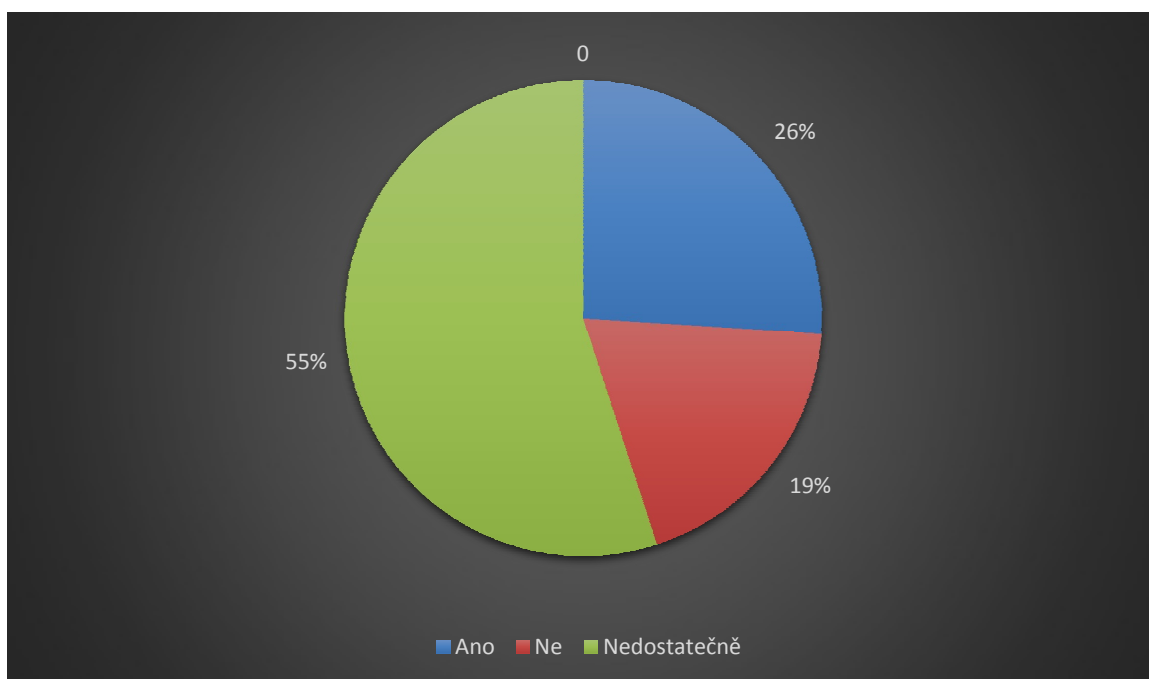
30% respondentů si vybralo jako pocit, který cítí při komunikaci s umírajícím pacientem nejistotu, 19% bezmoc, 17% strach. 11% respondentů pociťuje lítost a stejné množství - 11% úzkost. 9% respondentů uvedlo smutek. 3% necítí nic.

Otázka č 18: „ Jsou pacienti na Vašem oddělení informováni o nepříznivé prognóze svého onemocnění?“

Tabulka č. 18 Informovanost pacientů o prognóze onemocnění

Možnosti odpovědí	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	24	26%
Ne	18	19%
Nedostatečně	51	55%
Celkem	93	100%

Graf č. 18 Informovanost pacientů o prognóze onemocnění



Komentář:

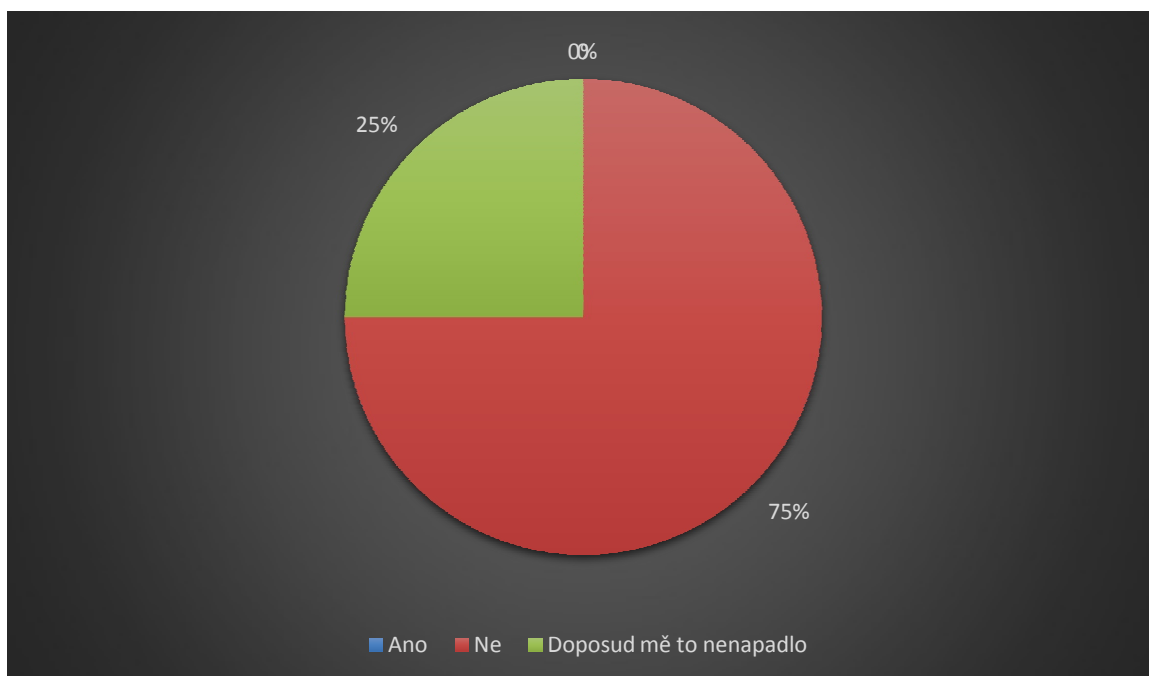
26% respondentů uvedlo, že na jejich pracovišti jsou pacienti informováni o prognóze onemocnění. 19% uvedlo, že pacienti informováni nejsou. 55% respondentů se domnívá, že pacienti jsou informováni nedostatečně.

