ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA VPLZNI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2013 **Lucie Hančínová**

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetřovatelství B5341

Lucie Hančínová

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341 R009

SPECIFIKA KOMUNIKACE

S ONKOLOGICKY NEMOCNÝM

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Lenka Kroupová

PLZEŇ 2013

PROHLÁŠENÍ:

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

V Plzni dne 17. 3. 2013 ……..

vlastnoruční podpis

PODĚKOVÁNÍ:

Děkuji mé vedoucí práce Mgr. Lence Kroupové za odborné vedení a cenné rady, které mi poskytla během vypracování této bakalářské práce. Dále chci poděkovat zdravotnickému personálu Městské nemocnice v Litoměřicích za ochotu a spolupráci.
Zvláštní poděkování patří hlavně mé rodině za trpělivost a podporu po dobu mého studia.

ANOTACE

Příjmení a jméno: Hančínová Lucie
Katedra: Ošetřovatelství
Název práce: Specifika komunikace s onkologicky nemocným
Vedoucí práce: Mgr. Lenka Kroupová
Počet stran: 82
Počet příloh: 5
Počet titulů použité literatury: 29

Souhrn: Tato bakalářská práce shrnuje a zkoumá poznatky z oblasti komunikace všeobecných sester s onkologicky nemocnými pacienty. Je rozdělena na dvě základní částí. První teoretická část se věnuje onkologii, komunikaci, psychologickým aspektům prožívání nemoci a paliativní péči. Druhá praktická část bakalářské práce zkoumá úroveň komunikace všeobecných sester s onkologicky nemocnými v nemocničním zařízení. Dále se praktická část věnuje spokojenosti onkologicky nemocných, s komunikací ze strany všeobecných sester.

KLÍČOVÁ SLOVA:
onkologie- komunikace- psychologické aspekty- paliativní péče- všeobecná sestra.

ANNOTATION

Surname and name: Hančínová Lucie
Department: Nursing
Title of thesis: The specifics of comunication with cancer patients
Consultant: Mgr. Lenka Kroupová
Number of pages: 82
Number of appendices: 5
Number of literature: 29

Summary: This thesis summarizes the findings and Explorer the area of communication with nurses with oncology patiens. Is dividend into two part.One theoretical part focuses on oncology and communication. Two practical part of the thesis examines the communication nurses with oncology patients in a hospital setting. Furtermore, the practical part deals with cancer patients satisfaction with communication from nurses.

KEY WORDS
oncology - communication - psychological aspects - paliative care - nurse.

Obsah

ÚVOD 9
1. TEORETICKÁ ČÁST 10
1.1 Onkologie 10
1.2 Historie onkologie 10
1.3 Kategorie onkologických pracovišť 10
1.4 Výskyt maligních chorob 11
1.5 Příčiny vzniku maligních chorob 11
1.6 Diagnostika maligního onemocnění 13
1.7 Léčba nádorových onemocnění 15
1. 8 Etika a onkologie 17
2. PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY PROŽÍVÁNÍ NEMOCI 19
2.1 Nepřiměřená adaptace na nemoc 19
2.2 Faktory ovlivňující adaptaci na nemoc 20
2.3 Fáze přijetí nevyléčitelného onemocnění 20
2.4 Psychosociální problémy vážně nemocných 21
3. KOMUNIKACE 23
3.1 Druhy komunikace 23
3.2 Způsoby komunikace 23
3.3 Komunikace a psychologické teorie 25
3.4 Pravidla efektivní komunikace 25
3.5 Chyby v komunikaci 26
3.6 Naslouchání 26
3.7 Techniky naslouchání 27
3.8 Komunikace u problémových pacientů 27
4. KOMUNIKACE S ONKOLOGICKY NEMOCNÝM 29
4.1 Sdělování onkologické diagnózy 29
4.2 Zásady komunikace s onkologicky nemocným 30
4.3 Cíle rozhovoru s onkologicky nemocným 30
5. PALIATIVNÍ PÉČE 32
5. 1. Paliativní péče v nemocnicích 32
5.2 Hospicová péče 33
5.3 Sestra v paliativní péči 33
5.4 Komunikace s nemocným v terminální fázi života 33
5.5 Komunikace s rodinnými příslušníky nemocného 34
6. PRAKTICKÁ ČÁST 36
6.1 Formulace problému 36

6.2 Cíl a úkol průzkumu 36
6.3 Hypotézy 36
6.4 Vzorek respondentů 37
6.5 Metody výzkumu 37
6.6 Pilotní studie 38
6.7 Zpracování údajů 38
6.8 Prezentace a interpretace získaných údajů 39
DISKUZE 69
ZÁVĚR 74
LITERATURA A PRAMENY 76
SEZNAM ZKRATEK 78
SEZNAM TABULEK A GRAFŮ 79
SEZNAM PŘÍLOH 80
PŘÍLOHA A 81
PŘÍLOHA B 84
PŘÍLOHA C 85
PŘÍLOHA D 90
PŘÍLOHA E 91

ÚVOD

Onkologická onemocnění patří mezi jedny z nejčastějších příčin úmrtí v České republice. Incidence malignit stále stoupá, do konce roku 2012 dosáhne mortalita na zhoubná onemocnění 55% všech úmrtí. Dle odhadů světové zdravotnické organizace, vzroste počet onkologicky nemocných do roku 2015 na 85 miliónů obyvatel na celém světě. Lidé jsou čím dál, tím více vystavováni karcinogenním vlivům. To má za následek, že v dnešní době musí malignímu onemocnění čelit každý čtvrtý člověk. Tímto znepokojivým faktem, se několik let zabývají odborníci celého světa. A snaží se zdokonalit nejen prevenci, diagnostiku a terapii zhoubných chorob, ale zabývají se i zvyšováním kvality života nemocného. Do popředí, se tudíž dostává vedle uspokojování biologických potřeb i uspokojování potřeb psychosociálních a duchovních. S tím souvisí i kvalita komunikace zdravotníků s pacientem. Je třeba si uvědomit, že efektivní komunikace je pro nemocného velice důležitá a klíčová pro zajištění spolupráce s klientem. Na druhé straně, je prokázáno, že nevhodnou komunikací, může zdravotník nemocného poškodit.

Jsem zaměstnaná na interním oddělení, Městské nemocnice v Litoměřicích, kde onkologicky nemocní pacienti tvoří vysoké procento hospitalizovaných. Zajímalo by mě, na jaké úrovni se nachází komunikace mezi nelékařským zdravotnickým personálem a onkologicky nemocnými. Proto jsem si vybrala téma bakalářské práce, kde stěžejní je právě komunikace s onkologickými pacienty. Doufám, že výsledky této práce mohou sloužit ke zkvalitnění komunikace všeobecných sester. Dle mého názoru je velice důležitá, nejen komunikační příprava studentů zdravotnických škol, ale především považuji za nutné, proškolovat v komunikaci i zdravotníky v nemocničních zařízeních. V první časti této práce, je obsažena teorie onkologie a komunikace. Psychologické aspekty nevyléčitelného onemocnění a specifika komunikace s onkologicky nemocným. Druhá praktická část práce, je zaměřena na přístup nelékařského zdravotnického personálu k onkologickým pacientům. Cílem práce je objasnit úroveň komunikace zdravotníků s onkologicky nemocným. Zjistit nedostatky v komunikaci a zmapovat míru využití efektivní komunikace s onkologicky nemocnými pacienty. Kvalitativní část výzkumného šetření, je zaměřena na onkologicky nemocné, kde zjišťuji spokojenost pacientů s komunikací ve zdravotnictví.

1. TEORETICKÁ ČÁST

1.1 Onkologie

„ *Onkologie je medicínský obor, který se zabývá prevencí, diagnostikou, terapií a následnou péčí o pacienty s nádorovým onemocněním. Nádorová onemocnění označují skupinu nemocí, které se vyznačují nekontrolovaným buněčným dělením"*(9, s. 88).

1.2 Historie onkologie

První zmínky o výskytu maligních novotvarů se objevují již ve starověku. Touto problematikou se zabýval i slavný řecký lékař Hippokrates, který použil jako první termín karcinom. Tento termín si Hippokrates vybral na podkladě podobnosti pokročilého stádia karcinomu prsu, se siluetou pobřežního kraba (Carcinides meanas). Vzhledem k tomu, že léčení pacienti podléhali rakovině dříve, než neléčení, ponechával Hippokrates onkologicky nemocné bez terapie. Odstraňoval pouze nádory, které se vyskytovaly na povrchu těla, pomocí rozžhaveného železa. Na terapii zhoubných nádorů se ve své době soustředil i řecký lékař Galenos. Ke konzervativní terapii se podával nemocným arzenik. Až do 16. století se pro minimální úspěšnost od chirurgické léčby nádorů ustoupilo. Na přelomu 19.a 20. století došlo k objevení paprsků X a gama záření, tato významná událost přispěla k rozvoji onkologie.

Během posledních let se zrychlil vývoj chemoterapie, která se vedle radioterapie a chirurgické léčby podílí na úspěšné léčbě zhoubných onemocnění. Zvýšenou pozornost věnují zdravotničtí pracovníci kvalitě života nevyléčitelně nemocných. Ta je mnohdy pacientem upřednostňována, na úkor délky dožití. V České republice se na rozvoji Onkologie podílejí i odborné společnosti, Česká onkologická společnost (ČOS) a společnost radiační onkologie biologie, a fyziky (SROBF), (19).

1.3 Kategorie onkologických pracovišť

Kategorie onkologických pracovišť můžeme rozdělit na čtyři skupiny, do první kategorie spadají krajská pracoviště, která využívají nejlepší techniku, nejmodernější diagnostické a léčebné prostředky. Provádí se zde např. transplantace kostní dřeně, intraarteriální chemoterapie atd. Pracuje zde vysoce kvalifikovaný personál. Clem péče na těchto

pracovištích, je úplné vyléčení nemocného. Probíhá zde výzkum a výuka budoucích specialistů. Do druhé kategorie označované jako 2A, jsou zařazena standardní onkologická pracoviště, zaměřující se na kurativní terapii. V kategorii 2B, se uplatňuje zejména paliativní péče na standardních onkologických odděleních. Ve 3 kategorii je zahrnuta onkologická ambulantní péče. Pro léčbu zhoubných onemocnění, je velice důležitá včasná diagnostika. Ta závisí především na ambulantních a praktických lékařích. Čím dříve je nádor detekován, tím vyšší má pacient naději na úplné vyléčení. Důležitou roli v systému poskytování péče nevyléčitelně nemocným hraje hospicová péče (19).

1.4 Výskyt maligních chorob

Sledování výskytu onkologických onemocnění, má veliký význam pro odhad úspěšnosti léčby, prevence a diagnostiky. Statistické údaje o výskytu nemocí, nám pomohou odhadnout i ekonomický dopad výskytu zhoubných onemocnění na společnost.
Pro lepší orientaci ve statistických údajích, je vhodné znát základní epidemiologické pojmy. Incidence jde o počet všech nově diagnostikovaných nádorových chorob, které vznikly v období jednoho roku přepočtených na 100 000 obyvatel. Prevalence je počet nemocných žijících s určitou onkologickou diagnózou, ke konkrétnímu datu. Mortalita označuje počet zemřelých na maligní onemocnění za rok, opět v přepočtu na 100 000 obyvatel. Pojem specifická mortalita označuje počet zemřelých na určitý druh maligního onemocnění. Dle statistických údajů postihne v České republice onkologické onemocnění každého třetího člověka. A každý čtvrtý na zhoubné onemocnění zemře (27).

1.5 Příčiny vzniku maligních chorob

Příčiny vzniku onkologických nemocí dělíme do dvou základních skupin, na zevní a vnitřní. Mezi zevní faktory, které se významně podílejí na vzniku nádorových onemocnění, řadíme vliv životního prostředí. Mezi nejrizikovější karcinogeny patří tabák. Na následky nikotinismu zemře v ČR 40% mužů a 20% žen s onkologickou diagnózou. Kancerogeny v tabákovém kouři se podílejí na vzniku, nádorů dutiny ústní, laryngu, plic, ledvin a močového měchýře. Je prokázáno, že dlouhodobé užívání alkoholu a tabáku je příčinou až 85% malignit v dutině ústní, laryngu a jícnu. Při nadměrném užívání alkoholu dochází k poškození jater. Jeho důsledkem se aktivují prokancerogeny ,sníží se schopnost detoxikace, dojde k hypovitaminóze vitamínu A, C, železa a riboflavinu. Nastanou poruchy me-

tabolismu a sníží se imunitní ochrana organismu. Na vzniku malignit se podílí i nevhodná životospráva. Při zvýšeném příjmu nevhodné potravy, dochází k nadváze a obezitě. S obezitou je spojeno vysoké riziko vzniku karcinomu endometria, ledvin, žlučníku, tlustého střeva a prsu. Nepříznivý vliv na organismus mají živočišné tuky, jednoduché cukry a konzervační látky. Nevhodná je konzumace smaženého jídla a uzeného masa. Navzdory tomu jsou potraviny, které riziko vzniku nádorového onemocnění snižují. Protektivní účinek mají vláknina, vitamín C, vit. E, kalcium a selen. Také nedostatek pohybu a sedavý způsob života zvyšuje riziko vzniku karcinomu tlustého střeva, prsu a plic. Vysoké riziko pro vznik zhoubného onemocnění, představuje ionizující záření. Způsobuje nádory kostní dřeně, štítné žlázy, plic a prsu. Při dlouhodobé expozici ultrafialovému záření bez použití ochranných faktorů, může dojít ke vzniku melanomu kůže, basocelulárního a spinocelulárního karcinomu kůže. Užívání vysokých dávek estrogenů, může mít za důsledek vznik karcinomu prsu a endometria. Naopak užívání kombinované antikoncepce, slouží jako prevence vzniku ovariálních a endometriálních malignit. Na vzniku nádorových onemocnění, se podílejí i infekční patogeny. Například virus Epstein-Barové souvisí se zvýšeným rizikem vzniku maligního lymfomu. K riziku vzniku hepatocelulárního karcinomu přispívá virus Hepatitidy C a B. Human papilomavirus se podílí na vzniku karcinomu děložního čípku. Riziko maligního bujení je spojeno i s prostředím ve kterém se člověk pohybuje. Například práce s anilínovými barvami, azbestem (19).

Za vnitřní příčiny vzniku nádorového onemocnění, se považují genetické faktory. Je prokázáno, že veškerá nádorová onemocnění jsou vyvolána genetickými změnami na buněčné úrovni. Jsou i určité druhy nádorů, které vznikají na základě dědičné predispozice. Jedná se o tzv. familiární výskyt maligního onemocnění. Do skupiny těchto nádorů patří např. karcinom prsu a ovarií, kolorektální karcinom, ten vzniká na podkladě adenomatózní polypózy (19).

V odborné literatuře se objevují názory, že vznik nádorového onemocnění může být podmíněn psychosociálními faktory. Tyto hypotézy se snaží prosadit skutečnost, že na vznik maligního onemocnění se může podílet i stres, potlačování emocí, některá psychická onemocnění (hlavně schizofrenie) nebo charakterový rys osobnosti. Potvrdil se pouze vliv sociálního prostředí a psychického stavu na průběhu terapie (24).

1.6 Diagnostika maligního onemocnění

Při léčbě nádorového onemocnění, je velice důležitá včasná diagnostika, která je bohužel obtížná, protože často pacient přichází k lékaři, až v době kdy se nachází v pokročilém stádiu onemocnění. V tomto období bývá již prognóza velice nepříznivá.

1. ANAMNÉZA

Anamnestické údaje hrají pro diagnostiku malignit důležitou roli. Varovným signálem může být pro lékaře přítomnost nádorového onemocnění v rodině. Při odebírání anamnézy, musí být lékař obezřetný, protože někteří pacienti ze strachu z rakoviny, své potíže záměrně zastírají a bagatelizují (27).

2. LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ

Laboratorní vyšetření je důležitým ukazatelem, pro kontrolu vývoje onemocnění a úspěšnosti terapie. Z hematologických vyšetření jsou důležité hodnoty leukocytů, které jsou při maligním onemocnění velice vysoké. Abnormality v krevním obraze mohou být způsobeny akutní leukémií. U biochemického vyšetření se zaměřujeme na hodnoty glykémie, kdy hypoglykémie mohou být způsobeny, mimo jiné i tumory jater. Osteoblastcké metastázy způsobují nízké hodnoty kalcia v séru. Vysoké hodnoty ALT a AST se vyskytují, u nádorů jater. K odhalení progrese, či recidivy rakoviny slouží odběr tumorových markerů. Stanovují se ze séra, nebo jiných tělních tekutin (moč, likvór). Mezi nejčastěji sledované nádorové markery patří:

AFP-Alfafetoprotein se fyziologicky tvoří ve žloutkovém váčku, během fetálního vývoje. V 95% případů, se zvyšuje u hepatocelulárního karcinomu.

CEA-Carcinoembrionální antigen u kterého mohou vysoké hodnoty upozorňovat na kolorektální karcinom, nádorové onemocnění žaludku, pankreatu, plic a děložního čípku.

CA19-9-Vysoké hodnoty se objevují u nádorů trávicí trubice.

PSA-Prostatický specifický antigen je enzym, který se vylučuje při karcinomu prostaty (19).

3. HISTOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ

Na základě histologického vyšetření, určí patolog klasifikaci nádorů. Vzorek na toto vyšetření se odebírá z podezřelé léze nebo při operaci z odebraného útvaru. Během intraoperačního vyšetření, má operatér možnost získat výsledek histologického vyšetření, během několika minut. Toto vyšetření však není tak spolehlivé, jako histologické vyšetření z parafínových řezů (27).

4.CITOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ

Vzorek se získá z biologického materiálu, při stěru z děložního čípku, punkci výpotku atd. Tento vzorek se nanese na podložní sklíčko, kde se fixuje a barví. Sleduje se přítomnost patologických buněk (27).

Na základě histologického a cytologického vyšetření se určí klasifikace nádorů.

Podle toho z jaké tkáně nádorová ložiska vycházejí, se dělí na epitelové, mezenchymové, neuroektodermální, smíšené a ze zárodečných buněk. Fatální vliv na organismus mají nádory maligní, ty se vyznačují rychlým nekontrovatelným růstem. Mají schopnost tvořit metastázy. Pokud se maligní tumor včas neléčí, nemocný na důsledky jeho destruktivního působení umírá (27).

MEZINÁRODNÍ KLASIFIKAČNÍ SYSTÉM=TNM

Tato stupnice se používá k určení rozsahu onemocnění. Zkratka T určuje pokročilost primárního ložiska. Písmeno N označuje, v jakém rozsahu jsou postiženy mízní uzliny. Zkratka M označuje, zda jsou přítomny metastázy. Pro stupeň diferenciace se používá termín Grading. Ten využívá číselnou stupnici 1-4.Staging a grading nádorů slouží jako ukazatel stádia maligního onemocnění (27).

5. ENDOSKOPICKÉ VYŠETŘENÍ

Jedná se o vyšetřovací metodu, kdy se zavádí endoskop do dutých orgánů. Umožňuje přímé vyšetření tkáně, odběr vzorku k histologickému vyšetření, odstranění celého patologického ložiska. Pomocí endoskopu je diagnostikováno značné množství malignit (27).

6. ZOBRAZOVACÍ VYŠETŘOVACÍ METODY

Zobrazovací vyšetřovací metody mají v onkologii nezastupitelný význam. Podílí se nejen na diagnostice, ale i na plánování terapie. Nejčastěji se využívá nativní RTG vyšetření, pomocí kterého se diagnostikují tumory plic, mediastina a nádory kostní tkáně. K vyšetření dutých orgánů se využívá speciálního RTG vyšetření s kontrastní látkou. Kontrast se do organismu podává přirozenou per orální cestou, nebo se přímo aplikuje do cévního řečiště. Další velice často využívanou metodou, je počítačová tomografie (CT). S pomocí počítačového zobrazení se vyšetřují anatomické struktury ve vrstvách. Diagnostikují se například karcinomy plic, pankreatu, ledvin, jater a nádory gastrointestinální. Pod CT kontrolou se provádějí diagnostické biopsie a plánuje se radioterapie (27).

Magnetická rezonance (MR, MRI) patří mezi zobrazovací vyšetření, kde se kombinuje působení magnetického pole a radioaktivních vln. Výsledky vyšetření jsou počítačově zpracovány a zobrazeny v průřezu. V onkologii se MRI uplatňuje, hlavně v diagnostice nádorů dělohy a vaječníků atd. I když MRI patří mezi spolehlivé, přesné a neinvazivní vyšetřovací metody, pro vysoké provozní náklady se stále v České republice plně nevyužívá. Nevýhodou je i poměrně dlouhá doba vyšetření, nemožnost vyšetření nemocných s kardiostimulátorem a kovovými implantáty (19).

Další neinvazivní vyšetřovací metoda, která využívá vysokofrekvenční ultrazvukové vlnění, to je schopno zobrazit vyšetřované orgány, se nazývá ultrazvuk (USG). Protože ultrazvuk nemá schopnost projít tvrdou tkání, nezobrazuje kosti a mozek. Nejčastěji se diagnostikují patologie v oblasti břicha, krku, gynekologické choroby a nemoci prostaty. Mezi výhody patří dostupnost vyšetření, je neinvazivní, nevyžaduje žádnou přípravu, trvá jen několik minut. Veliký význam v diagnostice onkologických nemocí, zaujímá scintigrafie. Při scintigrafickém vyšetření se aplikuje nemocnému radiofarmakum, to se vychytává ve vyšetřovaném orgánu a následně dochází ke grafickému zobrazení. Nejčastěji se používá k diagnostice nádorů v oblasti mozku, dutině břišní, štítné žlázy a kostí. Vysoce efektivní pro diagnostiku maligních chorob je pozitronová emisní tomografie (PET). Při tomto vyšetření je nemocnému aplikována glukóza s radiofarmakem. Poté se zobrazí patologická tkáň. PET se nejčastěji využívá v onkologii, protože nádorové buňky mají schopnost zvýšeně vychytávat glukózu (19).

