

**ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA
V PLZNI**

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2012

Kristýna Musilová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetřovatelství

Kristýna Musilová

Studijní obor: Všeobecná sestra

**KOMUNIKACE S RODINNÝMI PŘÍSLUŠNÍKY U
TERMINÁLNĚ NEMOCNÝCH**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Ilona Jančová

PLZEŇ 2012

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování

Děkuji Mgr. Iloně Jančové za dohlížení a odborné vedení mé bakalářské práce, za její cenné rady a připomínky. Dále děkuji všeobecným sestřám z FN Lochotín z interních oddělení A, B, C, všeobecným sestřám z interního oddělení Klatovské nemocnice a všeobecným sestřám z Hospicu u sv. Lazara, Hospicu sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích a Hospicu Dobrého Pastýře v Čerčanech, za jejich ochotu a vstřícnost k vyplnění dotazníků.

OBSAH

ÚVOD	12
I. TEORETICKÁ ČÁST	14
1. KOMUNIKACE	14
1.1 Definice pojmu komunikace	14
1.2 Sociální komunikace	14
1.3 Verbální komunikace	15
1.4 Neverbální komunikace	15
2. VERBÁLNÍ KOMUNIKACE VE ZDRAVOTNICTVÍ.....	17
3. NEVERBÁLNÍ KOMUNIKACE VE ZDRAVOTNICTVÍ.....	19
4. PROBLEMATIKA TERMINÁLNĚ NEMOCNÉHO.....	20
4.1 Vymezení pojmů	20
4.1.1 Terminálně nemocný klient	20
4.1.2 Pojem „umírání“	20
4.2 Komunikace s terminálně nemocnými pacienty	20
4.2.1 Zásady komunikace s terminálně nemocnými pacienty	21
4.2.2 Neverbální- haptická komunikace s terminálně nemocnými.....	22
4.3 Problematika terminálně nemocného.....	23
4.3.1 Proces umírání	23
4.4 Psychické prožívání těžké nemoci- terminálního onemocnění.....	26
5. PÉČE O UMÍRAJÍCÍHO PACIENTA	28
5.1 Potřeby lidí v závěru života	28
5.1.1 Fyziologické potřeby	28
5.1.2 Potřeby jistoty a bezpečí	29

5.1.3 Afektivní potřeby, potřeba lásky	29
5.1.4 Potřeba sebeúcty a seberealizace	29
5.2 Paliativní a ošetrovatelská péče	30
5.2.1 Definice pojmu paliativní léčba	30
5.2.2 Paliativní péče	30
5.3 Hospic	31
5.3.1 Formy hospicové péče	32
5.3.1.1 Domácí hospicová péče	32
5.3.1.2 Stacionární hospicová péče (denní pobyty)	32
5.3.1.3 Lůžková hospicová péče	32
5.3.2 Historie hospiců	32
6. SPOLUPRÁCE A ODBORNÁ POMOC RODINNÝM PŘÍSLUŠNÍKŮM	34
6.1 Komunikace s pozůstalými	34
6.1.1 Zásady komunikace s pozůstalými	35
6.2 Rodina vyžadující péči	36
6.3 Péče o rodinu v průběhu nemoci	36
II. PRAKTICKÁ ČÁST	38
7. FORMULACE PROBLÉMU	38
7.1 Hlavní problém	38
7.2 Dílčí problémy	38
8. CÍL A ÚKOL PRŮZKUMU	40
9. VZOREK RESPONDENTŮ	41
10. METODY VÝZKUMU	42
11. PREZENTACE A INTERPRETACE	43
12. DISKUZE	66
ZÁVĚR	69

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	71
SEZNAM ZKRATEK	73
SEZNAM GRAFŮ	74
SEZNAM PŘÍLOH.....	75
13. PŘÍLOHY	76

ANOTACE

Příjmení a jméno: Musilová Kristýna

Název práce: Komunikace s rodinnými příslušníky u terminálně nemocných

Katedra: Ošetřovatelství

Vedoucí práce: Mgr. Ilona Jančová

Počet stran- číslované: 58

Počet stran (tabulky, grafy): 23

Počet příloh: 7

Počet titulů použité literatury: 21

Klíčová slova: komunikace, terminálně nemocný, pozůstalí, paliativní péče, hospicová péče, spolupráce, odborná pomoc pozůstalým

Souhrn:

Má bakalářská práce se zaměřuje na komunikaci všeobecných sester s rodinnými příslušníky u terminálně nemocných. Práce je složena ze dvou hlavních částí- teoretické a praktické. Teoretická část je zaměřena na komunikaci všeobecně, tak i na komunikaci ve zdravotnictví. Vysvětluje pojmy jako je terminálně nemocný, paliativní a hospicová péče. Dále pojednává o spolupráci a odborné pomoci rodinným příslušníkům. Kde se Vám snažím přiblížit, jak by se mělo o rodinu pečovat v průběhu nemoci jejich příbuzného a jak bychom s nimi měli komunikovat. V praktické části jsem se zaměřila na zjištění a porovnání úrovně komunikace všeobecných sester s rodinnými příslušníky. Použila jsem kvantitativní výzkum- tzv. dotazníkové šetření.

ANNOTATION

Surname and name: Musilová Kristýna

Department: Nursing

Title of thesis: Communication with family members of terminally ill

Consultant: Mgr. Ilona Jančová

Number of pages- numbered:58

Number of pages (tables, graphs): 23

Number of appendices: 7

Number of literature items used: 21

Keywords: communication, terminaly ill, survivors, paliative treatment, hospice treatment, cooperation, support survivors

Summary:

This thesis is focused on the communication between nurses and family members of terminally ill patients. The work consists of two main parts – theoretical and practical. The former one is focused both on communication in general and the ways medical staff members communicate with their patients. The terms terminally ill, palliative and hospice treatment are explained in this part. Furthermore, it deals with the cooperation of medical staff with those family members whose relative is terminally ill. Moreover, it discusses the ways medical staff can offer to help the family members in their difficult situation. The practical part is focused on the communication standards and skills of nurses dealing with the family members. It is mainly aimed on the comparison of the skills of nurses working in hospitals with those who work in hospices. A questionnaire survey was used for that purpose.

ÚVOD

Práce s terminálně nemocnými pacienty je velmi náročná jak po fyzické, tak i po psychické stránce. To si mnozí z nás neuvědomují a berou tento fakt jako samozřejmost. V dnešní době se terminálně nemocní spíše nachází v nemocnicích a jen málo z nich, chce své poslední dny či týdny života prožít v kruhu rodinném. Dříve tomu bylo jinak. Lidé umírali doma, o umírání a smrti se mluvilo více. V dnešní době jsou tato témata spíše tabu. A proč tomu tak je? Dříve lidé brali smrt a umírání jako součást života, za to v dnešní moderní době se umírání bere jako zdravotnický problém.

V dnešní době se s terminálně nemocnými klienty setkáme nejen na onkologickém oddělení, ale i na interním, gynekologickém, a bohužel i na dětském oddělení. K těmto klientům bychom měli přistupovat empaticky, vstřícně, vždy s úsměvem na tváři a pomoci se jim danou situací zvládnout, hlavně po psychické stránce. Problematikou terminálně nemocných je již zmiňované tabu. Lidé o umírání a smrti v dnešní době nemluví. A když tato situace nastane, většina z nás neví, jak se má zachovat, jak se o nemocného starat, jak mu odpovídat na otázky ohledně smrti a umírání apod. Někteří klienti v terminálním stadiu nemoci se uzavřou do sebe, nebo jsou v kómatu. K těmto klientům bychom se měli chovat úplně stejně jako ke klientům při vědomí, při každém kontaktu s klientem hovořit, při každé aplikaci léků, nebo odběru krve klientovi popisovat co budeme dělat. Myslím si, že tito klienti v kómatu nás vnímají více než klienti při vědomí. Domnívám se, že tento problém by se měl začít řešit a lidé by se neměli bát o umírání a smrti hovořit.

Cílem mé bakalářské práce je zjistit a porovnat úroveň komunikace všeobecných sester s rodinnými příslušníky. Komunikace s rodinnými příslušníky u terminálně nemocných je pro zdravotnický personál náročná hlavně po psychické stránce. Kde lékař má za úkol oznámit pacientovi a jeho nejbližším smutnou diagnózu, a na všeobecných sestřích je pak se o pacienta postarat, snažit se mu informací, kterou dostal od doktora pomoci zvládnout a také podat pomocnou ruku jeho nejbližším. Komunikace s rodinnými příslušníky je důležitou součástí vztahu mezi sestrou, klientem a jeho rodinou.

V mém dotazníkovém šetření se ptám všeobecných sester, jak hodnotí jejich kontakt s rodinnými příslušníky, zda s nimi komunikují při každé návštěvě klienta, zda se jim někdy stalo, že by je rodinní příslušníci o něco požádali, a pokud ano, jak jim vyhověli.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1. KOMUNIKACE

1.1 Definice pojmu komunikace

Člověk je tvor sociální a od jiných živočichů na zemi se odlišuje schopností využívat řeč jako nástroj dorozumívání a myšlení.[3]

Komunikace je pojem, který má velmi široké použití. Slovo je latinského původu a znamená něco spojit. Definicí by bylo možno uvádět celou řadu. Některé zdůrazňují více aspekty obsahové, jiné formální, některé zdůrazňují stránku prožitkovou, jiné logickou. Nejdůležitější charakteristiky je možno shrnout do těchto základních bodů. Komunikace je nezbytná k efektivnímu sebevyjadřování; komunikace je přenosem a výměnou informací v mluvené, psané, obrazové nebo činnostní formě, která se realizuje mezi lidmi, což se projevuje nějakým účinkem; komunikace je výměnou významů mezi lidmi použitím běžného systému symbolů; komunikace je prostředkem pro vytváření a ovlivňování vztahů.[3]

Používá se v řadě různých vědních oborů. Ale většinou spjatých s používáním nějakého jazyka. K jeho obohacení přispěla kybernetika, pro kterou je komunikace předáváním informací mezi komunikátorem a komunikantem. Důležité je v tomto pojetí kódování a dekódování zpráv, komunikační kanály, časové parametry a podobně.

V psychologii a v medicíně není komunikace považována jen za pouhý přenos informací mezi sdělujícím a příjemcem. Jde o mnohem více, jde o sebe prezentaci, o sebepotvrzování. Jde o vyjádření postojů k předmětu, ke komuniké, ale i k příjemci sdělení. Jde o různou úroveň působení, ovlivňování, znesnadňování či usnadňování porozumění. Nelze nekomunikovat.[3]

1.2 Sociální komunikace

S pojmem **sociální komunikace** úzce souvisí pojem **sociální interakce**. Sociální interakce je obecnějším a v určitém smyslu i širším a nadřazenějším pojmem. To, co zahrnuje navíc, se týká spíše aktivity konativní a potencionální možnosti. Aktivitou zúčastněných v případě mezilidského chování mohou být i tělesné pohyby.[3]

Sociální komunikace se dá více specifikovat jako interakce prostřednictvím kódovaných symbolů verbálních nebo neverbálních. Jde o interakční proces mezilidského dorozumívání. Touto cestou si lidé sdělují významy pomocí konvenčních znaků.[3]

1.3 Verbální komunikace

Verbální komunikací je míněno vyjadřování pomocí slov, prostřednictvím jazyka. Verbální komunikace může být přímá nebo zprostředkovaná, mluvená nebo psaná, živá nebo reprodukováná.

Význam verbální komunikace je nepopíratelný. Je nezbytnou součástí sociálního života, je nezbytnou podmínkou myšlení. Ale i jinak je těžké být jen jeden den bez verbální komunikace téměř pro každého člověka. Kdokoli je delší dobu nějakým způsobem separován, bez možnosti komunikace s lidmi, tak to prožívá jako deprivaci.

Ústní komunikace umožňuje okamžitou zpětnou vazbu, fyzickou blízkost a bezprostřednost, okamžitou výměnu názorů, která je efektivní při přesvědčování.[3]

1.4 Neverbální komunikace

Neverbální komunikace je, stejně tak jako komunikace verbální, ovlivněna kulturními vlivy. Většinu neverbálních signálů se člověk naučí už v dětství, zejména kopírováním svých rodičů. V neverbální komunikaci často využíváme mimiku a gesta, a nemáme potřebu říkat žádná slova.[3]

Neverbální zprávy nám dávají hodně o pocitech, o postojích lidí. Ovšem neverbální komunikace není tak přesná a efektivní jako komunikace verbální. Neverbální chování je sice dobře viditelné, ale nesnadno interpretovatelné. Snadno dochází k paušalizování, generalizování a přečeňování neverbálního chování, což je vidět i v některých knihách. Nelze tak absolutně spoléhat na interpretaci neverbálního chování. Například, že zkřížené nohy směrem k partnerovi znamenají sexuální výzvu, zrovna tak jako otevřená dlaň směrem k partnerovi s cigaretou vstřícnost. Že založené ruce znamenají odpor nebo nesouhlas.[3]

Riziko nesprávné interpretace můžeme snížit tím způsobem, že se vyvarujeme předčasnému děláni závěrů, protože mnohé signály se mohou interpretovat několika možnými způsoby.[3]

U neverbálního chování je třeba vědět, že největší význam mají neverbální projevy v oblasti obličeje a hlavy, tato část je nejvíce vnímána a nejvíce ovlivňuje to, jak posluchač vnímá zprávu, jde o kontakt očima a mimiku. Na druhém místě jsou to pohyby rukou a paží. A teprve pak pohyby a pozice těla a nohou.[3]

2. VERBÁLNÍ KOMUNIKACE VE ZDRAVOTNICTVÍ

Verbální komunikace je jedním z nástrojů profesionální práce zdravotnických pracovníků. Je nezbytné, aby si každý zdravotník osvojil schopnosti účelné sociální komunikace, která je neoddělitelnou součástí procesu zaměřeného na podporu, uchování a prevenci zdraví.

Společným cílem všech zdravotnických pracovníků by mělo být dosažení spokojenosti pacientů, a to nejen v oblasti somatické péče, ale i v oblasti psychické a sociální. Komunikace je důležitým aspektem ošetrovatelské činnosti. Při vzájemné komunikaci mezi zdravotníkem a pacientem je zapotřebí navodit ovzduší důvěry, které by pacienta uspokojovalo a zbavovalo ho obav a strachu.[1]

K základním požadavkům úspěšné komunikace patří individuální přístup. Jde o přizpůsobení našeho jednání specifickým zvláštnostem pacienta. To, co se může zdát jednomu pacientovi jako nepřijatelné, je pro druhého samozřejmostí. Slova, která používá při komunikaci s jedním pacientem, se mohou druhého dotknout nebo vyvolat negativní reakci. Neustále je nutné zdůrazňovat potřebu citlivého a taktního přístupu.[4]

Úcta k pacientovi znamená vážit si ho jako člověka vždy a za všech okolností, respektovat ho jako osobnost a ponechat mu určitou autonomii. Pacient může mít jiný názor, než má zdravotník, může mít svou vlastní představu a postoj bez obav, že si ho přestaneme vážit.[4]

Pozitivní vztah k pacientovi se vyvíjí v průběhu vzájemné interakce. Vše, co sestra udělá nebo neudělá, má svůj psychologický vliv na pacienta. Postoj sestry k pacientovi se projeví nejen v řeči, v každém jejím slově, ale i ve výrazu tváře, pohledu či pohybech těla.

Empatie znamená schopnost vcítění se do toho, co pacient právě prožívá, jaký má vztah k nemoci, jak hodnotí svět a sebe v něm. Jde zde o setkání dvou subjektů, a to světa pacienta a světa sestry.[4]

V profesionálním chování zdravotnických pracovníků má významné místo schopnost navazovat a udržovat s pacientem slovní kontakt. Slova představují značnou část sociální komunikace. Prostřednictvím slov sestra vysvětluje, získává, přesvědčuje, motivuje,

povzbuzuje nebo informuje pacienta o účelnosti odborných postupů při udržování, podpoře a obnově zdraví.[4]

Pacient žije ve stavu citové ambivalence, střetávají se v něm pocity naděje a důvěry s pocity strachu a nejistoty. Zájem, pochopení, porozumění a podpora ze strany sestry mohou pacientovi ulehčit zvládání pro něj nové náročné situace, překonávání krizových okamžiků života a negativních pocitů. Podmínkou léčebné síly slova je vzájemná důvěra . Je všeobecně známé, že není důležité jen to, co sdělujeme, ale jak předkládáme své myšlenky, názory, záměry. Způsob vyjadřování je hlavním faktorem, který určuje, zda druhá osoba bude mít zájem s vámi komunikovat.[1]

Sestra je součástí komunikace, ikdyž je „pouze“ přítomna rozhovoru s lékařem nebo roznáší léky a pacienti si povídají. Z profesního hlediska je u verbální komunikace podstatná aktivita a osvojení si speciálních verbálních dovedností. K tomu, aby komunikace byla úspěšná, by sestra měla zvládnout základní dovednosti mezilidského vztahu, a to pozorně poslouchat; umět povzbudit vzájemnou komunikaci; přiměřeně reagovat; umět reagovat na emoční projevy, které pacient vysílá; zeptat se pacienta na jeho pocity během rozhovoru; umět v případě potřeby použít metakomunikační prvky; zvládnout systém získávání ošetrovatelské anamnézy a jejího shrnutí; umět u pacienta navodit pocit uvolnění, když je třeba; kontrolovat, zda pacient porozuměl informaci; umět držet oční kontakt s pacientem; komunikovat srozumitelně; respektovat přání pacienta; respektovat soukromí pacienta; nekritizovat pacienta veřejně.[1]

3. NEVERBÁLNÍ KOMUNIKACE VE ZDRAVOTNICTVÍ

Ošetrovatelské situace výrazně ovlivňují interakce mezi sestrou a pacientem. Okolnosti, za kterých se oba setkávají a komunikují, mají nesporně vliv na výběr, použití, intenzitu neverbálních projevů. Neverbální projevy v práci sestry mají svůj význam. Mohou jí pomoci ovlivňovat komunikaci potřebným směrem, zvýšit efektivitu vlastní komunikace, lépe zvládat a překonávat komunikační překážky, kontrolovat a usměrňovat vlastní jednání a chování, ovlivňovat dojem, kterým působí na jiné, lépe pochopit prožívání, emocionální stavy a potřeby pacientů. A v neposlední řadě lépe porozumět pacientům, kteří nemohou komunikovat slovem a jsou odkázáni na „řeč těla“.[4]

Neverbální komunikace se i ve zdravotnictví mění podle toho, kde se odehrává (příjmová ambulance, lůžkové oddělení), kdo je v roli odesílatele a kdo v roli příjemce (sestra-pacient, pacient- lékař), jaké jsou vztahy mezi komunikujícími (autorita, nadřazenost, kolegialita), v jakém čase se odehrává (před operací, po operaci) a v neposlední řadě, jak dlouho trvá. Mimoslovní komunikace je velmi často ovlivněna prostředím, kde se odehrává, ošetrovatelskou situací, zkušenostmi z předešlých setkání se zdravotníky a osobnostmi jak sestry, tak pacienta.[4]

4. PROBLEMATIKA TERMINÁLNĚ NEMOCNÉHO

4.1 Vymezení pojmů

4.1.1 Terminálně nemocný klient

Je to ten nemocný klient- dle definice paliativní medicíny- jehož onemocnění je aktivní, progredující, nevyléčitelné, jehož kurativní léčba buď není z různých důvodů dostupná, nebo není indikována vzhledem k celkovému stavu klienta. Prognóza se počítá v několika měsících.[5]

4.1.2 Pojem „umírání“

Umírání je především proces. Teoreticky je možné uvažovat ad absurdum a konstatovat, že v jistém slova smyslu umíráme od zrození. Vývoj smrti je podmiňován životem a život je umožňován smrtí.