Otázka č. 19: „Dokumentujete poslední slova či vzkazy pacienta?“

Tabulka č. 19 Dokumentace posledních slov či vzkazů pacienta

Možnosti odpovědí	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	0	0%
Ne	70	75%
Doposud mě to nenapadlo	23	25%
Celkem	93	100%

Graf č. 19 Dokumentace posledních slov či vzkazů pacienta



Komentář:

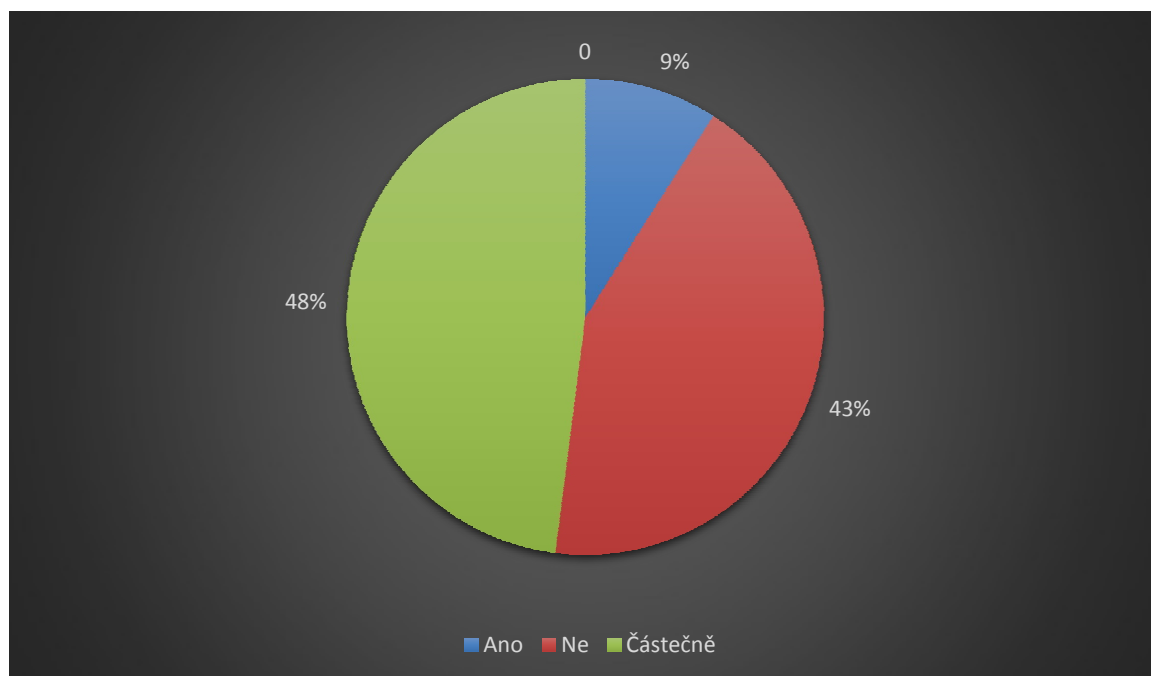
70% respondentů nedokumentuje poslední slova či vzkazy umírajících pacientů. 23% si vybralo možnost – doposud mě to nenapadlo.

Otázka č. 20: „Připravilo Vás studium na komunikaci s umírajícími pacienty?“

Tabulka č. 20 Připravenost sester studiem na komunikaci s umírajícím pacientem

Možnosti odpovědí	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	8	9%
Ne	40	43%
Částečně	45	48%
Celkem	93	100%

Graf č. 20 Připravenost sester studiem na komunikaci s umírajícím pacientem



Komentář:

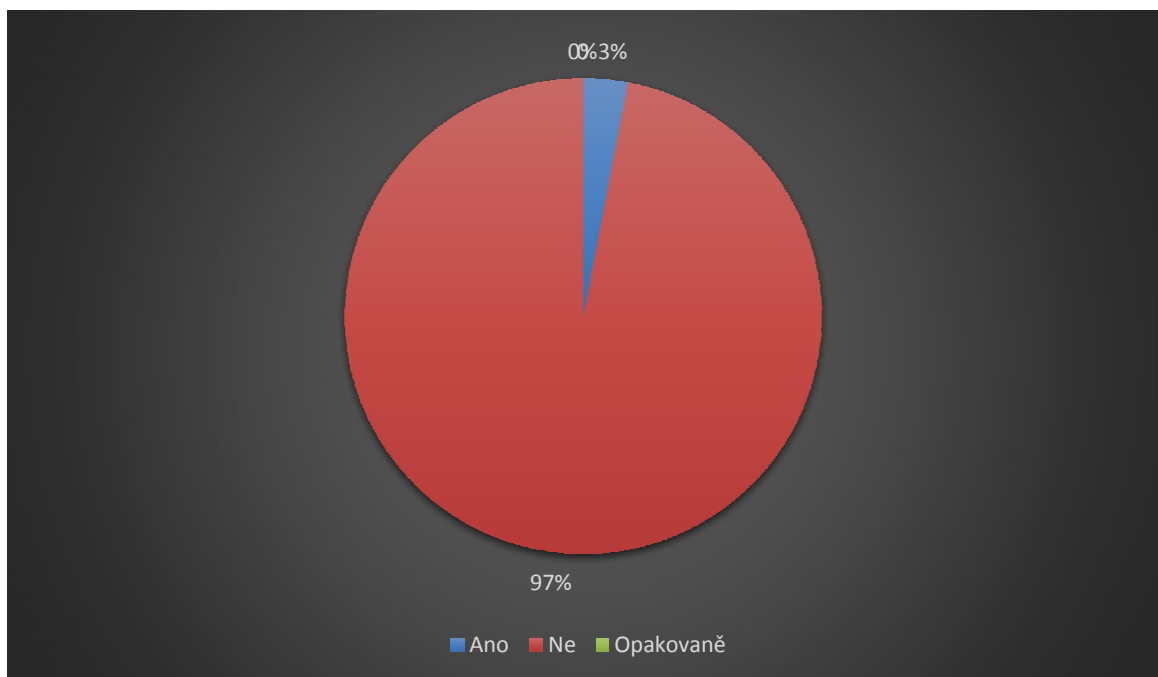
Z celkového počtu respondentů se 48% domnívá, že byli při studiu částečně připraveni na komunikaci s umírajícím pacientem. 43% uvedlo, že je studium na komunikaci s těmito pacienty nepřipravilo. 8% se domnívá, že byli při studiu připraveni na komunikaci s umírajícími pacienty.

Otázka č. 21: „Zúčastnila jste se kurzu, zaměřeného na komunikaci s umírajícím pacientem?“

Tabulka č. 21 Absolvování kurzu komunikace s umírajícím pacientem

Možnosti odpovědí	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	3	3%
Ne	90	97%
Opakovaně	0	0%
Celkem	93	100%

Graf č. 21 Absolvování kurzu komunikace s umírajícím pacientem



Komentář:

3% respondentů absolvovalo kurz zaměřený na komunikaci s umírajícím pacientem. 97% žádný kurz s tímto zaměřením neabsolvovalo.

5 Diskuse

Bakalářská práce se zabývala komunikací sester s umírajícími pacienty v prostředí intenzivní péče. V první části byly objasněny teoretické pojmy týkající se komunikace. Ve druhé části byla popsána specifika komunikace s umírajícími pacienty. Hlavním záměrem bakalářské práce bylo zjistit formy komunikace a emoční schopnosti sester v oblasti komunikace s umírajícími pacienty. Prostředí intenzivní péče bylo vybráno záměrně, protože je obecně spojováno se záchranou života pacienta, úmrtí je zde považováno za neúspěch. Počet chronicky nemocných pacientů závislých na přístrojích však narůstá a tím i narůstá počet pacientů, kteří v prostředí intenzivní péče umírají. Proto mě zajímalo, jak přistupují sestry ke komunikaci s těmito pacienty.

K získávání informací byl použit dotazník. První tři otázky byly zaměřeny na charakteristiku respondentů, které mají identifikační charakter. Většinu respondentů tvořily ženy (86%), s vysokoškolským vzděláním bakalářského typu – 31%, případně specializací v oboru intenzivní péče – 29%. Délku praxe v oboru intenzivní péče uvedla více jak polovina sester 56%, 5 – 15 let. Délku 16 a více již uvedlo pouze 20%. Z tohoto poklesu by se dalo usuzovat, že sestry opouští pracoviště intenzivní péče a odchází pracovat na jiná pracoviště, nebo i mimo obor. Tento údaj však nabyt porovnáván s celkovou délkou praxe.

Sestry, které se účastnily šetření uvedly, že se setkávají s úmrtím pacienta měsíčně (56%) či několikrát do roka (44%) a nejčastějším typem úmrtí je umrtí očekávané (55%)

Velmi překvapivé byly odpovědi respondentů na otázku zda znají Chartu práv umírajících pacientů. Celých 62% odpovědělo, že tento dokument neznají. Zbylá část respondentů odpověděla, že tento dokument znají, nebo znají částečně. Součástí dotazníku však nebylo ověřování konkrétních znalostí.

Cílem práce bylo zjistit jak sestry komunikují s umírajícím pacientem. 56% sester uvedlo, že svoji komunikaci s umírajícími pacienty považují za stejnou, jako s ostatními pacienty, 20% se s těmito pacienty snaží komunikovat více než s ostatními pacienty a téměř čtvrtina se této komunikaci snaží vyhnout. Toto číslo je překvapivě vysoké. Leartová (2011) položila stejnou otázku sestrám pracujícím v intenzivní péči ve

své diplomové práci. V jejím výzkumu považovalo svou komunikaci za stejnou s ostatními 57% dotázaných, 40% se snaží komunikovat více a jen 3% se této komunikaci snaží vyhnout. Částečně výsledky našeho výskumu potvrzuje Maňhalová (2011) která se ve svém výzkumu dotazovala sestry, zda se vyhýbají kontaktu s umírajícím pacientem. 24% jejich respondentů uvedlo ano, či spíše ano. V tomto výzkumu však nebyly zahrnuty sestry pracující v intenzivní péči.