1.7 Léčba nádorových onemocnění

Po té co lékař diagnostikuje maligní onemocnění, určí prediktivní a prognostický faktor. Jako prognostický faktor se označuje ukazatel klinického chování zhoubného nádoru. To závisí např. na věku, pohlaví, sociální skupině atd. Pro určení prognostického faktoru je důležitá, lokalizace, stádium a histologická povaha novotvaru. Význam prognostického faktoru se liší, podle druhu nádoru. Například u karcinomu prostaty hraje nejdůležitější roli hladina PSA, naproti tomu u některých solidních nádorů je pro určení
prognózy nejdůležitější, stádium onemocnění. Ukazatel pro pravděpodobnost účinku léčby, se označuje prediktivní faktor. Pomáhá tak lékařům vybrat nejúčinnější terapii. Prognóza a zvolení adekvátní léčby, která závisí na celkovém stavu nemocného tzv. Performance status (19).

K jeho určení se používá stupnice dle světové zdravotnické organizace (WHO):

0- aktivita normální

1- přítomnost symptomů, aktivita běžná

2- na lůžku méně než 50% dne

3- na lůžku více než 50% dne

4- upoután na lůžko"(19, s. 100)

1. DRUHY TERAPIE

Léčbu zhoubného onemocnění dělíme na radikální a paliativní. Cílem radikální terapie je úplné vyléčení pacienta. Patří sem radikální odstranění části, nebo celého orgánu, amputace, ablace, kolostomie atd. Při radikální léčbě se aplikují takové dávky léků, které jsou na hranici destrukce zdravé tkáně. Jak chemoterapie, tak i radioterapie podávaná v kurativních dávkách, může znamenat pro nemocného celoživotní zdravotní následky.

Cílem paliativní terapie je dosažení nejvyšší kvality života nemocného. Péče se soustředí na poskytnutí úlevy od bolesti a zmírnění potíží spojených s působením maligního nádoru na organismus. Paliativní péče se nesoustředí pouze na pacienta, ale zabývá se i péčí o jeho příbuzné a blízké. Obecnou paliativní péči poskytuje každé zdravotnické zařízení. Paliativní péči poskytují instituce, se speciálně proškoleným personálem (19).

Dále se léčba zhoubného onemocnění dělí na adjuvantní neboli přídatnou, tato terapie se aplikuje po hlavním léčebném výkonu. Cílem je, zabránit místním rizikům recidiv. Nebo celkově snížit riziko metastáz, pomocí například radioterapie a chemoterapie po základním chirurgickém výkonu. Neadjuvantní terapie, která předchází hlavnímu léčebnému výkonu, se používá hlavně u velkých nádorů v pokročilém stádiu. Umožní po předchozí radioterapii nebo chemoterapii, radikální chirurgický výkon (19).

Mezi radikální léčbu maligních nádorů se řadí RADIOTERAPIE, kdy na patologickou tkáň působí rentgenové záření, v takových dávkách, že dochází k narušení deoxyribonukleové kyseliny (DNA). Buňka není schopna se dále dělit. Záření se aplikuje dvěma způsoby. Pomocí teleterapie, jedná se o zevní aplikaci. Při nižším napětí se používá k terapii například kožních karcinomů. Při vyšším napětí s použitím lineárního akcelerátoru, se uplatňuje v ozařování hluboko uložených nádorů. Dalším druhem radioterapie je brachyterapii, kdy se ionizující záření zavádí, pomocí iridiových drátů, přímo k nádoru. Léčba radioterapií sebou nese řadu vedlejších účinků. Mezi nejčastější vedlejší účinky radioterapie patří, poškození kůže v místě ozařování, celková únava nemocného, alopecie, vysoušení sliznic,

bolest v krku a ústech, změněné chuťové vnímání, nauzea, zvracení, průjem, cystitida a sexuální dysfunkce (21).

Jako další radikální způsob léčby onkologických chorob se používá CHEMOTERAPIE, při které se nádorové buňky ničí pomocí cytotoxických léků. Ke zvýšení léčebného účinku se chemoterapie kombinuje s radioterapií a chirurgickou léčbou. K terapii, se používají cytostatika, která se nejčastěji aplikují intravenózně, intramuskulárně ale i per orálně. Vzhledem k tomu, že cytostatika mají destruktivní účinek na buňky ve fázi jejich dělení. Jsou vedlejší účinky podobné vedlejším účinkům radioterapie. Dělí se na časné a pozdní. K časným vedlejším účinkům patří, nechutenství, nauzea, zvracení. Mezi pozdní vedlejší účinky chemoterapie patří, alopecie, útlum kostní dřeně a poruchy imunity (21).

V současné době zaznamenává vysokou úspěšnost terapie nádorů, pomocí biologické léčby. Do organismu se aplikují látky, které oslabují nádorové buňky, ty pak nejsou schopny dále růst. Preparáty biologické léčby posilují imunitní systém. Tato terapie je účinná hlavně u nádorů ledvin, prostaty, kolorektálních karcinomů, tumorů plic, prsu a melanomu. Bohužel je léčba finančně náročná. A tak je její využití stále nedostačující (8).

1. 8 Etika a onkologie

Světová zdravotnická organizace upozorňuje, že do roku 2015 zemře na celém světě 84 miliónů lidí na maligní onemocnění. Mortalita na nádorové choroby stoupne v roce 2012 na 55% příčin úmrtí. Je tedy zřejmé, že onkologicky nemocným se věnuje čím dál, tím více pozornosti. Už od starověku se lidé nezabývali pouze somatickou stránkou, ale řešily se i problémy etické. Základní požadavky na etické chování lékařů, zformuloval Hippokrates ve své přísaze. Kde jsou uvedeny hlavní zásady lékařské etiky. Píše se zde, že lékař má myslet na blaho nemocných, chránit je před poškozením, má zakázáno napomáhat nemocnému zemřít a zavazuje se zachovat tajemství. Během let se Hippokratova přísaha modifikuje a mění. Základní myšlenky však zůstávají zachovány. V poválečném období vzniká první dokument, týkající se lidských práv. Jde o Všeobecnou deklaraci lidských práv, vyhlášenou Valným shromážděním organizace spojených národů (OSN). Hlavní myšlenka dokumentu pojednává o rovnoprávnosti a svobodě všech lidí bez ohledu na rasu, pohlaví, národnost či náboženství. V roce 1999 byla vydána „Charta umírajících“. Objevuje se v ní však mnoho nedostatků a tak, je ještě téhož roku vydáno „Doporučení Rady Evropy č.1418/1999 O ochraně lidských práv a důstojnosti nevyléčitelně nemocných a umírajících. Text charty konstatuje, že posláním Rady Evropy je chránit důstojnost všech ne-

mocných. Pokrok v medicíně umožňuje prodlužování života a posouvá hranice přirozené smrti. Současně se nevěnuje dostatečná pozornost kvalitě života umírajícího. V tomto dokumentu se poukazuje na nedostatky spojené s péčí o nevyléčitelně nemocné. A to hlavně nedostupnost paliativní péče, zanedbávání léčby bolesti. A nedostatečný zájem o psychologické, sociální a duchovní potřeby nemocného. Charta vyzývá, k nutnosti spolupráce s rodinou umírajícího (15).

Jako reakce na stále se zvyšující počet onkologicky nemocných, byla v roce 2000 na světovém summitu proti rakovině zveřejněna *„Charta proti rakovině, v příštím miléniu“*. Tento dokument se zabývá právy onkologicky nemocných. Poukazuje, na diskriminaci a špatnou komunikaci s nevyléčitelně nemocnými. Mezi jeden z nejdůležitějších problémů patří zaujímání nevhodných postojů k umírajícím (15).

2. PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY PROŽÍVÁNÍ NEMOCI

Nemoc nepostihne pouze fyziologickou stránku člověka, ale má významný vliv na lidskou psychiku. To jak se člověk chová, když onemocní, je rozděleno do několika modelů. Mezi jeden z nejčastěji využívaných patří Zolův model chování při narušení zdraví. Zakládá se na faktorech, které ovlivňují rozhodování pacienta, zda podstoupit léčbu. Rozhodování, zda jít či nejít k lékaři, je ovlivněno tím, jak příznaky onemocnění ovlivňují vztah s jeho nejbližšími. Zda narušuje vzniklé onemocnění plány do budoucna a jestli nastane u nemocného, v souvislosti se změnou zdravotního stavu sociální omezení (11).

2.1 Nepřiměřená adaptace na nemoc

Pokud není onemocnění akutní a nepředstavuje pro člověka náhlé ohrožení života. Poskytne nemocnému dostatek času, aby se s nově vzniklou situací vyrovnal. Často se můžeme setkat s nepřiměřenou adaptací na nemoc. Kdy pacient odmítá přijmout fakt existence svého onemocnění. Mezi neadekvátní reakce patří např.:

1. AGRAVACE

Jedná se o vědomé zveličování příznaků onemocnění, patří do účelových reakcí. Může být i nevědomá, například u opuštěných seniorů.

2. BAGATELIZACE A POPŘENÍ NEMOCI

Při bagatelizaci klient zlehčuje závažnost onemocnění. Když nemocný nově vzniklou chorobu odmítá, jedná se o popření. U této reakce se setkáváme s nedodržováním léčebného režimu, odmítáním terapie a nespoluprací.

3. REPUDIACE

Tímto termínem je označován postoj k onemocnění, kdy pacient nepřijme a zcela odmítne, fakt přítomnosti nemoci.

4. DISSIMULACE

Nemocný zatajuje symptomy onemocnění. Často u pacientů, kteří mají strach ze ztráty. Bojí se, že přijdou o zaměstnání, partnera, sebeúctu atd.

5. NOSOFILNÍ A HYPOCHONDRICKÁ REAKCE

Při této reakci, se nemocný neadekvátně soustředí na svou nemoc. Neustále se pozoruje a vyžaduje další vyšetření a terapii. S hypochondrickou reakcí se nejčastěji setkáváme u opuštěných seniorů, kteří mají strach ze ztráty soběstačnosti, nebo u pacientů, kteří nově

vzniklou chorobou dosáhnou některých privilegií. Například, nebudou muset plnit pracovní a rodinné povinnosti.

6. ÚČELOVÁ REAKCE

Jedná se o vystupňovanou nosofilní reakci, kdy je pro nemocného prioritou získání určitých výhod, nemocný jedná účelově.

7. NOSOFÓBNÍ REAKCE

Pacient, který zaujímá tento nepřiměřený postoj, má nepřekonatelný strach z onemocnění, nechává se opakovaně vyšetřovat u různých lékařů (10,11).

2.2 Faktory ovlivňující adaptaci na nemoc

Jak bude člověk reagovat, na nově vzniklé onemocnění, je ovlivněno mnoha faktory. Kvalitu života nemocného výrazně změní závažnost, prognóza nemoci a náročnost terapie, která významně ovlivní hierarchii životních hodnot. Psychosociální faktory vypovídají o tom, jak hluboce pacient onemocnění prožívá. Nemoc s sebou přináší mnoho problémů, např. pracovní neschopnost, problémy v partnerských vztazích, neschopnost podílet se na společenském životě atd. To jak se člověk adaptuje na nemoc, souvisí i s věkem, osobní zralostí a životními zkušenostmi nemocného, Při adaptaci pacienta na nemoc je důležitá, také premorbidní osobnost. Tento termín zahrnuje celkovou strukturu osobnosti, před onemocněním. Patří sem charakterové vlastnosti, temperament, intelekt, sociální postavení, zdravotní uvědomění atd. (4,10).

2.3 Fáze přijetí nevyléčitelného onemocnění

Pro to, aby zdravotníci dokázali efektivně komunikovat s umírajícím, musí znát fáze přijetí nevyléčitelného onemocnění. Ty v roce 1992 vypracovala Americká lékařka Elizabeth Kübler Ross.

1. NEGACE se projevuje fází šoku a popírání, kdy nemocný popírá existenci onemocnění. Nechce si připustit, že by mohl zemřít. V tomto období je vhodné poskytnout pacientovi dostatek času. Pokusit se navázat kontakt a získat důvěru. Snížit úzkost a připravit nemocného k adaptaci na nemoc, pomůže opakované a klidné podávání jasných a srozumitelných informací, dle kompetencí zdravotníků.

2. AGRESE se vyznačuje obdobím plným hněvu a zlosti. Pacient často odmítá spolupracovat, vyvolává konflikty. Zlobí se na zdravotníky, hledá viníka a závidí zdravým lidem. V

této fázi by se měli zdravotníci snažit, nemocného pochopit, nepohoršovat se nad jeho chováním a nenapomínat jeho nevhodné jednání.

3. SMLOUVÁNÍ se označuje také jako fáze vyjednávání. Kdy nemocný hledá zázračné terapeutické metody a léky, které by ho mohly vyléčit. Vynaloží maximální úsilí hledáním alternativních způsobů terapie. Na tuto léčbu je ochoten poskytnout veškeré své finance. V tomto období je důležité nemocného motivovat, aby nepřerušil naordinovanou terapii. A nenechal se zlákat zázračnými sliby podvodníků. V tomto období je vhodné nemocného respektovat a snažit se projevit porozumění, neznamená to však, že budeme pacienta litovat.

4. DEPRESE, ve fázi deprese se nemocný definitivně vzdal naděje na vyléčení. Během tohoto období pacient upadá do smutku a strachu, pocitu beznaděje a bezmoci. Zde je důležitá komunikace s blízkými a rodinou. Zdravotník by měl nemocnému naslouchat, měl by být trpělivý a empatický. V této fázi je důležitá i neverbální komunikace, kdy nemocnému často pomůže pouhé držení za ruku. Vhodná je i nabídka psychologické pomoci.

5. SMÍŘENÍ se projevuje přijetím nevyléčitelného onemocnění. V tomto období se pacient vyrovnává s realitou a loučí se, se svými blízkými. Pokud se pacient dostane do fáze smíření, často mu stačí, pouze přítomnost zdravotníka u lůžka. Stává se, že i když je nemocný smířen se svou smrtí, rodina stále bojuje za jeho vyléčení. Proto je důležité v tomto období poskytnout pomoc a podporu i blízkým umírajícího.

Je nutné si uvědomit, že pacient nemusí projít všemi fázemi. Stádia přijetí onemocnění, se mohou opakovat a měnit pořadí. Cílem každého zdravotníka, je umožnit nemocnému důstojnou smrt. Proto by měl poskytovat komplexní ošetřovatelskou péči, s ohledem na biopsychosociální, ale i spirituální potřeby umírajícího (9,23).

2.4 Psychosociální problémy vážně nemocných

V průběhu diagnostiky a terapie onkologického onemocnění, prochází pacient různými fázemi, během kterých se objevují určité problémy.

1. OBDOBÍ PREDIAGNOSTICKÉ

V této fázi, se u člověka objevují symptomy onemocnění. Pro nemocného je to období plné nejistoty, úzkosti a strachu z potvrzení diagnózy. Je důležité, zda nemocný včas navštíví lékaře, nebo toto rozhodnutí odkládá.

2. OBDOBÍ DIAGNOSTICKÉ

Je to období, kdy lékař stanoví a sdělí diagnózu. Objevuje se typická reakce, charakterizovaná třemi fázemi. První přichází fáze popření, po té přichází fáze zmatku a neklidu. Nakonec se dostaví fáze adaptivní. Pro diagnostické období je typický úlek, vztek, agrese a smutek. Ale i úleva z objasnění příčiny symptomů. Nemocný často hledá dalšího lékaře, aby vyjádřil názor na stanovenou diagnózu a navrhovanou terapii. Pacient se rozhoduje, zda terapii podstoupí.

3. OBDOBÍ TERAPEUTICKÉ

V tomto období se u nemocného objevuje existencionální dilema, spojené s množstvím obav. Pacient se bojí bolesti, samoty, závislosti na okolí a procesu umírání. Pacient, který má naději na úplné vyléčení, se vyrovnává se změnou tělesného obrazu, například alopecie po radioterapii a chemoterapii. Po amputaci nebo ablaci se vyrovnává s tělesným handicapem. Bojuje s bolestí a vedlejšími účinky terapie. Nemocný se musí smířit s faktem, že nebude moci vykonávat oblíbené aktivity a koníčky. Může se potýkat s omezením soběstačnosti, ztrátou zaměstnání. Mladí lidé těžce nesou problémy v sexuálním životě a infertilitou. Jako maladaptivní reakce se může objevit odmítání terapie a hledání alternativní léčby. Toto jednání může mít pro nemocného katastrofální důsledky.

4. OBDOBÍ POSTTERAPEUTICKÉ

V tomto období se často setkáváme s úzkostí a depresí. I když je léčba zhoubného nemocnění úspěšná. Pacienta stále doprovází strach z návratu onemocnění. Nemocný často pochybuje o lékaři, bojí se, zda něco nezanedbal, nepřehlédl nebo dokonce nezatajil. Pacient si určuje nové životní priority a cíle. Navrací se zpátky do běžného života.

5. OBDOBÍ REIDIVY A PROGRESE

Pokud se u pacienta objeví recidiva a progrese onemocnění, cítí obrovské zklamání a žal. Znovu se vrací do fáze popření, úzkosti, hněvu a smutku. Všechny tyto fáze nemocný prožívá mnohem hlouběji, než při prvotní diagnostice onemocnění.

6. OBDOBÍ TERMINÁLNÍ

V tomto období je nemocný konfrontován s nevyhnutelností smrti. Objevují se pocity úzkosti a strach z neznámého. Nemocný se obává, že nestihne dokončit důležité úkoly, bojí se, že bude umírat v bolestech sám. Myslí i na to, co přijde po smrti (20).

3. KOMUNIKACE

Komunikace je definována jako: *„Sdělení informací, nebo vzájemná výměna informací prostřednictvím nejrůznějších signálů a prostředků. Může se tak realizovat písmem, gesty a jinými formami neverbálního chování, pomocí tisku, rozhlasu a dalších medií. Kdykoliv dochází mezi lidmi k interakci, nevyhnutelně dojde k jisté komunikaci. Komunikace tvoří základ veškeré ošetřovatelské péče"*(29, s. 81).

Komunikaci můžeme chápat jako dynamický proces, při kterém dochází k interakci mezi komunikujícími. Za pomoci komunikace, si nevyměňujeme pouze informace, ale vytváříme si mezi sebou vzájemný vztah. Ve zdravotnické praxi je komunikace velice důležitá. Nevhodný způsob komunikace může mít na nemocného negativní dopad a narušit léčebný proces (23).

3.1 Druhy komunikace

Umění komunikovat můžeme považovat, za součást profesionálního chování. Komunikace ve zdravotnické praxi se dělí do tří základních skupin. Do první skupiny patří komunikace SOCIÁLNÍ, během této komunikace, si zdravotník s nemocným vytvoří mezi sebou vzájemný vztah. Děje se tak pomocí běžného rozhovoru, při každodenním setkávání. Do další skupiny řadíme komunikaci STRUKTUROVANOU, jedná se o druh komunikace, kdy nemocného informujeme o důležitých faktech, například sdělujeme postup vyšetření. Edukujeme nebo motivujeme pacienta k další spolupráci. Při sdělování důležitých informací, je vhodné ověřit si, zda nemocný sdělené informaci rozuměl. Do poslední skupiny patří komunikace LÉČEBNÁ. Tak jako u sociální komunikace, probíhá při denním kontaktu s nemocným. Rozdíl je ten, že cílem této komunikace, je nemocného podpořit, utěšit a uklidnit v těžkých životních chvílích. Během této komunikace, je důležité naslouchání a empatie (25).

3.2 Způsoby komunikace

Veškeré naše myšlenky, pocity, názory, postoje a přání můžeme druhému sdělit pomocí slov tj. verbálně. Jedná se o komunikaci pomocí slovního projevu. Předpokladem pro úspěšnou komunikaci je, že sdělovaná informace musí být srozumitelná, stručná, zřetelná, správně načasovaná a důvěryhodná. Do verbální komunikace patří rozhovor. Rozho-

vor je dynamický způsob řečového projevu, při kterém dochází k sociální interakci. Rozhovor probíhá ve čtyřech fázích, první fáze rozhovoru je označována, jako úvod nebo zahájení rozhovoru. Cílem je navázat s pacientem kontakt a vzbudit důvěru. Před zahájením rozhovoru, je vhodné pozdravit, představit se a přivítat se podáním ruky. V úvodní fázi, je vhodné pacienta seznámit s účelem rozhovoru. Po té rozhovor volně přechází do druhé fáze pokračování rozhovoru, kdy získáme potřebné informace a navážeme s nemocným pozitivní vztah. Mluvíme klidně, zřetelně, parafrázováním dáme najevo zájem a pochopení. V okamžiku, kdy získáme veškeré potřebné informace, je rozhovor na vrcholu a dochází ke třetí fázi, rozuzlení. Na závěr rozhovoru, je na místě dialog vhodně zakončit. Zdravotníkovi se má během rozhovoru podařit navázat rovnocenný vztah s nemocným a získat důvěru. V této fázi kontakt mezi hovořícími kulminuje (23).