Thanatologie je definována jako interdisciplinární nauka o smrti. [21]

4.2 Komunikace s terminálně nemocnými pacienty

Zpráva o nevyléčitelné nemoci zpravidla představuje pro pacienta těžkou krizi, tedy situaci, kterou není schopen zvládnout vlastními silami. Všechno v jeho životě je najednou jinak, než si představoval. Minulost je ztracená, současnost je krutá a budoucnost nejistá. Ošetřovatelské intervence mohou mít velký vliv na to, jak se pacient adaptuje na svoji situaci a vyrovná se s přicházejícími změnami a ztrátami. Zdravotnickí pracovníci pomáhají pacientovi zvládnout to, co mu onemocnění přináší a mohou udělat mnohé pro to, aby daná situace byla pro pacienta i pro jeho blízké snesitelnější. [2]

Cílem zdravotnických pracovníků je poskytovat kvalifikovanou a kompetentní péči i na konci života pacienta a umožnit mu, aby bez zbytečného utrpení, bolesti a stresu dosáhl důstojné smrti. Důstojná smrt může být definována různě (v souladu s pacientovými spirituálními a kulturními hodnotami a normami), ale pacienti sami obvykle považují za důstojnou smrt takovou, která je bezbolestná a které předcházelo důstojné umírání. Helena Haškovcová připomíná, že „ Důstojnost smrti bychom snad mohli spatřovat v důsledném a obětavém ošetřování člověka, který naši profesionální i laickou péči potřebuje“. [3]

Aby mohla být pacientům v terminální fázi poskytována kvalifikovaná ošetrovatelská péče, musí zdravotničtí pracovníci umět komunikovat s pacienty a jejich rodinami v atmosféře nadcházející smrti, soustavně kontrolovat projevy bolesti a poskytovat adekvátní léčbu bolesti a poskytovat komfortní ošetrovatelskou péči.[5]

Zdravotničtí pracovníci poskytují tělesné, emocionální, sociální i spirituální potřeby umírajících pacientů a jejich rodin a zároveň si musí uvědomit, že tyto potřeby se mohou v průběhu procesu umírání měnit. Péče o umírající pacienty je velmi náročná a stresující. Týmový spolupráce může poskytnout sestřám pomoc a podporu nutnou pro to, aby se mohli lépe vyrovnat s nejrůznějšími stresy, které mohou z péče o umírající a jejich příbuzných pramenit.[16]

V určité fázi umírání se může jevit jako účelné nabídnout pacientovi hospicovou péči. Hospice se staly součástí i našeho systému zdravotní péče.[16]

4.2.1 Zásady komunikace s terminálně nemocnými pacienty

Neměli bychom se vyhýbat pacientovým otázkám o nemoci a léčbě, vše mu řádně vysvětlit a objasnit. Nemluvíme o pacientových obavách. Pokud chce pacient diskutovat o svých myšlenkách, pocitech, strachu z léčby a ze smrti, dopřejeme mu dostatek času. Nejdůležitější součástí komunikace s terminálně nemocnými je být citlivá, empatická, komunikativní a pozorná. Pozorujeme a všímáme si symptomů psychických problémů (úzkost, deprese, sebevražedné myšlenky) a v případě potřeby iniciujeme potřebné kroky. Snažíme se pacienta orientovat spíše na přítomnost, povzbuzujeme ho, aby dokončil, nedokončenou práci, a postaral se o své věci (urovnání rodinným vztahů, sepsání závěti apod.). Zapojíme rodinu do péče o pacienta, hlavně nenásilně a citlivě. Podporujeme pacientovo hledání smyslu života. Snažíme se mu vyhovět v jeho přáních, samozřejmě pokud je to v našich silách a možnostech např.: zajistit kontakt s psychologem, pokud je pacient věřící, zajistíme kněze apod.

Terminálně nemocný pacient může být i nemocný v bezvědomí, v kómatu, zde je péče o pacienta úplně stejná, jak jsem již zmiňovala. Důležitá je komunikace, protože neznamená, že nemocný v kómatu, je nemocný, který nás nevnímá, možná, že nemocní v kómatu nás vnímají více než pacienti při plném vědomí. Velkou rolí zde hraje ošetrovatelská péče, aby byl pacient v suchém a čistém ložním, tak i osobním prádle,

péče o vstupy, o dutinu ústní, o oči, péče o vlasy. A samozřejmě na prvním místě správné a pravidelné polohování.[17]

4.2.2 Neverbální- haptická komunikace s terminálně nemocnými

Haptika je sdělení, které tlumočíme prostřednictvím kontaktu s druhým člověkem (např. podáním ruky, pohlazením, fackou...). [20]

Tento kontakt má podobu buď bezprostřední („kůže na kůži“), nebo dva lidi odděluje minimální překážka (např. poklepání na rameno). Bezprostřední haptický kontakt je možno definovat jako kontakt dvou lidí hmatem, který je druhým nejcitlivějším smyslovým orgánem. Haptiku také můžeme rozdělit na pozitivní a negativní. Pozitivní je mezi jiným pohlazení, negativní např. facka, úder nebo jakékoli nešetrné zacházení.

V nemocnicích využíváme taktilní, neboli dotykové komunikace, která je velmi důležitá pro terminálně nemocné pacienty. Důležité je nejen mít připravené vlídné slovo, ale též umět pacienta pohladit, uchopit za ruku a vždy mít pro něj připravený úsměv a vyslechnout jeho problémy, žádosti a jiná přání, která pokud jsou v našich silách, tak se je snažíme splnit. Tito pacienti potřebují v této nejtěžší fázi svého života cítit lásku, jistotu a bezpečí, které jim můžou poskytnout rodinní příslušníci, kteří přijdou na návštěvu, a hlavně všeobecné sestry, které jsou s pacienty nejčastěji.[19]

Zdravotničtí pracovníci používají při kontaktu s pacienty různé druhy doteků- některé jsou uklidňující, jiné jsou nedílnou součástí ošetrovatelských intervencí (např. Provádění hygieny nebo polohování). Některé doteky (např. Během zavádění intravenózního nebo močového katétru) mohou být nepříjemné. Silný dotek si může pacient vysvětlit jako kontrolující nebo hostilní. Proto je důležité nastolit vztah důvěry před jakoukoli invazivní nebo bolestivou formou doteku, protože důvěra snižuje pacientovu úzkost a udržuje dobrý vztah mezi zdravotníkem a pacientem.

Doteky mohou mít v ošetrovatelské péči několik významů, a to, že dotek může upoutat pozornost pacientů, kteří jsou nesoustředění nebo jsou až moc ponořeni do sebe. Dále dotek může redukovat úzkost pacientů. Dotekem mohou zdravotničtí pracovníci vyjádřit zájem o pacientovu zkušenost. Dotek je projevem péče, a hlavně je nedílnou součástí ošetrovatelské péče![17]

4.3 Problematika terminálně nemocného

Každý z nás si představuje svou smrt, po svém. Jinak si svou smrt představuje terminálně nemocný, jinak jeho příbuzní a rodina, zdravotnický personál či cizí člověk. Někdo chce v době úmrtí zůstat doma se svou rodinou, jiní musí zůstat z důvodu zdravotního stavu v nemocnici. Za některými chodí na návštěvy rodina, příbuzní, přátelé, ale jiní zůstávají sami.[15]

Umírajícím pacientům přestává chutnat, proto není dobré za každou cenu se snažit do nich něco dostat. Nutit je. Dá se říci, že jídlo ani pití už nepotřebují. Když tedy pomineme příjem stravy, měli by tedy alespoň pít. Umírající si ale o skleničku s vodou neřeknou, proto je nutné, aby sestry i rodina na tento fakt nezapomínali a svým blízkým či pacientům tekutiny často nabízeli.[15]

Je velmi těžké říci, jak by měla péče o umírající vypadat. Je nutné si přiznat, zda je tato péče o pacienty eticky nebo se vyskytují nedostatky.

Pokrok vědy a techniky přináší novou skutečnost, umírajícím lze zajistit kvalitní poslední dny života. Umírající nezůstává sám, opuštěn, umírání může být bez bolesti, může být doma v kruhu nejbližších. Posledním úsekem života si musí každý projít sám.[15]

4.3.1 Proces umírání

Umírání je proces, který může být kratší či delší, zakončený terminálním stavem. Bývá rozdělováno na 3 časově nestejná období pre finem, in finem, post finem.[6]

Období pre finem začíná tehdy, kdy vejde povědomost, že nemoc konkrétního člověka je vážná a perspektivně neslučitelná se životem. Smrt je pak v určitém dlouhém čase vysoce pravděpodobná. Umírání v tomto smyslu je proces, jehož začátkem je diagnóza vážné, dlouhodobé a prognosticky nepříznivé nemoci. Konfrontace pacienta s bolestí a situací nemoci je výrazná. Umírající musí bezpečně vědět, že kromě lékařské pomoci mu bude poskytnuta též pomoc psychologická a lidská. Je bezpodmínečně nutné uchránit ho od tzv. psychické a sociální smrti. Nikdo by neměl dřív zemřít psychicky než fyzicky. Psychická rezignace, intenzivně prožívaná beznaděj a zoufalství nepochybně usnadňují vstup fyzické smrti. Psychologická intervence může pacienta uchránit od tzv. „sociální smrti“.[11]

Po celé období pre finem je důležité nemocného odborně vést a poskytovat mu podle potřeby emoční podporu. V této době někteří nemocní potřebují otevřený rozhovor o své situaci s jasným přáním, aby jim bylo pomůženo najít řešení v jejich obtížné, nepřehledné situaci. Odborníci se shodují v tom, že každý vážně nemocný by měl mít alespoň jednoho člověka, se kterým bude podle potřeby volně hovořit a který bude respektovat oprávněný nárok na tzv. otevřenou komunikaci.[11]

U období in finem se jedná o umírání v užším slova smyslu, tedy o fázi lidského života, která bezprostředně hraničí s fyzickou smrtí. Vlastní smrti obvykle předchází stavy transu různého stupně, po nichž následuje kóma.[11]

Trans

„Trans je změněný stav vědomí. U umírajících nazýváme transem ty stavy, při kterých je odezva na otázky týkající se každodenních činností minimální, nebo chybí. Trans, nebo-li zvrát přecházející do kómatu, je stavem hlubokého bezvědomí, kdy umírající nemůže odpovídat na žádné verbální, či neverbální podněty.“ [11]

Kóma

„Bývá označováno za nejhlubší formu bezvědomí. Kóma představuje extrémní formu života, z níž jedince nelze probudit. Rozdělujeme je na vegetativní kóma, kdy je jedinec schopen stereotypních reflexních funkcí jako je dýchání, spaní, trávení potravy, není však schopen myslet, nebo si uvědomovat okolní svět; a na bdělé kóma, při němž je odezva na vnější podněty minimální nebo žádná. Umírající má obvykle jedno nebo obě oči otevřené.“[11]

Období post finem začíná smrtí člověka a nese s sebou péči o tělesnou schránku umírajícího a psychické strádání pozůstalých. Doktorka Svatošová popisuje, jak vypadá pozvolný příchod smrti způsobené vysokým věkem:[11]

„Umírá-li člověk tzv. sešlostí věkem nebo vyčerpáním sil po dlouhodobé nemoci, nejde o nic dramatického, spíše to připomíná usínání a usnutí po vyčerpávajícím dni. Ale protože tohle málo lidí ví, zbytečně zpanikaří a nemocného v počínající agónii nechávají sanitkou převézt do nemocnice v domnění, že pro něho dělají to nejlepší.“

(Předpokládaná a očekávaná smrt, resp. umírání starého nebo nevyлéčitelně nemocného člověka není důvodem k akutní hospitalizaci).[11]

Umírání jako proces, který k životu zákonitě patří, začíná ale dříve. Někdy je to jeden, někdy tři měsíce před vlastní smrtí, kdy se člověk začne pomalu jakoby odpoutávat od svého okolí. Přestane se zajímat o noviny, o televizi, později i o návštěvy.[11]

V tomto období naprostého odtažení a odpoutání ode všeho, co leží mimo vlastní já, najdeme nemocného často během dne se zavřenýma očima. Vypadá to jako spánek. Nemocný je ale pohroužen do svého nitra, kde dochází k důležité práci, hodnocení vlastního života. Uvnitř je místo jen pro jednoho. S tím souvisí menší potřeba komunikace s ostatními. Slova (ne všechna) ztrácejí svou důležitost. Dotek a tichá přítomnost nabývají zvláštního významu.[11]

Jídlem dodáváme tělu energii. Jíme, abychom žili. Když se tělo chystá ke smrti, je zcela přirozené, že jídlo odmítá. Nejprve přejde chuť na maso a těžko stravitelné pokrmy, nakonec zůstane chuť jen na tekutiny. I když to pro rodinu bývá těžké, je naprosto v pořádku, že nemocný nejí. Při normálním procesu umírání se obejdeme bez infusí. Teď je potřeba jiné energie, duchovní.[11]

Obvykle jeden až dva týdny před smrtí se přidruží další příznaky. Nemocný je ještě více spavý, je však možné ho ze spánku probudit. Může se objevit zmatenost, ale nemusí. Dochází ke změnám, které signalizují, že tělo pomalu ztrácí schopnost se udržet. Změny v tepu, teplotě, dechu, barvě kůže, dochází k většímu pocení apod. Tyto příznaky se zvýrazní jeden až dva dny před smrtí, kdy už je těžší, dokonce i nemožné nemocného probudit. Někdy ale bývá vědomí zachovalé až do konce. Zástava dechu a srdeční činnosti je známkou klinické smrti, která opravdu vypadá jako hluboký spánek.[11]

Je pravda, že někteří lidé umírají klidně a jiní neklidně. To závisí hodně na tom, jestli se smrti bojí nebo nebojí. Pokud ji vnitřně už dříve přijali, umírají zpravidla klidně a někdy dokonce radostně.“ [11]

Smrt, která není zapříčiněna tzv. sešlostí věkem, může ovšem probíhat mnohem dramatičtěji. Stává se to, pokud nemocný není smířen s blížící se smrtí a bojuje proti ní.

Tento boj je však marný a jen pacienta připravuje o zbytek sil, které by mohl vynaložit mnohem užitečnějším směrem – například urovnání vlastních záležitostí, rozloučení se svými blízkými... Nesnadné umírání může způsobit také „milosrdná lež“, ke které se příbuzní a lékaři někdy uchylují ve snaze vyhnout se nepříjemné povinnosti sdělit nemocnému nepříznivou diagnózu, nebo pokud mylně předpokládají, že ho tak ušetří zbytečného trápení. Pacient tak nemá dostatek času akceptovat svůj zdravotní stav a připravit se na nesnadné údobí, které ho čeká.[11]

4.4 Psychické prožívání těžké nemoci- terminálního onemocnění

Pouze určitá část onemocnění má náhlý a překvapivě dramatický začátek. Některá onemocnění se vyvíjí postupně v určitém čase, ale zároveň „o sobě dávají vědět“ tím, že se projevují různými příznaky. Při opakovaných atakách nemoci nejen, že pacient váha, ale bývá i zneklidněn a jeho úvahy se pohybují ve značných rozmezech. Každý nemocný přemýšlí nad tím, zda má vyhledat lékaře, nebo zda ještě chvíli počkat. Tato fáze váhání je významná a nazýváme ji fází nulovou nebo také nulitní.[17]

První stádium, či-li příchod nemoci, charakterizovala Elisabeth- Kübler Rossová jako šok. Pacienti reagují většinou takto: „ Proč se to stalo?“, „ Proč právě teď?“, „ Proč právě mně?“. Vše vede k jedinému a to k popírání nemoci a následnému stažení se do izolace. Typické reakce jsou dány soudy: „ To nemůže být pravda“, „ Zcela jistě se jedná o omyl“ nebo „ Nechte mě být, nic mi není“. [17]

Po stádiu šoku, následuje období zloby a hněvu. Toto období je zejména náročné pro rodinu nemocného a jeho okolí. Může být náročné také pro zdravotní sestry a lékaře, kteří se starají o nemocného. Důležité je si uvědomit, že tyto reakce mohou být pouze zastřenou formou vnitřně prožívané životní krize. Je nesmírně důležité zvládnout tyto reakce a nevzít si je osobně. Sestra by měla být empatická vůči nemocnému a věnovat mu dostatek času a pozornosti.[17]

Další období nazýváme obdobím smlouvání. V tomto období si nemocný uvědomuje dlouhodobost nebo trvalost své nemoci a začíná přemýšlet nad svými cíli vzhledem ke své nemoci. Hlavním přáním nemocného je prodloužení života, a tak smlouvá o čas např.: „ Třeba se ještě dožiji léta“. [17]

Následuje fáze deprese. Těžce nemocný prožívá depresi dvojí. Jedna plyne z utrpené ztráty- pacient trpí změnou zevnějšku, např. žena s rakovinou prsu. A druhý druh deprese plyne z hrozící ztráty. Ten druhý druh deprese je obtížnější zvládnout. Nemocný se musí vyrovnat s velkou bolestí a myslet na svůj definitivní odchod ze světa.[17]

Závěrečnou fází je akceptace, tedy přijetí pravdy. Kübler- Rossová je přesvědčena, že po přijetí pravdy nastává buď nastolení důstojného klidu, ale mnohem častěji nemocný rezignuje či upadá do zoufalství. Důležité je, aby nemocný nezůstal s pravdou sám, aby byla zajištěna trvalá pomoc a spolupráce lékaře, nemocného a nejdůležitější složkou je rodina.[17]

Fáze Kübler- Rossové probíhají za sebou jen výjimečně. Mnohem častěji se fáze prolínají a opakují. Některé mohou být zesíleny, jiné zeslabeny, někdy může určitá fáze chybět. Proto Haškovcová, celé období, nazývá tápáním. V závěru tápání je člověk připraven na úplné pravdivé sdělení ze strany lékaře a milosrdná lež je v tomto případě spíše škodlivá.[17]

Důležitou roli sehrává fenomén naděje. Naděje je vždy přítomna v každé fázi, kterou nemocný prochází. Naděje musí být dokonce přítomna v průběhu nemoci, protože beznaděj znamená vzdát se.[17]

Samozřejmě, že když pacient přirozenou cestou dospěje k blízkosti smrti, tak známky naděje zřejmě zmizí. To pak znamená, že nemocný je smířený s tím, že musí zemřít, nebojí se smrti a skutečně tak během jednoho dne umírá. [6]

Každá sestra by měla znát všechny fáze, kterými terminálně nemocný prochází, pak bude lépe vědět, jak se k němu chovat. Pokud nemocný uvidí, že se o něj pečuje s úctou, ochotou a profesionalitou, bude lépe spolupracovat, bude komunikativnější a otevřenější.[6]

5. PÉČE O UMÍRAJÍCÍHO PACIENTA

V této kapitole se budu věnovat zejména terminálně nemocným. Dozvíme se, jaké má pacient potřeby ke konci svého života i jak může prožívat těžké onemocnění. Také se zmíním i o zařízení hospic, které jsou pro terminálně nemocné určena, a je zde uplatňován systém paliativní péče.