Pacient, který je v bezvědomí, stále slyší či vnímá dotyk. Z těchto principů vychází i známý princip bazální stimulace. Proto je překvapivé, že 51% respondentů uvedlo, že na pacienta v bezvědomí mluví jen v přítomnosti další osoby a dokonce 9% uvedlo, že na takového pacienta nemluví vůbec. Podceňování dotyku při komunikaci s umírajícím pacientem se potvrdilo i při dotazování respondentů na nejčastější způsob neverbální komunikace. 75% sester uvedlo, že jejich nejčastějším způsobem neverbální komunikace je výraz obličeje. Podobné výsledky získala i Maňhalová (2011), když se ve své práci dotazovala, zda je součástí péče o umírající pacienty haptika. 58% respondentů uvedlo, že nikoli. Haptika, tedy dotyk, pohlazení, není pro sestry běžným, přirozeným, prostředkem podpory pacienta. Překvapivý je i výsledek mapování nejčastějšího postavení sestry při komunikaci s umírajícím pacientem. 87% dotázaných uvedlo, že zaujímají pozici pacient leží/ sestra stojí. Lze se domnívat, že sestry využívají svého dominantního postavení a nesnaží se pacientovi přiblížit.

Cílem práce bylo i zjistit emocionální připravenost sester na komunikaci s umírajícími pacienty. Výzkum ukázal, že 65% dotazovaných sester se soustředí na tělesné symptomy, než na emocionální problémy pacientů. Z tohoto výsledku usuzují, že sestry jsou si v uspokojování těchto potřeb jistější a proto se snaží soustředit právě na ně. Pokud chce pacient mluvit o svých pocitech, sestry se nesnaží, či spíše nesnaží, měnit téma hovoru, jak uvedlo 62% dotázaných sester. Přesto se v hovoru žádnému tématu nevyhýbá pouze 12% dotázaných. Nejvíce se sestry snaží vyhnout tématu smrti - 43% a 30% se snaží vyhnout tématu budoucnosti. Domnívám se tedy, že sestry nejsou připraveny mluvit s pacientem o smrti. K podobnému závěru dospěla i Maňhalová (2011), která se ve výzkumu dotazovala sestry, zda jsou připraveny mluvit s pacientem o smrti. 47% sester odpovědělo že ne, 16% zvolilo možnost nevím a 37% možnost ano. K jinému závěru došla Kršková (2009), která se dotazovala, jak sestry reagují, když pacient začne mluvit o smrti. 54% sester v jejím výzkumu uvedlo, že se snaží hovořit

otevřeně. Ale i zde je 35% dotázaných, které se snaží odvést téma hovoru jinam a 11%, které se dokonce snaží přesvědčit pacienta že nezemře.

Sester jsme se dotazovali, jaké pocity mají spojeny s komunikací s umírajícími pacienty. Nejčastějším pocitem byla nejistota. Tu uvedlo 30% respondentů. 19% dotázaných uvedlo bezmoc a 17% strach. Zarážející jsou 3% respondentů, kteří uvedli, že necítí nic. Tento výsledek může ukazovat na projev citové plochosti, nebo spíše na syndrom vyhoření. Ve výzkumu Bendové (2011) uváděly sestry jako nejčastější pocit lítost (42%), a 23% uvedlo, že v nich péče o umírající pacienty nevyvolává žádné pocity.

Sestry jsou ty, které mohou pomoci pacientovi projít všemi fázemi umírání a dozrát do fáze smíření. Toho nelze dosáhnout, pokud pacient nezná pravdu o svém onemocnění. V našem výzkumu se 55% respondentů domnívá, že pacienti nejsou dostatečně informováni o nepříznivé diagnóze a prognóze svého onemocnění. Je otázkou, jak mohou sestry otevřeně a efektivně komunikovat s pacienty, když pacienti nejsou dostatečně informováni o diagnóze a prognóze onemocnění.

Sestry se necítí být připraveny na komunikaci s umírajícím pacientem, to uvedlo 43% dotázaných, nebo se cítí být připraveny pouze částečně – 43%. Přesto se kurzu, zaměřeného na tuto komunikaci zúčastnila pouze 3% respondentů. Absolvování kurzu zaměřeného na komunikaci s umírajícím pacientem není mezi sestrami rozšířené. Ve výzkumu Maňhalové (2011) se takového kurzu zúčastnilo 26% respondentů.

Problematika umírání a smrti zůstává stále na okraji zájmu institucí, připravující na budoucí povolání nejen sestry, ale i lékaře. Zvláště komunikaci a jejímu praktickému zvládnutí by měl být věnován větší prostor. Stranou by neměla zůstat ani zdravotnická zařízení, protože právě ona jsou místem nejčastějšího úmrtí. Ve většině zdravotnických zařízení jsou sestry pravidelně proškoleny v péči o rány či kardiopulmonální resuscitaci. Význam tohoto vzdělávání je nezpochybnitelný. Přesto se domnívám, že management nemocnic by se měl ve vzdělávání sester i lékařů zaměřit i na problematiku umírání a smrti. Poskytnout nejen teoretické znalosti, ale i praktický nácvik komunikačních dovedností. Zdravotníci často postupují v komunikaci s umírajícím pacientem intuitivně. Nemají však zpětnou vazbu, která by jim ukázala, zda jednájí správně. Takové zpětné vazby by se jim v rámci seminářů mělo dostat.