„Neverbální komunikace představuje druh sdělení, při kterém si předáváme informace beze slov“(9, s. 17). Tímto způsobem komunikace sdělujeme pocity, nálady, názory a postoje, naznačujeme zájem a ovlivňujeme postoj mezi komunikujícími. Mezi neverbální komunikaci řadíme posturologii, kdy komunikující zaujímá určitý postoj, kterým dává najevo svůj názor, na to co se děje v jeho okolí. V této komunikaci, je důležitá poloha končetin, naklonění těla atd. Další významnou složkou v nonverbální komunikaci je haptika, kdy komunikujeme pomocí doteků, patří sem podání ruky, pohlazení, objetí atd. O vztahu mezi komunikujícími vypovídá proxemika. Jde o vzdálenost, kterou mezi sebou hovořící zaujímají v této souvislosti, se uvádějí čtyři proxemické zóny. První intimní zóna, je zaujímána jen mezi blízkými a rodinou, sahá do vzdálenosti 45 cm. od těla. Další osobní zóna odpovídá vzdálenosti do 75 cm. V této zóně se pohybují přátelé při neformální komunikaci. Ve vzdálenosti mezi 120 a 360 cm. se uskutečňují pracovní schůzky a neosobní rozhovory označuje se tak sociální zóna. S cizími lidmi se setkáváme ve veřejné zóně, nad 360 cm. (Janáčková). Velice důležité místo v neverbální komunikaci zaujímá mimika, výraz ve tváři, kterým jsou nejčastěji sdělovány pocity. Z výrazu obličeje lze mnohdy vyčíst i odpověď na sdělované. Druh nonverbální komunikace, kdy s použitím vědomých i nevědomích pohybů, doplňujeme verbální projev, se nazývá gestikulace (9,25).

3.3 Komunikace a psychologické teorie

Neměli bychom zapomínat, že na komunikaci se podílí i psychická složka osobnosti. Tato část je věnována komunikaci, z hlediska psychologických teorií osobnosti.

ROGERSOVSKÝ PŘÍSTUP, se cíleně zaměřuje na člověka. Teorii prosazoval C. R. Rogers, ten přikládá největší význam naslouchání, autentičnosti a empatii během komunikace. Mezi zásady této komunikace patří empatické naslouchání a umění člověka ocenit a povzbudit.

PŘÍSTUP TRANSAKČNÍ ANALÝZY, kterou založil, Eric Berne. Teorie vychází z psychoanalýzy. Berne uvádí, že největší význam v komunikaci zaujímá část osobnosti, označovaná jako Ego. Komunikovat můžeme třemi základními složkami ega. Jako dítě, vyznačuje se impulzivním a iracionálním chováním. Jako rodič, když během komunikace zaujímá dominantní až výchovný postoj. Určuje pravidla a hodnoty. Jako dospělí kdy dělá rozhodnutí na základě racionálního a logického úsudku.

SYSTEMICKÁ TEORIE, je založena na vzájemném vztahu systémů. Systémy jsou chápány, jako hierarchicky organizované struktury, které mezi sebou tvoří hranice. Do systému patří, rodina, sociální skupina atd. Interakce mezi komunikujícími lze rozdělit na systematickou, při této komunikaci dochází k nápodobě chování mezi komunikujícími. Komplementární systematická teorie, u této interakce můžeme pozorovat odlišné chování mezi komunikujícími. Čím víc je jeden z komunikujících aktivní, tím více mu druhý ustupuje a stává se pasivní. Rovnováhu v mezilidské komunikaci udržuje zpětná vazba. Ta působí jako regulační mechanizmus. Může být pozitivní, při které člověk posiluje své dosavadní chování. U negativní zpětné vazby dochází při komunikaci k sebeomezení (25).

3.4 Pravidla efektivní komunikace

1. Základem je slušné chování**,** jak se chováme k ostatním, vypovídá o naší osobnosti. Proto je důležité vždy pozdravit a představit se.
2. Dodržovat respekt**,** každý člověk je jedinečná osobnost a je vhodné ji respektovat.
3. Pozitivní přístup**,** neméně důležité je mít vybudovaný pozitivní vztah k lidem. Ve zdravotnické praxi je vhodné mít vybudovaný pozitivní vztah, nejen s pacientem ale i s kolegy.
4. Nevynucovat si komunikaci**,** je vhodné akceptovat rozhodnutí nemocného nekomunikovat.

5. Zvolit vhodnou formu komunikace, ke každému přistupovat individuálně. Aby byla komunikace úspěšná, musí se zvolit vhodná forma komunikace.
6. Podporovat nezávislost pacienta v péči nebýt přehnaně aktivní a ochranitelský.
7. Myslet na neverbální komunikaci, je vhodné se během komunikace zaměřit i na neverbální komunikaci.
8. Nepoužívat fráze a žargon, Není vhodné vyjadřovat se pomocí žargonu a naučených mechanických odpovědí.
9. S humorem jde všechno lépe**,** pokud je to vhodné a je nám nemocný blízký, můžeme použít pro zlehčení situace humor. Pozor však na ironii a cynizmus (23).

3.5 Chyby v komunikaci

Existuje značné množství překážek, které mohou znemožnit efektivní komunikaci a tak i narušit vztah mezi komunikujícími. Do komunikačních bariér patří, poruchy řeči, nesoustředěnost, nezájem, komunikační neobratnost, necitlivost, neochota naslouchat, nevhodné prostředí, nevhodné načasování, ironizace. Při komunikaci s nemocným, by měl zdravotník dodržovat etiku dialogu, to znamená že, v rozhovoru mezi zdravotníkem a pacientem má být zachována rovnováha. Jako důsledek nevhodné komunikace může dojít k poškození nemocného ve smyslu psychické iatrogenie (3).

V souvislosti s nevhodnou komunikací, se může u nemocného objevit afektivní porucha. Ta se projevuje hlavně depresí, úzkostí, smutkem a poruchami adaptace na nemoc. Je prokázáno, že až 30% onkologicky nemocných trpí afektivní poruchou v důsledku nevhodné komunikace (16).

3.6 Naslouchání

Naslouchání patří mezi nejdůležitější komunikační dovednosti ve zdravotnické praxi. Považujeme ho, za aktivní složku komunikace. Nasloucháním vyjadřujeme pochopení a porozumění. Podle Rogerse můžeme naslouchat třemi základními způsoby.
Očima naslouchámе když, se zaměřujeme se na to, co vidíme, výraz ve tváři, mimiku, gesta a posturologii pacienta. Pokud naslouchámе ušima, nesoustředíme se pouze na obsah sdělení ale i na jeho způsob. Například na tón a rychlost řeči. Za naslouchání srdcem považujeme umění naslouchat pocitům (11, 25).

3.7 Techniky naslouchání

Aby byla komunikace efektivní, je vhodné znát techniky naslouchání. Rozhovor začínáme povzbuzením. Při povzbuzování pacienta vybízíme k další komunikaci, dáváme najevo zájem o rozhovor. Objasněním získáváme další informace, hledáme souvislosti a objasníme tak téma rozhovoru. Dále pokračujeme zrcadlením, při kterém vyjádříme porozumění, shrneme a zopakujeme, co se nám nemocný snaží sdělit, tím dáváme najevo, že jsme jeho sdělení pochopily a částečně nemocného uklidníme. Dále vlastními slovy sdělení zopakujeme. Rekapitulace nám poskytne přehled a vysvětlení významu celého sdělení, tuto techniku označujeme, jako parafrázování. Shrnutím zopakujeme důležitou myšlenku a zhodnotíme, zda jsme při řešení problému pokročili. Ke konci rozhovoru bychom nemněli zapomenout ocenit ochotu a snahu řešit problém (18,25).

K úspěšnému naslouchání napomáhá empatie, schopnost vcítit se do druhého. Snaha druhému porozumět. Za určitý způsob komunikace považujeme i mlčení. Mlčení během rozhovoru má víc významů. Ticho může nastat jako důsledek šoku a pacient potřebuje čas na to, aby se mohl vyrovnat se sdělovanou zprávou. Odmlka v rozhovoru může nastat, když se pacienta tážeme na intimní záležitosti. V takové situaci, bychom měli nemocnému poskytnout čas. Pomoci mu překonat stud (25).

3.8 Komunikace u problémových pacientů

Ve zdravotnické praxi se často setkáváme s agresí mířenou na zdravotnické pracovníky. Důvody agresivního chování, jsou různé. Útok můžeme zaznamenat u nemocných, kteří velice citlivě vnímají sdělení diagnózy. Známky agrese se mohou objevit u nemocných s nepříznivou prognózou a omezenými možnostmi léčby. Neadekvátně mohou reagovat pacienti i na bolest. Verbální či dokonce brachiální útok, pak míří nemocný směrem ke zdravotnickému personálu. Spouštěcím mechanismem agresivního chování bývá také strach, úzkost a dlouhodobý stres. Agresivní chování, často u nemocných vyprovokují zdravotníci sami nevhodným způsobem komunikace. Známky blížícího se útoku, můžeme vypozorovat z neverbálních projevů a chování nemocného. Pacient je viditelně nervózní, popochází po místnosti, podupává nohama, silně gestikuluje, ve tváři sledujeme rostoucí rozrušení. Při rozhovoru mluví hlasitě, používá vulgarizmy a urážky. Všechny tyto faktory upozorňují na hrozbu útoku. Pokud nastane situace, kdy jsou zdravotníci ohroženi agresivním chováním ze strany pacienta. Měli by umět vhodně zareagovat. Existuje několik pra-

videl pro jednání s agresivním pacientem. Důležité, je nechat nemocného mluvit, umožnit mu vysvětlit důvod svého rozčílení. Během rozhovoru je vhodné udržovat od pacienta bezpečnou vzdálenost. Agresora může částečně uklidnit, když se posadí. Při rozhovoru s rozčíleným pacientem se snažíme mluvit pomalu, vlídně a klidně. Nesmíme se nechat vyprovokovat k hrubému chování. Konfliktu zabráníme, když získáme zpátky pacientovu důvěru. Pokud je hněv vůči nám oprávněný, měli bychom se omluvit (12).

Problematická komunikace bývá také s úzkostnými pacienty. Pokud má nemocný sklony k úzkosti, často bývá tento stav prohlubován hospitalizací. K úzkostnému pacientovi přistupujeme klidně, se zájmem a s úmyslem nemocného podpořit. V první řadě bychom se měli pokusit identifikovat zdroj úzkosti a pomoci verbalizovat pacientovi pocity. Snažíme se nemocnému jasně a srozumitelně vše vysvětlit. V žádném případě bychom neměli útočit, když si nemocný začne na něco stěžovat. V rozhovoru nepoužíváme prázdné fráze a nenapomínáme pacientovo nevhodné chování. Snažíme se najít řešení, pokud se pacientova úzkost prohlubuje, informujeme ošetřujícího lékaře, který naordinuje anxiolytika a zajistí spolupráci s psychologem (23).

4. KOMUNIKACE S ONKOLOGICKY NEMOCNÝM

Komunikace s onkologicky nemocným, je velice náročná a složitá. Ale zároveň nesmírně důležitá. Všeobecné sestry by se měly naučit, nejen vhodně reagovat na dotazy pacienta, ale sami bez ostychu ke komunikaci vybízet. Mnohdy nemocnému stačí pouze pocit, že zdravotník projeví zájem o jeho problém a naslouchá mu. Pokud člověk vážně onemocní, trpí v důsledku častých hospitalizací odtržením od rodiny. Mění se jeho potřeby a hierarchie hodnot. Navíc je onkologické onemocnění doprovázeno množstvím nepříjemných projevů. S maligní chorobou přicházejí i vážné obavy, které mohou pacienta trápit. Nemocný má strach z nezájmu svého okolí, ze samoty, z opuštění a ztráty kontaktu s rodinou. Bojí se nepříjemných symptomů doprovázejících onemocnění, hlavně bolesti, změny vzhledu po prodělaných terapeutických postupech. Má strach z nepříjemných diagnostických a léčebných zákroků. V neposlední řadě se nemocný trápí možností ztráty sebekontroly, soběstačnosti a důstojnosti.

U pacienta, který onemocní rakovinou, se může objevit strach ze smrti. Obavy o život vyplývají ze stále pevně zakořeněného předsudku, že rakovina je v každém případě smrtelné onemocnění (17,25).

4.1 Sdělování onkologické diagnózy

Podávat informace o zdravotním stavu, včetně sdělování diagnózy, je kompetentní pouze lékař. Ten by měl zajistit vhodné podmínky k rozhovoru s nemocným. Zajistit soukromí, umožnit blízkým pacienta přítomnost při rozhovoru, během rozhovoru poskytnout dostatek času na případné dotazy. Diagnózu by měl lékař sdělovat šetrně, ale pravdivě. Zásadně neurčovat, kolik času pacientovi zbývá. Lékař by měl mluvit srozumitelně, nepoužívat odborné výrazy. A pokaždé by si měl ověřit, zda pacient sdělené informaci rozuměl. Měl by nabídnout pomoc ostatních odborníků. (např. psycholog, sociální pracovník, duchovní atd. (17).

KONTRAINDIKACE SDĚLOVÁNÍ ONKOLOGICKÉ DIAGNÓZY

Onkologickou diagnózu lékař nesděluje psychicky nemocným, starým lidem a nemocným, kteří si to nepřejí. Dětem a mladistvým může lékař sdělit za přítomnosti rodičů a psychologa (17).

4.2 Zásady komunikace s onkologicky nemocným

Při ošetřování onkologicky nemocného pacienta, by měl zdravotník dodržovat určité zásady komunikace.

1. PROJEVIT OSOBNÍ ZÁJEM

Projevení zájmu o nemocného, je základem pro navázání kontaktu a získání důvěry.

2. POUŽÍVAT VHODNOU VERBÁLNÍ I NEVERBÁLNÍ KOMUNIKACI

Může se stát, že zdravotník projeví verbálně zájem a pochopení, ale gesta, mimika a posturologie pacientovi napoví pravý opak. Je důležité dávat si pozor, na to co říkáme a jak se u toho chováme.

3. NEVYHÝBAT SE KOMUNIKACI O VÁŽNÝCH TÉMATECH

Při rozhovoru se můžeme setkat s tím, že nemocný se pokouší hovořit o vážných problémech, ale zdravotník záměrně uhýbá od tématu a odklání rozhovor k méně závažným tématům.

4. BÝT EMPATICKÝ A NASLOUCHAT

Je důležité do rozhovoru pacienta nenutit, pokud sám neprojeví zájem. Během rozhovoru nereagovat ironicky a nebagatelizovat pacientovi problémy.

5. DOPŘÁT NEMOCNÉMU DOSTATEK ČASU

Neměli bychom začínat důležitý rozhovor, pokud jsme v časové tísni.

6. NEMORALIZOVAT A NEPOHORŠOVAT SE NAD NEADEKVÁTNÍMI REAKCEMI PACIENTA

Snažit se pochopit tíživou situaci, ve které se nemocný nachází. A nepohoršujte se nad jeho nevhodným chováním.

7. POSKYTNOUT NEMOCNÉMU INFORMACE O DALŠÍCH MOŽNOSTECH POMOCI

V případě zájmu zajistit spolupráci se sociálním pracovníkem, psychologem, duchovním atd. Upozorněte na existenci různých dobrovolnických skupin a sdružení například Cancer (23).

4.3 Cíle rozhovoru s onkologicky nemocným

Rozhovor s onkologicky nemocným by měl být nedirektivní. Všeobecná sestra by se měla během rozhovoru s nemocným zaměřit, na následující cíle.

POMOCI PACIENTOVI NAVRÁTIT VŮLI DO ŽIVOTA. Během rozhovoru neposkytovat plané naděje. Zdůraznit existenci cílů, kterých je možno i s nepříznivou diagnózou dosáhnout. Například setkat se s blízkými, zúčastnit se plánované společenské události v rodině, dokončit naplánované aktivity.

POMOCI PACIENTOVI SMÍŘIT SE S POŠKOZENÍM ZDRAVÍ. U nemocných se často objevují výčitky a sebelítost. Zde je důležité nemocného motivovat a podpořit v hledání nového smyslu života. Můžeme pacientovi připomenout nepříznivé osudy známých a uznávaných osobností, které zákeřnou nemoc překonali. Akceptaci zdravotního poškození poznáme tak, že si pacient klade reálné cíle a aktivně je začíná realizovat.

POMOCI PACIENTOVI PŘÍJMOUT ZMĚNY, SPOJENÉ S ONKOLOGICKÝM ONEMOCNĚNÍM. Když člověk onemocní nevyléčitelnou chorobou, dojde k radikálním změnám v jeho dosavadním životě. Pacient se dostává do velice těžké situace, kdy je nucen přijmout fakt existence zákeřné nemoci. Vhodnou komunikací je možné nemocnému pomoci tyto změny přijmout.

POSKYTNOUT PACIENTOVI INFORMACE O PSYCHOSOCIÁLNÍ POMOCI.

Je vhodné pacienta upozornit na existenci občanských sdružení, která napomáhají při resocializaci onkologicky nemocným. Například: Kapka97,Arcus, Mamma help, Česká onkologická společnost atd. (25).

5. PALIATIVNÍ PÉČE

Znění definice paliativní péče, dle světové zdravotnické organizace WHO:
„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 (14, s. 19)

Díky rozvoji medicíny došlo v minulém století k tzv. MEDICINALIZACI umírání. To znamená, že umírání a smrt přestává být přirozenou součástí života. A stává se něčím proti čemu je nutno bojovat a za každou cenu léčit. Rodinní příslušníci byli od svého umírajícího člena rodiny izolováni. A často se stávalo, že umírající tak zůstal v posledních chvílích života opuštěný. V 60. letech minulého století se poprvé setkáváme s pojmem a zároveň etickým problémem, DYSTANAZIE označována také jako, zadržená smrt. Pod tímto pojmem si můžeme představit, že člověk, který by za normálních okolností přirozeně zemřel, se s pomocí moderních léčebných postupů a techniky udržuje při životě. V souvislosti s existencí tohoto znepokojivého etického problému, dochází k rozvoji hospicového hnutí. První hospic, byl založen v roce 1967, v Anglii. V 70. letech se rozvíjí paliativní medicína a začíná být uznávána jako samostatný lékařský obor. V tomto oboru se klade důraz na kvalitu života, zmírnění nepříjemných symptomů onemocnění a uspokojování nejen biologických ale i sociálních, psychických a spirituálních potřeb. V neposlední řadě se poskytuje péče a opora rodině umírajícího. Podle statistik je nemocnice stále nejčastějším místem úmrtí, proto by se mělo vynaložit maximální úsilí na zkvalitnění paliativní péče v nemocničních zařízeních (14).

5. 1. Paliativní péče v nemocnicích

Bohužel v našich nemocnicích, stále přetrvává medicinalizace umírání, do popředí se dostává snaha zdravotnického personálu pečovat o nemocné s nadějí na vyléčení. Za těchto podmínek je velice těžké vytvořit optimální prostředí pro paliativní péči. Jako řešení této neuspokojivé situace, by bylo vytvoření multidisciplinárního týmu, který by zajišťoval paliativní péči na odděleních celého nemocničního zařízení. Tento tým by edukoval a podporoval zdravotnické pracovníky, kteří si nevědí rady s péčí o umírající. Pomáhal by samotným pacientům při plnění jejich přání a potřeb a spolupracoval by s rodinnými příslušníky pacienta (14).

5.2 Hospicová péče

Každému nevyléčitelně nemocnému klientovi, by měla být nabídnuta možnost využití hospicové péče. Hospice jsou zdravotně sociální zařízení, která poskytují lůžkovou péči nemocným, umožňují pobyt rodině. Poskytují specializovanou paliativní péči a podporu. Hlavním posláním hospice je poskytování kvalitní péče umírajícím a jejich blízkým. Mezi další zařízení, která poskytují paliativní péči, se řadí domácí hospice, konziliární týmy paliativní péče, ambulance paliativní péče, denní stacionáře, oddělení paliativní péče (14).

5.3 Sestra v paliativní péči

Je prokázáno, že přístup sestry k umírajícím a smrti je, ovlivněn tím jaké bylo jejich první setkání se smrtí. Ty sestry, které se setkaly se smrtí již v dětství, když jim umíral blízký člen rodiny, považují tuto problematiku za zcela přirozenou. Nemají takové zábrany v péči a komunikaci s umírajícím. Naopak ty sestry, které se setkaly se smrtí, až během praxe při studiu střední zdravotnické školy se bojí komunikovat s umírajícím. Tato skutečnost vypovídá, že student, který si osvojí nevhodný přístup k umírajícímu, ho zaujímá i během výkonu povolání. Proto, aby byla všeobecná sestra spokojena se svou prací, musí vidět výsledky svého úsilí. Pro většinu zdravotníků je to pocit úspěchu při vyléčení nemocného. Bohužel v paliativní péči k vyléčení nemocných nedochází. A proto je důležité stanovit si úkoly, které chceme splnit. Cíl naší péče by se měl soustředit, na zmírnění utrpení a zkvalitnění života nemocných (14).

Pro všeobecné sestry, které pracují s nevyléčitelně nemocnými a umírajícími, existuje možnost účastnit se vzdělávacích kurzů v oblasti paliativní péče. V České republice se pořádá například End of life Nursing Education Consorcium (ELNEC). Jedná se o mezinárodní vzdělávací kurz, pořádaný v 66 zemích po celém světě. Cílem kurzu je zlepšit péči o nevyléčitelně nemocné a umírající pacienty (1).