5.1 Potřeby lidí v závěru života

Představa o tom, jak vypadala v minulosti péče o umírající, bývá výrazně idealizována, a to do podoby domácího modelu umírání. O něm můžeme hovořit teprve až v posledních dvou stoletích. Do té doby byla péče spíše laická, a nebo dokonce žádná. Dlouhodobým a důležitým tématem v té době bylo, jak zajistit každému člověku v terminální fázi života alespoň minimální zázemí, zajistit a pokrýt nejdůležitější fyzické potřeby. Postupně se o péči o nemocné a umírající ujímaly obce, šlechta i církve.[18]

V dnešní době mají lidé na konci života stejné potřeby jako každý jiný člověk, pouze s menšími zvláštnostmi, které souvisejí právě s posledním obdobím života. Potřeby pacientů v pokročilých stádiích nevyléčitelných nemocí závisí na základním onemocnění a stupni jeho pokročilosti, věku, sociální situaci a přítomnosti více závažných onemocnění.[18]

Mezi potřeby těžce nemocného patří potřeby biologické, psychologické, sociální a spirituální. Jejich priorita se v průběhu onemocnění může měnit. Hierarchie potřeb umírajícího pacienta je založena na Maslowově hierarchii potřeb. Může pomoci sestram najít specifické potřeby pacientů na konci života na různé úrovni.[18]

5.1.1 Fyziologické potřeby

Fyziologické potřeby jsou základní potřeby a musí být uspokojovány na prvním místě pro blaho nemocného a pro klid jeho blízkých a pečovatelů. Z ošetrovatelského hlediska se péče o fyziologické potřeby zaměřuje především na tyto oblasti, jako je péče o pokožku, prevence proleženin a polohování, nutriční péče a poradenství v otázkách příjmu potravy, péče o vyprazdňování, péče o pitný režim, péče o dýchací cesty, péče o dutinu ústní.[9]

Ke konci života není nutné pacienta nutit jíst, protože nemusí mít příliš chuť k jídlu. Přijetí skutečnosti, že mizí potřeba jídla a pití, je součástí přijetí smrti. Je možné pacientovi dopřát na co má chuť. Důležité je zajištění dostatečné hydratace. Nemocní často pociťují sucho v ústech, je tedy důležité vytírat jim ústa a zvlhčovat je. Umírající pacienti často o tekutiny nežádají, protože pocit žízně nepociťují nebo nejsou schopni svou žádost vyslovit.[9]

Nutná je kvalitní ošetrovatelská péče, aby se pacient cítil dobře. Správná hygiena přispívá k prevenci dekubitů, úprava vzhledu pozitivně ovlivňuje mezilidské vztahy. Dále je nutná péče o průchodnost dýchacích cest. Terminálně nemocné často polohujeme do zvýšené polohy horní části těla. Součástí péče by měl být dotek a pohlazení.[9]

5.1.2 Potřeby jistoty a bezpečí

Podstatou potřeby jistoty a bezpečí je tendence lidí mít životní situaci pod kontrolou. Je možné ji charakterizovat jako potřebu stability, ochrany, struktury, pořádku, norem, limitů a osvobození od strachu a úzkosti. [10]

Lidé potřebují mít jistotu, že se o ně postarají kompetentní odborníci. Pocit bezpečí je u každého různý. Pacient by neměl mít pocit, že je obelháván, měl by mít dostatek informací o svém zdravotním stavu, o možnostech péče i finančním zabezpečení. [9]

5.1.3 Afektivní potřeby, potřeba lásky

Potřeba sounáležitosti a lásky zahrnuje potřebu někam a někomu patřit, mít rodinu, milovat a být milován, mít místo ve skupině, pocit příslušnosti, náklonnosti k ní, být akceptovaný, sociálně integrovaný a mít pozitivní citovou odezvu. [10]

Umírající tuto potřebu pociťuje obzvlášť silněji. Stále potřebuje mít někoho rád, a aby i oni měli rádi jeho. K umírajícím je třeba se chovat něžně, empaticky, vyslechnout vždy pacienta, věnovat mu dotek, pohlazení. [9]

5.1.4 Potřeba sebeúcty a seberealizace

Důležitou seberealizační potřebou je potřeba plánovat. I člověk blízky smrti potřebuje alespoň chvílemi plánovat věci. Umírající člověk může mít také potřebu cítit se užitečný, dávat, dělit se. [9]

5.2 Paliativní a ošetrovatelská péče

V péči o terminálního pacienta není už tak důležitá kurativní léčba, ale léčba paliativní. Ta má být zahájena, když už nepomáhá kurativní léčba. Ovšem souhra obou léčeb se nevylučuje. Pokud dojde ke zlepšení celkového stavu, navrací se ke kurativní léčbě.[7]

5.2.1 Definice pojmu paliativní léčba

Zcela uspokojivá definice paliativní medicíny či paliativní péče zřejmě neexistuje. Pro ilustraci uvádíme dvě definice paliativní medicíny:

Paliativní medicína se zabývá léčbou a péčí o nemocné s aktivním, progredujícím, pokročilým nádorovým onemocněním. Délka života je u těchto nemocných omezená a cílem léčby je kvalita jejich života (Velká Británie).[7]

Paliativní medicína je celková léčba a péče o nemocné, jejichž nemoc nereaguje na kurativní léčbu. Nejdůležitější je léčba bolesti a dalších symptomů, stejně jako řešení psychologických, sociálních a duchovních problémů nemocných. Cílem paliativní medicíny je dosažení co nejlepší kvality života nemocných a jejich rodin (WHO). [7]

5.2.2 Paliativní péče

Paliativní péče je přístup zlepšující kvalitu života pacientů a jejich rodin, kteří čelí problémům spojeným s život ohrožující nemocí, a to prostřednictvím předcházení a zmírňování utrpení pomocí včasného zjištění, vyhodnocení a řešení bolesti a dalších fyzických, psychosociálních a duchovních potíží.[8]

Paliativní péče nastupuje tehdy, jsou-li negativní důsledky kurativní péče větší než očekávaný přínos. Nevztahuje se k žádnému konkrétnímu druhu nemoci, ale může být uplatněna v případě pacientů všech věkových skupin na základě posouzení pravděpodobného vývoje jejich zdravotního stavu a na základě jejich individuálních potřeb.[8]

Mezi onemocnění a stavy, které v pokročilých stádiích vyžadují paliativní péči, patří onkologická onemocnění, neurodegenerativní onemocnění, AIDS, polymorbidní geriatričtí pacienti, pacienti v perzistujícím vegetativním stavu, některé vrozené pediatrické syndromy a onemocnění.[8]

Základní jednotkou pro poskytování paliativní péče je multidisciplinární tým, který tvoří lékaři, všeobecné sestry, dietní sestra, sociální pracovník, fyzioterapeut, psycholog, psychiatr, duchovní, členové rodiny, přátelé, dobrovolníci. [8]

5.2.2.1 Cíle paliativní péče

Hlavním cílem paliativní péče je dosažení co nejlepší kvality života nemocných a jejich rodin. Hlavními dimenzemi paliativní péče je mírnění symptomů, psychologická, duchovní a citová podpora, podpora rodině, doprovázení pozůstalých v době zármutku.[9]

Kromě pomoci pacientovi uspokojit jeho bio-psycho-sociální-spirituální potřeby je důležitou zásadou paliativní péče také zapojení rodiny do péče o pacienta a současně péče o rodinné příslušníky, a to také po smrti pacienta. [9]

5.3 Hospic

Hospic je samostatně stojící lůžkové zařízení, poskytující specializovanou paliativní péči pacientům v preterminální fázi nevléčitelného onemocnění. Obvyklá doba pobytu je 3-4 týdny. Důraz je kladen na individuální potřeby a přání každého nemocného a na vytvoření prostředí, kde by pacient mohl zůstat až dokonce života v intenzivních vztazích se svými blízkými.[11]

O tom, zda bude nemocný přijat na hospicové lůžko, nebo se o něho lze postarat ve stacionáři či doma, rozhoduje zásadně hospicový lékař.[12]

Režim dne v hospici se od nemocnice výrazně liší, a je-li to jen trochu možné, určuje si ho sám pacient. Nikdo ho ráno nebudí s teploměrem, spí podle své vůle a potřeby. Myje se, kdy chce, jí, kdy chce, a v rámci možností, i to, co chce.[12]

Důraz je v hospicích kladen na kvalitu života, a pokud není zdravotní důvod k celodennímu ležení v pyžamu v posteli, nemocný se ráno oblékne do svých šatů a může se pohybovat jak v objektu hospice, tak, s vědomím personálu, i mimo něj. Všechny hospice mají řadu společenských místností, kde se pacienti mohou kulturně a společensky vyžít. V popředí je snaha, aby hospic nemocnému připomínal domov než nemocnici. Tomu je přizpůsobeno i vybavení hospice.[12]

Myšlenka hospice vychází z úcty k životu a z úcty k člověku jako jedinečné, neopakovatelné bytosti. Hospic nemocnému garantuje, že nebude trpět nesnesitelnou bolestí, v každé situaci bude respektována jeho lidská důstojnost a v posledních chvílích života nezůstane osamocen.[12]

5.3.1 Formy hospicové péče

5.3.1.1 Domácí hospicová péče

Je pro nemocného ideální, ale ne vždy dostačující. Na hranice jejích možností se narazí brzy tam, kde rodinné zázemí buď vůbec schází, nebo se časem, vyčerpá, prostě dojdou síly. Omezujícím faktorem může být také odbornost. Hlavně v místech, kde dosud není žádná sesterská agentura poskytující domácí péči, anebo nemá speciálně vyškolené sestry pro hospicovou péči.[11]

5.3.1.2 Stacionární hospicová péče (denní pobyty)

Pacient je do hospicového stacionáře přijat ráno, a odpoledne nebo k večeru se vrací domů. Dopravu nemocného zařizuje buď rodina, nebo hospic. Záleží na domluvě a místních podmínkách. V určité fázi onemocnění může být tato stacionární péče tím nejlepším řešením. Důvody mohou být různé např. diagnostické, léčebné, psychologické nebo respitní (odlehčovací).[11]

5.3.1.3 Lůžková hospicová péče

Důvodem lůžkové hospicové péče může být vše, co jsem již zmiňovala u stacionární hospicové péče. Pacienti přicházejí na krátkodobé, zpravidla opakované pobyty zcela svobodně a dobrovolně, tehdy, kdy oni sami cítí, že je to pro ně dobré. Návštěvy jsou v hospicích zásadně neomezené, tj. jsou možné nepřetržitě po 24 hodin denně po všech 365 dnů v roce. [11]

5.3.2 Historie hospiců

Anglický překlad hospice zní útulek, útočiště, domov. Ve středověku se toto slovo užívalo pro poutníky, kteří se vraceli z cest, k odpočinku. Mohli se najíst, napít, vyspat, nechat se ošetřit, pohovořit s dalšími lidmi, podělit se o zkušenosti, trápení. Bylo postaráno o jejich tělo i ducha.

Později hospice zanikly. K oživení hospicové ideje dochází až v 18. Století, kdy je v Dublinu za účasti Mary Aikdenheadové zřízena nemocnice pro umírající, která je nazvána hospic. Hospic jako zařízení zaměřené speciálně na umírající nemocné se objevuje až ve 20. Století.[12]

Kolébkou hospicového hnutí je Velká Británie. Někdy po druhé světové válce se ve Velké Británii zrodila v hlavě sestry Cecilly Saundersové myšlenka hospice. Vystudovala kvůli tomu medicínu a později skutečně dr. Cecilly Saundersová založila St. Christopher Hospice, který je dnes známý po celém světě. Od britské královny dostala titul „dame“. Nezůstalo totiž jen u jednoho hospice. Myšlenka obletěla celý svět, kde jsou už v dnešní době tisíce hospiců.[11]

6. SPOLUPRÁCE A ODBORNÁ POMOC RODINNÝM PŘÍSLUŠNÍKŮM

Příbuzní pacientů v paliativní péči musí čelit velkým nárokům, které na ně i na pacienta onemocnění klade. Od příbuzných se očekává, že se vyrovnají s každodenní péčí o pacienta, změnami své role i rozdělením úloh mezi jednotlivými členy rodiny. Členové rodiny si také uvědomují, jak se mění smysl života a vzájemné vztahy, když se pacient dostává do terminální fáze nemoci.[13]

Dle WHO je právě rodina základní jednotkou paliativní péče. Podpora v období zármutku je považována za zásadní součást programů paliativní péče. Cílem a podstatou pomoci blízkým osobám pacientů (zejména rodinným příslušníkům) je využití a rozvíjení jejich schopností poskytnout pacientům citovou a i praktickou podporu, přizpůsobit se průběhu nemoci a vyrovnat se zármutkem a ztrátou. Zvláštní pozornost je třeba věnovat prevenci a léčbě deprese z vyčerpání.[13]

Podpora rodinám se skládá z pomoci v průběhu nemoci a z pomoci v období zármutku.[13]

6.1 Komunikace s pozůstalými

O úmrtí blízké osoby ve zdravotnickém zařízení se příbuzní často dozví formou telegramu. Pokud jde o očekávaný odchod, zejména starého člověka, bývá přijetí zprávy snadnější. Jde-li o dítě, mladého člověka či nečekané tragické úmrtí, je reakce příbuzných intenzivní a podobá se vážné duševní krizi.[16]

Kromě toho mohou pozůstalí lidé prožívat četné zdravotní problémy, které je přivádějí k lékaři nejen bezprostředně po ztrátě, ale i v určitém časovém odstupu od ní. Mohou je například znepokojovat běžné fyzické symptomy ze zármutku (ztráta chuti k jídlu, nespavost, problémy s dýcháním, sucho v ústech, svalová slabost apod.). Nebo prostě hledají pomoc a oporu ve svém zoufalství, a protože nevědí, na koho se svým zármutkem obrátit, navštíví lékaře. Je to pochopitelné, pozůstalí se přece necítí dobře, jak po psychické stránce, tak i po fyzické. Zarmoucení lidé jsou také náchylnější k onemocněním (infektům) a snadněji se zraní.[16]

Pozůstalí mohou nejen bezprostředně po ztrátě milovaného člověka, ale i nějakou dobu poté, plakat, vzdychat a pociťovat problémy se soustředěním. Mohou se cítit velmi osamělí, opuštění a bezradní. Většina reakcí pozůstalých patří mezi normální reakce na ztrátu. Jak můžete nejlépe pomoci pozůstalým? Vstřícnou a empatickou komunikací.[16]

Pro zdravotníky je jednání s pozůstalými stresující; vyvolává obavy, úzkost z vlastní konečnosti. Často také myšlenky o selhání medicíny i vlastní osoby, o beznadějnosti. Sestra musí důstojně pečovat i o tělo zemřelého. První kroky dělá před zraky ostatních nemocných, což je velmi náročné. Musí zvládnout své emoce a navíc ještě pomoci spolupacientům přijmout fakt, že někdo blízko nich zemřel. Zvláštní postupy vyžadují situace, kdy nemocný ukončí svůj život sebevraždou.[16]

6.1.1 Zásady komunikace s pozůstalými

Je vhodné včas příbuzné informovat o zhoršení stavu, aby mohli přivykat na vážnost situace. Být citlivá a trpělivá, když lidé prožívají truchlení. Vyhýbat se eufemismům. Používat slova, která mohou být pro pozůstalé užitečná a úlevná (např.: „Zemřel ve spánku.“). Poskytnout pozůstalým ujištění, že jste udělali- oni i vy- pro zemřelého vše, co bylo ve vašich silách. Naslouchat jejich pocitům a vzpomínkám. Neodsuzovat jejich emoce a dovolit pozůstalým, aby si zemřelého idealizovali („Byl to ten nejlepší chlap na světě!“). Pomoc pozůstalým vyjádřit jejich pocity, poskytnout jim prostor a čas pro to, aby se mohli zlobit, plakat, hroutit. Nesnažit se zabránit pláči pozůstalých, protože pláč je projevem emocí pozůstalého. Nabídněte jim papírový kapesník nebo symbolicky či skutečně své rameno, aby se mohli vyplakat. Vyhýbejte se planým frázím typu: „To bude dobré, to chce čas...“ apod. Neskákejte pozůstalým do řeči a nepřerušujte je v hovoru. Není důležité, aby jste sáhodlouze přemýšleli, co jim říci, ale důležitější je naslouchání bez odsuzování. Dále je vhodné používat prvky aktivního naslouchání („ano“, „a pak“). Zdravotnický pracovník by měl vyjádřit své sdílení, svou soustrast a nabídnout pozůstalým dostupné zdroje pomoci a podpory, snažit se pozůstalé nasměrovat (např.: poradna pro pozůstalé, psychologická ordinace, sociální pracovníci). Také jim můžete předat informační letáky, brožury či kontakty, snažit se jim danou situaci pomoci zvládnout a ulehčit. Zvláštní pozornost bychom věnovali v případě, že

by pozůstalý měl sebevražedné myšlenky a úmysly. Pokud pozůstalý by si přál další setkání, neodmítejte jej! [16]

6.2 Rodina vyžadující péči

Členové rodiny nemusí být vždy spojeni pokrevním nebo právním svazkem. Rodinu může tvořit manželský pár, rozvětvené příbuzenstvo nebo přátelé či sousedé. Každá rodina má svoji jedinečnou biografii, která je utvářena původem, která je utvářena původem, vztahy, volbami a hodnotami všech členů. Tito lidé jsou spolu „svázáni“ a vytvářejí rodinnou jednotku. Každý člen rodiny má své potřeby, závazky, osobní historii, vnitřní zdroje a cíle. Není proto jednoduché vytvořit jedinou definici rodiny. Pokud si neuvědomíme, že každá rodina je ve své podstatě jedinečná, budeme dělat předčasné závěry o tom, kdo jsou blízcí pacienta, a může se stát, že některé důležité osoby opomeneme. K mylnému vymezení rodiny dochází častěji, když rodina nezapadá do oficiálních definic.[13]