Neméně důležitou součástí vzdělávání lékařů a sester by mělo být naučit zdravotníky vypořádávat se s každodenním stresem. Nejen teoreticky, ale i prakticky.

Závěr

Setkání s umírajícím pacientem představuje pro sestry pracující na odděleních intenzivní péče profesně náročnou situaci. Komunikace s těmito pacienty je důležitým aspektem kvalitní ošetrovatelské péče. Pro zpracování tématu: Komunikace s umírajícím pacientem na JIP z pohledu sestry, byly stanoveny tři cíle.

Prvním cílem bakalářské práce bylo zjistit komunikační schopnosti sester při komunikaci s umírajícím pacientem. Z provedeného šetření vyplývá, že téměř čtvrtina sester se snaží komunikaci s umírajícím pacientem vyhnout. Při neverbální komunikaci převládá výraz obličeje. Haptika, jako forma neverbální komunikace není dostatečně využívána. Na pacienta v bezvědomí, jak uvedla polovina dotázaných, mluví pouze v přítomnosti další osoby. Při komunikaci s umírajícím pacientem sestry setrvávají ve svém, vůči pacientovi, dominantním postavení.

Další zkoumanou oblastí byla emocionální připravenost sester komunikovat s umírajícím pacientem. Zde jsem zjistila, že sestry nejsou připraveny otevřeně komunikovat s umírajícím pacientem. V komunikaci se vyhýbají tématům smrti a budoucnosti. Kladou větší pozornost uspokojování tělesných potřeb než emocionálním problémům. Při komunikaci s umírajícími pacienty prožívají pocit nejistoty, strach či cítí bezmoc.

Posledním cílem bakalářské práce bylo vytipovat problémy v komunikaci s umírajícím pacientem. Jako problém byly zjištěny nedostatečné komunikační schopnosti sester a jejich emocionální nepřípravenost. Samostatnou oblastí je nedostatečná informovanost pacientů o nepříznivé diagnóze a prognóze onemocnění, bez které nemůže probíhat efektivní komunikace.

V práci bylo navrženo řešení pro zlepšení komunikace s umírajícími pacienty.

Anotace

Autor:	Hana Jordánová
Instituce:	Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové
Název práce:	Komunikace s umírajícím pacientem na JIP z pohledu sestry
Vedoucí práce:	doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.
Počet stran:	78
Počet příloh:	2
Rok obhajoby:	2014
Klíčová slova:	Komunikace, fáze umírání, důstojné umírání, intenzivní péče

Bakalářská práce pojednává o komunikaci s umírajícím pacientem v prostředí intenzivní péče z pohledu sestry. Práce se skládá ze dvou hlavních částí, teoretické a praktické. Teoretická část obecně popisuje jednotlivé složky komunikace a specifika komunikace s umírajícím pacientem. Seznamuje s problematikou umírání v intenzivní péči. Věnuje se i etickým problémům, které mohou v komunikaci s umírajícím pacientem nastat.

Empirická část je zaměřena na zjišťování komunikačních a emočních schopností sester v oblasti komunikace s umírajícím pacientem. Těžiště práce tvoří kvantitativní výzkum, prováděný pomocí anonymního dotazníkového šetření. Výzkumný soubor tvořily sestry pracující na JIP. Na základě analýzy výzkumného šetření byly vytipovány problémy v komunikaci s umírajícími pacienty a navrženo řešení.

Annotation

Author:	Hana Jordánová
Institution:	Institute of social medicine LF UK in Hradec Králové Nursing care department
Name of theses:	Communication with dying patients in the ICU from the perspective of nurses
Head of theses:	doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.
Number of pages:	78
Number of attachments:	2
Year of defense:	2014
Key words:	Communication, stages of dying, dignified dying, intensive care

The thesis is focusing on communication with the dying patient in an intensive care from the nurse perspective. Thesis consists of two main parts, theoretical and practical. Theoretical part describes the various components of general communication and communication and specifics of the dying patient. This part also describes problems of dying in intensive care. Theoretical part also focuses on ethical problems that can be communicated with the dying patient.

The empirical part focuses on the detection of communication and nurses' emotional skills in communication with the dying patient. The focus of the thesis is quantitative research, reached by an anonymous questionnaire. The research sample consisted of nurses working in the intensive care unit. Based on the analysis of the research, difficulties were identified and suggested solutions in communicating with dying patients.

Použitá literatura a prameny

Allhof, D., Allhof, W., Waltraud, *Rétorika a komunikace, 14. vydání*. 1.vyd. Praha: Grada. 2008. 200s. ISBN 978-80-247-2283-2

Beran, J., Chaloupková, L., Tumpachová, N., *Základy lékařské psychologie pro bakalářské studium*. 1.vyd. Praha: Karolinum. 2002. 129s. ISBN 80-246-0463-9

Bártlová, S., *Sociologie medicíny a zdravotnictví: 6.*, přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2005. 188s. ISBN 978-80-247-6289-0

Čechová, V., Mellanová, A., Rozsypalová, M., *Speciální psychologie*, 3.vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků, 2001. 173s. ISBN 80-7013-342-2