5.4 Komunikace s nemocným v terminální fázi života

Když se pacient dostane do situace, že už není žádná naděje na vyléčení a blíží se konec jeho života. Nastává velice těžké období nejen pro nemocného a jeho blízké, ale i pro zdravotníky. V zahraniční literatuře, je toto období označováno jako End of life a vě-

nuje se těmto pacientům mnohem více než u nás. V End of life péči, by se měl zdravotník držet několika zásad:

1. Získat od pacienta dostatek informací o příznacích onemocnění, hlavně o bolesti a následně tyto nepříjemné symptomy minimalizovat.

2. Poskytnout nemocnému dostatek informací o prognóze onemocnění, ale zároveň zachovat naději.

3. Tolerovat u pacienta emocionální projevy a snažit se zachovat klid v obzvláště vypjatých situacích.

4. Spolupracovat s pacientem během rozhodování o průběhu terapie a pomoci nalézt nejvhodnější řešení.

5. Pomoci nemocnému při rozhodování kde bude žít a kdo se o něj bude starat. S tím souvisí seznámení s možností hospicové péče a zajištění spolupráce se sociálním pracovníkem.

6. Trpělivě vyslechnout pacientovi obavy související s nemocí. Neslibovat a neurčovat nereálné cíle (5).

Všeobecné sestry, by měly k pacientům v terminálním stádiu onemocnění přistupovat citlivě a empaticky. Naslouchat jejich pocitům a potřebám. Využít Logoterapii, při které se snažíme podporovat nemocného v hledání smyslu jeho existence a pomáháme mu nalézt nové možnosti, jak využít poslední chvíle života (2).

5.5 Komunikace s rodinnými příslušníky nemocného

Všeobecná sestra, která pečuje o nevyléčitelně nemocného, by si měla uvědomit, že spolu s nemocným trpí celá jeho rodina. Pacient se často trápí i tím, jak jeho blízcí přijímají a prožívají fakt blížící se smrti svého milovaného. Proto musí zdravotník umět efektivně komunikovat i s příbuznými. Hlavním úkolem sestry při komunikaci s rodinou nemocného, je poskytnout podporu snažit se minimalizovat narušení chodu rodiny a pomáhat vyrovnat se s úmrtím nemocného. Důležité je poskytnout rodině dostatek informací o potřebách nemocného. Ujistit příbuzné, že pacient netrpí symptomy spojenými s onemocněním a úmrtím. Pokud, má rodina zájem podílet se na péči o nemocného, je vhodné poskytnout rady s oblasti výživy, hygieny, polohování a péče o kůži. Všeobecná sestra by měla umět zodpovědět veškeré otázky průběhu umírání, naučit se porozumět reakcím rodiny, akceptovat veškerá rozhodnutí. Důležité je i zvládat konflikty a umět jim předcházet. Vhodná komunikace s rodinou, je nezbytná i po smrti pacienta. V tomto těž-

kém období, je důležité umožnit pozůstalým, aby prošly procesem truchlení a pomoci jim čelit a překonat veškeré překážky během adaptace na život bez člena rodiny. Nabídnout pomoc psychologa, poskytnout kontakt, na různá občanská sdružení, která pomáhají pozůstalým vypořádat se s těžkou ztrátou (2,11,16).

- Poradny pro pozůstalé a truchlící
- Internetová poradenství
- Občanská sdružení např. Dlouhá cesta
- Krizové linky a centra (např. RIAPS)

Pozůstalým můžeme pomoci vyhledat přehled center psychologické pomoci na internetových stránkách například, www.helps.cz

6. PRAKTICKÁ ČÁST

6.1 Formulace problému

Problematika komunikace mezi zdravotníky a onkologicky nemocnými, je velice důležitá, bohužel v praxi často opomíjena. Nevhodná komunikace může způsobit ztrátu důvěry pacienta v celé nemocniční zařízení. A tím ovlivnit i průběh léčby. V této práci bych chtěla zjistit, na jaké úrovní se nachází komunikace mezi všeobecnými sestrami a onkologicky nemocnými pacienty. Zda všeobecné sestry věnují pozornost bolesti nemocných. A v neposlední řadě mne zajímá, jestli mají problém v komunikaci s onkologicky nemocnými.

6.2 Cíl a úkol průzkumu

Hlavním cílem práce je objasnit úroveň komunikace zdravotníků s onkologicky nemocným, na neonkologických odděleních nemocničního zařízení. Zjistit nedostatky v komunikaci a zmapovat míru využití efektivní komunikace s onkologicky nemocnými pacienty. Dalším cílem práce, je zjistit spokojenost onkologicky nemocných se způsobem komunikace, ze strany nelékařského zdravotnického personálu. K ověření cílů bakalářské práce, jsem si vybrala kvantitativní metodu průzkumu, kde si úroveň komunikace ověřuji pomocí dotazníku pro všeobecné sestry. Jako další metodu, jsem v práci použila kvalitativní metodu výzkumného šetření. Zde si ověřuji cíle pomocí rozhovoru s onkologicky nemocnými pacienty.

6.3 Hypotézy

Hypotéza č. 1: Domnívám se, že většina dotazovaného zdravotnického personálu věnuje pozornost, sledování bolesti nemocného. Kritériem pro tuto hypotézu, je správné zodpovězení 3 ze 4 položených otázek

Hypotéza č. 2: Myslím si, že většina dotazovaného zdravotnického personálu nemá problém v komunikaci s pacientem v terminálním stádiu onemocnění. Kritériem pro tuto hypotézu, je správné zodpovězení 2 z 3 položených otázek.

Hypotéza č. 3: Předpokládám, že většina dotazovaného zdravotnického personálu zná problematiku komunikace s onkologicky nemocným. Kritérium pro tuto hypotézu je,

pokud většina, což činí více jak 51% dotazovaného zdr. personálu odpoví správně na 6 z 8 otázek.

Při rozhovoru s onkologicky nemocnými pacienty, jsem si položila následující výzkumnou otázku:

VO1. Jsou onkologicky nemocní pacienti spokojení se způsobem komunikace, ze strany zdravotnického personálu?

VO2. Věnuje zdravotnický personál dostatečnou pozornost sledování bolesti u onkologicky nemocných?

6.4 Vzorek respondentů

Vzorek respondentů pro tento výzkum tvoří všeobecné sestry neonkologických oddělení, Městské nemocnice v Litoměřicích. Kterým byl rozdán dotazník. Vzhledem ke zvyšující se incidenci maligních chorob, se sestry stále častěji setkávají s onkologicky nemocnými. Proto mě zajímá, jak zvládají komunikaci s vážně nemocnými pacienty, právě sestry na neonkologických odděleních. Sledovaný vzorek respondentů, tvořilo 100 všeobecných sester různé úrovně vzdělání a délky praxe. Dotazníky byly rozdány na neonkologická oddělení nemocnice v Litoměřicích. Dále jsem prováděla kvalitativní výzkum, formou rozhovorů s pěti onkologicky nemocnými pacienty, hospitalizovanými na interním oddělení v Litoměřické nemocnici. Zajímavé by mohlo být porovnání odpovědí všeobecných sester a dotazovaných pacientů.

6.5 Metody výzkumu

K vypracování praktické části práce, jsem si zvolila dva způsoby průzkumu. První metoda, která zkoumá komunikační dovednosti sester, je vypracována na základě kvantitativního výzkumného šetření s pomocí anonymních dotazníků. Následně, je zpracována do grafů a tabulek. V Městské nemocnici v Litoměřicích, bylo distribuováno celkem sto dotazníků. Vybrané dotazníky byly následně zkontrolovány a zpracovány. Kvantitativní průzkum, je rozdělen do čtyř částí. První část se zabývá demografickými údaji respondentů. Druhá část zkoumá problematiku první hypotézy, která je věnována bolesti. Třetí část se zabývá komunikaci s pacienty v terminálním stádiu nemoci. A poslední čtvrtá část je zaměřena na znalosti komunikace všeobecných sester s onkologicky nemocnými. Jako druhou metodu pro praktickou část mé bakalářské práce, jsem zvolila kvalitativní průzkum,

ten je zpracován formou rozhovorů s onkologicky nemocnými klienty. A zabývá se spokojeností onkologicky nemocných s komunikací všeobecných sester v nemocničních zařízeních. Rozhovory s nemocnými se uskutečnily, po předchozí domluvě na interním oddělení městské nemocnice v Litoměřicích. Rozhovor probíhal v soukromí na pokoji, bez přítomnosti třetí osoby. Nemocným jsem položila během rozhovoru celkem 16 otázek. Průběh rozhovoru byl písemně zaznamenáván a následně doslovně přepsán do praktické části bakalářské práce. K rozhovoru bylo vybráno pět onkologicky nemocných pacientů.

6.6 Pilotní studie

Před zahájením vlastního výzkumného šetření, byla provedena pilotní studie. Při které bylo rozdáno šest dotazníků. Na základě odpovědí nebyly zjištěny nedostatky ve formulaci otázek. A proto nebyly nutné, úpravy dotazníků.

6.7 Zpracování údajů

Vybrané dotazníky byly zkontrolovány a zpracovány do přehledných grafů.
Pro prezentaci údajů, byl použit program Microsoft office Word, verze 2007. Celkem bylo distribuováno 100 dotazníků, na neonkologická oddělení nemocnice v Litoměřicích. Návratnost dotazníků byla 89 kusů. V 5 dotaznících byly zjištěny nedostatky a tak musely být z průzkumu vyřazeny. Můžeme, tedy konstatovat že 84 dotazníků činí 100%. Procentní hodnoty byly zaokrouhleny na jedno desetinné místo. Na realizaci kvalitativní části výzkumného šetření, se podílelo 5 onkologicky nemocných, hospitalizovaných na interním oddělení. Rozhovory s onkologicky nemocnými pacienty, byly doslovně přepsány a pro větší přehlednost zpracovány do tabulky.

6.8 Prezentace a interpretace získaných údajů

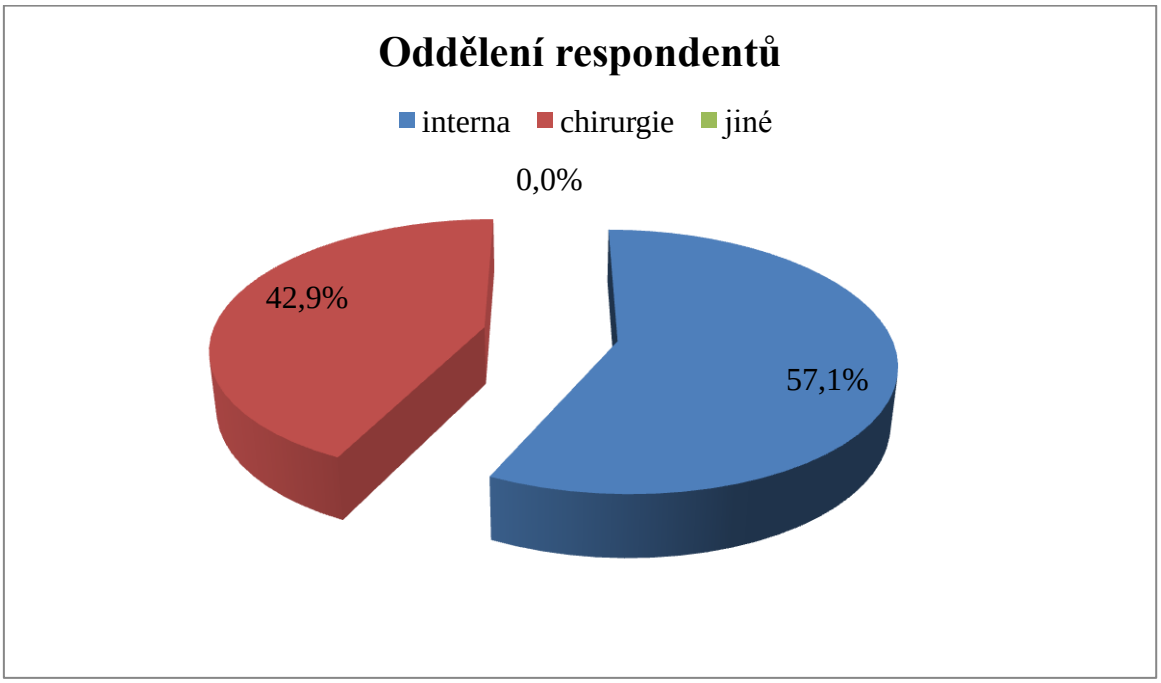
1. Otázka č. 1: Na jakém oddělení pracujete?

a) Interní obor

b) Chirurgický obor

c) Jiné…….

Graf č. 1 Pracovní zařazení respondentů.



Dotazníky byly rozdány na neonkologická oddělení Městské nemocnice v Litoměřicích. Z počtu 84 zpracovávaných dotazníků se vrátilo 48 (57,1%) dotazníků z interních oborů a 36 (43,4%) z oborů chirurgických.

2. Otázka č. 2: Jaká je délka Vaší praxe?

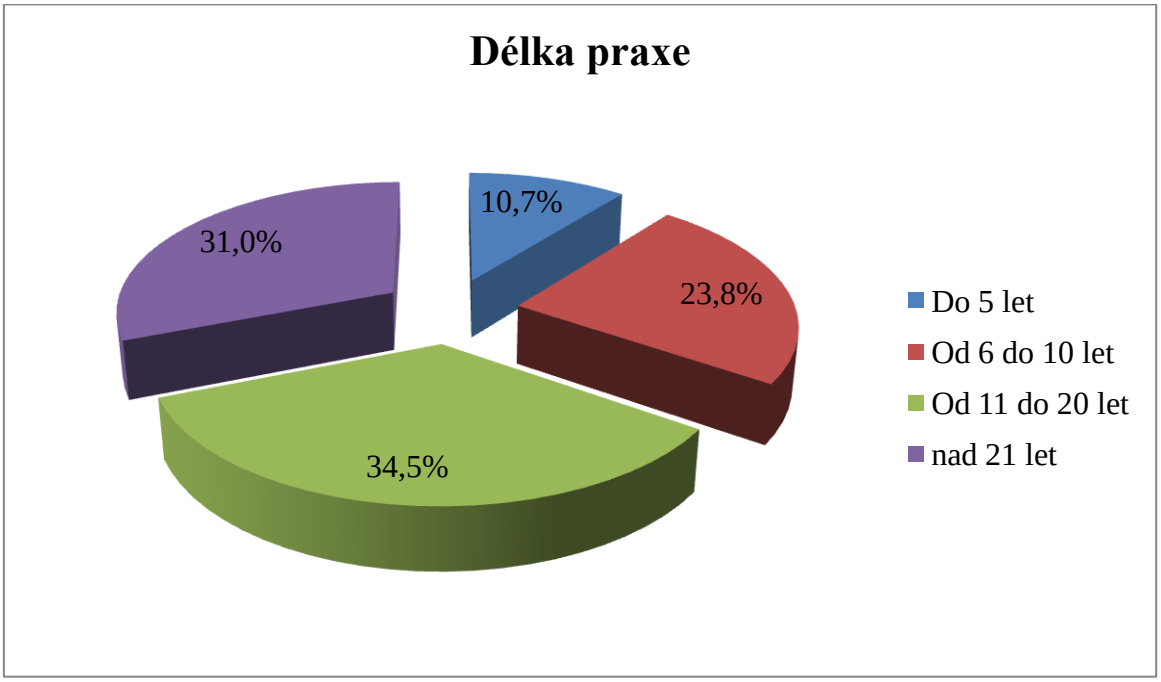
a) Do 5 let

b) Od 6 do 10 let

c) Od 11 do 20 let

d) Nad 21 let

Graf č. 2. Délka praxe respondentů.



Z následujícího grafu vyplývá, že největší zastoupení z výzkumného vzorku, tvoří všeobecné sestry s délkou praxe mezi 11 a 20 rokem. Tuto možnost označilo 29 (34,5%) respondentů. Nad 21 let, pracuje ve zdravotnictví 26 (31%) všeobecných sester. Možnost od 6 do 10 let zaškrtlo 20 (23,8%) respondentů. Nejmenší zastoupení tvoří všeobecné sestry s délkou praxe do 5 let a to 9 (10,7%).

3. Otázka č. 3: Jaké je Vaše vzdělání?

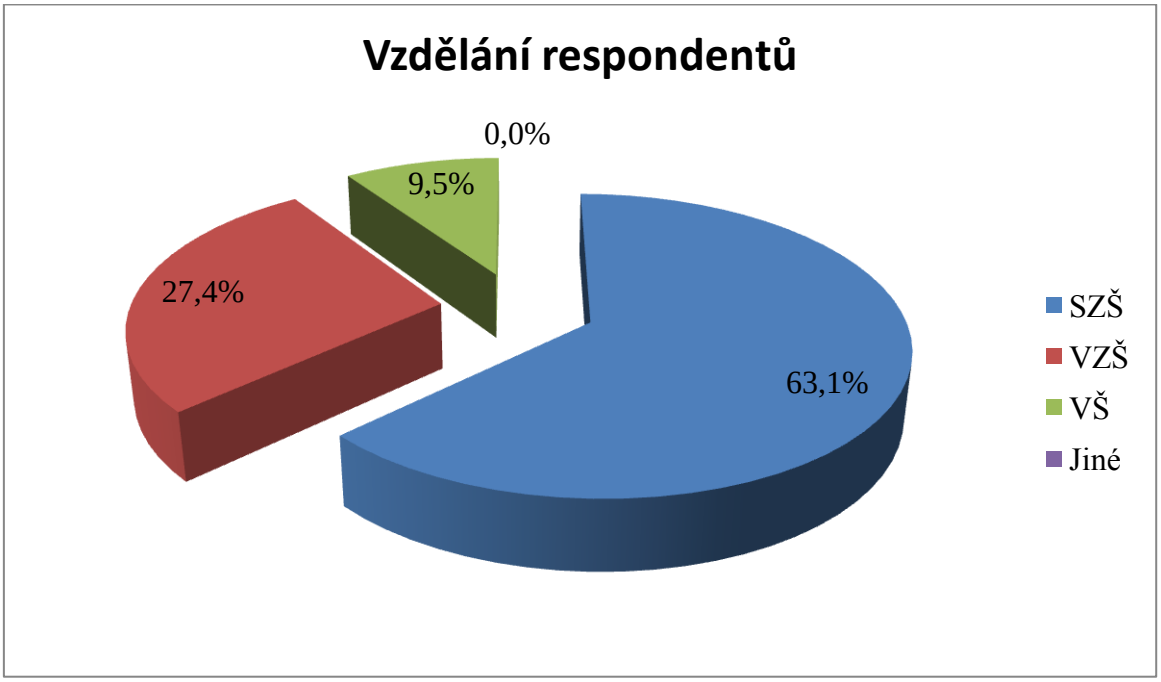
a) SZŠ

b) VZŠ

c) VŠ

d) Jiné

Graf č. 3 Vzdělání respondentů



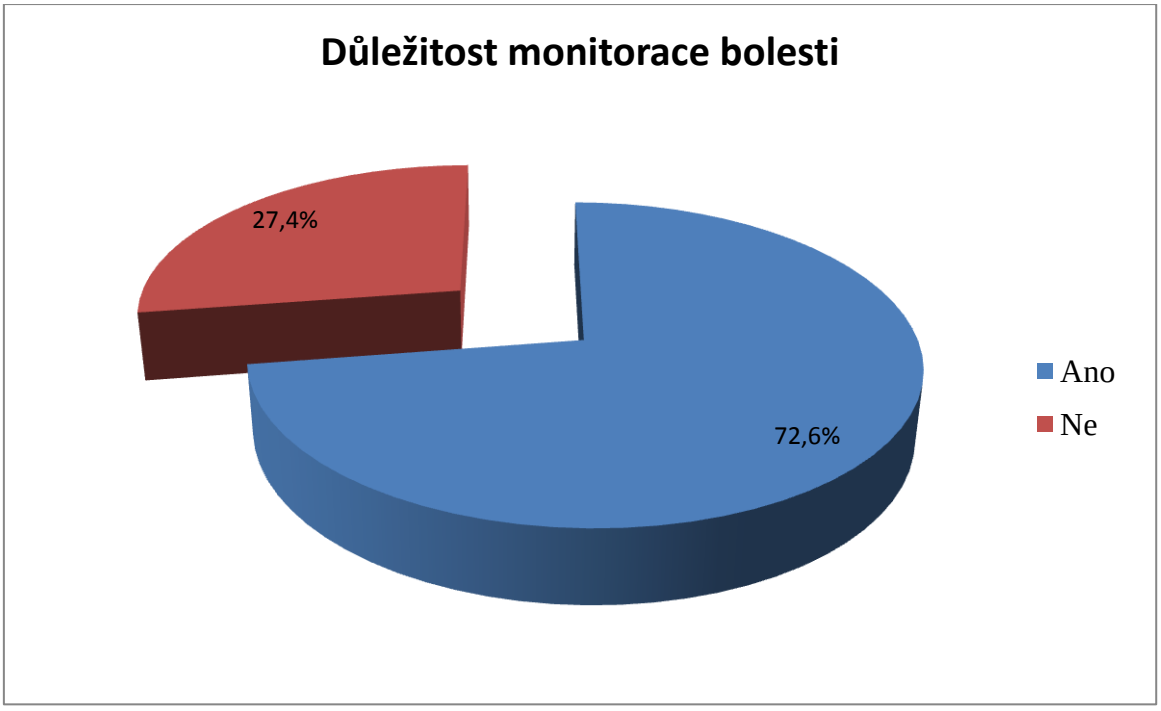
Z grafu č. 3 je zřejmé, že nejvíce respondentů 53 (63,1%) má ukončené středoškolské vzdělání. Naproti tomu vysokoškolské vzdělání má pouze 8 (9,5%) respondentů. Vyšší odborné vzdělání ukončilo 23 (27,4%) všeobecných sester.