Sestry musí zůstat otevřené a přizpůsobit se, když se snaží určit, kteří členové rodiny potřebují podporu a péči.[13]

6.3 Péče o rodinu v průběhu nemoci

Období zármutku zpravidla začíná již před vlastním úmrtím pacienta, protože paliativní fáze nemoci je pro pacienta i pro rodinu v podstatě obdobím postupující ztráty. Pomoc rodině v průběhu nemoci začíná již při stanovení diagnózy.[14]

Při poskytování péče příbuzným je nutné se zaměřit na tři klíčové body, kterými je definice rodiny, která péči vyžaduje, nejčastější potřeby členů rodiny a vhodnou a účinnou intervenci.[14]

Sestry poskytují zejména všeobecnou podporu, mohou pomoci mnoha způsoby: mohou pomáhat rodinným příslušníkům jasněji si uvědomovat a sdělovat své city a pocity. V případě potlačování emocí hrozí, že proces zármutku bude komplikovaný, pokud je emocím dán volný průchod, je truchlení jednodušší. Důležité je poskytnout truchlícím prostor a čas. Ztráta blízkého člověka nevyvolává u pozůstalých pouze silné emoční reakce, nabourává také jejich pocit vlastní identity, pocit vlastní integrity, vztahy s jinými lidmi, přesvědčení o stabilitě a bezpečnosti světa. [14]

Pozůstalý chce být často ujistěn o tom, že smrt byla klidná a bezbolestná. Tým zdravotníků může také pomoci při zařizování pohřbu a právních formalit týkajících se závěti zesnulého apod.[14]

Poradenství pro pozůstalé ale vyžaduje víc- poradce musí splňovat určité nároky. Aby mohl poradce pro pozůstalé vykonávat svoji roli kompetentně, musí být k jejímu výkonu dobře teoreticky i prakticky připraven. Měl by mít nejen dostatek odborných znalostí a profesních dovedností, ale měl by mít také potřebné osobnostní dispozice. Jedná se tedy o požadavky na to, co by měl poradce pro pozůstalé znát, umět a jaký by měl být. Poradce pro pozůstalé rozhodně není rádcem, jak urychleně truchlení ukončit, je průvodcem pozůstalých v jejich procesu truchlení, vytváří jim bezpečný prostor, ve kterém mohou otevřeně ventilovat své emoce, hovořit o svých problémech. Pomáhá pozůstalým vyrovnat se s širokým spektrem reakcí, které se po ztrátě milovaného člověka objevují na nejrůznějších úrovních. Vysvětluje pozůstalým, co se s nimi děje a ubezpečuje je, že to, co prožívají, je adekvátní situací, ve které se nacházejí. Poskytuje jim potřebné informace a objasňuje různé aspekty jejich obtíží a problémů. Povzbuzuje pozůstalé, kteří často přicházejí s velkou nejistotou či obavou, protože nevědí, co je v poradenství čeká a zda a jak je bude poradce akceptovat. Poradce také musí být schopen posoudit, jak je situace závažná a v případě potřeby jim doporučit jiné formy pomoci, jako je například psycholog či psychiatr.[14]

II. PRAKTICKÁ ČÁST

7. FORMULACE PROBLÉMU

7.1 Hlavní problém

Komunikace všeobecných sester s rodinnými příslušníky bývá emočně náročná. Chtěla bych zjistit, jak všeobecné sestry komunikují s rodinnými příslušníky u terminálně nemocného. Cílem je také zjistit a porovnat tyto úrovně komunikace všeobecných sester na interním oddělení a v hospicích.

7.2 Dílčí problémy

Klíčovým cílem průzkumu je zjistit úroveň komunikace všeobecných sester a rodinných příslušníků na interním oddělení a v hospicích. Proč jsem si zvolila zrovna interní oddělení a hospice? Jelikož na obou dvou odděleních se setkáváme často s terminálně nemocnými klienty, přitom na interních odděleních nejsou jen terminálně nemocní, ale jsou zde klienti, kteří se léčí s cukrovkou, nebo mají vysoký tlak apod. Za to v hospicích jsou pouze terminálně nemocní klienti. Já ve svém výzkumu chci zjistit a porovnat jaké jsou úrovně komunikace na těchto 2 pracovištích. Zda sestry z interních oddělení, ví jak komunikovat s rodinnými příslušníky, jakou odbornou pomoc jim v takto těžké situaci doporučit, jestli komunikují s rodinnými příslušníky každý den, nebo jen sporadicky.

K ověření těchto dat jsem si stanovila dotazník [Příloha 1] a tyto tři hypotézy:

Hypotéza č. 1: Myslím si, že všeobecné sestry v hospicích komunikují s rodinnými příslušníky častěji, než všeobecné sestry pracující na interních odděleních.

Hypotéza č. 2: V druhé hypotéze předpokládám, že všeobecné sestry na interních odděleních mají menší teoretické znalosti v oblasti komunikace s terminálně nemocnými a jejich rodinnými příslušníky, než sestry pracující v hospicích. Kritérium pro tuto hypotézu je, že sestry odpoví na otázky 8, 9, 10, 11 a 14 možností A, aby se tato hypotéza potvrdila.

Hypotéza č. 3: V poslední hypotéze se domnívám, že všeobecné sestry pracující na interních odděleních mají stejné znalosti o problematice terminálně nemocného, jako sestry pracující v hospicích. Kritérium pro hypotézu č. 3 zní: všeobecné sestry odpoví správně na 3 otázky ze 4.

8. CÍL A ÚKOL PRŮZKUMU

V práci jsem se zaměřila na následující cíle.

Zaprvé jsem chtěla zjistit, zda je či není rozdíl v komunikaci všeobecných sester s rodinnými příslušníky na interních odděleních a v hospicích.

Za druhé jsem se zajímala o porovnání úrovní komunikace na interním oddělení a v hospicích.

A zatřetí jsem chtěla zjistit znalosti všeobecných sester v souvislosti s terminálně nemocným klientem, komunikaci s ním, dále jsem se zaměřila na ošetrovatelskou péči o terminálně nemocné, ptala jsem se všeobecných sester, co je podle nich z oblasti ošetrovatelské péče pro ně nejdůležitější.

9. VZOREK RESPONDENTŮ

Výzkum jsem prováděla dotazníkovým šetřením na 2 rozdílných pracovištích. První z nich jsem si vybrala interní oddělení FN Lochotín (oddělení A, B, C) a interní oddělení Klatovské nemocnice. Mým druhým vzorkem respondentů byly hospice, a to Hospic sv. Lazara v Plzni, Hospic sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích a Hospic Dobrého Pastýře v Čerčanech. Dotazník byl anonymní, určen všeobecným sestřám a slouží pouze k účelům vyhodnocení.

10. METODY VÝZKUMU

V praktické části jsem zvolila kvantitativní výzkum, který byl prováděn formou dotazníků. V dotazníku jsou otázky uzavřené (5, 11, 13), polouzavřené (1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 12, 14, 16, 17, 18, 19) a otevřené (10, 15, 20). Výzkum byl zahájen v listopadu 2011 a ukončen v lednu 2012.

V úvodu dotazníku jsem sdělila důvod průběhu dotazníkového šetření. Ze 100 nabídnutých dotazníků se mi vrátilo 85 vyplněných dotazníků, které chápeme jako 100%. V poměru 55 vyplněných dotazníků z interních oddělení a 30 dotazníků z hospiců.

POZNÁMKA:

Vzhledem k malé kapacitě všeobecných sester v hospicích, jsem v každém hospicu rozdala 10 dotazníků.

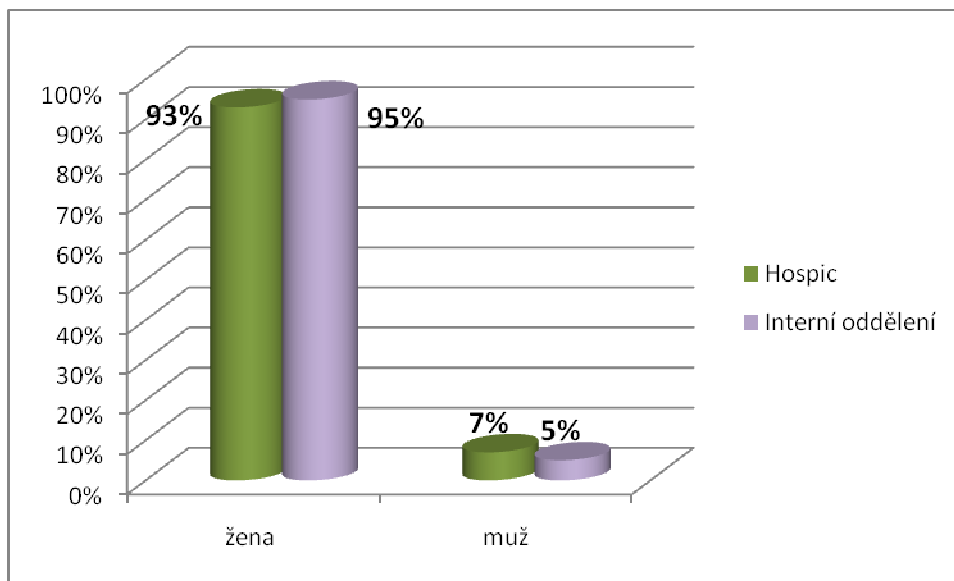
11. PREZENTACE A INTERPRETACE

11.1 Otázka č.1: Vaše pohlaví?

a) žena

b) muž

Graf 1 Pohlaví respondentů

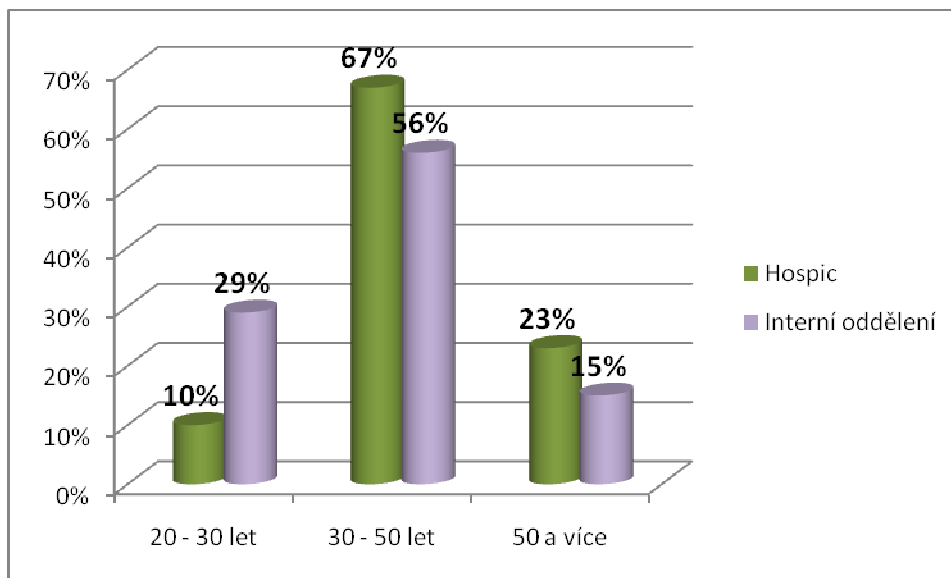


Z grafu č. 1 vyplývá, že v hospicích pracuje 93% žen (28 respondentů) a 7% mužů (2 respondenti). Naproti internímu oddělení, kde pracuje 95% žen (52 respondentů) a 5% mužů (3respondenti).

11.2 Otázka č. 2: Kolik Vám je let?

- a) 20-30 let
- b) 30-50 let
- c) 50 a více

Graf 2 Věk respondentů

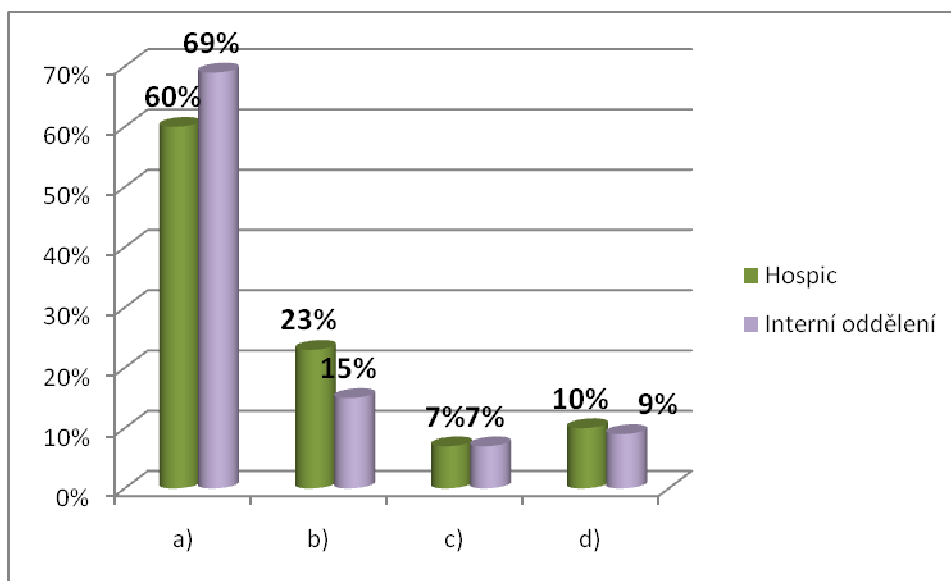


Z grafu jasně vyplývá, že na obou odděleních převládá věková skupina ve věku od 30-50 let, a to na interním oddělení v 56% (31 respondentů) a v hospicích v 67% (20 respondentů). Ve věku 20-30 let pracuje na interním oddělení 29% (16 respondentů) a v hospicích 10% (3 respondenti). A ve věkové skupině 50 a více se nachází 23% (7 respondentů) v hospicích a 15% (8 respondentů) na interních odděleních.

11.3 Otázka č. 3: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) SZŠ- všeobecná sestra
- b) SZŠ- zdravotnický asistent
- c) VOŠZ
- d) VŠ

Graf 3 Dosažené vzdělání respondentů



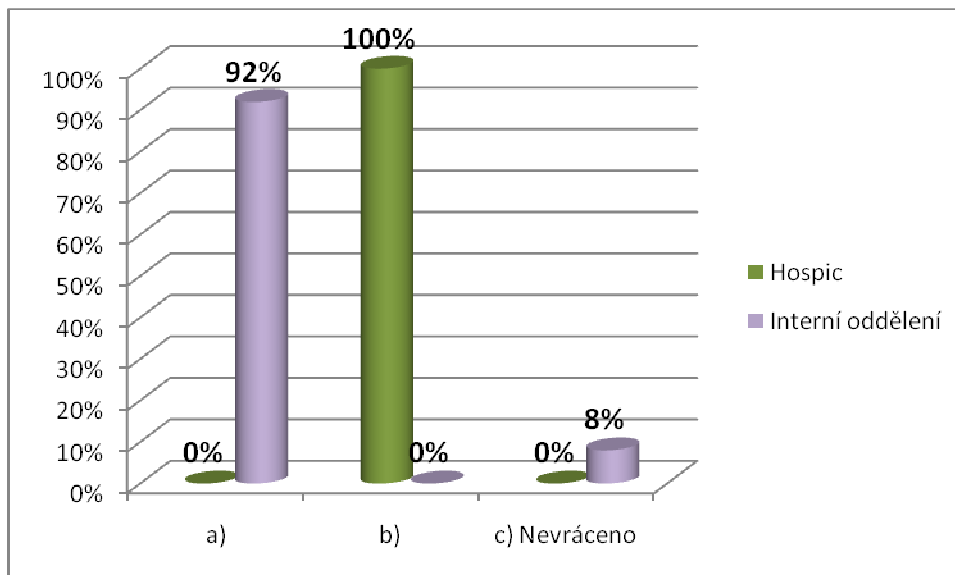
Z grafu 3 je zřejmé, že nejvíce respondentů má středoškolské vzdělání, obor všeobecná sestra, to je 60% hospice (18 respondentů) a 69% interní oddělení (38 respondentů). Druhou nejvyšší hodnotou je středoškolské vzdělání oboru zdravotnický asistent, kde v hospicích je to 23% (7 respondentů) a na interních odděleních 15% (8 respondentů). Na interních odděleních pracuje 9% (5 respondentů) s vysokoškolským vzděláním a v hospicích 10% (3 respondenti).

11.4 Otázka č. 4: Na jakém pracovišti pracujete?

a) Interní oddělení

b) Hospic

Graf 4 Oddělení respondentů

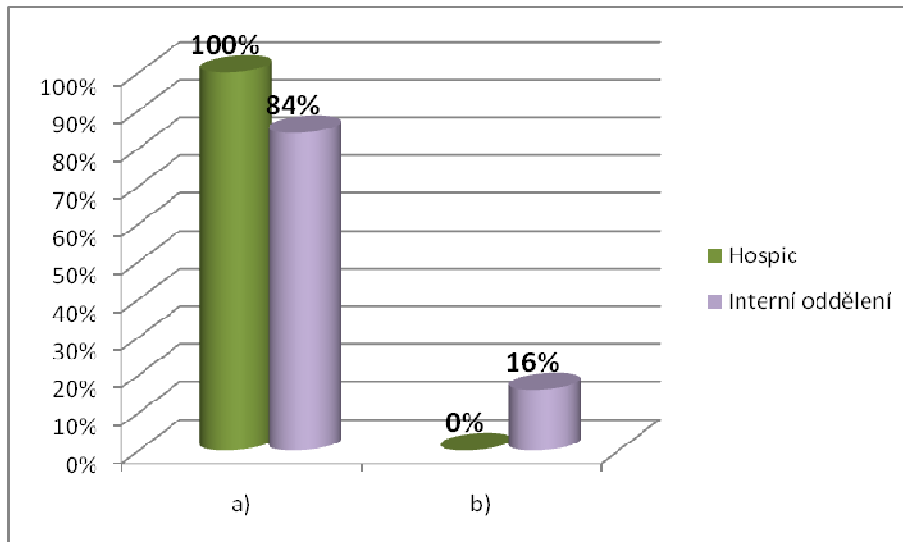


30 dotazníků bylo rozdáno v hospicích, jejich návratnost byla 100%. Na interních odděleních jsem rozdala 60 dotazníků a vrátilo se jich 92% (55 dotazníků) a z nichž 8% (5 dotazníků) nebylo vráceno.