DeVito, Joseph. A. *Základy mezilidské komunikace*. 6.vyd. Praha: Grada, 2008. 502 s. ISBN 978-80-247-2018-0

Feldman, H., *Kompendium lékařské psychologie*. 1.vyd. Praha: Victoria Publishing, 1995, 205s., ISBN 80-85605-67-8

Funk, K., *Provázení stáří a umíráním aneb o prolínání obou světů*. 1. vyd. Praha: Malvern, 2014. 320s. ISBN 978-80-87580-70-7

Haškovcová, H., *Thanatologie: nauka o smrti a umírání*. 2.vyd. Praha: Galén, 2007, 244s. ISBN 978-80-7262-471-3

Heřmanová, J., Vácha, M., Zvoníčková, M., Slovák, J., *Etika v ošetrovatelské praxi*. 1.vyd. Praha: Grada, 2012. 200s. ISBN 978-80-247-3469-9

Jiřincová, B., *Efektivní komunikace pro manažery*. 1.vyd. Praha: Grada, 2010. 138s. ISBN 978-80-247-1708-1

Juřeniková, P., *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1.vyd. Praha: Grada, 2010. 77s. ISBN 978-80-247-2171-2

Kalvach, Z., Čeledová, I., Jiráček, H., Zavázalová, H., Wija, P. et al., *Křehký pacient v primární péči*. 1.vyd. Praha: Grada, 2011. 400s. ISBN 978-80-247-4026-3

Kapounová, G., *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1.vyd. Praha:Grada, 2007. 352s. ISBN 978-80-247-1830-9

Kelnarová, J., *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty 4 ročník*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 135s. ISBN 978-80-247-2831-5

Kopecká, I., *Psychologie 2. díl: Učebnice pro sociální činnost*. 1.vyd. Praha: Grada, 2012. 164s. ISBN 978-80-247-3876-5

Křivohlavý, J., *Psychologie nemoci*. 1.vyd. Praha: Grada, 2002. 200s. ISBN 80-247-0179-0

Kunczik, M., *Základy masové komunikace*. 1.vyd. Praha: Karolinum. 1995. 307s. ISBN 80-7184-134-X

Kutnohorská, J., *Etika v ošetrovatelství*, 1. vyd. Praha: Grada. 2007. 164s. ISBN 978-80-247-2069-2

Kübler – Rossová, E., *O smrti a umírání*, 1.vyd. Turnov: Arica, 1993. 251s. ISBN 80-900134-6-5

Marková, M., *Sestra a pacient v paliativní péči*. 1.vyd. Praha:Grada, 2010, 128s.,ISBN 978-80-247-3171-1

Mikulášтик, M., *Komunikační dovednosti v praxi 2.,doplněné a přepracované vydání*. 1.vyd. Praha: Grada. 2010. 325s. ISBN 978-80-247-2339-6

O'Connor, M; Aranda, S. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. 1.vyd. Praha: Grada, 2005. 324 s. ISBN 80-247-1295-4

Plevová, I. et al., *Ošetrovatelství II*. 1. vyd. Praha: Grada. 2011. 224s. ISBN 978-80-247-3558-0

Pokorná, A., *Komunikace se seniory*. 1.vyd. Praha: Grada. 2010. 160s. ISBN 978-80-247-3271-8

Ptáček, R., Bartůněk, P. et al., *Etika a komunikace v medicíně*. 1. vyd. Praha: Grada. 2011. 528s. ISBN 978-80-247-3976-2

Slezáčková, A., *Průvodce pozitivní psychologií*. 1.vyd. Praha: Grada. 2012. 304s. ISBN 978-80-247-3507-8

Svatošová, M., *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?*. 1.vyd. Praha: Grada. 2012. 112s. ISBN 978-80-247-4107-9

Šmajsová – Buchtová, B., *Rétorika: Vážnost mluveného slova, 2., aktualizované vydání*. 1.vyd. Praha: Grada. 2010. 232s. ISBN 978-247-3031-8

Venglářová, M., Mahrová, G., *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1.vyd. Praha: Grada. 2006. 144s. ISBN 978-80-247-1262-8

Vymětal, J., *Průvodce úspěšnou komunikací – efektivní komunikace v praxi*. 1.vyd. Praha: Grada. 2008. 328s. ISBN 978-80-247-2614-4

Zacharová, E., Šimíčková-Čížková, J., *Základy psychologie pro zdravotnické obory*, 1.vyd. Praha: Grada. 2011. 288s. ISBN 978-80-247-4062-1

Diplomové a bakalářské práce

Bendová, Z. *Etika umírání a smrti v intenzivní péči*. Bakalářská práce obhájena na Lékařské Fakultě Univerzity Karlovy v Hradci Králové v r. 2011. 95s. Depon in: Archiv Ústavu sociálního lékařství Lékařské Fakulty v Hradci Králové

Maňhalová, J., *Znalosti a dovednosti sester v komunikaci s umírajícím pacientem*. 2011. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta. 91s.[online][cit.15.8.2014] Dostupné z: WWW

<http://theses.cz/id/r84sun?info=1;isslret=pacient%3B;zpet=%2Fvyhledavani%2F%3Fsearch%3Dkomunikace%20s%20um%3%ADraj%3%ADc%3%ADm%20paciente m%26start%3D1>

Kršková, P., *Přístup sester k umírajícím*. 2009 Diplomová práce. Masarykova univerzita. Lékařská fakulta. 141s.[online][cit.15.8.2014] Dostupné z WWW
http://is.muni.cz/th/258342/lf_m/