4. Otázka č. 4: Pokládáte monitoraci bolesti pacienta za důležitou?

a) Ano

b) Ne

Graf č. 4: Důležitost monitorace bolesti



Naprostá většina 61 (72,6 %) všeobecných sester pokládá monitoraci bolesti za důležitou. Tudíž zaškrtly možnost a) Ano. Možnost b) Ne, si jako odpověď vybralo 23 (27,4%) dotazovaných respondentů.

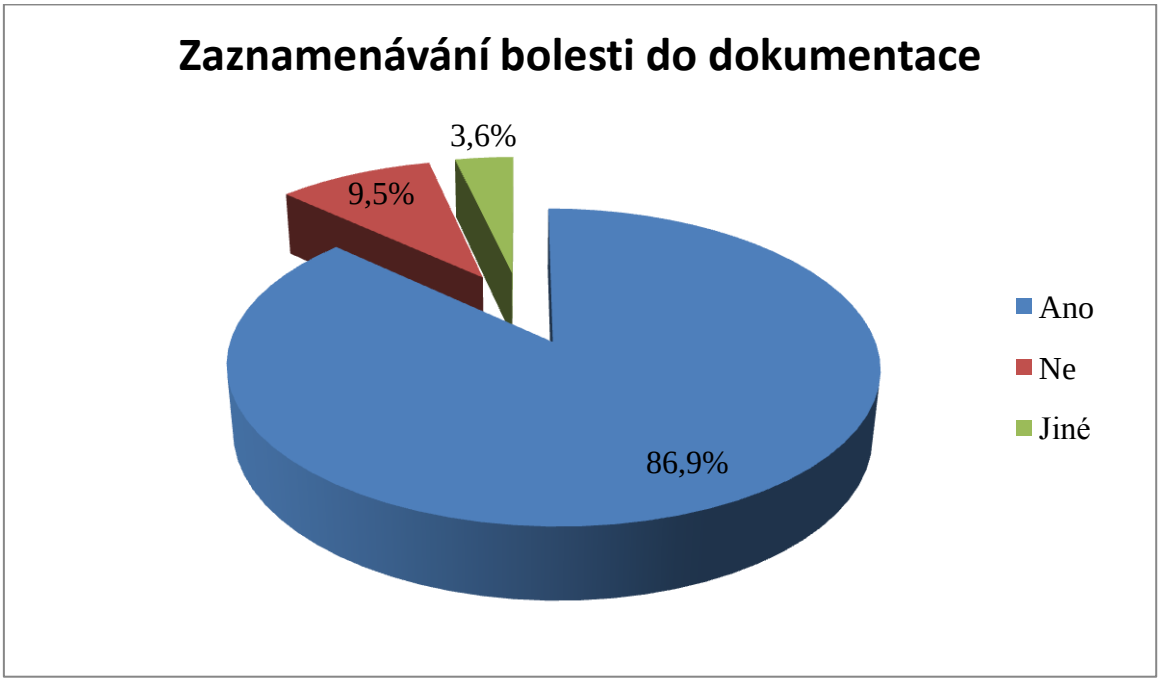
5. Otázka č. 5: Zaznamenáváte hodnocení bolesti do dokumentace nemocného?

a) Ano

b) Ne

c) Jiné

Graf č. 5. Zaznamenávání bolesti do dokumentace



Celých 73 (86,9%) respondentů hodnotí a zaznamenává bolest nemocného do jeho dokumentace. Pouze 8 (9,5%) dotazovaných hodnocení klientovi bolesti nezaznamenává. Možnost jiné označily 3 (3,6%) sestry.

6. Otázka číslo 6: Bolest u nemocného zjišťuji?

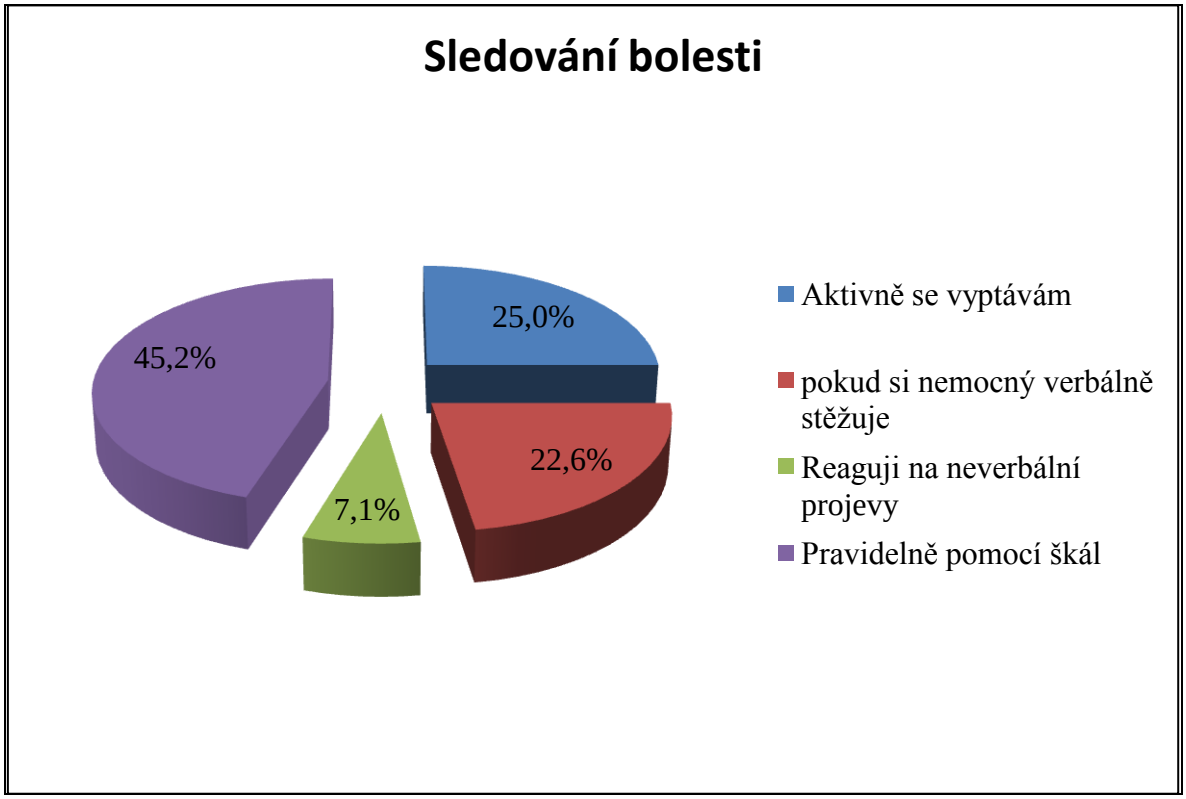
a) Aktivně se vyptávám

b) Pokud si nemocný verbálně stěžuje

c) Reaguji na neverbální projevy nemocného

d) Pravidelně pomocí škál

Graf č. 6. Zjišťování bolesti nemocného



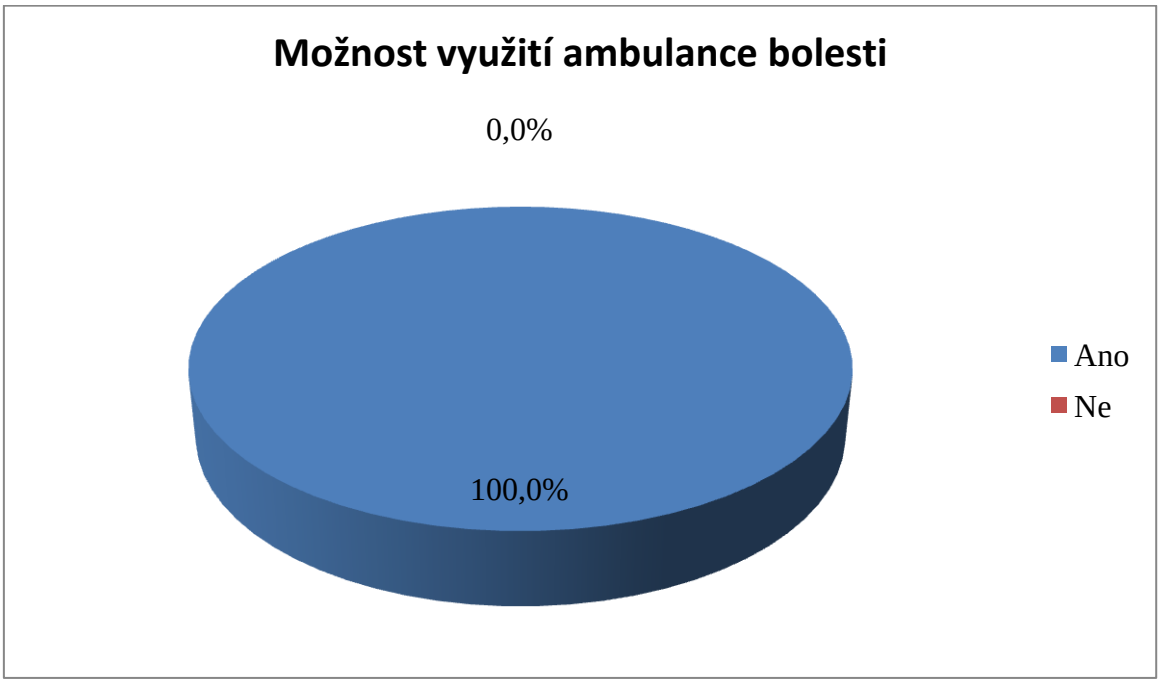
Pravidelně pomocí škál, zjišťuje bolest 38 (45,2%) sester, 21 (25%) dotazovaných se na bolest aktivně vyptává, 19 (22,6%) sester zjišťuje bolest nemocného, pouze pokud si nemocný stěžuje. Nejméně respondentů, 6 (7,1%) označilo odpověď c)

7. Otázka číslo 7: Pokud trpí nemocný bolestí, má možnost využít služby centra bolesti (ambulance bolesti)?

a) Ano

b) Ne

Graf č. 7. Možnost využití ambulance bolesti



Všichni dotazovaní respondenti 84 (100%) odpověděli na otázku č. 7 Ano. Z toho vyplývá, že možnost využít ambulanci bolesti poskytují všechny všeobecné sestry.

8. otázka č. 8: Co Vám brání v komunikaci s onkologicky nemocným v terminálním stádiu?

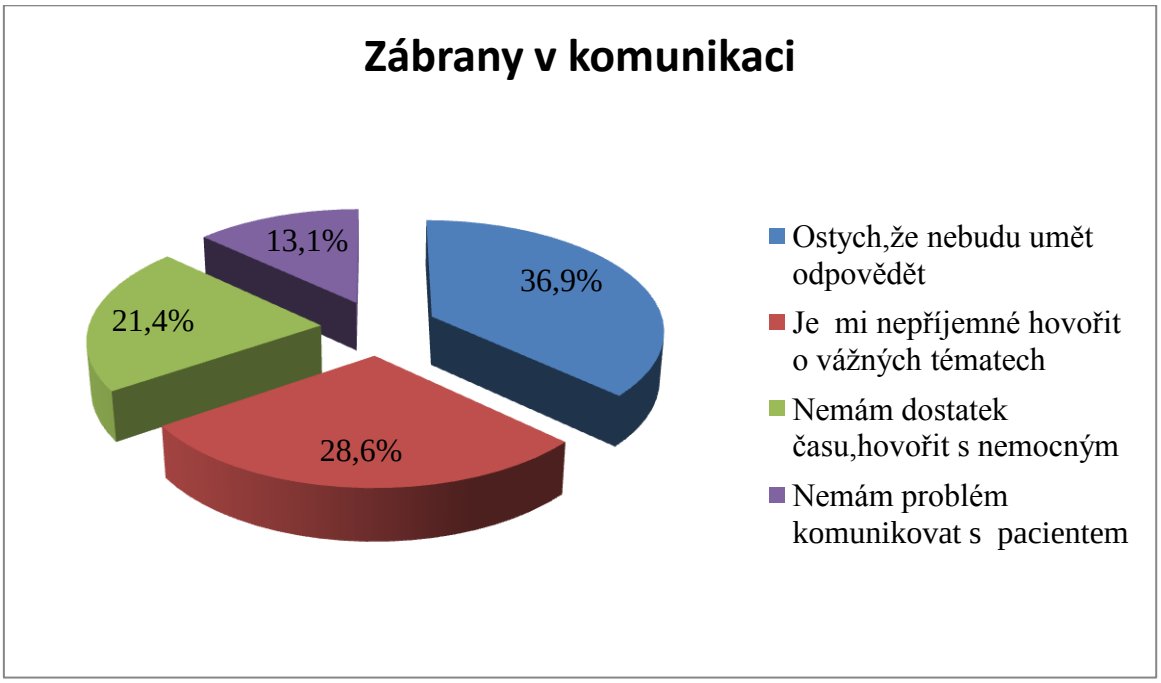
a) Ostych, že nebudu umět odpovědět na vyslovené otázky

b) Je mi nepříjemné hovořit s nemocným o vážných tématech

c) Z důvodů pracovního vytížení, nemám dostatek času na komunikaci s nemocným.

d) Nemám žádný problém, v komunikaci s nemocným

Graf č. 8: Zábrany v komunikaci s nemocným v terminálním stádiu



Z následujícího grafu vyplývá, že 31 (36,9%) respondentům brání v komunikaci s nemocným v terminálním stádiu, ostych, že nebudou umět odpovědět na vyslovené otázky. Jako druhou nejčastěji zaškrtnutou odpověď b) volilo 24 (28,6%) všeobecných sester. Z důvodu pracovního vytížení, nekomunikuje s nemocným 18 (21%) respondentů.
Pouze 11 (13,1%) sester nemá problém v komunikaci s nemocným v terminálním stádiu.

9. otázka číslo 9: Jak reagujete, když pacient v terminálním stádiu mluví o smrti?

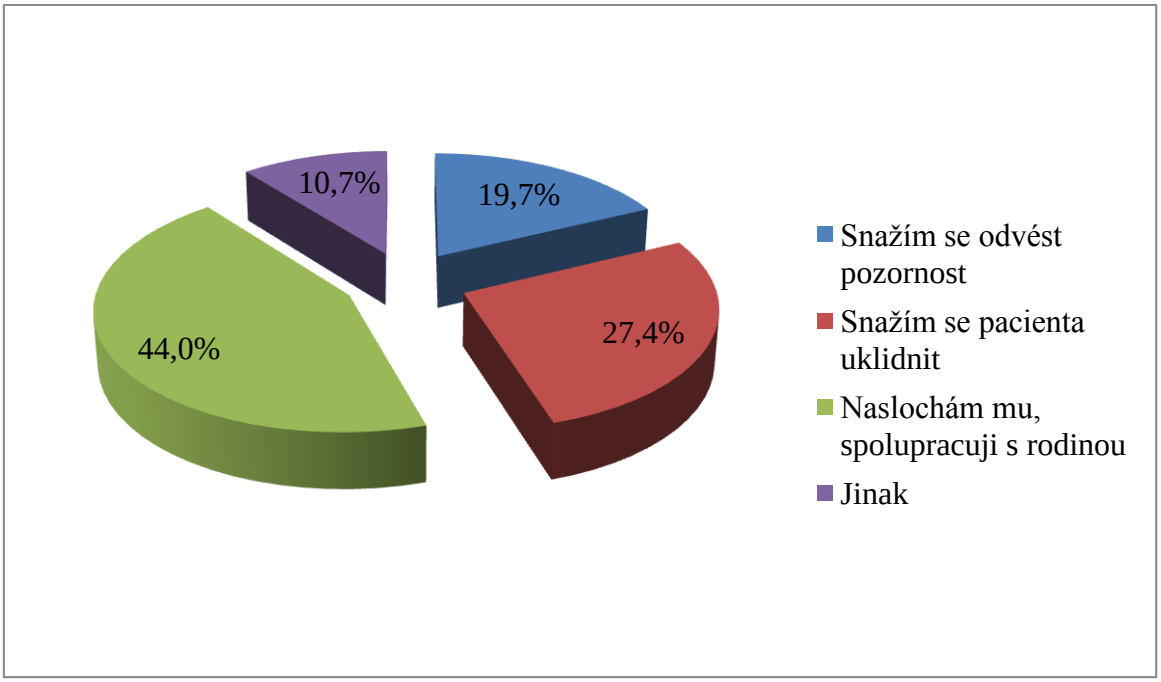
a) Snažím se odvést pozornost na jiné téma

b) Snažím se nemocného uklidnit, například slovy „To bude zase dobré“

c) Naslouchám mu a hovořím s ním o náležitostech, které by chtěl vyřešit, spolupracuji s rodinou

d) Jinak

Graf č. 9. Reakce na to, když nemocný hovoří o smrti.



Z následujícího grafu vyplývá, že nejsprávnější možnost c) volilo 37(44%) respondentů. Naproti tomu, zcela nevhodnou odpověď b) zaškrtlo 23 (27,4%) sester. 15 (19,7%) oslovených respondentů se snaží odvést pozornost na jiné téma. Možnost d) zaškrtlo 9 (10,7%).

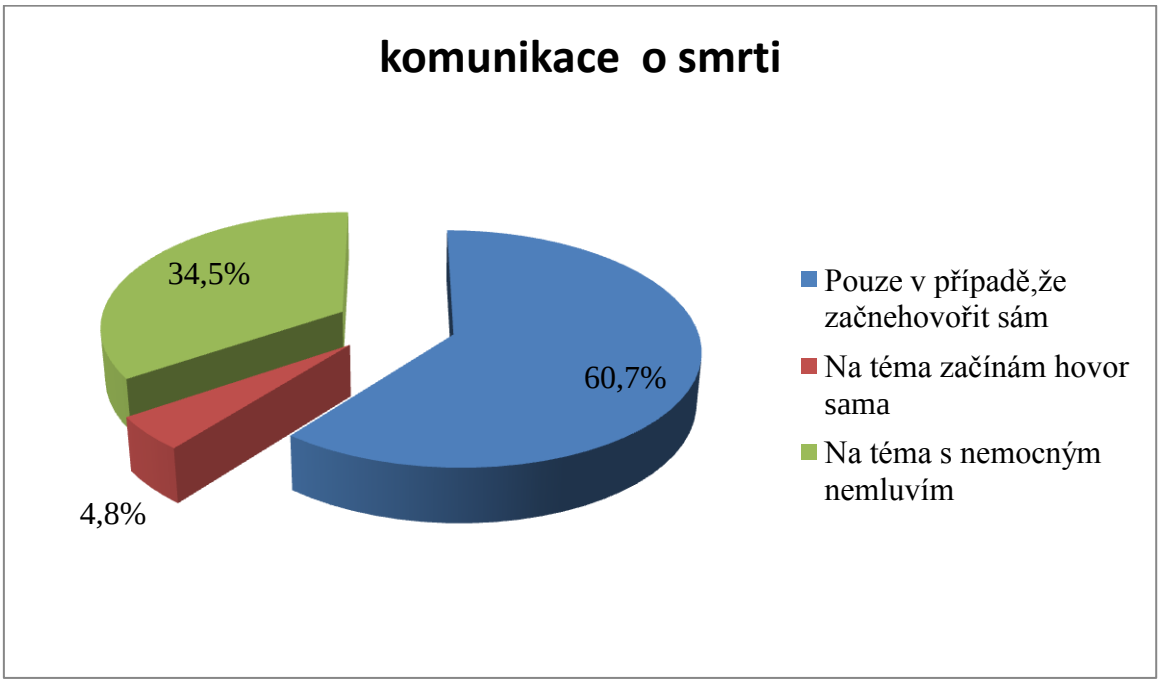
10. Otázka číslo 10: Hovoříte s nemocným, který je terminálním stádiu o smrti?

a) Pouze v případě, že začne pacient na toto téma hovořit sám

b) Na tématiku umírání a smrti, začínám hovor sama

c) O smrti s nemocným nehovořím

Graf č. 10. Komunikace na téma umírání a smrti



Z následujícího grafu vyplývá, že správnou odpověď a) označilo 51 (60,7%) sester. Možnost b) zaškrtli 4 (4,8%) respondenti. 29 (34,5%) všeobecných sester o smrti s nemocným nehovoří.