11.5 Otázka č. 5: Vybral (a) jste si pracoviště dobrovolně?

- a) Ano (pokračujte v otázce 7)
- b) Ne (pokračujte v otázce 6)

Graf 5 Volba pracoviště

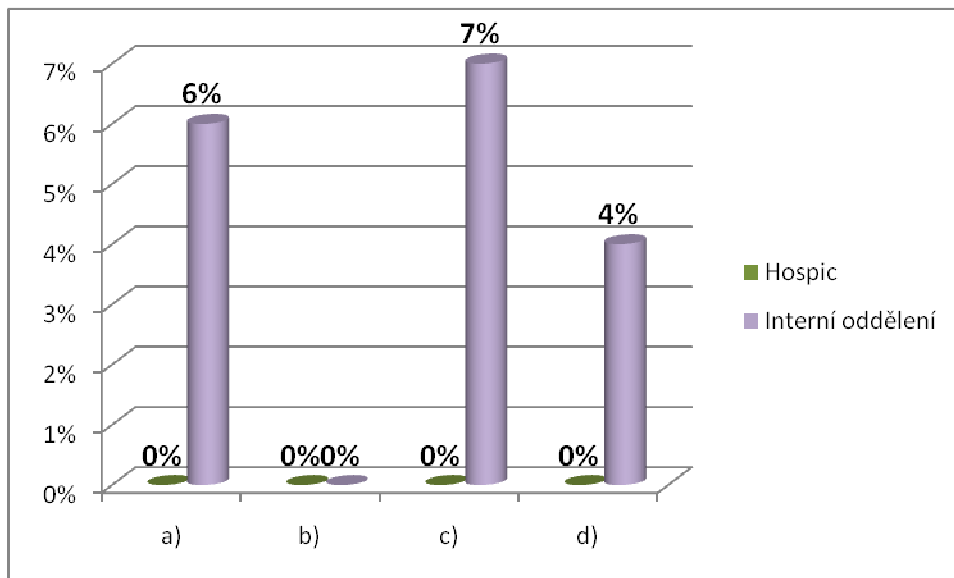


Z grafu 5 vyplývá, že v hospicích pracují všechny sestry dobrovolně 100% (30 respondentů). Na interních odděleních pracuje dobrovolně 84% (46 respondentů) a 16% (9 respondentů) nedobrovolně.

11.6 Otázka č. 6: Co Vás vedlo k tomu, že pracujete na Vašem oddělení?

- a) Osobní důvody
- b) Ekonomická situace
- c) Jiná volná pracoviště nebyla
- d) Jiné důvody

Graf 6 Proč sestry pracují na svém oddělení

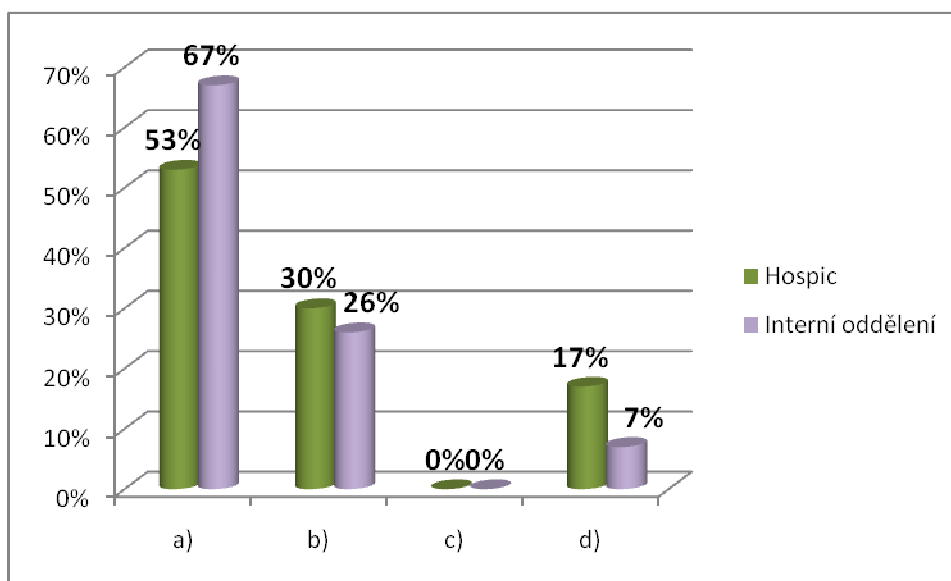


Z grafu 6 plyne, jak už je zmiňováno v předchozím grafu, že sestry v hospicích pracují dobrovolně. Na interních odděleních bylo 16% (9 respondentů), kteří pracují na oddělení nedobrovolně. V 6% (3 respondenti) je to z osobních důvodů, 7% (4 respondenti) z důvodu, že jiná volná pracoviště nebyla a poslední 4% (2 respondenti) udávají jiné důvody.

11.7 Otázka č. 7: Jak hodnotíte Váš kontakt s rodinnými příslušníky?

- a) Cítím se užitečná
- b) Obohacuje mě
- c) Pokud mohu, vyhýbám se kontaktu s rodinnými příslušníky
- d) Znamená pro mě velkou psychickou zátěž

Graf 7 Jak sestry hodnotí svůj kontakt s rodinnými příslušníky

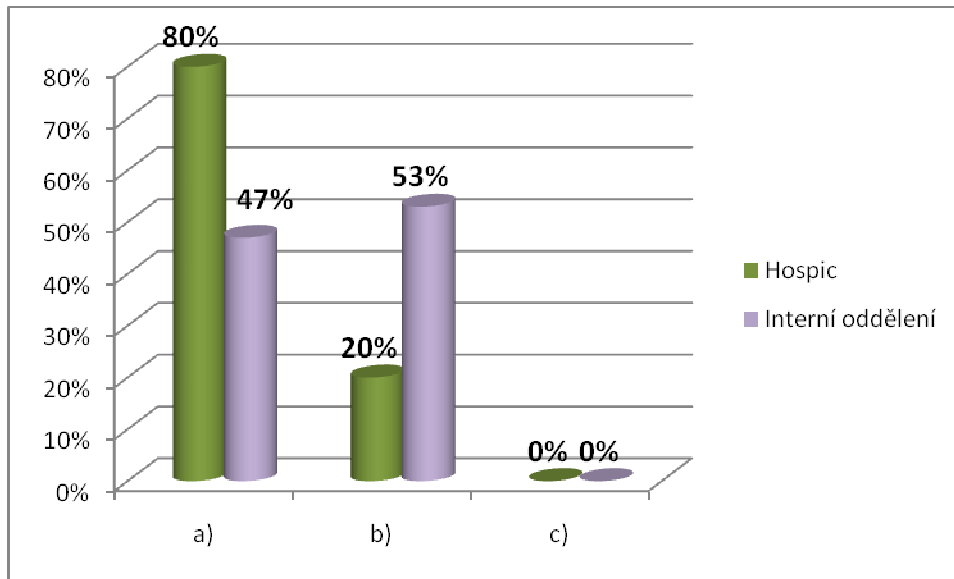


U této otázky odpověděla většina na otázku a). Pro 17% (5 respondentů) z hospicu znamená kontakt s rodinnými příslušníky velkou psychickou zátěž, na interních oddělení kontakt s rodinnými příslušníky způsobuje velkou psychickou zátěž 7% (4 respondenti). Zbytek hodnotí svůj kontakt s rodinnými příslušníky tím, že je obohacuje 30% (9 respondentů), 26% (14 respondentů).

11.8 Otázka č.8: Vyhovíte veškerým přáním rodinných příslušníků, pokud je to ve Vašich silách?

- a) Ano, snažím se jim tuto těžkou situaci pomoci zvládnout
- b) Ano, ale jen do určité míry
- c) Ne, mám spousty práce a nedostatek času

Graf 8 Jak sestry vyhovují přáním rodinných příslušníků

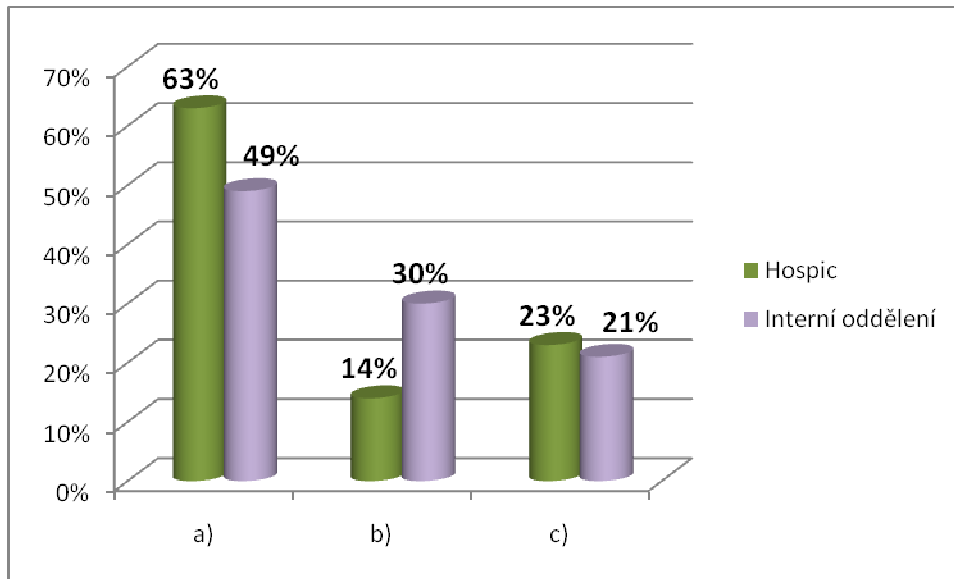


Z grafu 8 je zřejmé, že v hospicích by přáním rodinných příslušníků vyhovělo 80% (24 respondentů) a 20% (6 respondentů) by také vyhovělo, ale pouze jen do určité míry. Na interních odděleních je to opačně. Kde 47% (26 respondentů) by vyhovělo, ale 53% (29 respondentů) by vyhovělo jen do určité míry.

11.9 Otázka č. 9: Stalo se Vám někdy, že by Vás rodinní příslušníci požádali o přemístění svého příbuzného (terminálně nemocného) na jiný pokoj?

- a) Ano, vyhověli jsme jejich požadavku
- b) Ano, ale bohužel jsme kvůli kapacitě oddělení nemohli vyhovět
- c) Ne, nestalo

Graf 9 Žádost rodinných příslušníků k přemístění nemocného na jiný pokoj



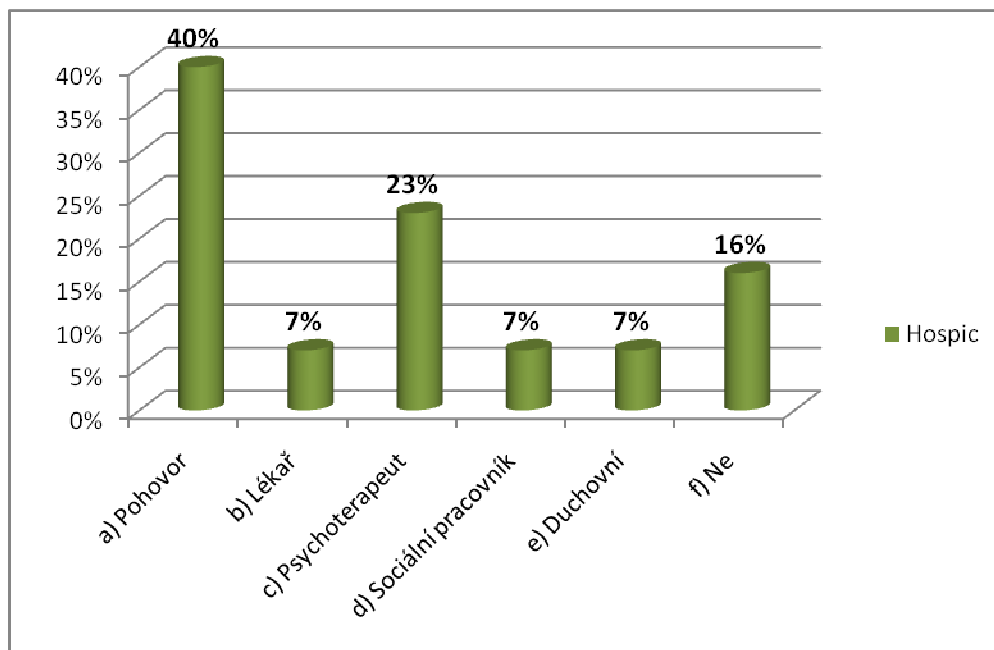
Obě dvě oddělení nejvíce volila odpověď a). V hospicích v 63% (19 respondentů), v interních odděleních 49% (27 respondentů). 30% (16 respondentů) na interních odděleních odpověděli, že bohužel kvůli kapacitě oddělení nemohli vyhovět. A 23% (7 respondentů) a 21% (12 respondentů) se tato situace nikdy nenaskytla.

11.10 Otázka č. 10: Přišli za Vámi někdy rodinní příslušníci, že potřebují s danou situací pomoci, jelikož jí nezvládají? Pokud ano, co jste jim doporučila, či jak jste jim pomohla?

a) Ano.....

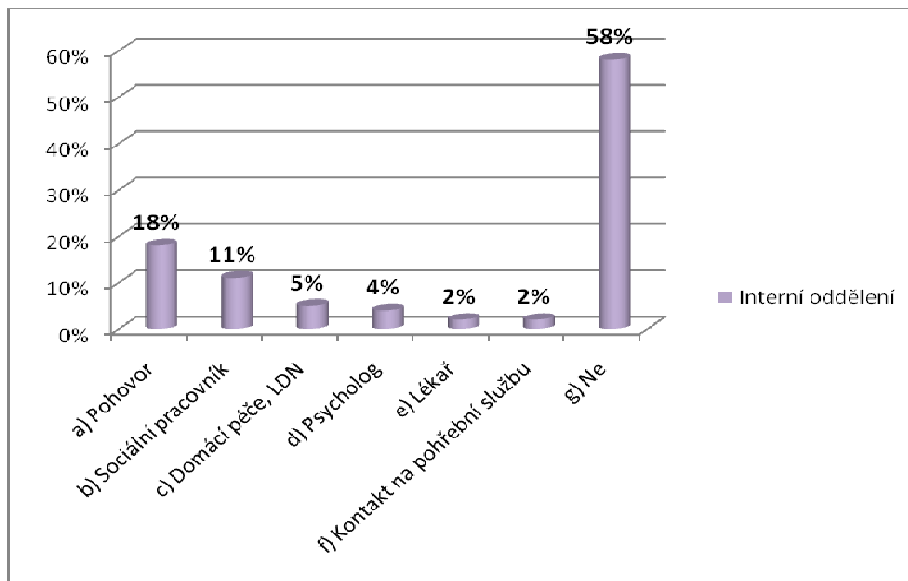
b) Ne

Graf 10a) Doporučení sester



Z grafu 10 a) plyne, že nejvíce sestry používají pohovor, to je 40% (12 respondentů). Druhým nejčastějším doporučením je psychoterapeut 23% (7 respondentů). A 16% (5 respondentů) se k této otázce nevyjádřilo.

Graf 10 b) Doporučení sester

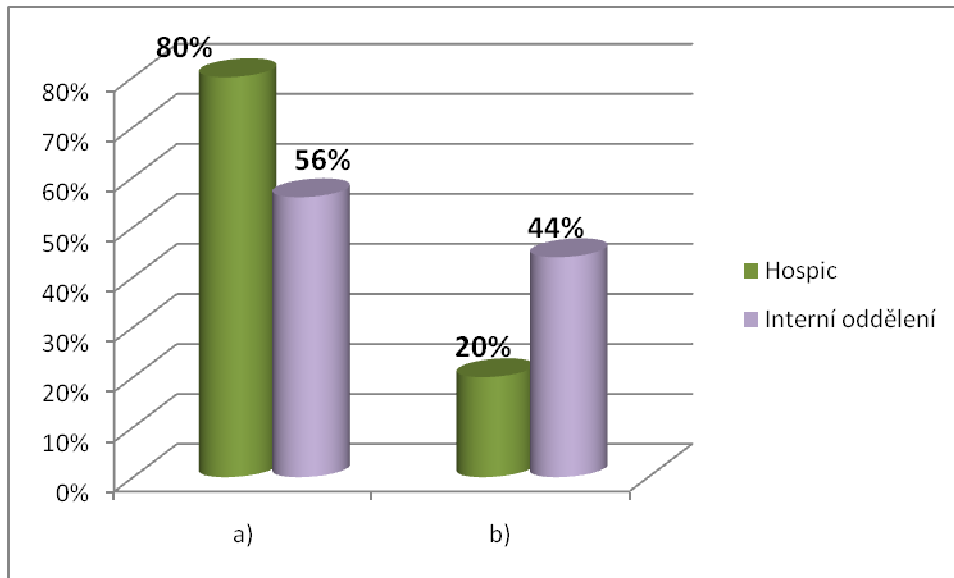


Z tohoto grafu vyplývá, že 58% (32 respondentů) odpovědělo, že je nikdy rodinní příslušníci nepřišli požádat o pomoc. Jinak 18% (10 respondentů) volí možnost a) pohovor.

11.11 Otázka č. 11: Komunikujete s rodinnými příslušníky u terminálně nemocného klienta, při každé jejich návštěvě nemocného?

- a) Ano
- b) Ne

Graf 11 Komunikaces rodinnými příslušníky při každé návštěvě nemocného

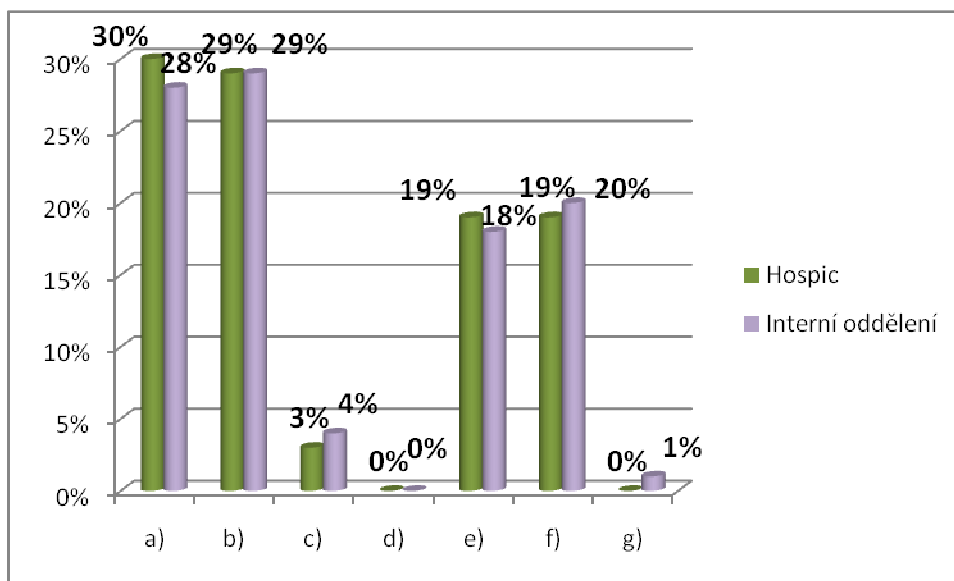


Většina, to je 80% (24 respondentů) z hospicu a 56% (31 respondentů) odpověděli, že komunikují s rodinnými příslušníky při každé jejich návštěvě nemocného klienta. Zbytek 20% (6 respondentů) a 44% (24 respondentů) nekomunikují s rodinnými příslušníky při každé návštěvě.