Layerová, H., *Podpora sester v případech úmrtí na RES a JIP*. 2011. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta. 112s.[online][cit.15.8.2014]Dostupné z WWW
<http://theses.cz/vyhledavani/?search=podpora+sester+p%C5%99i+%C3%BAmrt%C3%AD>

On – line zdroje

Pařízková, R. Právní a etické problémy u kriticky nemocných. *Intervenční a akutní kardiologie*.2011;10(Supl B.)[online] [cit.28.7.2014] dostupné z WWW
iakardiologie.cz/pdfs/kar/2011/89/05.pdf

Seznam zkratek

č. - číslo

et al - a jiní

kol. - kolektiv

např. - například

tj. – to je

Seznam grafů

Graf č. 1: Pohlaví respondentů	36
Graf č. 2: Vzdělání respondentů	37
Graf č. 3: Délka praxe v oboru intenzivní péče	38
Graf č.4: Četnost úmrtí na pracovišti	39
Graf č. 5: Setkání s náhlou nebo očekávanou smrtí pacienta	40
Graf č. 6: Znalost Charty práv umírajících pacientů	41
Graf č. 7: Charakteristika komunikace s umírajícím pacientem	42
Graf č. 8: Upřednostnění tělesných problémů nad emocionálními	43
Graf č. 9: Změna tématu hovoru při pacientově potřebě mluvit o svých pocitech	44
Graf č. 10: Témata, kterým se sestry vyhýbají	45
Graf č. 11: Reagují sestry na emocionální projevy pacienta?	46
Graf č. 12: Způsoby komunikace s pacientem v bezvědomí	47
Graf č. 13: Nejčastější způsoby neverbální komunikace sester	48
Graf č. 14: Nejčastější poloha/pozice sestry při komunikaci s pacientem	49
Graf č. 15: Udržování očního kontaktu s pacientem	50
Graf č. 16: Dostatek času na komunikaci s pacientem	51
Graf č. 17: Pocity sester při komunikaci s umírajícím pacientem	52
Graf č. 18: Informovanost pacientů o prognóze onemocnění	53
Graf č. 19: Dokumentace posledních slov či vzkazů pacienta	54
Graf č. 20: Připravenost sester na komunikaci s umírajícím pacientem	55
Graf č. 21: Absolvování kurzu komunikace s umírajícím pacientem	56

Seznam tabulek

Tabulka č. 1: Pohlaví respondentů	36
Tabulka č. 2: Vzdělání respondentů	37
Tabulka č. 3: Délka praxe v oboru intenzivní péče	38
Tabulka č. 4: Četnost úmrtí na pracovišti	39
Tabulka č. 5: Setkání s náhlou nebo očekávanou smrtí pacienta	40
Tabulka č. 6: Znalost Charty práv umírajících pacientů	41
Tabulka č. 7: Charakteristika komunikace s umírajícím pacientem	42
Tabulka č. 8: Upřednostnění tělesných problémů nad emocionálními	43
Tabulka č. 9: Změna tématu hovoru při pacientově potřebě mluvit o svých pocitech	44
Tabulka č. 10: Témata, kterým se sestry vyhýbají	45
Tabulka č. 11: Reagují sestry na emocionální projevy pacienta?	46
Tabulka č. 12: Způsoby komunikace s pacientem v bezvědomí	44
Tabulka č. 13: Nejčastější způsoby neverbální komunikace sester	48
Tabulka č. 14: Nejčastější poloha/pozice sestry při komunikaci s pacientem	49
Tabulka č. 15: Udržování očního kontaktu s pacientem	50
Tabulka č. 16: Dostatek času na komunikaci s pacientem	51
Tabulka č. 17: Pocity sester při komunikaci s umírajícím pacientem	52
Tabulka č. 18: Informovanost pacientů o prognóze onemocnění	53
Tabulka č. 19: Dokumentace posledních slov či vzkazů pacienta	54
Tabulka č. 20: Připravenost sester na komunikaci s umírajícím pacientem	55
Tabulka č. 21: Absolvování kurzu komunikace s umírajícím pacientem	56

Seznam příloh

Příloha č. 1: Žádost o povolení dotazníkového šetření	72
Příloha č. 2: Dotazník	73



NEMOCNICE NA BULOVCE
180 81 Praha 8, Budínova 67/2

**Žádost o umožnění dotazníkové akce v souvislosti s odbornou prací
nelékařských zdrav. oborů**

Příjmení a jméno žadatele: HANA JORDANOVÁ
 Kontaktní adresa: NOVÁKOVÝCH 59/2, 180 00 PRAHA 8
 Telefon: 4333 15640 E-mailová adresa: HANA.JORDANOVA@JEZNAM.CZ
 Škola/fakulta: LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ, UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
 Obor studia: NEUROVĚDĚLSTVÍ
 Téma závěrečné práce: KOMUNIKACE S UMÍRAJÍCÍM PACIENTEM NA JIP Z POHLEDU JEJTRY
 Termín sběru dat: 6-4/2014
 Pracoviště, kde bude sběr dat probíhat: KPMCH - JIP, II. INTERNÍ ODD. - JIP, CHIRURGICKÁ KLINIKA - JIP,
NEUROLOGICKÉ ODD. - JIP, KLINIKA INFEKČNÍCH NEMOCI - JIP
 Zjišťované informace: KPUSOBY KOMUNIKACE JEJTRY S UMÍRAJÍCÍM PACIENTEM
- DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ PRO JEJTRY
 Forma prezentace dat: BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Poučení žadatele:

1. Žadatel se zavazuje, že zachová mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat.
2. Dotazníky použité při sběru dat musí být anonymní.
3. Prezentace výsledků s uvedením jména Nemocnice Na Bulovce v Praze je možná pouze se souhlasem příslušného náměstka, který dotazníkové šetření povolil.