11. Otázka č. 11: Co patří do pravidel Efektivní komunikace?

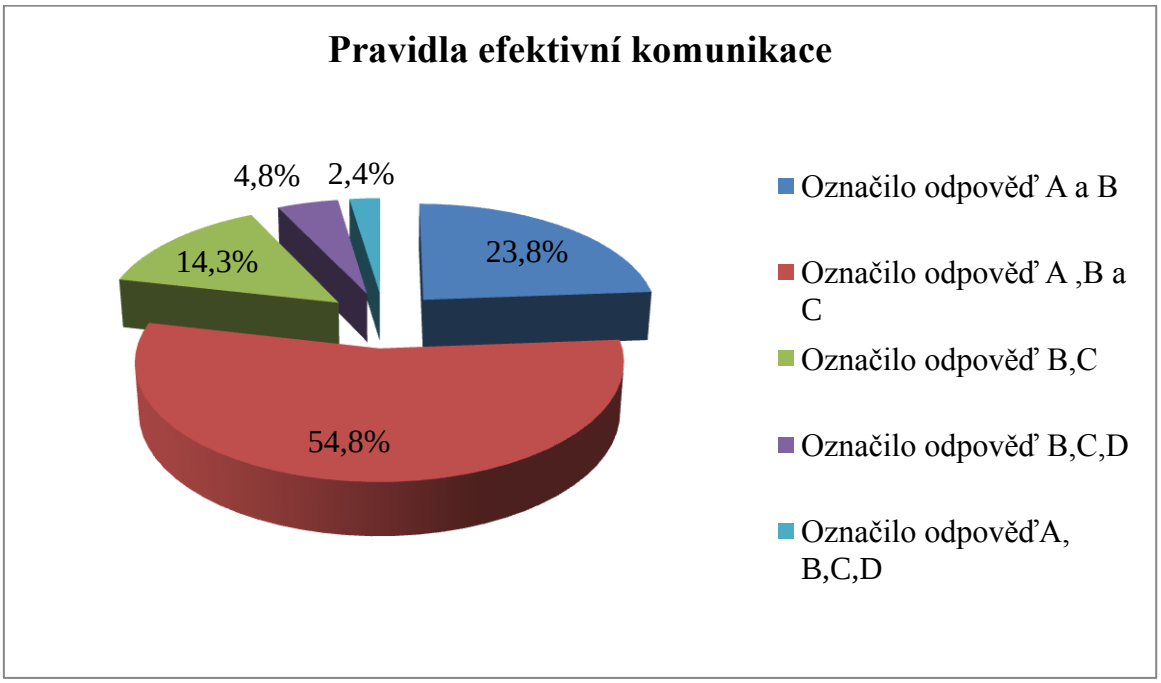
a) Pozitivní přístup

b) Nepoužívat fráze a žargon

c) Dodržovat respekt, individuální přístup a podpora nezávislosti

d) Nejvhodnější jsou sugestivní otázky

Graf č 11. Pravidla efektivní komunikace



Z následujícího grafu je zřejmé, že 46 (54,8%) všeobecných sester odpovědělo správně. Odpověď a), b) zaškrtlo 20 (23,8%) dotazovaných respondentů. Odpověď: b), c) uvedlo 12 (14,3%) sester. Odpověď: b), c), d) zvolily 4 (4,8%) sestry. Nejmenší zastoupení mají odpovědi: a), b), c), d) pouze 2 (2,4%).

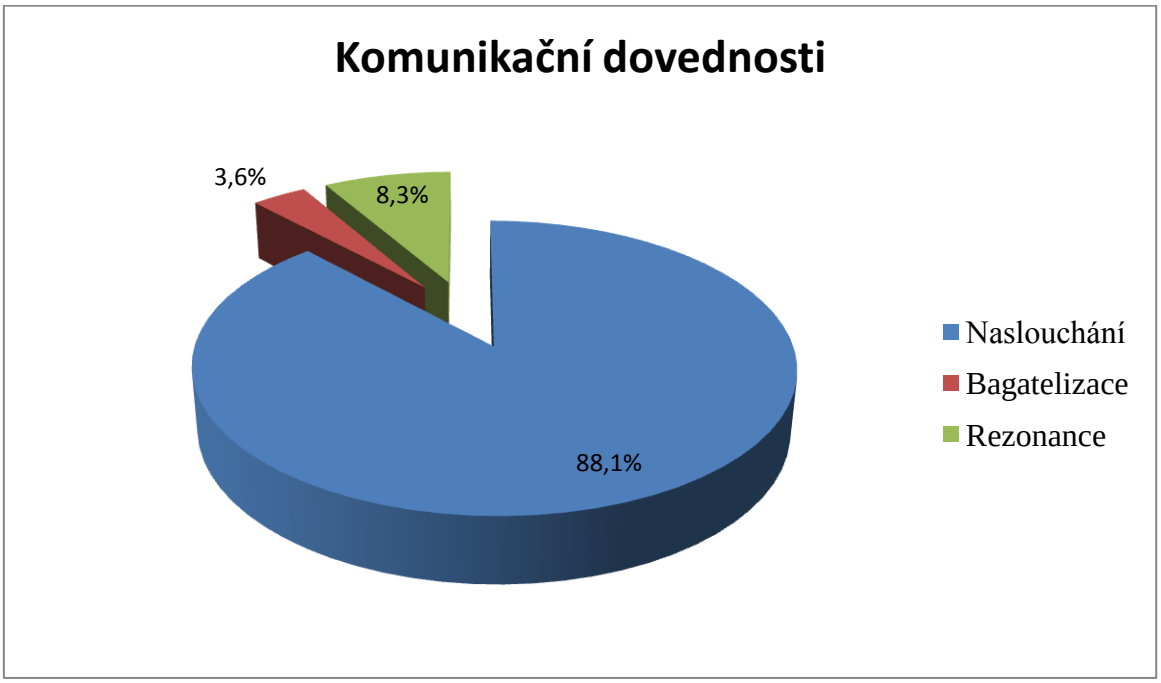
12. Otázka číslo 12: Mezi nejdůležitější komunikační dovednosti patří:

a) Naslouchání

b) Bagatelizace

c) Rezonance

Graf č. 12. Nejdůležitější komunikační dovednosti



Na následující otázku označilo správně možnost a) 74 (88,1%) sester. Pouze 7 (8,3%) dotazovaných respondentů, zaškrtlo možnost c) nejméně sester, označilo za nejdůležitější komunikační dovednost bagatelizaci.

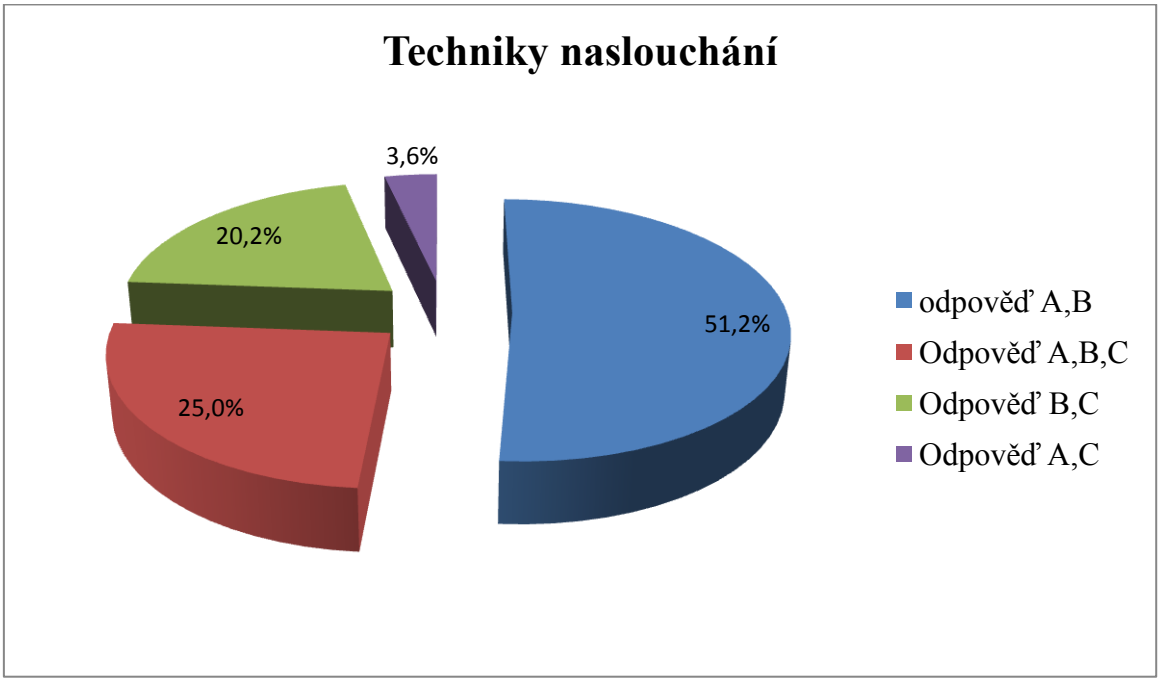
13. Otázka číslo 13: Mezi techniky naslouchání patří:

a) Reflexe (shrnutí a zopakování získané informace)

b) Rekapitulace (sumarizace všech získaných informací a pocitů)

c) Medicinalizace (snaha o medicínský zásah do přirozených dějů)

Graf č. 13. Techniky naslouchání



Na následující otázku odpovědělo správně 43 (51,2%) dotazovaných respondentů. Mezi techniky naslouchání patří reflexe a rekapitulace.

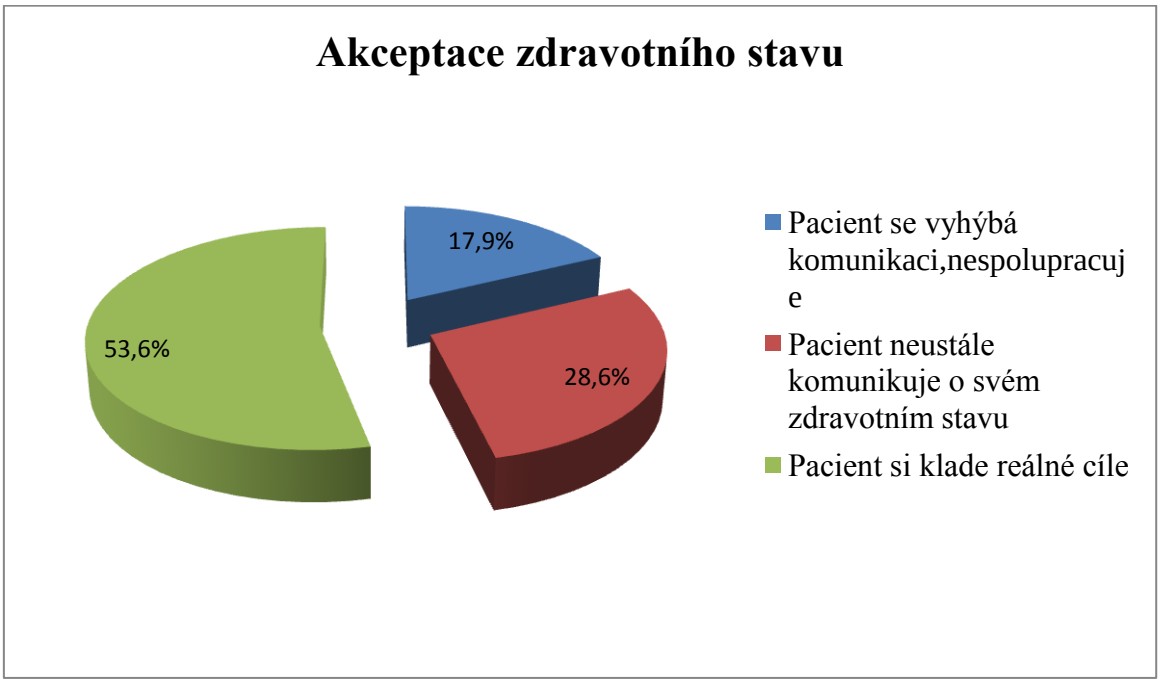
14. Otázka číslo 14: Jak poznáte akceptaci zdravotního stavu nemocného?

a) Pacient se vyhýbá komunikaci, je apatický, nespolupracuje

b) Pacient se snaží neustále komunikovat o svém zdravotním stavu

c) Pacient si klade reálné cíle a aktivně je začíná realizovat

Graf č. 14. Akceptace zdravotního stavu nemocného



Z následujícího grafu vyplývá, že 45 (53,6%) dotazovaných respondentů odpovědělo správně. Možnost b) si zvolilo 24 (28,6%) dotazovaných. Nejméně sester 15 (17,9%) uvedlo, že akceptaci zdravotního stavu nemocného poznají, tak že se pacient vyhýbá komunikaci.

15. Otázka číslo 15: S rodinou pacienta komunikuji:

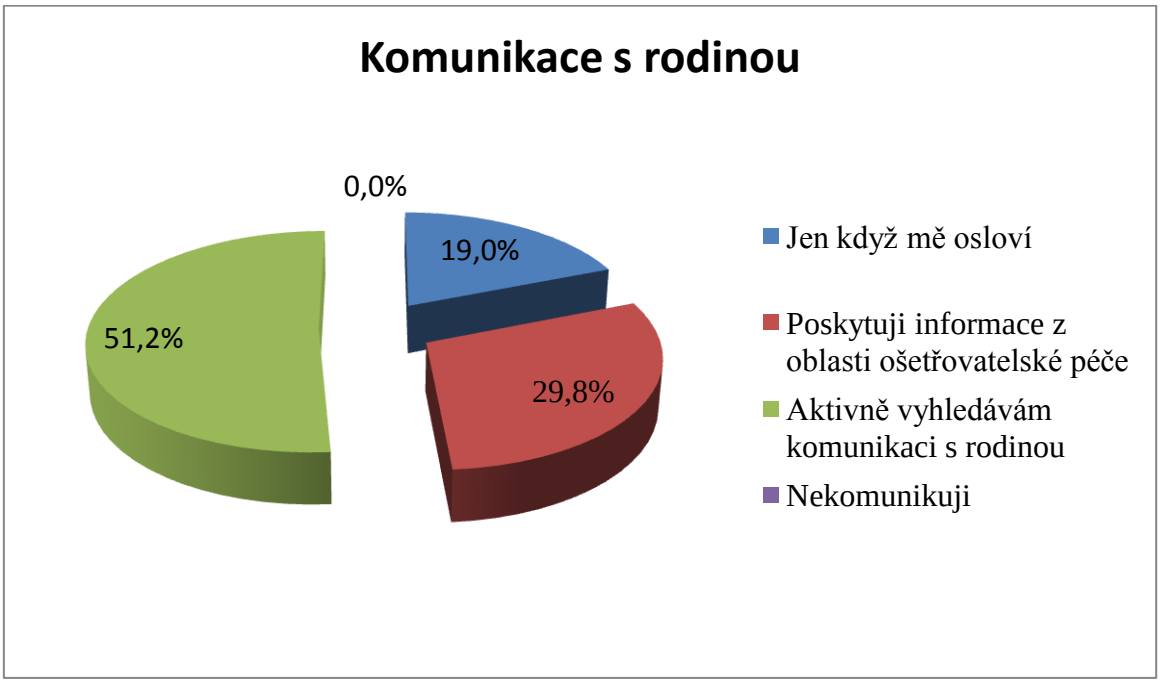
a) Jen když mě osloví

b) Poskytuji informace z oblasti ošetřovatelské péče

c) Aktivně vyhledávám komunikaci s rodinou nemocného

d) Nekomunikuji

Graf číslo 15. Komunikace s rodinou pacienta



Z následujícího grafu je zřejmé, že 43 (51,2%) sester aktivně vyhledává komunikaci s rodinou. 24 (29,8%) respondentů zaškrtlo možnost b) 16 (19%) sester komunikuje s rodinou pacienta, jen když je osloví. Možnost d) neoznačil ani jeden respondent.

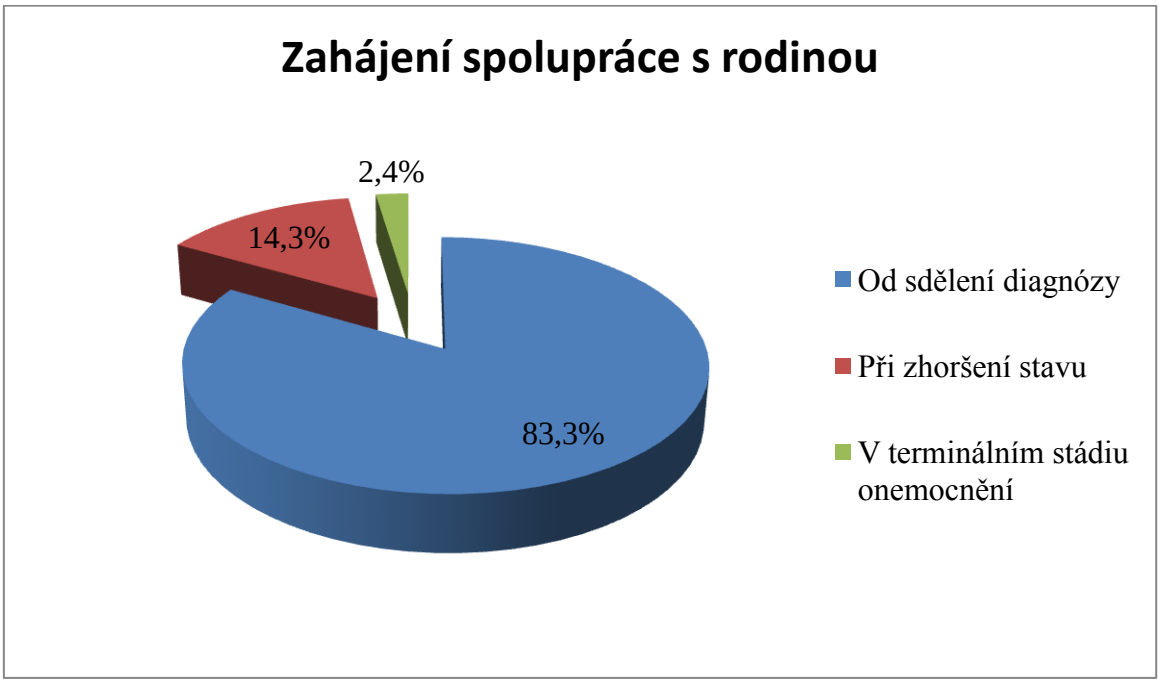
16. Otázka číslo 16: V jaké fázi nemoci je nejvhodnější začít spolupracovat s rodinou pacienta?

a) Od sdělení diagnózy

b) Při zhoršení stavu pacienta

c) V terminálním stádiu onemocnění

Graf č. 16. Navázání spolupráce s rodinou



Na otázku týkající se navázání spolupráce s rodinou odpovědělo správně 70 (83,3%) dotazovaných respondentů, kteří se domnívají, že navázat spolupráci s rodinou, je vhodné již od sdělení diagnózy. Možnost b) při zhoršení stavu zaškrtlo 12 (14,3%) a možnost c) označily 2 (2,4%) všeobecné sestry, ty se domnívají, že nejvhodnější doba pro zahájení spolupráce s rodinou je v terminální fázi onemocnění.

17. Otázka č. 17: Zajímáte se o pocity nemocného (smutek, vztek, radost…..)?

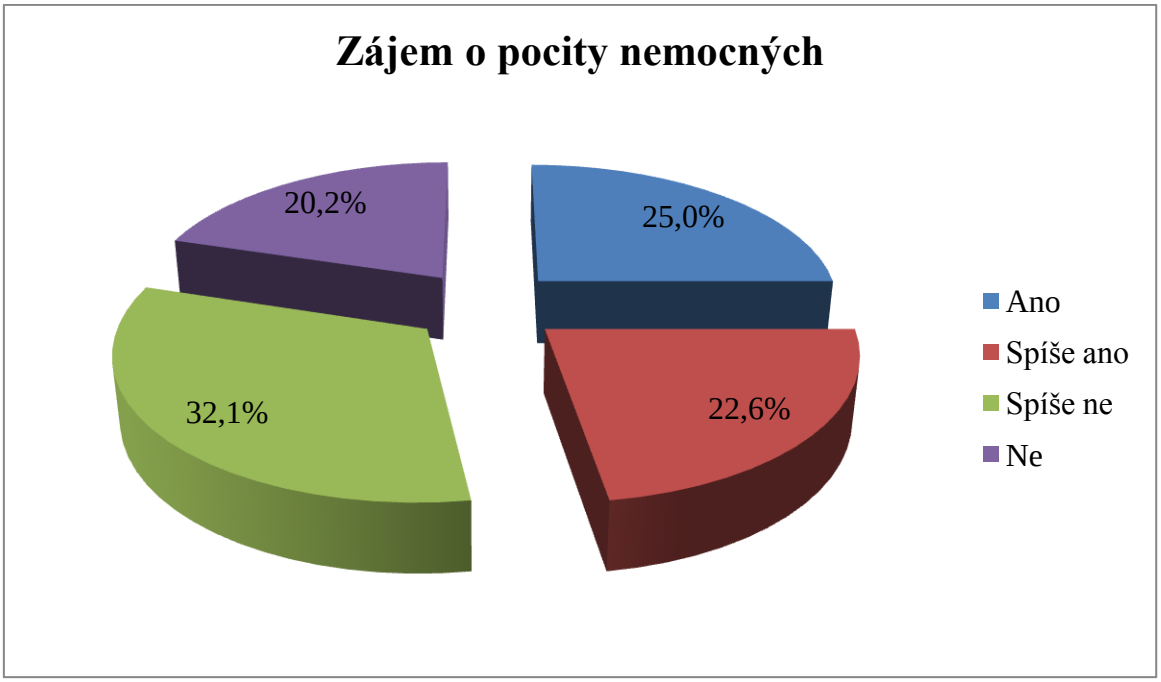
a) Ano

b) Spíše ano

c) Spíše ne

d) Ne

Graf č. 17. Zájem o pocity pacientů.



Následující graf je poměrně vyrovnaný, bohužel je z něj patrné, že nejvíce sester 27(32,1%) označilo odpověď, spíše ne. Žádný zájem o pocity nemocného nemá 17(20,2%) respondentů. Odpověď ano, uvedlo ve svém dotazníku 21(25%) všeobecných sester. Variantu spíše ano, si vybralo 19(22,6%) dotazovaných.