11.12 Otázka č.12: Jaké vlastnosti by měl mít všeobecná sestra v komunikaci s rodinnými příslušníky u terminálně nemocných? (Vyberte 3 možnosti)

- a) Empatická
- b) Ochotná pomoci
- c) Zdravé sebevědomí
- d) Lástostivá
- e) Být odolná vůči zátěži
- f) Komunikativní
- g) Společenská

Graf 12 Jaké by měla mít všeobecná sestra vlastnosti v komunikaci s rodinnými příslušníky



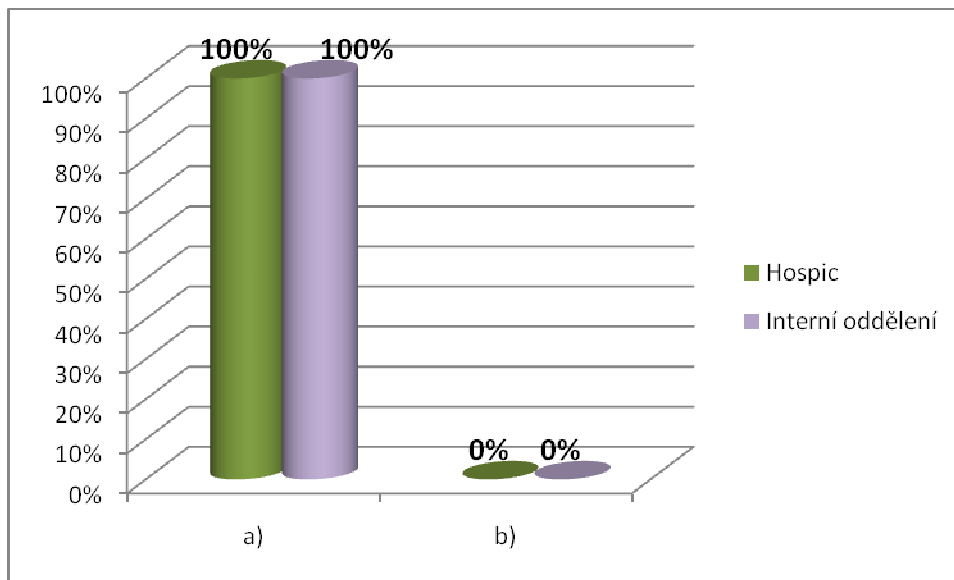
Při vyhodnocení grafu 12, kde každá sestra zakroužkovala 3 možnosti, jsem vyhodnotila ty možnosti, které se opakovaly nejvíce, a sečetla body. Nejčastěji se objevovaly možnosti a)b)e)f).

11.13 Otázka č. 13: Je na vašem oddělení možnost návštěvy příbuzného před nebo po návštěvních hodinách?

a) Ano, po společné domluvě

b) Ne

Graf 13 Možnosti návštěv před nebo po návštěvních hodinách

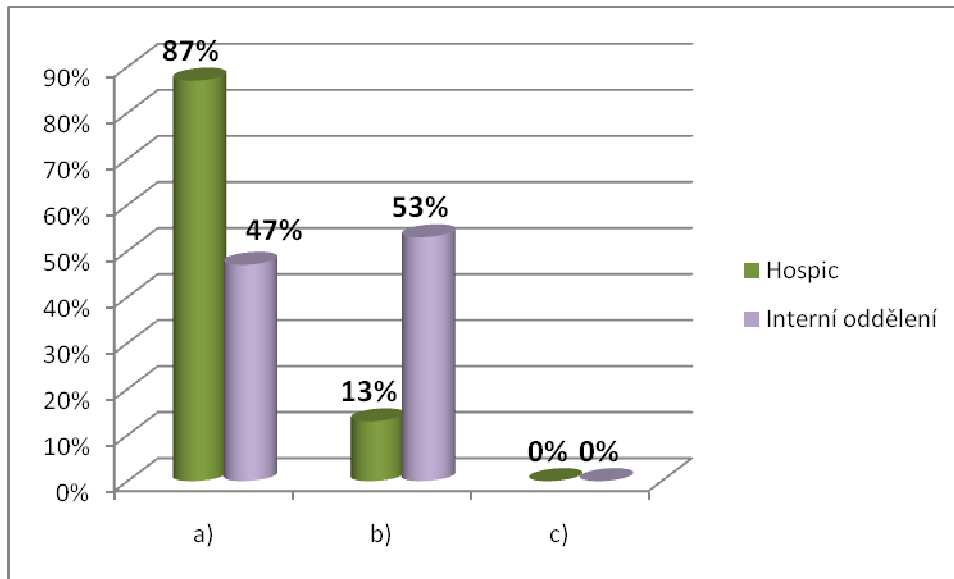


Obě dvě oddělení odpověděli, že na jejich odděleních je možnost návštěvy příbuzného před i po návštěvních hodinách.

11.14 Otázka č. 14: Myslíte si, že je zdravotnický personál aktivní při komunikaci s rodinnými příslušníky?

- a) Ano, myslím si, že personál dělá vše, co je v jeho silách
- b) Ano, ale myslím si, že by šlo udělat více
- c) Ne, velkou roli hraje nedostatek času a množství práce

Graf 14 Je zdravotnický personál aktivní při komunikaci s rodinnými příslušníky

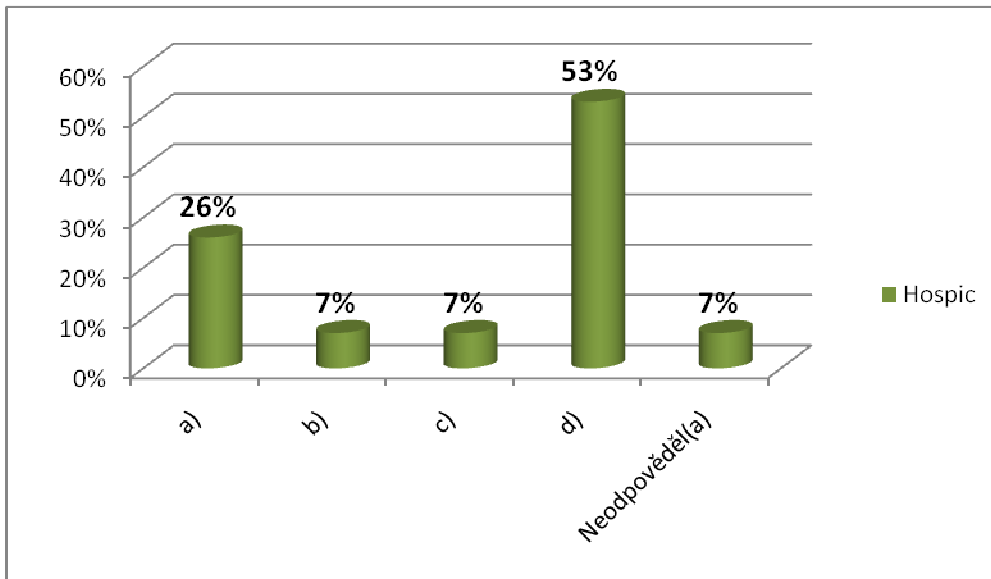


V 87% (26 respondentů) a 47% (26 respondentů) odpověděli, že je zdravotnický personál aktivní v komunikaci s rodinnými příslušníky. Možnost b) zvolilo 13% (4 respondenti) a 53% (29 respondentů), kteří si myslí, že by mohl zdravotnický personál v komunikaci s rodinnými příslušníky udělat více.

11.15 Otázka č.15: Vysvětlete pojem „ Terminálně nemocný pacient“.

- a) Umírající pacient
- b) Pacient v agonii
- c) Nemocný, jehož onemocnění vede ke smrti
- d) Nevyléčitelně nemocný- poslední fáze života

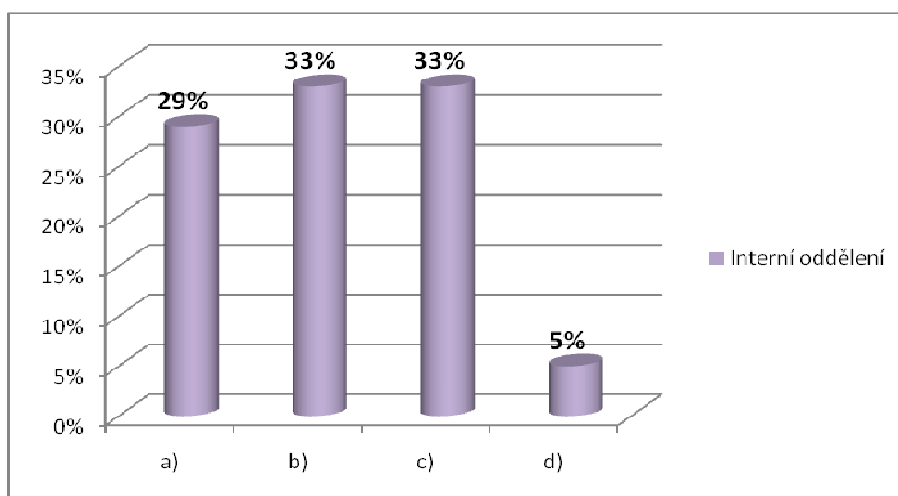
Graf 15a) Terminálně nemocný pacient



V tomto grafu měli respondenti, svými slovy vysvětlit terminálně nemocný. Nejvíce respondenti pojem „terminálně nemocný“ vysvětlovali jako nevléčitelně nemocného v poslední fázi života, a to v 53% (16 respondentů).

- a) Umírající pacient
- b) Nevyléčitelné, nezvratné onemocnění pacienta
- c) Poslední stadium života
- d) Selhání základně důležitých funkcí

Graf 15b) Terminálně nemocný pacient

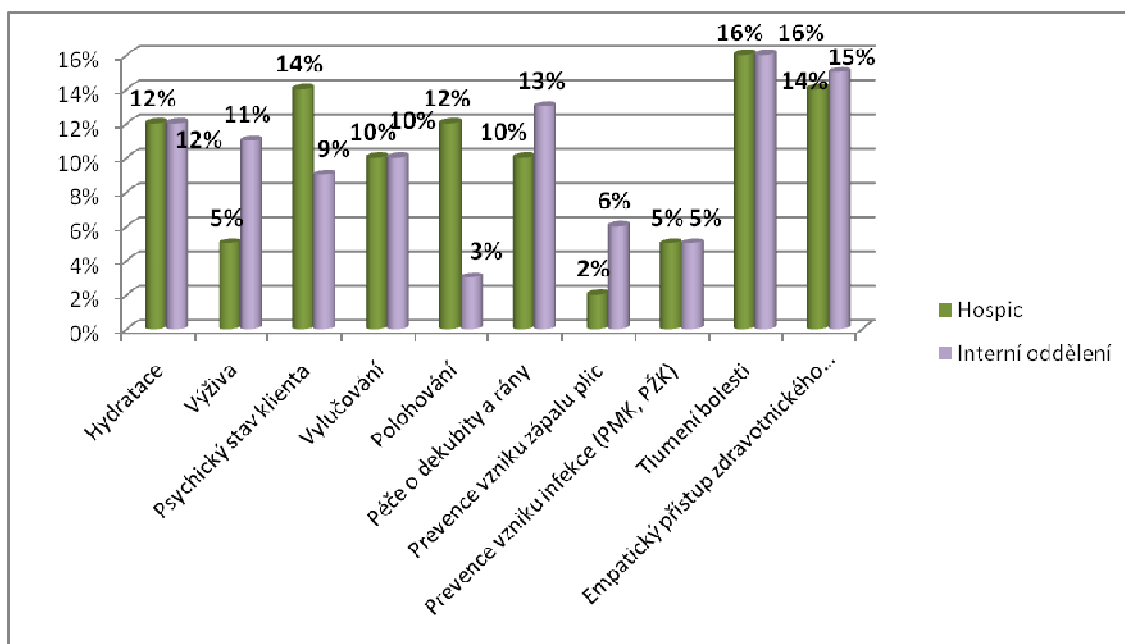


Na interních odděleních nejčastěji popisovali pojem „terminálně nemocný“ jako nevléčitelné, nezvratné onemocnění pacienta 33% (18 respondentů) a též 33% jako poslední stadium života.

11.16 Otázka č.16: Co je podle Vás nejdůležitější v oblasti ošetrovatelské péče u terminálně nemocného? Označte čísla od 1-10, kdy je 1 nejdůležitější.

- a) Hydratace
- b) Výživa
- c) Psychický stav klienta
- d) Vylučování
- e) Polohování
- f) Péče o dekubity a rány
- g) Prevence vzniku zápalu plic
- h) Prevence vzniku infekce (PMK, PŽK)
- i) Tlumení bolesti
- j) Empatický přístup zdravotnického personálu

Graf 16 Potřeby terminálně nemocného v oblasti ošetrovatelské péče

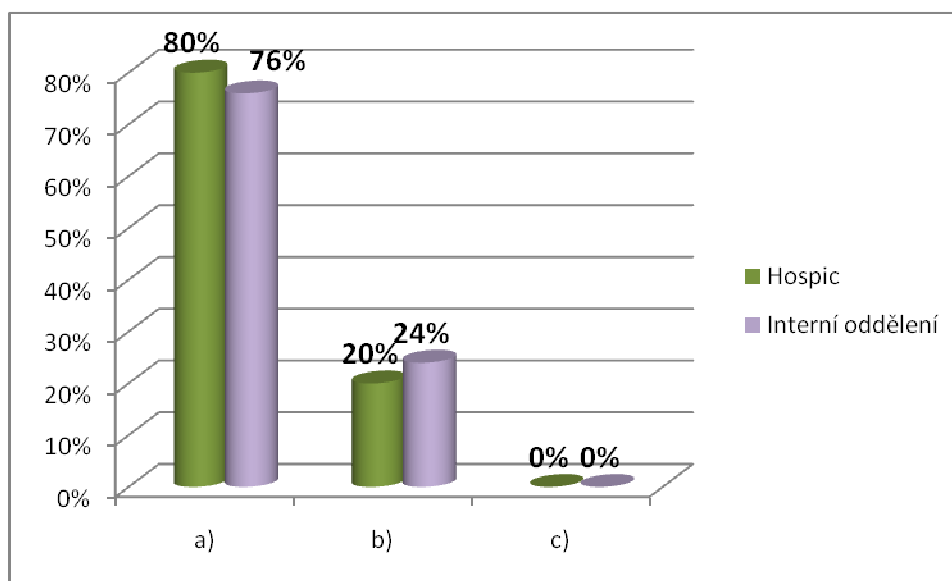


Graf 16 ukazuje potřeby terminálně nemocného v oblasti ošetrovatelské péče z hlediska sester, jaké ony upřednostňují potřeby nemocného. Výsledky mě potěšily.

11.17 Otázka č. 17: Komunikujete s terminálně nemocným (např. při ranní hygieně, při podávání stravy do NGS, při podávání léků, při stlaní lůžka atd.), i když víte, že nemocný to nevnímá?

- a) Ano, snažím se, je to stále lidská bytost, která vnímá
- b) Ano, ale myslím si, že bych mohla více
- c) Ne, pacient mě stejně nevnímá

Graf 17 Komunikace s terminálně nemocným

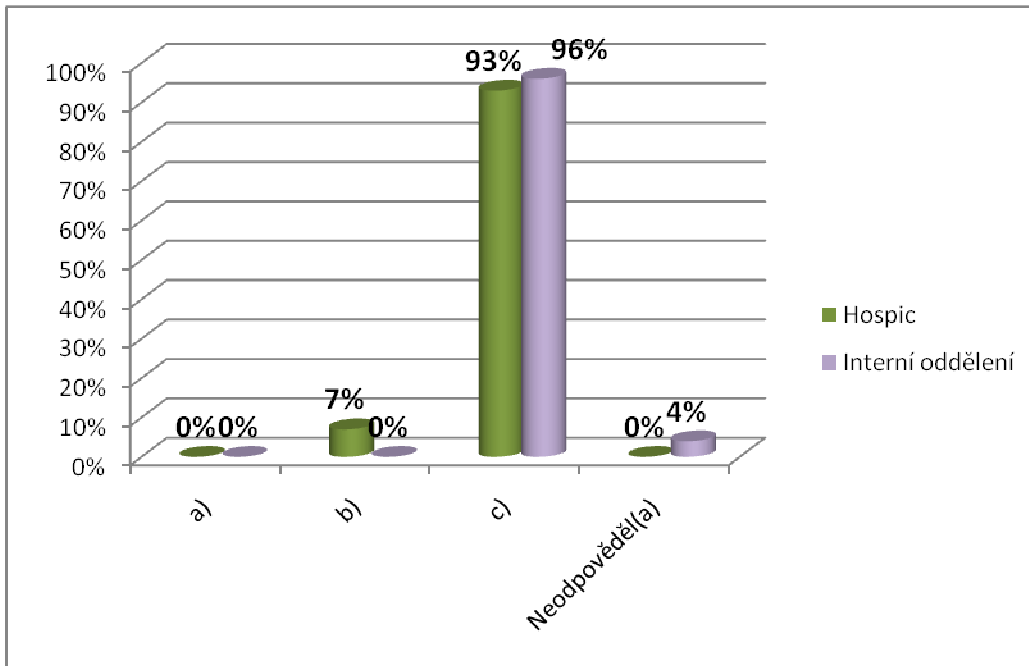


Z grafu 17 jasně plyne, že se všeobecné sestry snaží komunikovat s terminálně nemocným pacientem, i když ví, že je v kómatu a nevnímá je, a to 80% (24 respondentů) hospic, a 76% (42 respondentů) interní oddělení. 20% (6 respondentů) a 24% (13 respondentů) si myslí, že by pro tuto komunikaci mohli udělat více.