V PRAZE dne 2.6.2014

Podpis žadatele: Hana C

Vyjádření Nemocnice Na Bulovce v Praze

Bude za šetření vyžadována úhrada: ano / ne

Celková suma: Kč vč. DPH

Datum: 2.6.2014

Podpis: Z. Mandlová

Vyjádření vedoucího pracovníka: ano / ne

Datum:

Podpis: V. J. Mandlová

Vyjádření příslušného náměstka: ano / ne

Datum:

NEMOCNICE NA BULOVCE
180 81 Praha 8, Budínova 2
Mgr. Soňa Mandlová
Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči
Podpis: Soňa Mandlová
Tel.: 268 082 023 soňa.mandlova@bulovka.cz

Vážené kolegyně,

jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia ošetrovatelství na Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Hradci Králové. Ráda bych Vás požádala o vyplnění dotazníku k mé bakalářské práci na téma: „*Komunikace s umírajícím pacientem na JIP z pohledu sestry*“.

Dotazník je zcela anonymní. Vyberte, prosím, vždy jen jednu možnost z nabízených odpovědí.

Předem děkuji za Vaši ochotu a čas, který věnujete vyplnění dotazníku.

Hana Jordánová

1) Vaše pohlaví

1. Žena
2. Muž

2) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

1. Střední zdravotnické
2. Vyšší odborné
3. Vysokoškolské - bakalářské
4. Vysokoškolské – magisterské
5. Specializace (jaká) ...

3) Jaká je Vaše délka odborné praxe v intenzivní péči?

1. Do jednoho roku
2. 1 rok až 5 let
3. 6 let až 15 let
4. 16 let a více

4) Jak často se na svém pracovišti setkáváte s umírajícím pacientem?

1. Denně
2. Týdně
3. Měsíčně
4. Několikrát do roka

5) Na svém pracovišti se setkáváte častěji s:

1. Náhlým úmrtím
2. Očekávaným úmrtím
3. Obé stejně

6) Znáte Chartu práv umírajících pacientů?

1. Ano
2. Ne
3. Částečně

7) Charakterizujte, prosím, Vaši komunikaci s umírajícím pacientem:

1. Stejná jako s ostatními pacienty
2. S těmito pacienty se snažím komunikovat víc než s ostatními
3. Snažím se jí vyhnout

8) Soustředíte se v komunikaci s umírajícím pacientem více na tělesné symptomy než na emocionální problémy?

1. Ano
2. Ne
3. Spíše ano
4. Spíše ne

9) Změníte téma hovoru, když chce pacient mluvit o svých pocitech?

1. Ano
2. Ne
3. Spíše ano
4. Spíše ne

10) Jakému tématu se v komunikaci s umírajícím pacientem snažíte vyhnout?

1. Nemoci
2. Smrti
3. Budoucnosti
4. Jiné - ...
5. Nevyhýbám se žádnému tématu

11) Reagujete na emocionální projevy umírajícího pacienta (například pláč, vztek...)?

1. Ano
2. Ne
3. Spíše ano
4. Spíše ne

12) Na pacienta, který je v bezvědomí:

1. Mluvíte vždy – pozdrav, oslovení, komentování ošetrovatelských výkonů, které provádíte atd.
2. Mluvíte jen v přítomnosti další osoby - např. lékař, příbuzní pacienta, atd.
3. Nemluvíte

13) Jaká je Vaše nejčastější neverbální komunikace s pacientem?

1. Pohlazení
2. Položení ruky na ruku, rameno, hlavu
3. Výraz obličeje
4. Jiná - ...

14) Jaká je nejčastější poloha/postavení Vás a pacienta při komunikaci?

1. Pacient leží – sestra stojí
2. Pacient leží – sestra sedí
3. Oba sedíme
4. Oba stojíme

15) Udržujete při komunikaci s pacientem oční kontakt?

1. Ano
2. Ne
3. Spíše ano
4. Spíše ne

16) Domníváte se, že máte dostatek času na komunikaci s umírajícím pacientem?

1. Ano
2. Ne
3. Spíše ano
4. Spíše ne

17) Uveďte Vaše pocity při komunikaci s umírajícími pacienty: (vyberte prosím, pouze jednu variantu)

1. Nejistota
2. Lítost
3. Smutek
4. Bezmoc
5. Úzkost
6. Strach
7. Jiné- ...

18) Myslíte si, že jsou pacienti informováni o své diagnóze a prognóze onemocnění?

1. Ano
2. Ne
3. Nedostatečně

19) Dokumentujete poslední slova či vzkazy pacienta?

1. Ano
2. Ne
3. Doposud mě to nenapadlo

20) Připravilo Vás studium na komunikaci s umírajícími pacienty?

1. Ano
2. Ne
3. Částečné

21) Zúčastnila jste se kurzu, zaměřeného na komunikaci s umírajícím pacientem?

1. Ano
2. Ne
3. Opakovaně