18. Otázka č. 18: Jak reagujete, pokud Vám pacient svěří své obavy?

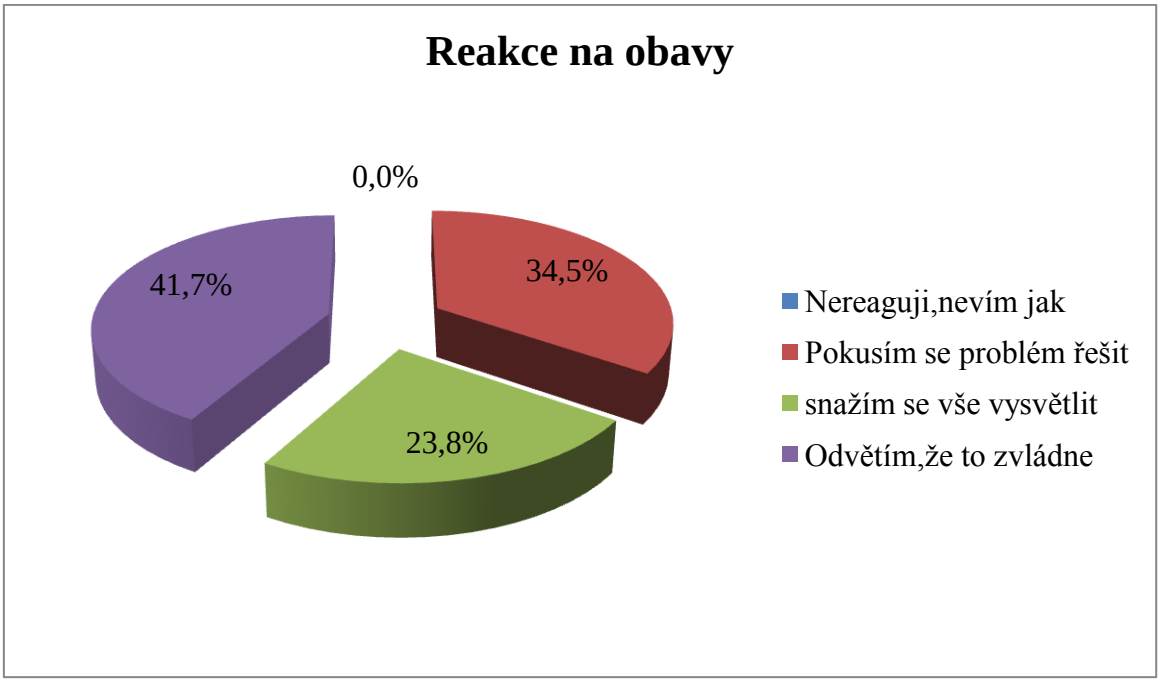
a) Nereaguji, nevím jak

b) Pokusím se problém s nemocným řešit

c) Snažím se pacientovi vše vysvětlit

d) Odvětím, aby se nebál, že to zvládne

Graf č. 18. Reakce respondentů na pacientovi obavy



Z následujícího grafu vyplývá, že 35 (41,7%) všeobecných sester reaguje na pacientovy obavy povzbuzením, aby se nebál, že to zvládne. Je patrné, že 29(34,5%) respondentů se pokouší s nemocným problém řešit. 20 (23,8%) dotazovaných se snaží pacientovi vše vysvětlit. Možnost a) neoznačil žádný respondent.

HYPOTÉZA Č. 1

Domnívám se, že většina dotazovaného zdravotnického personálu věnuje pozornost sledování bolesti nemocného.

Kritériem pro první hypotézu je, pokud většina dotazovaných všeobecných sester správně zodpoví 3 ze 4 položených otázek. Tato hypotéza se týká otázek 4, 5, 6, 7.

Tabulka č. 1: Správné odpovědi, týkající se první hypotézy.

Otázka číslo	**4**	**5**	**6**	**7**
Správné odpovědi	*a)*	*a)*	*d)*	*a)*

Tabulka č. 2: Vyhodnocení první hypotézy.

Čísla otázek	**Správné odpovědi**	**Počet správných**	**Procenta**
4	a)	60	72,0%
5	a)	73	86,9%
6	d)	38	45,2%
7	a)	84	100%

Předpokladem pro vyhodnocení první hypotézy, bylo správné zodpovězení alespoň 3 ze 4 otázek. V tabulce číslo 1 jsou stanoveny správné odpovědi. Z tabulky číslo 2 vyplývá, že na otázku číslo 4 odpovědělo správně 60 (72,0%) všeobecných sester. Na otázku číslo 5 odpovědělo správně 73 (86,9%) sester. Na otázku číslo 6 odpovědělo správně 38 (45,2%) respondentů. A na poslední otázku číslo 7 odpovědělo správně dokonce 84 (100%) dotazovaných respondentů. Vzhledem k tomu, že tři ze čtyř položených otázek zodpověděla většina všeobecných sester správně. Mohu konstatovat potvrzení první hypotézy. Že většina dotazovaného zdravotnického personálu věnuje pozornost sledování bolesti nemocného.

HYPOTÉZA Č. 2

Myslím si, že většina dotazovaného zdravotnického personálu nemá problém v komunikaci s pacientem v terminálním stádiu onemocnění.

Kritériem pro vyhodnocení této hypotézy, je pokud většina dotazovaných respondentů zodpoví správně alespoň 2 z 3 položených otázek. Otázky týkající se 2 hypotézy jsou, 8, 9, 10.

Tabulka č. 3: Správné odpovědi týkající se druhé hypotézy.

Otázka číslo	**8**	**9**	**10**
Správná odpověď	d)	c)	a)

Tabulka č. 4: Vyhodnocení druhé hypotézy

Čísla otázek	**Správné odpovědi**	**Počet správných**	**Procenta**
8	d)	11	13,1%
9	c)	37	44,0%
10	a)	51	60,7%

Předpokladem pro vyhodnocení druhé hypotézy, bylo správné zodpovězení alespoň 2 z 3 položených otázek. V tabulce číslo jedna jsou vyznačeny správné odpovědi. V tabulce číslo dvě, je vyhodnoceni druhé hypotézy. Z tabulky je zřejmé, že pouze 11(13,1%) dotázaným, nedělá problém komunikovat s nemocným v terminálním stádiu onemocnění. Hypotéza, číslo dvě se tudíž nepotvrdila. Špatně bylo odpovězeno na 2 ze 3 položených otázek.

HYPOTÉZA Č. 3:

Předpokládám, že většina dotazovaného zdravotnického personálu zná problematiku komunikace s onkologicky nemocným.

Kritériem pro vyhodnocení této hypotézy, je, pokud většina dotazovaných respondentů, odpoví správně na 6 z 8 otázek. Otázky, týkající se třetí hypotézy jsou, 11, 12, 13, 14, 15, 16,17,18.

Tabulka č. 5: Správné odpovědi týkající se třetí hypotézy.

Číslo otázky	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**	**18**
Správná odpověď	a),b), c)	a)	a), b)	c)	c)	c)	a)	b)

Tabulka č. 6: Vyhodnocení třetí hypotézy.

Čísla otázek	**Správné odpovědi**	**Počet správných**	**Procenta**
11	a), b), c)	46	54,8%
12	a)	74	88,1%
13	a), b)	43	51,2%
14	c)	45	53,6%
15	c)	43	51,2%
16	c)	70	83,3%
17	a)	21	25%
18	b)	29	34,5%

Kritériem pro ověření třetí hypotézy bylo, že dotazovaní respondenti musí odpovědět správně na 6 z 8 položených otázek. V tabulce číslo 5 jsou vyznačeny správné odpovědi. Tabulka číslo 6 obsahuje vyhodnocení třetí hypotézy. Z uvedené tabulky vyplývá, že většina dotazovaných respondentů odpověděla na 6 položených otázek správně. Můžeme tedy konstatovat potvrzení 3 hypotézy.

KVALITATIVNÍ VÝZKUMNÁ ČÁST

Záznamy rozhovorů s onkologicky nemocnými pacienty na interním oddělení, nemocnice v Litoměřicích.

Pacient 1

Pacientka XX, 52 let, vdaná, 3 dcery, v invalidním důchodu.

Dg: karcinom prsu

1. Máte potřebu hovořit se zdravotnickým personálem o Vaší nemoci?

„Už tolik ne, ale když mi přišli na rakovinu, pořád jsem se sestřiček a doktorů na něco ptala. Měla jsem strach, co se mnou bude. Teď, už jsem se s tím srovnala. Tak tolik neotravuju.“

2. S jakým nevhodným způsobem komunikace, jste se setkala, ze strany sester?

„Často se setkávám s nevhodným způsobem komunikace, alespoň mě se zdá, že je nevhodný. Když sestry nereagujou na moje dotazy, někdy se mi stává, že jsou sestřičky nepříjemný. A to, by se určitě stávat nemělo.“

3. Komunikuje s Vámi sestra pravidelně?

„Myslím, že jo, pořád se mě někdo na něco ptá, třeba jestli mě něco nebolí, jestli něco nepotřebuju, kolik jsem toho snědla, vypila, kolikrát jsem byla na záchodě, ve sprše, ptaj se na všechno možný až mi to příde legrační.

4. Ovlivnila nevhodná komunikace Vaší důvěru ve zdravotnický personál?

„Musím říct, že to zase ne. Někdy se mě sice dotkne, jak se mnou mluvěj. Ale ještě mi nikdo tolik neublížil, abych kvůli tomu přestala doktorům a sestřičkám věřit.

5. Co je pro Vás v komunikaci se zdravotnickým personálem nejdůležitější?

„Aby ke mně byly upřimný, někdy mám pocit, že se vymlouvaj, když se na něco ptám.“

6. Který výrok, považujete ze strany sester za nevhodný?

„Vzpomínám si, už je to dýl, byla jsem na dně, když mi zjistili tu diagnózu. A představte si, že mi jedna sestřička na to řekla: Než se vdáte, tak se Vám to zahojí. No, to sem si myslela, že špatně slyším. Dodneška nevím, jestli si ze mě dělala srandu. Nebo co tím vůbec myslela.

7. Jste spokojená s komunikací ze strany sester?

„ Nejsem“

8. Poskytují Vám zdravotníci dostatek času ke komunikaci?

„To moc ne, přes den pořád pospíchaj a nestíhaj. Možná večer je to lepší, to si se sestřičkou i popovídám, ale moc nezdržuju.

9. Co postrádáte v komunikaci se zdravotnickým personálem?

„Právě ten zájem, ten mi chybí. Já vím, že mají hodně práce. Ale někdy si připadám, jak v nějaký fabrice.“

10. Co je pro Vás v tento okamžik nejdůležitější?

„Hlavně abych se uzdravila, má se mi narodit už šestý vnouče, tak se z toho musím dostat.

11. Zajímají se sestry o Vaše pocity (strach, úzkost….)?

„ Ne“

12. Zjišťují sestry aktuální stav Vaší bolesti?

„To jo, na to se mě ptaj často.“

13. Máte možnost řešit bolest s odborníkem, v ambulanci bolesti?

„Velký bolesti nemam, takže jsem se o to nikdy nezajímala,“

14. Spolupracují sestry s vaší rodinou?

„Ano.“

15. Vyhledávají sestry aktivně komunikaci s Vaší rodinou?

„Ano“

16. S kým si nejraději popovídáte?

„Mám tady moc hodnou paní doktorku, ale ta nemá moc času na vybavování. Ráda si popovídám se sestřičkama, co mají noční, večer je přece víc času a to mi uvařej i kafe.“

Pacient 2.

Pacientka XX, 79 let, vdova, 2 děti, ve starobním důchodu.

Dg: Kolorektální karcinom

1. Máte potřebu hovořit se zdravotnickým personálem o vaší nemoci?

„Mám, nikdo mi pořádně nic nevysvětlí. Měla bych tolik otázek, ale bojím se zeptat, nechci obtěžovat.

2. S jakým nevhodným způsobem komunikace jste se setkala, ze strany sester?

„ Mám pocit, že mě všichni přehlížej, jsem jenom na obtíž.

3. Komunikuje s Vámi sestra pravidelně?

„Asi ano.“

4. Ovlivnila nevhodná komunikace Vaší důvěru ve zdravotnický personál?

„Myslím, že ano. Jednou na mě byla sestřička tak nepříjemná. Že se už bojím na cokoliv zeptat.“

5. Co je pro Vás v komunikaci se zdravotnickým personálem nejdůležitější?

„Vlídnost, pochopení a úcta ke stáří. To je důležitý.“

6. Který výrok, považujete ze strany sester za nevhodný?

„Přesně na výrok si už nevzpomínám, docela mně vadí, když mi úplně cizí lidi říkaj babi.“

7. Jste spokojena s komunikací ze strany sester?

„Bohužel nejsem“

8. Poskytují Vám zdravotníci dostatek času ke komunikaci?

„Ne, vím, že maj hodně práce. Tak co by se zahazovali, se starou bábou.“

9. Co postrádáte v komunikaci se zdravotnickým personálem?

„Jak už jsem řekla, trochu úcty, pochopení a vlídnosti. To postrádám.“

10. Co je pro Vás v tento okamžik nejdůležitější?

„Vím, že tý rakoviny se už nezbavím. No co, každej musí na něco umřít a já už jsem stará bába. Ale co bych nechtěla zůstat v nemocnici. Chtěla bych se dostat domů. Děti mi slíbili, že se o mě postaraj.“

11. Zajímají se sestry o Vaše pocity (strach, úzkost….)?

„Ne, není to přece jejich povinnost.“

12. Zjišťují sestry aktuální stav Vaší bolesti?

„Jo na to se mě ptaj často, to bych jim zase křivdila.“

13. Máte možnost řešit bolest s odborníkem v ambulanci bolesti?

„Ano pan doktor, kterej je na to odborník, tady už za mnou byl. A napsal mi ňáky injekce.

14. Spolupracují sestry s Vaší rodinou?

„Často dětem řikaj, co mi maj přinýst a tak.“

15. Vyhledávají sestry aktivně komunikaci s Vaší rodinou?

„Asi jo, vždycky když za mnou přijdou děti, tak se s nima sestřičky bavěj, co je potřeba.“

16. S kým si nejraději popovídáte?

„Nejraději si popovídám se svojí spolupacientkou, co leží se mnou na pokoji, to je hodná paní.“

Pacient 3

Pacientka XX, 74 let, vdova, bezdětná, ve starobním důchodu.

Dg: karcinom plic

1. Máte potřebu hovořit se zdravotnickým personálem o Vaší nemoci?

„Ano, mám. Ale stydím se, o tom mluvit.“

2. S jakým nevhodným způsobem komunikace jste se setkala, ze strany sester?

„Nevzpomínám si.“

3. Komunikuje s Vámi sestra pravidelně?

„Ano“

4. Ovlivnila nevhodná komunikace Vaší důvěru ve zdravotnický personál?

„Ne, to určitě ne.“

5. Co je pro Vás v komunikaci se zdravotnickým personálem nejdůležitější?

„Aby měly čas mě vyslechnout.“

6. Který výrok, považujete ze strany za nevhodný?

„Nevzpomínám si na žádný výrok.

7. Jste spokojená s komunikací ze strany sester?

„Spíš ne“

8. Poskytují Vám zdravotníci dostatek času na komunikaci?

„Bohužel, ne.“

9. Co postrádáte v komunikaci se zdravotnickým personálem?

„Postrádám právě, ten čas, na to si popovídat.“

10. Co je pro Vás v tento okamžik nejdůležitější?

„ Teď je pro mě nejdůležitější, abych neměla takový bolesti, to mě nejvíc trápí.“

11. Zajímají se sestry o Vaše pocity (strach, úzkost….)?

„Ne, v dnešní době nikdo nemá čas se zajímat o to, co vás trápí, udělá si svoje a jde.“

12. Zjišťují sestry aktuální stav Vaší bolesti?

„Ano, zjišťují ale je mi to prd platný.“

13. Máte možnost řešit bolest s odborníkem v ambulanci bolesti?

Mám slíbeno, že se na mě přijde zítra podívat pan doktor. Tak doufám, že mi pomůže, je to moje poslední naděje. Všichni říkaj, že je dobrej.“

14. Spolupracují sestry s Vaší rodinou?

„Nikoho nemám, tak není s kým spolupracovat. Už jsem sama na světě.“

15. Vyhledávají sestry aktivně komunikaci s Vaší rodinou?

Nedotazuji se.

16. S kým si nejraději popovídáte?

„Se sestřičkama, jsou tady moc hodný, akorát není ten čas.“

Pacient 4

Pacient XY, 65 let, ženatý, 2 děti, ve starobním důchodu.

Dg. Karcinom prostaty

1. Máte potřebu hovořit se zdravotnickým personálem o Vaší nemoci?

„ Ne, nemám takovou potřebu.“

2. S jakým nevhodným způsobem komunikace jste se setkal ze strany sester?

„ Vadí mi, že se ke mně chovaj jak k nějakýmu mrzákovi.“

3. Komunikuje s Vámi sestra pravidelně?

„Asi jo.“

4. Ovlivnila nevhodná komunikace Vaší důvěru ve zdravotnický personál?

„Pokaždý mi řikaj něco jinýho, a to už mojí důvěru ovlivnilo.“

5. Co je pro Vás v komunikaci se zdravotnickým personálem nejdůležitější?

„Právě ta důvěra, ať už se konečně domluvěj co mi říct, jinak nevím, čemu mám věřit.“

6. Který výrok, považujete ze strany sester za nevhodný?

Pořád mi dokola řikaj, že musím spolupracovat. To už mě rozčiluje.“

7. Jste spokojen s komunikací ze strany sester?

„Bohužel ne“

8. Poskytují Vám zdravotníci dostatek času ke komunikaci?

„Ne.“

9. Co postrádáte v komunikaci se zdravotnickým personálem?

„Chybí mi trochu pochopení. Třeba mi pořád nadávaj, že chodím kouřit.

Vždyť ani nevím, jak dlouho tady budu. Tak by si mohly ty řeči odpustit. Teď, už je to stejně jedno.“

10. Co je pro Vás v tento okamžik nejdůležitější?

„Abych se uzdravil.“

11. Zajímají se sestry o Vaše pocity (strach, úzkost…)

„ Ne“

12. Zjišťují sestry stav Vaší bolesti?

„Jo, na to se mě ptaj“

13. Máte možnost řešit bolest s odborníkem v ambulanci bolesti?

„Takový bolesti zase nemam, abych to musel řešit, v nějaké odborné ambulanci.“

14. Spolupracují sestry s Vaší rodinou?

„To jo, manželka je každou chvíli na sesterně.“

15. Vyhledávají sestry aktivně komunikaci s Vaší rodinou?

„To nevím, vo to jsem se nezajímal.“

16. S kým si nejraději popovídáte?

„Mám tady na pokoji dobrýho parťáka, tak asi s ním.“

Pacient 5

Pacient XY, 60 let, ženatý, 1syn, starobní důchod

Dg: kolorektální karcinom

1. Máte potřebu hovořit se zdravotnickým personálem, o Vaší nemoci?

„Nemám, co potřebuju, vím.“

2. S jakým nevhodným způsobem komunikace jste se setkal ze strany sester?

„Nemám moc zkušeností, nikdy jsem pořádně nemarodil, takže naštěstí jsem se s žádným nevhodným způsobem komunikace nesetkal.“

3. Komunikuj s Vámi sestra pravidelně?

„Ano.“

4. Ovlivnila nevhodná komunikace Vaší důvěru ve zdravotnický personál?

„Ne.“

5. Co je pro Vás v komunikaci se zdravotnickým personálem nejdůležitější?

„Nevím.“

6. Který výrok, považujete ze strany sester za nevhodný?

„Nic mě nenapadá.“

7. Jste spokojen s komunikací ze strany sester?

„Ano“

8. Poskytují Vám zdravotníci dostatek času ke komunikaci?

„Myslím, že ano.“

9. Co postrádáte v komunikaci se zdravotnickým personálem?

„Nic nepostrádám.“

10. Co je pro Vás v tento okamžik nedůležitější?

„Nemít bolesti.“

11. Zajímají se sestry o Vaše pocity (strach, úzkost atd.)?

„Myslím, že ano.“

12. Zjišťují sestry aktuální stav Vaší bolesti?

„Ano.“

13. Máte možnost řešit bolest s odborníkem v ambulanci bolesti?

„Ano, u pana doktora jsem už jednou byl.“

14. Spolupracují sestry s Vaší rodinou?

„Jo s manželkou a synem, sestřičky mluvěj, když za mnou přijdou na návštěvu.“

15. Vyhledávají sestry aktivně komunikaci s Vaší rodinou?

„Myslím, že ano.“

16. S kým si nejraději popovídáte?

„Se sestřičkami, jsou na mě moc hodný“

Tabulka č. 7: Rozhovor s pacienty

OTÁZKY	**ODPOVĚDI**	**POČET**
Věk:	*51- 60 let*	*2*
	61-70 let	*1*
	71-80 let	*2*
Rodinný stav:	*Vdaná/ ženatý*	*3*
	Vdova/vdovec	*2*
Diagnóza:	*Karcinom prsu*	*1*
	Karcinom prostaty	*1*
	Kolorektální karcinom	*2*
	Karcinom plic	*1*
1. Máte potřebu hovořit se zdr. personálem o Vaší nemoci?	*Ano*	*2*
	Ne	*3*
2. S jakým nevhodným způsobem komunikace, jste se setkaly ze strany sester?	*Nadměrně ochranitelský přístup*	*1*
	Přehlížení, ignorace osobnosti	*2*
	Žádný nevhodný způsob komunikace	*1*
	Neví	*1*
3. Komunikuje s Vámi sestra pravidelně?	*Ano*	*5*
	Ne	*0*
4. Ovlivnila nevhodná komunikace Vaší důvěru ve zdravotnický personál?	*Ano*	*2*
	Ne	*3*
5. Co je pro Vás v komunikaci se zdravotnickým personálem nejdůležitější?	*Upřímnost*	*1*
	Vlídnost, pochopení, úcta	*1*
	Čas na komunikaci	*1*
	Důvěra	*1*
	Neví	*1*
6. Který výrok považujete ze strany sester za nevhodný?	*„Musíte spolupracovat“*	*1*
	„Než se vdáte tak se Vám to zahojí“	*1*
	Oslovení „babi“	*1*
	„Nevzpomínám si“	*2*