11.18 Otázka č.18: Jaké jsou fáze umírání?

- a) Popírání, akcelerace, jednání, úzkost, hněv
- b) Žal, otupělost, smíření, deprese, agrese
- c) Popírání, hněv, smlouvání, deprese, akceptace

Graf 18 Fáze umírání

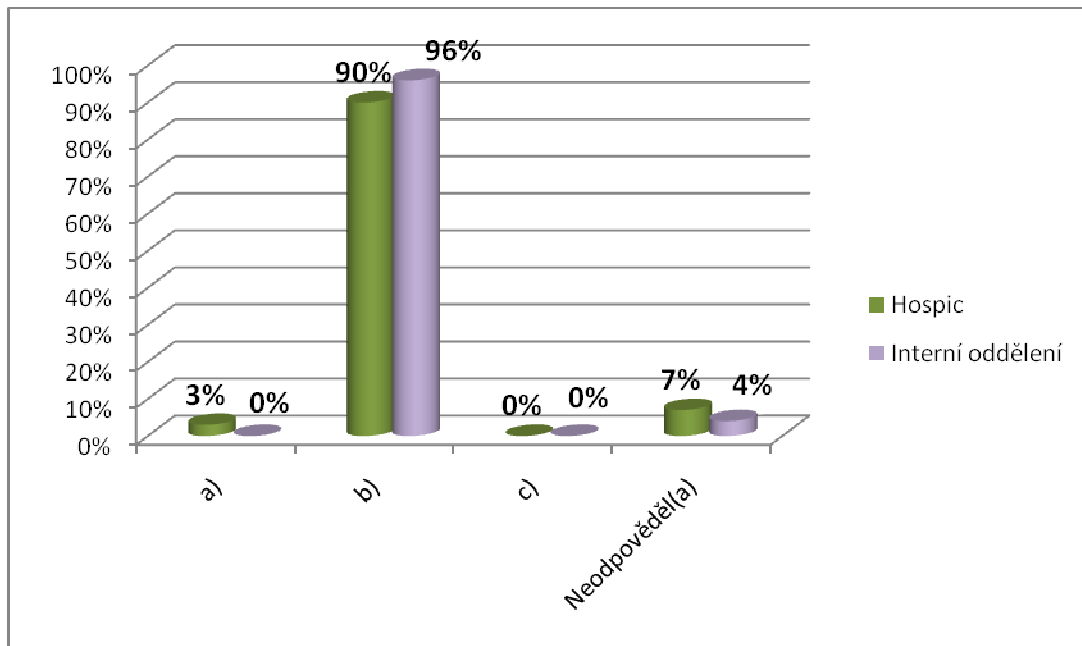


Většina respondentů zvolila správnou odpověď d). Pak 7% (2 respondenti) odpověděli špatně a 4% (2 respondenti) neodpověděli vůbec.

11.19 Otázka č.19: Kdo popsal těchto 5 fází umírání?

- a) Marjory Gordonová
- b) Elisabeth Kübler- Rossová
- c) Florence Nightingale

Graf 19 Kdo popsal 5 fází umírání

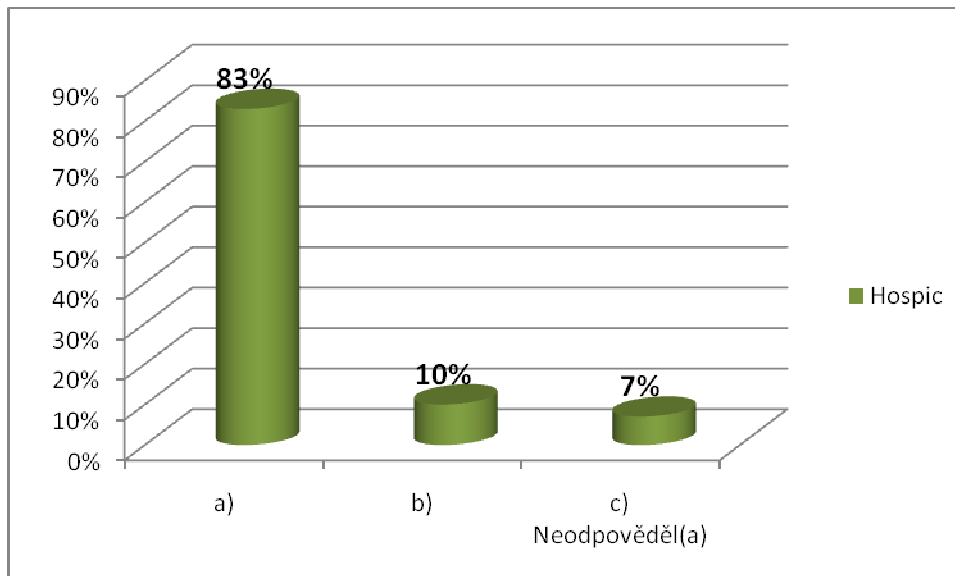


V grafu 19 odpovědělo 90% (27 respondentů) a 96% (53 respondentů) správně, to je možnost b) Elisabeth Kübler- Rossová. 3% (1respondent) odpověděl možnost a). A neodpovědělo 7% (2 respondenti) z hospice a 4% (2 respondenti) z interních odděleních.

11.20 Otázka č.20: Koho doporučíte pozůstalým, pokud Vás požádají o pomoc v problematice sociální? (Prosím vypišťe)

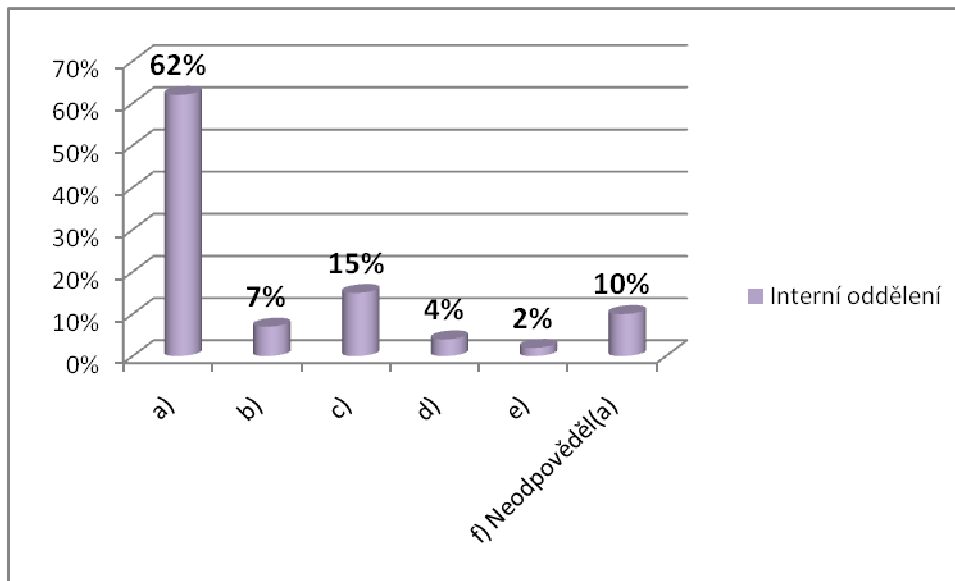
- a) Sociální pracovnice
- b) Psycholog
- c) Neodpověděl (a)

Graf 20a) Pomoc pozůstalým v problematice sociální



V tomto grafu vyplývá, že v hospicích v 83% (25 respondentů) pozůstalým doporučí sociální pracovní, v 10% (3respondenti) psychologa a 7% (2 respondenti) neodpověděli.

Graf20b) Pomoc pozůstalým v problematice sociální



- a) Sociální pracovníce
- b) Staniční sestra
- c) Lékař
- d) Vrchní sestra
- e) Klinický psycholog
- f) Neodpověděl(a)

Na interních oddělení pozůstalým v oblasti sociální doporučují v 62% (34 respondentů) sociální pracovníci, v 7% (4 respondenti) staniční sestru, v 15% (8 respondentů) lékaře, ve 4% (2 respondenti) vrchní sestru a 2% (1 respondent) klinického psychologa. Je vidět, že sestry ví jakou sociální pomoc pozůstalým doporučit.

12. DISKUZE

Má práce se zaměřuje na výzkum komunikačních dovedností všeobecných sester s rodinnými příslušníky u terminálně nemocných. Komunikace je nejdůležitější součástí vztahu mezi pacientem a sestrou, ale také zároveň i mezi rodinnými příslušníky nemocného. Všeobecné sestry by měly být aktivní v komunikaci s rodinnými příslušníky, poskytnout příslušníkům dostatek informací, snažit se jim danou situaci ulehčit a pomoci zvládnout. Za dobu 7 let, co jsem vykonávala odbornou praxi, jsem prošla různá oddělení a získala mnoho zkušeností. Občas mě zarážel přístup sester, a to ne jen k nám jako ke studentům, ale hlavně k pacientům v bezvědomí a kómatu a také k jejich rodině. Myslím si, že všichni bychom se měli nad sebou zamyslet, vždyť práci, kterou vykonáváme, jsme si vybrali dobrovolně. Chceme pomáhat, zachraňovat životy apod. A otázka je, proč se tak nechováme? Pacient ať už je při vědomí, nebo v kómatu, je člověk, jehož zdraví a život je v rukou lékařů po farmakologické a diagnostické stránce, a hlavně v rukou všeobecné sestry, která s ním je 24 hodin denně.

Cílem mé práce bylo zjistit a porovnat komunikační dovednosti všeobecných sester s rodinnými příslušníky u terminálně nemocných na interních odděleních a v hospicích. Stanovila jsem si 3 hypotézy.

První z nich zní: Hypotéza č. 1: Myslím si, že všeobecné sestry v hospicích komunikují s rodinnými příslušníky častěji, než všeobecné sestry pracující na interních odděleních. Výsledky, které jste již viděli v předchozí kapitole Prezentace a její interpretace vyšlo, že je rozdíl v komunikaci sester s rodinnými příslušníky na interních odděleních a v hospicích. První rozdíl je, že v hospicích pracují všechny sestry dobrovolně, protože si toto oddělení vybraly. Na rozdíl od interních oddělení, kde pracuje dobrovolně 84% (46 respondentů) a nedobrovolně 16% (9 respondentů). Dále v otázce 11 se ptám, zda všeobecné sestry komunikují s rodinnými příslušníky při každé jejich návštěvě nemocného. V hospicu odpovědělo ano 80% (24 respondentů) a ne 20% (6 respondentů), na interních odděleních odpovědělo ano 56% (31 respondentů) a ne 44% (24 respondentů). Také jsem se ptala, zda si všeobecné sestry myslí, že je zdravotnický personál aktivní při komunikaci s rodinnými příslušníky, a to v otázce 14. Kde 87% (26 respondentů) z hospiců a 47% (26 respondentů) z interních oddělení odpovědělo, že zdravotnický personál dělá vše co je v jeho silách pro rodinné

příslušníky. Na odpověď b) čili ano, ale myslím si, že by šlo udělat více odpovědělo 13% (4 respondenti) z hospiců a 53% (29 respondentů) z interních oddělení. Myslím si, že by všeobecné sestry měly komunikovat s rodinnými příslušníky, při každé návštěvě nemocného, podat jim informace dle jejich kompetence a samozřejmě se zeptat, zda s danou situací nepotřebují pomoc a popřípadě si s nimi promluvit nebo jim doporučit specialistu v tomto oboru. Tato hypotéza není pravdivá. Všeobecné sestry v hospicích komunikují s rodinnými příslušníky pravidelně, snaží se jim danou situaci zvládnout, tak jako sestry na interních odděleních.

Druhá hypotéza zní: Předpokládám, že všeobecné sestry na interních odděleních mají menší teoretické znalosti v oblasti komunikace s terminálně nemocnými a jejich rodinnými příslušníky, než sestry pracující v hospicích. Kritérium pro tuto hypotézu je, že všeobecné sestry odpoví na otázky 8, 9, 10, 11, 14 možností A. Na otázku č. 8 odpovědělo na možnost A 80% (24 respondentů), možnost B 20% (6 respondentů) a na možnost C žádný respondent z hospiců. Na možnost A 47% (26 respondentů), možnost B 53% (29 respondentů) a na možnost C žádný respondent z interních oddělení. Na otázku č. 9 na možnost A z hospiců odpovědělo 63% (19 respondentů), B 14% (4 respondenti), C 23% (7 respondentů) a z interních oddělení na možnost A odpovědělo 49% (27 respondentů), B 30% (16 respondentů), C 21% (12 respondentů). Na otázku č. 10 odpovědělo možnost A 84% (25 respondentů) z hospiců a z interních oddělení 42% (23 respondentů). Otázka č. 11 možnost A zvolilo 80% (24 respondentů), B 20% (6 respondentů) z hospiců a 56% (31 respondentů), B 44% (24 respondentů) z interních oddělení. Otázku č. 14 možnost A zaškrtnulo 87% (26 respondentů), B 13% (4 respondenti), C žádný respondent z hospiců, 47% (26 respondentů), B 53% (29 respondentů), C žádný respondent z interních oddělení. Z toho vyplývá, že má hypotéza se nepotvrdila. Všeobecné sestry na interních odděleních mají menší teoretické znalosti v oblasti komunikace s terminálně nemocnými a jejich rodinnými příslušníky. V hospicích je komunikace uspokojivá.

Třetí hypotézu, kterou jsem si zvolila zní: Domnívám se, že všeobecné sestry pracující na interních odděleních mají stejné teoretické znalosti o problematice terminálně nemocného, jako sestry pracující v hospicích. Kritérium pro tuto hypotézu je, že sestry odpoví správně na 3 otázky ze 4. První otázka, kterou jsem si zvolila, na

tuto danou hypotézu zněla: Vysvětlete pojem „Terminálně nemocný pacient“, kde všichni dotazovaní respondenti odpověděli správně, ikdyž každý pojem terminálně nemocný vysvětlil po svém, i tak byla odpověď správná. Pouze 7% (2 respondenti) z hospice neodpověděli. V další otázce, související s danou hypotézou, jsem se respondentů ptala, zda komunikují s terminálně nemocnými pacienty (např: při podávání stravy do NGS, při stlaní lůžka apod.), ikdyž ví, že někteří pacienti to nemohou vnímat, jelikož jsou v kómatu. Kde odpovědi byly opět převážně správné, a to v hospicích v 80% (24 respondentů) a na interních odděleních 76% (42 respondentů), že se snaží komunikovat, protože ví, že je to stále lidská bytost, která vnímá. Poslední 2 otázky související s touto hypotézou se zabývají fázemi umírání, a kdo tyto fáze popsal. Odpovědi byly u většiny opět správné. Fáze umírání, kterými je popírání, hněv, smlouvání, deprese a akceptace, tuto možnost zakroužkovalo 93% (28 respondentů) z hospiců a 96% (53 respondentů) z interních oddělení. Těchto 5 fází popsala Elisabeth Kübler-Rossová, na tuto otázku odpovědělo správně 90% (27 respondentů) z hospiců a 96% (53 respondentů) z interních oddělení. Vidíme tedy, že hypotéza respektive předpoklad se potvrzuje.

ZÁVĚR

Téma této bakalářské práce jsem si vybrala ze zájmu, že jsem chtěla zjistit, jak je to ve skutečnosti s komunikací všeobecných sester s rodinnými příslušníky. První část jsem popsala teoreticky. Ve druhé, pro mě zajímavé praktické části, jsem rozdala a vyhodnotila dotazníky. Zvolila jsem si 3 hypotézy, kdy 2 hypotézy byly potvrzeny, a jedna vyvrácena. První hypotéza řešila, že není rozdíl mezi komunikačními dovednostmi všeobecných sester s rodinnými příslušníky na interních odděleních a v hospicích. Hypotéza byla vyvrácena, jelikož vítězem se staly všeobecné sestry z hospiců, které s rodinnými příslušníky komunikují při každé jejich návštěvě a snaží se jim danou situaci pomoci více zvládnout a vyhovět jejich požadavkům. Ve druhé hypotéze zjišťuji, zda komunikace mezi rodinnými příslušníky a zdravotnickým personálem není dostačující. Hypotéza byla potvrzena. A poslední třetí hypotéza řeší, zda jsou znalosti všeobecných sester o problematice terminálně nemocného uspokojivé. Hypotéza byla potvrzena. Přínosem pro praxi je, že by sestry měli být více edukovány v komunikaci s rodinnými příslušníky, jak rodinným příslušníkům pomoci danou a těžkou situaci zvládnout a ulehčit. Konkrétním příkladem by mohla být kvalifikace sester v oblasti komunikace s rodinnými příslušníky, pozůstalými a terminálně nemocnými. Zjistili jsme, že v hospicích je kvalitnější úroveň komunikace nejen s terminálně nemocnými, ale i s jeho rodinou. Ovšem na ostatních odděleních není komunikace na dobré úrovni. Toto není dobré. Jen se nebát s rodinnými příslušníky komunikovat a umět jim nabídnout pomocnou ruku a popřípadě rameno a útěchu.

Výsledky mé bakalářské práce mohou posloužit všeobecným sestram, jak komunikovat s rodinnými příslušníky, nebo jaké specialisty jim doporučit v této těžké situaci. Z mé práce samozřejmě vyplývá patrný rozdíl mezi interními odděleními a hospici. Kde v hospicích jsou komunikační dovednosti, celkově komunikace s rodinnými příslušníky lepší, než na interních odděleních. Kde si myslím, že by se sestry měly více zaměřit na komunikaci s rodinnými příslušníky, ikdyž v jejich časové tísní to občas nejde, ale i přesto. Každý z nás, kdo by se ocitl v takto těžké situaci, by byl rád, za každou informaci, či vlídné slovo při každé návštěvě svého blízkého.

Vhodné by byly semináře na toto téma, či kvalifikace sester, o které jsem už hovořila, ale také i informační brožury pro všeobecné sestry.

Zjištěné výsledky jsou platné pouze pro danou skupinu respondentů. Aby šetření bylo validní, bylo by zapotřebí většího vzorku.

Doporučení, které vyplývá z mého zjištění, aby sestry byly aktivnější v komunikaci jak s terminálně nemocnými, tak i s rodinnými příslušníky. Ráda bych do součástí výukového materiálu pro všeobecné sestry zařadila zásady v podobě Desatera doporučení pro sestry pracující s terminálně nemocnými [Příloha 2].

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

- [1] KELNAROVÁ, Jarmila. *Psychologie pro studenty zdravotnických oborů*. 1. Praha : Grada, 2010. 162 s. ISBN 978-80-247-3270-1.
- [2] KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Vážně nemocný mezi námi*. 1. Praha: Avicenum, 1989. 107 s.
- [3] MIKULÁŠTÍK, Milan. *Komunikační dovednosti v praxi*. 2. Praha: Grada, 2010. 325 s. ISBN 978-80-247-2339-6.
- [4] ZACHAROVÁ, Eva. *Základy komunikace pro ošetrovatelskou praxi*. 1. Brno: Tribun EU, 2011. 129s. ISBN 978-80-7399-285-9.
- [5] VUČKOVÁ, Jaroslava. *Ošetrovatelství pro 3. Ročník středních zdravotnických škol, obor všeobecná sestra*. 1.vyd. Praha: Fortuna, 1996. 150s. ISBN 80-7168-367-1.
- [6] HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. 3.vyd. Praha: Galén, 2002. 272 s. ISBN 80-7262-132-7.
- [7] FAKULTNÍ NEMOCNICE HRADEC KRÁLOVÉ. *Paliativní léčba*. [online]. Hradec Králové: 2011 [cit.: 6.12.2011]. Dostupné z: www.lfhk.cuni.cz/onkol/NEW/paliativni-lecba.html
- [8] SKÁLA, B., SLÁMA, O., VORLÍČEK, J. a MISCONIOVÁ, B. *Paliativní péče o pacienty v terminálním stadiu nemoci*. Praha: CDP-PL, 2005. 1s. ISBN 80-86998-03-7.
- [9] PLEVOVÁ, I. A kol. *Ošetrovatelství II*. Praha: Grada, 2011. 221 s. ISBN 978-80-247-3558-0.
- [10] TOMAGOVÁ, M., BÓRIKOVÁ, I. A kol. *Potreby v ošetrovatelství*. Masrtin: Osveta, 2008. 196 s. ISBN 978-80-8063-270-0.
- [11] SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. Praha: Kostelní Vydří, 2011. 149 s. ISBN 978-80-7195-580-1.
- [12] Diplomka [online]. [cit.: 6.12.2011] dostupné z: http://www.hospice.cz/hospice1/data/diplomka_xx.doc.

- [13] O'CONNOR,M., ARANDA, S. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*.Praha:Grada,2003. 324 s. ISBN 80-247-1295-4.
- [14] ŠPATENKOVÁ,N. *Poradenství pro pozůstalé*. Praha:Grada Publishing, 2008.144 s. ISBN 978-80-247-1740-1.
- [15] HAVLÍČKOVÁ,M. *Vliv péče o terminálně nemocné na psychiku sester*. In. *Bakalářská práce Zlín.Zlín:Univerzita Tomáše Bati,2007*.
- [16] VENGLAŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha:Grada, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
- [17] ŠPATENKOVÁ,N.,KRÁLOVÁ,J. *Základní otázky komunikace: Komunikace (nejen) pro sestry*. 1. Vyd. Praha:Galén, 2009. 135 s. ISBN 978-80-7262-599-4.
- [18] HAŠKOVCOVÁ,H. *Thanatologie. Nauka o umírání a smrti*.2. vyd.Praha:Galén,2007.244s.ISBN 978-80-7262-471-3.
- [19] FALDÍKOVÁ, P. a ÉLI, R. Haptika v ošetrovatelství. *Nemocniční listy*.2008, roč.IX, č. 3, s. 9-10. ISSN 1802-0224.
- [20] KŘIVOHLAVÝ,J. *Rozhovor a jednání člověka s člověkem- sociální komunikace ve zdravotnictví*.1.vyd.Brno: Ústav pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků, 1981.93s. ISBN 57-875-80
- [21] HAŠKOVCOVÁ,H. *Lékařská etika*.2. vyd. Praha: Galén,1997. 193s. ISBN 80-85824-54-X

SEZNAM ZKRATEK

NAPŘnapříklad

PŘ.....příklad

RESP.....respektive

POPŘ.....popřípadě

ATD.....a tak dále

TJ.to je

APOD.....a podobně

SEZNAM GRAFŮ

Graf č.1: *Pohlaví respondentů*

Graf č.2: *Věk respondentů*

Graf č.3: *Dosažené vzdělání respondentů*

Graf č.4: *Oddělení respondentů*

Graf č.5: *Volba pracoviště*

Graf č.6: *Proč sestry pracují na svém oddělení*

Graf č.7: *Jak sestry hodnotí svůj kontakt s rodinnými příslušníky*

Graf č.8: *Jak sestry vyhovují přáním rodinných příslušníků*

Graf č.9: *Žádost rodinných příslušníků k přemístění nemocného na jiný pokoj*

Graf č.10 a), b): *Doporučení sester*

Graf č.11: *Komunikace s rodinnými příslušníky při každé návštěvě nemocného*

Graf č.12: *Jaké vlastnosti by měla mít všeobecná sestra v komunikaci s rodinnými příslušníky*

Graf č.13: *Možnosti návštěv před nebo po návštěvních hodinách*

Graf č.14: *Je zdravotnický personál aktivní při komunikaci s rodinnými příslušníky*

Graf č.15 a), b): *Terminálně nemocný pacient*

Graf č.16: *Potřeby terminálně nemocného v oblasti ošetrovatelské péče*

Graf č.17: *Komunikace s terminálně nemocným*

Graf č.18: *Fáze umírání*

Graf č.19: *Kdo popsal 5 fází umírání*

Graf č.20 a), b): *Pomoc pozůstalým v problematice sociální*

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Dotazník

Příloha č.2: Desatero doporučení pro sestry pracující s terminálně nemocnými

Příloha č.3: Žádost o povolení sběru dat k výzkumnému šetření v Klatovské nemocnici a.s.- interní oddělení

Příloha č.4: Žádost o povolení sběru dat k výzkumnému šetření v FN Plzeň, Lochotín- interní oddělení

Příloha č. 5: Žádost o povolení sběru dat k výzkumnému šetření v Hospicu sv. Lazara v Plzni

Příloha č.6 Žádost o povolení sběru dat k výzkumnému šetření v Hospicu sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích

Příloha č.7: Žádost o povolení sběru dat k výzkumného šetření v Hospicu Dobrého Pastýře v Čerčanech

13. PŘÍLOHY

Příloha č. 1- Dotazník

Vážený respondent,

jmenuji se Kristýna Musilová. Jsem studentkou 3. ročníku oboru Všeobecná sestra, Fakulty zdravotnických studií pod Západočeskou univerzitou v Plzni. Chtěla bych Vás tímto požádat o vyplnění dotazníku k mé realizaci bakalářské práce, na téma Komunikace s rodinnými příslušníky u terminálně nemocných. Dotazník je anonymní a bude sloužit pouze k účelům vyhodnocení.

Děkuji Vám za Váš čas a ochotu.

1) Vaše pohlaví?

- a. Žena
- b. Muž

2) Kolik Vám je let?

- a. 20-30 let
- b. 30-50 let
- c. 50 a více

3) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a. SZŠ- všeobecná sestra
- b. SZŠ- zdravotnický asistent
- c. VOŠZ
- d. VŠ

4) Na jakém pracovišti pracujete?

- a. Interní oddělení
- b. Hospic

5) Vybrala jste si pracoviště dobrovolně?

- a. Ano (pokračujte v otázce 7)
- b. Ne (pokračujte v otázce 6)

6) Co Vás vedlo k tomu, že pracujete na Vašem oddělení?

- a. Osobní důvody
- b. Ekonomická situace
- c. Jiná volná pracoviště nebyla
- d. Jiné důvody

- 7) **Jak hodnotíte Váš kontakt s rodinnými příslušníky?**
- a. Cítím se užitečná
 - b. Obohacuje mě
 - c. Pokud mohu, vyhýbám se kontaktu s rodinnými příslušníky
 - d. Znamená pro mě velkou psychickou zátěž
- 8) **Vyhovíte veškerým přáním rodinných příslušníků, pokud je to ve Vašich silách?**
- a. Ano, snažím se jim tuto těžkou situaci pomoci zvládnout
 - b. Ano, ale jen do určité míry
 - c. Ne, mám spousty práce a nedostatek času
- 9) **Stalo se Vám někdy, že by Vás rodinní příslušníci požádali o přemístění svého příbuzného (terminálně nemocného) na jiný pokoj?**
- a. Ano, vyhověli jsme jejich požadavku
 - b. Ano, ale bohužel jsme kvůli kapacitě oddělení nemohli vyhovět
 - c. Ne, nestalo
- 10) **Přišli za Vámi někdy rodinní příslušníci, že potřebují s danou situací pomoci, jelikož jí nezvládají? Pokud ano, co jste jim doporučila, či jak jste jim pomohla?**
- a. Ano
.....
.....
 - b. Ne
- 11) **Komunikujete s rodinnými příslušníky u terminálně nemocného klienta, při každé jejich návštěvě nemocného?**
- a. Ano
 - b. Ne
- 12) **Jaké vlastnosti by měla mít všeobecná sestra v komunikaci s rodinnými příslušníky u terminálně nemocných? (vyberte 3 možnosti)**
- a. Empatická
 - b. Ochotná pomoci
 - c. Zdravé sebevědomí
 - d. Lítostivá
 - e. Být odolná vůči zátěži
 - f. Komunikativní
 - g. Společenská

13) Je na vašem oddělení možnost návštěvy příbuzného před nebo po návštěvních hodinách?

- a. Ano, po společné domluvě
- b. Ne

14) Myslíte si, že je zdravotnický personál aktivní při komunikaci s rodinnými příslušníky?

- a. Ano, myslím si, že personál dělá vše co je v jeho silách
- b. Ano, ale myslím si, že by šlo udělat více
- c. Ne, velkou roli hraje nedostatek času a množství práce

15) Vysvětlíte pojem „Terminálně nemocný pacient“.

.....

.....

.....

.....

16) Co je podle Vás nejdůležitější v oblasti ošetrovatelské péče u terminálně nemocného? Označte čísla od 1-10, kdy 1 je nejdůležitější.

- a. Hydratace
- b. Výživa
- c. Psychický stav klienta
- d. Vylučování
- e. Polohování
- f. Péče o dekubity a rány
- g. Prevence vzniku zápalu plic
- h. Prevence vzniku infekce (PMK, PŽK)
- i. Tlumení bolesti
- j. Empatický přístup zdravotnického personálu

17) Komunikujete s terminálně nemocným (např.: při ranní hygieně, při podávání stravy do NGS, při podávání léků, při stlaní lůžka atd.), ikdyž víte, že nemocný to nevnímá?

- a. Ano, snažím se, je to stále lidská bytost, která vnímá
- b. Ano, ale myslím si, že bych mohla více
- c. Ne, pacient mě stejně nevnímá

18) Jaké jsou fáze umírání?

- a. Popírání, akcelerace, jednání, úzkost, hněv
- b. Žal, otupělost, smíření, deprese, agrese
- c. Popírání, hněv, smlouvání, deprese, akceptace

19) Kdo popsal těchto 5 fází umírání?

- a. Marjory Gordonová
- b. Elisabeth Kübler- Rossová
- c. Florence Nightingale

20) Koho doporučíte pozůstalým, pokud Vás požádají o pomoc v problematice sociální? (Prosím vypište)

.....
.....

Příloha č.2

„Desatero doporučení pro sestry pracující s terminálně nemocnými“

- 1.) Buďte empatická!
- 2.) Buďte vstřícná!
- 3.) Komunikujte s klientem při každé ošetrovatelské činnosti, kterou u něj budete provádět!
- 4.) Uspokojujte klientovy bio-psycho-sociální a spirituální potřeby!
- 5.) Snažte se zabránit vzniku dekubitů, opruzenin a vzniku infekcí z důvodů zavedení PMK a PŽK!
- 6.) Komunikujte s rodinnými příslušníky pravidelně!
- 7.) Snažte se rodinným příslušníkům při každé jejich návštěvě podat dostatek informací dle Vašich kompetencí!
- 8.) Nabídněte pomocnou ruku, pokud vidíte, že rodinní příslušníci danou situaci nezvládají. Promluvte si s nimi!
- 9.) Doporučte jim odbornou pomoc (sociální pracovníci, psychologa)!
- 10.) Udělejte vše co je ve Vašich silách a kompetencích a pak vše vypusťte. Zrelaxujte se!

Příloha č.3

Věc: Žádost o povolení sběru dat k výzkumnému šetření bakalářské práci

Obracím se na Vás s žádostí o umožnění vyplnění dotazníků na Vašem pracovišti, které poslouží k realizaci mé bakalářské práce. V rámci výzkumného šetření mapuji komunikaci všeobecných sester s rodinnými příslušníky u terminálně nemocných. Cílem mé práce je zjistit a porovnat zásady komunikace u všeobecných sester na interním oddělení a hospicích. Sběr dat bude provádět formou anonymního a dobrovolného dotazníku.

Chtěla bych Vás tímto požádat o souhlas k provedení výzkumného šetření na Vašem oddělení. Svou závěrečnou práci vypracovávám pod vedením Mgr. Ilony Jančové, která také dohlíží na etická kritéria této práce.

Výsledky budou zpracovány anonymně a můžete se s nimi v případě zájmu seznámit.

Prosím o sdělení Vašeho rozhodnutí.

Děkuji

V Plzni, 06.12.2011

Kristýna Musilová

Studentka III. Ročníku ošetřovatelství

Fakulta zdravotnických studií ZČU v Plzni

Kontaktní adresa:

Kristýna Musilová

Klenovská 271

Janovice nad Úhlavou, 340 21

e-mail: Musilova.Kristyna@seznam.cz

Vyjádření k žádosti : žádost povolena žádost nepovolena

Odůvodnění:

.....
.....
.....
.....
.....

Datum, podpis, razítko :

9.12.2011

V. Musilová
Musilová



Příloha č.4

Věc: Žádost o povolení sběru dat k výzkumnému šetření bakalářské práci

Obracím se na Vás s žádostí o umožnění vyplnění dotazníků na Vašem pracovišti, které poslouží k realizaci mé bakalářské práce. V rámci výzkumného šetření mapuji komunikaci všeobecných sester s rodinnými příslušníky u terminálně nemocných. Cílem mé práce je zjistit a porovnat zásady komunikace u všeobecných sester na interním oddělení a hospicích. Sběr dat bude provádět formou anonymního a dobrovolného dotazníku.

Chtěla bych Vás tímto požádat o souhlas k provedení výzkumného šetření na Vašem oddělení. Svou závěrečnou práci vypracovávám pod vedením Mgr. Ilony Jančové, která také dohlíží na etická kritéria této práce.

Výsledky budou zpracovány anonymně a můžete se s nimi v případě zájmu seznámit.

Prosím o sdělení Vašeho rozhodnutí.

Děkuji

V Plzni, 06.12.2011

Kristýna Musilová

Studentka III. Ročníku ošetrovatelství

Fakulta zdravotnických studií ZČU v Plzni

Kontaktní adresa:

Kristýna Musilová

Klenovská 271

Janovice nad Úhlavou, 340 21

e-mail: Musilova.Kristyna@seznam.cz

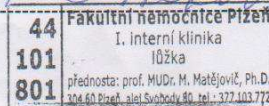
Vyjádření k žádosti : žádost povolena žádost nepovolena

Odůvodnění:

.....
.....
.....
.....

Datum, podpis, razítko :

4/12 2011 B. Bláhová



Příloha č.5

Věc: Žádost o povolení sběru dat k výzkumnému šetření bakalářské práci

Obracím se na Vás s žádostí o umožnění vyplnění dotazníků na Vašem pracovišti, které poslouží k realizaci mé bakalářské práce. V rámci výzkumného šetření mapuji komunikaci všeobecných sester s rodinnými příslušníky u terminálně nemocných. Cílem mé práce je zjistit a porovnat zásady komunikace u všeobecných sester na interním oddělení a hospicích. Sběr dat bude provádět formou anonymního a dobrovolného dotazníku.

Chtěla bych Vás tímto požádat o souhlas k provedení výzkumného šetření na Vašem oddělení. Svou závěrečnou práci vypracovávám pod vedením Mgr. Ilony Jančové, která také dohlíží na etická kritéria této práce.

Výsledky budou zpracovány anonymně a můžete se s nimi v případě zájmu seznámit.

Prosím o sdělení Vašeho rozhodnutí.

Děkuji

V Plzni, 06.12.2011

Kristýna Musilová

Studentka III. Ročníku ošetrovatelství

Fakulta zdravotnických studií ZČU v Plzni

Kontaktní adresa:

Kristýna Musilová

Klenovská 271

Janovice nad Úhlavou, 340 21

e-mail: Musilova.Kristyna@seznam.cz

Vyjádření k žádosti : žádost povolena žádost nepovolena

Odůvodnění:

.....
.....
.....
.....

Datum, podpis, razítko :

8.12.11 Kae' hme



Příloha č.6

Věc: Žádost o povolení sběru dat k výzkumnému šetření bakalářské práci

Obracím se na Vás s žádostí o umožnění vyplnění dotazníků na Vašem pracovišti, které poslouží k realizaci mé bakalářské práce. V rámci výzkumného šetření mapuji komunikaci všeobecných sester s rodinnými příslušníky u terminálně nemocných. Cílem mé práce je zjistit a porovnat zásady komunikace u všeobecných sester na interním oddělení a hospicích. Sběr dat bude provádět formou anonymního a dobrovolného dotazníku.

Chtěla bych Vás tímto požádat o souhlas k provedení výzkumného šetření na Vašem oddělení. Svou závěrečnou práci vypracovávám pod vedením Mgr. Ilony Jančové, která také dohlíží na etická kritéria této práce.

Výsledky budou zpracovány anonymně a můžete se s nimi v případě zájmu seznámit.

Prosím o sdělení Vašeho rozhodnutí.

Děkuji

V Plzni, 06.12.2011

Kristýna Musilová

Studentka III. Ročníku ošetrovatelství

Fakulta zdravotnických studií ZČU v Plzni

Kontaktní adresa:

Kristýna Musilová

Klenovská 271

Janovice nad Úhlavou, 340 21

e-mail: Musilova.Kristyna@seznam.cz

Vyjádření k žádosti : žádost povolena žádost nepovolena

Odůvodnění:

Hospic sv. Jana N. Neumanna
souhlasí se sběrem dat při výzkumném
šetření v rámci vypracování bakalářské práce
paní Kristýny Musilové

Datum, podpis, razítko :

9. ledna 2012 v. z. Liška



Neumannova 144
383 01 Prachatice
IČ: 70853517 ©

Příloha č.7

Věc: Žádost o povolení sběru dat k výzkumnému šetření bakalářské práci

Obracím se na Vás s žádostí o umožnění vyplnění dotazníků na Vašem pracovišti, které poslouží k realizaci mé bakalářské práce. V rámci výzkumného šetření mapuji komunikaci všeobecných sester s rodinnými příslušníky u terminálně nemocných. Cílem mé práce je zjistit a porovnat zásady komunikace u všeobecných sester na interním oddělení a hospicích. Sběr dat bude provádět formou anonymního a dobrovolného dotazníku.

Chtěla bych Vás tímto požádat o souhlas k provedení výzkumného šetření na Vašem oddělení. Svou závěrečnou práci vypracovávám pod vedením Mgr. Ilony Jančové, která také dohlídí na etická kritéria této práce.

Výsledky budou zpracovány anonymně a můžete se s nimi v případě zájmu seznámit.

Prosím o sdělení Vašeho rozhodnutí.

Děkuji

V Plzni, 06.12.2011

Kristýna Musilová

Studentka III. Ročníku ošetrovatelství

Fakulta zdravotnických studií ZČU v Plzni

Kontaktní adresa:

Kristýna Musilová

Klenovská 271

Janovice nad Úhlavou, 340 21

e-mail: Musilova.Kristyna@seznam.cz

Vyjádření k žádosti : žádost povolena žádost nepovolena

Odůvodnění:

.....
.....
.....
.....
.....

Datum, podpis, razítko :

Vlasta Chaloupecká
všeobecná sestra

Hospic Dobrého Pastýře
Sokolská 584, 257 22 Čerčany
tel. 317 777 381, fax. 317 700 903
ICO-18623433
NZZ, zřizovatel: o.s. TRÍ