7. Jste spokojen/a s komunikací ze strany sester?	*„Ano“*	*1*
	„Ne“	*4*
8. Poskytují Vám zdravotníci dostatek času ke komunikaci?	*Ano*	*1*
	Ne	*4*
9. Co postrádáte v komunikaci se zdravotnickým personálem?	*Zájem*	*1*
	Úcta, pochopení, vlídnost.	*1*
	Čas ke komunikaci.	*1*
	Pochopení, empatie	*1*
	Nic	*1*
10. Co je pro Vás v tento okamžik nejdůležitější?	*Nemít bolest*	*2*
	Uzdravit se	*2*
	Dostat se domů	*1*
11. Zajímají se sestry o Vaše pocity?	*Ano*	*1*
	Ne	*4*
12. Zjišťují sestry aktuální stav Vaší bolesti?	*Ano*	*5*
	Ne	*0*
13. Máte možnost řešit bolest s odborníkem v ambulanci bolesti?	*Ano*	*3*
	Ne	*0*
	Nepotřebuji řešit	*2*
14. Spolupracují sestry s Vaší rodinou?	*Ano*	*4*
	Ne	*0*
	Nemá rodinu	*1*
15. Vyhledávají sestry aktivně komunikaci s Vaší rodinou?	*Ano*	*3*
	Ne	*0*
	Neví	*1*
	Nedotazuji se	*1*
16. S kým si nejraději popovídáte?	*Všeobecné sestry*	*3*
	Spolupacienti	*2*

DISKUZE

Hlavním cílem této bakalářské práce, je zjistit komunikační dovednosti všeobecných sester s onkologicky nemocnými pacienty, v nemocničním zařízení. Dalším cílem práce, je zjistit zda nelékařský zdravotnický personál věnuje dostatečnou pozornost sledování bolesti nemocného a zda mají všeobecné sestry problém s komunikací, s pacienty v terminálním stádiu onemocnění. Důležitou částí výzkumného šetření, je detekce spokojenosti onkologicky nemocných s komunikací nelékařského zdravotnického personálu. Během výzkumného šetření, mne mile překvapil, jak vlídný přístup všeobecných sester, tak i ochota a spolupráce pacientů zařazených do průzkumu. První tři otázky dotazníku, jsou čistě informativní. Z odpovědí na první otázku vyplývá, že všeobecné sestry pracující na interním oddělení, tvoří většinu respondentů a to (56,6%). Druhá otázka je věnována délce praxe všeobecných sester. Zde jsem zjistila, že největší zastoupení (34,5%) tvoří sestry, které pracují ve zdravotnictví od 11 do 20 let. Zde je zajímavé, že pouze (10,7%) respondentů má délku praxe do 5 let. Zdá se, že absolventi zdravotnických škol nejeví zájem o práci všeobecné sestry u lůžka. Ve třetí otázce, která se týká vzdělání všeobecných sester, je patrné, že většina respondentů (63,1%), má dokončené středoškolské vzdělání. Naproti tomu zastoupení vysokoškolsky vzdělaných sester, tvoří pouze (9,5%). Což se mi jeví jako nedostačující. Hypotézu č. 1 týkající se monitorace bolesti, jsem si ověřila pomocí otázek 4, 5, 6, 7. Z výsledků šetření vyplývá, potvrzení hypotézy. Z otázky č. 4 je zřejmé, že většina všeobecných sester (72,6%) pokládá monitoraci bolesti nemocného za důležitou. V publikaci Klinická onkologie pro sestry (Vorlíček J. a kol. 2006), se poukazuje na nedostatečnou pozornost ze strany všeobecných sester, která je bolesti věnována. Z mého průzkumu je patrný pozitivní vývoj, který naznačuje zkvalitnění léčby bolesti onkologicky nemocných. S tím souvisí, i otázka č. 5 kde celých (86.9%) respondentů odpovědělo, že bolest nemocného zaznamenávají do dokumentace pacienta. Potěšující je pro mě i fakt, že (45,2%) respondentů, zjišťuje bolest pravidelně pomocí škál. Což je zásadní rozdíl, oproti výsledkům (Garajové M.) která ve své bakalářské práci uvedla, že na neonkologických odd. nepoužívají všeobecné sestry škály, na hodnocení bolesti. Nejlépe z celého dotazníku dopadla otázka č. 7, neuvěřitelných (100%) respondentů odpovědělo, že na svých pracovištích nemocným poskytují možnost, využívat odbornou pomoc, zaměřenou na léčbu bolesti. Výsledky ověřující první hypotézu mě mile překvapily.

K ověření druhé hypotézy, se vztahují otázky č. 8, 9, 10. Kritériem pro ověření této hypotézy, bylo zodpovězení 2 z 3 položených otázek. Bohužel tato hypotéza se nepotvrdila. Jako zábranu v komunikaci s nemocným v terminálním stádiu, označilo 36,9% sester ostych, že nebudou umět odpovědět na vyslovené otázky. Hovořit o vážných tématech, je nepříjemné 28,6% respondentů. Na nedostatek času si stěžuje 21,4% sester. Pouze13,1% dotazovaných, nemá problém, s komunikací s pacientem v terminálním stádiu onemocnění. K podobnému závěru dospěla Marková M, která ve své publikaci (Sestra a pacient v paliativní péči, Marková 2010) uvádí, že všeobecné sestry se obávají otázek pacientů, týkajících se smrti. V publikaci (Etika a komunikace v medicíně, Ptáček 2011) autor uvádí, že hovořit o smrti je pro mnoho zdravotníků stále ještě tabu. Důvodem jsou dle Ptáčka, profesní i osobní postoje. Ve smyslu obav z vlastního selhání nebo nevyrovnaností s vlastní smrtelností. Dle mého názoru, by zdravotníkům pomohly odborné semináře a přednášky na tuto tématiku. Myslím si, že tato situace by se mohla zlepšit, pokud by všeobecným sestrám byla poskytnuta možnost účastnit se supervize nebo psychosociálního výcviku na toto téma. Na otázku, jak sestry reagují, pokud nemocný hovoří o smrti, se 44,0% respondentů shodlo, že pacientovi naslouchají a spolupracují s rodinou. Když nemocný hovoří o smrti, tak 27,4% sester se snaží nemocného uklidnit slovy: „To bude zase dobré.“ Což považuji, za krajně nevhodnou reakci. Myslím, že sestry by tuto frázi, v komunikaci s nevyléčitelně nemocným neměly používat. Jako další absolutně nevhodnou reakci považuji, odvádění pozornosti na jiné téma, bohužel, takto reaguje 19,7% respondentů. Na tématiku umírání a smrti, s pacientem v terminálním stádiu onemocnění, hovoří 60,7% všeobecných sester, pouze tehdy pokud začne nemocný, na toto téma hovořit sám. To považuji za správné, neměli bychom pacienta nutit ke komunikaci na témata, která jsou mu nepříjemná, proto mě překvapilo, že vůbec existují sestry,(4.8%) které si dovolí začít hovořit o umírání a smrti, bez projeveného zájmu ze strany nemocného. To je považováno za neetické. Na druhou stranu není vhodné, pokud sestry na téma umírání s nemocným nehovoří vůbec, i když pacient projeví o komunikaci zájem. Takových sester je bohužel (34,5%). Sestra by měla téma rozhovoru s nemocným rozvíjet a ne se mu vyhýbat. Třetí hypotéza, která konstatuje, že zdravotnický personál, zná problematiku komunikace s onkologicky nemocným, se rovněž potvrdila. Ověřena byla pomocí otázek 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17,18. Na otázku 11 odpovědělo 54,8% všeobecných sester správně tzn. že do pravidel efektivní komunikace patří a) pozitivní přístup, za b) nepoužívat ke komunikaci fráze a žargon, za c) dodržování respektu, individuální přístup a podpora nezávislosti nemocného. Zároveň otázka číslo 12 byla zodpovězena správně a to, že mezi nejdůležitější komuni-

kační techniky patří naslouchání. Takto odpovědělo celých 88,1% sester. V otázce č. 13 mně zajímali odpovědi týkající se techniky naslouchání, neodpovědělo správně 51,2% respondentů. Na otázku č. 14, ve které jsem se tázala, jak sestry poznají akceptaci zdravotního poškození. Odpovědělo správně 53,6% dotazovaných. Za správnou odpověď pokládám, že si pacient klade reálné cíle a začíná je aktivně realizovat. Další 15 otázka byla zaměřena na komunikaci s rodinou, kde byla považována za správnou odpověď možnost c) tu označilo ve svých dotaznících správně 51,2% dotazovaných. V této otázce, se potvrdilo také mé očekávání a to, že s rodinou pacienta není možné nekomunikovat. Tuto variantu neoznačil žádný respondent. Z otázky č. 16 vyplývá, že navázání kontaktu s rodinou je vhodné již od sdělení diagnózy. Takto odpovědělo, celých 83,3% všeobecných sester. V otázce č. 17 jsem se zabývala tím, zda se všeobecná sestra zajímá o pocity svých pacientů. Výsledky této otázky, jsou sice poměrně vyrovnané, ale bohužel převládá negativní postoj všeobecných sester. S problematikou komunikace o pocitech souvisí i komunikační dovednost naslouchání. Z tohoto faktu soudím, že všeobecné sestry ovládají teorii, ale v praxi jí neaplikují. Což je škoda, protože právě naslouchání pocitům, je pro nemocného v této těžké situaci velice důležité. Poslední otázka dotazníku řeší, to jak sestry reagují, pokud se jim pacient svěří se svými obavami. Nejvíce dotazovaných (41,7%) se shodlo na tom, že na pacientovi obavy reagují povzbuzením, ať se nebojí, zajisté vše zvládne. Tento způsob komunikace je nevhodný a utvrzuje již uvedený fakt, že všeobecné sestry sice ovládají teorii komunikace, ale v praxi jí nevyužívají. Přistupují k nemocnému pouze povrchně a bez zájmu o jeho pocity a problémy.

V diskuzi se dále budu věnovat výsledkům kvalitativního průzkumu, které jsem získala, pomocí rozhovoru s onkologicky nemocnými, na téma komunikace se zdravotníky. Rozhovor jsem uskutečnila, s pěti pacienty hospitalizovanými, na interním oddělení. Položila jsem si výzkumnou otázku, zda jsou onkologicky nemocní spokojeni s komunikací, s nelékařským zdravotnickým personálem. V této části průzkumu mně překvapily výsledky, již u první otázky, kde 3 z 5 pacientů odpověděly, že nemají potřebu hovořit se zdravotnickým personálem o své nemoci. Domnívám se, že to jak si nemocní přejí komunikovat o své nemoci, závisí na mnoha faktorech. Myslím si, že záleží na charakterových rysech osobnosti pacientů i zdravotníků. Pokud, je pacient introvert, nemůžeme od něj očekávat potřebu komunikovat o svém soukromí s cizími lidmi. Z rozhovoru vyplývá, že i muži nejsou tak sdílní, jako ženy. Takže určitou roli, zde bude hrát i pohlaví. Jsem přesvědčena, že velice důležité, je i to v jaké fázi dle E. K. Rossové se nemocní nacházejí atd. Dále je znepokojivé, že většina respondentů se setkala s nevhodnou komunika-

cí ze strany zdravotnického personálu. Dokonce dva nemocní se shodli, že je zdravotnický personál ignoruje a přehlíží. Toto chování, ze strany všeobecných sester považuji za neakceptovatelné. Dokonce jeden pacient považuje za nevhodné chování nadměrnou starostlivost ze strany zdravotníků. Všichni respondenti se shodli, že s nimi sestry komunikují pravidelně. Z rozhovorů vyplývá, že důvěru ve zdravotnický personál nevhodná komunikace neovlivnila. Důvěru nemocných ovlivnilo hlavně nepříjemné chování a nejednotné vystupování ze strany zdravotníků. Toto chování považuji za neetické a v rozporu se zavedenými kodexy. Souhlasím s autorem publikace (Etika a komunikace v medicíně, Ptáček 2011). Který uvádí, že dokud nebude mít nelékařský zdravotnický personál, zákonem řízenou komoru s povinným členstvím nebude moci být kontrolováno etické chování. Etické kodexy vydané profesní organizací například Českou asociací sester (ČAS), nejsou pro nečleny těchto organizací povinné. A vzhledem k malému počtu členů, těchto organizací neúčinné. V komunikaci s všeobecnými sestrami je pro pacienty nejdůležitější, upřímnost, vlídnost, pochopení, úcta, důvěra a dostatek času ke komunikaci. Z rozhovoru s pacienty dále vyplývá, že většina z nich není s komunikací se zdravotníky spokojena. Co se týče nevhodných výroků ze strany zdravotníků, uváděli pacienti jako nevhodné familiární oslovení „babi“, dále zlehčování situace ve smyslu, výroku „než se vdáte, tak se Vám to zahojí“ u pacientky 52leté se 3 dcerami, v invalidním důchodu. Jeden pacient uvádí i neustálé opakování výroku „musíte spolupracovat“. V osmé otázce se nemocných dotazuji, zda jim zdravotníci poskytují dostatek času ke komunikaci. Zde se setkávám opět s negativním výsledkem. Většina respondentů uvádí, že jim zdravotníci čas neposkytují. Z otázek číslo 5 a číslo 9 v rozhovorech vyplývá, že to co je pro nemocné v komunikaci nejdůležitější, tedy pochopení, vlídnost, úcta a čas zároveň postrádají, bohužel. Na to co je pro nemocné v tuto chvíli nejdůležitější, odpovídali pacienti v souvislosti s prognózou onemocnění. Na prvním místě byla odpověď nemít bolest, dále uzdravit se a nemocnému v terminálním stádiu nemoci postačí, dostat se do domácího prostředí. Na otázku týkající se naslouchání, odpověděla většina respondentů opět negativně a to že, sestry nenaslouchají jejich pocitům. V další části rozhovoru, jsem se zajímala zda, věnuje zdravotnický personál pozornost sledování bolesti nemocného. Z výsledků, týkajících se této problematiky vyplývá, že sestry věnují dostatečnou pozornost pacientově bolesti. Na otázky týkající se problematiky bolesti, odpověděli pozitivně sestry i pacienti. Na otázku, zda se sestry zajímají o pocity pacienta, jsem zaznamenala negativní odezvu, ze strany sester i nemocných. Následující dvě otázky se zabývají komunikaci s rodinou pacientů, zde se mi potvrdila domněnka, že zdravotníci komunikují s rodinou nemocných dostatečně, to potvrdily sestry i pacienti. Odpo-

věď na poslední otázku v dotazníku pro pacienty, mně velice překvapila. I přesto, že během rozhovoru jsem se setkala, s množstvím komunikačních nedostatků a chyb ze strany všeobecných sester. Většina pacientů uvádí, že nejraději si popovídají právě se setrou. Této důvěry od pacientů by si měly všeobecné sestry vážit a snažit se, aby ji u pacientů neztratily a naopak zvyšovaly si uznání ve společnosti nejen poskytováním ošetřovatelských výkonů na vysoké odborné úrovni, ale i vhodnými komunikačními dovednostmi v náročných životních situacích pacientů.

ZÁVĚR

Ve své bakalářské práci jsem se snažila přiblížit problematiku komunikace mezi všeobecnou sestrou a onkologicky nemocným pacientem. Cílem této práce bylo objasnit úroveň komunikace zdravotníků s onkologicky nemocnými. Zjistit nedostatky v komunikaci a zmapovat míru využití efektivní komunikace. Dalším cílem bylo zjistit spokojenost onkologicky nemocných se způsobem komunikace, ze strany nelékařského zdravotnického personálu. Bakalářská práce je rozdělena do dvou částí. Teoretická část, je rozdělena na pět oddílů, ve kterých jsou obsažena témata věnující se, onkologii, psychosociálním aspektům onemocnění, komunikaci, komunikaci s onkologicky nemocnými a paliativní péči. V bakalářské práci se zaměřuji na přístup nelékařského zdravotnického personálu k onkologicky nemocným. K výzkumnému šetření jsem použila dotazník pro všeobecné sestry a rozhovor s onkologicky nemocnými pacienty. Pro výzkumné šetření jsem si vybrala 3 hypotézy a 2 výzkumné otázky. V první hypotéze jsem se zabývala monitorací bolesti u pacientů s onkologickým onemocněním. První hypotéza se na základě získaných výsledků potvrdila. Zde jsem zaznamenala pozitivní vývoj v monitoraci bolesti, z výsledků vyplývá, že všeobecné sestry se zabývají problematikou bolesti u onkologicky nemocných pacientů. Ve druhé hypotéze se zabývám problematikou komunikace s pacienty v terminálním stádiu onemocnění. Bohužel hypotéza týkající se této problematiky se mi nepotvrdila. Z dotazníků vyplývá, že komunikace všeobecných sester s pacienty v terminálním stádiu onemocnění, je stále tabu. Objevily se i hrubé nedostatky a chyby v komunikaci. Ke zlepšení této situace, by bylo vhodné uspořádat v nemocnicích odborné semináře a přednášky na danou tématiku. Pro zlepšení komunikace s pacienty v terminálním stádiu, by bylo přínosné zavedení pravidelných supervizí pro nelékařský zdravotnický personál, kde by zdravotníkům pomáhal otázky komunikace řešit erudovaný odborník. Pomoci všeobecným sestrám v komunikaci s nevyléčitelně nemocnými a umírajícími by mohli také členové multidisciplinárního paliativního týmu, působícího v nemocničním zařízení. Třetí hypotéza, která se týká problematiky komunikace s onkologicky nemocnými, se rovněž potvrdila. V odpovědích na otázky týkající se této hypotézy je pozoruhodné, že teoreticky jsou všeobecné sestry na komunikaci s onkologicky nemocným připraveny a problematiku znají. Ale prakticky tyto vědomosti nevyužívají. Zde by bylo vhodné zaměřit výzkumné šetření na důvody této situace. Dále jsem se v praktické části bakalářské práce zaměřila na spokojenost pacientů s komunikací ze strany všeobecných sester. Z rozhovorů vyplývá, že první výzkumná otázka byla zodp-

vězena negativně. Pacienti nejsou spokojeni s komunikací a chybí jim zájem, úcta, pochopení, empatie a čas ke komunikaci. Nemocní, v rozhovorech poukazují na ignoranci, přehlížení a nepříjemné vystupování všeobecných sester. Výzkumná otázka číslo 2 byla zodpovězena, z rozhovorů je zřejmé, že sestry věnují dostatečnou pozornost monitoraci bolesti nemocných. Za pozitivní a pro mě potěšující zjištění považuji, že v otázkách týkajících se monitorace bolesti a komunikace s rodinou, se odpovědi pacientů i sester shodují. V negativním směru se shodují i otázky zabývající se pocity nemocného, kde je z odpovědí respondentů jasný povrchní přístup a nezájem o pocity pacienta. Velice překvapující pro mě bylo zjištění, že i přes všechna negativa vyplývající z rozhovorů, je právě všeobecná sestra často označována jako člověk, se kterým si nemocný nejraději popovídá. Tento fakt mně utvrzuje v názoru, že všeobecná sestra, je pro hospitalizovaného pacienta velice důležitá. Jsem přesvědčena, že komunikace zaujímá nezastupitelné místo v péči o pacienty v nemocničním zařízení. Proto doporučuji pro praxi pořádání odborných seminářů a školení s cílem zlepšit komunikační dovednosti všeobecných sester s onkologicky nemocnými a naučit je využít teoretické poznatky v praxi.

LITERATURA A PRAMENY

1. AMERICAN ASSOCIATON OF COLLEGES OF NURSING, *Elnec fact sheet*.(online) 3.3.2013. http://www.aacn.nche.edu/elnec/about/fact-sheet

2. BRAÜEROVÁ, Šárka. *Motivace k práci sestry v paliativní péči.* Brno: 2007. Diplomová práce. Masarykova univerzita v Brně. Lékařská fakulta. Vedoucí práce PhDr. Staňurová Jana

3. ČECHOVÁ, Věra. MELLANOVÁ, Alena. ROZSYPALOVÁ, Marie. *Speciální psychologie.* 4. Nezměněné vydání. Brno:NCO NZO. 2003. 173 s. ISBN 80-7013-386-4

4. DUŠEK, Karel. VEČEŘOVÁ, Alena. *Diagnostika a terapie duševních poruch.* Praha: Grada: 2010. 632 s. ISBN 978-80-247-1620-6

5. EPSTEIN, Ronald. STREET, Richard. *Patient-Centered Communication in cancer care.* (online) 17. 9. 2012. http://outcomes.cancer.gov/areas/pcc/communication, poslední revize 13. 9. 2012

6. GARAJOVÁ, Marie. *Komunikace u onkologicky nemocných.* Plzeň: 2011. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni. Fakulta zdravotnických studií. Katedra ošetřovatelství. Vedoucí práce Mgr. Kroupová Lenka

7. HOSPIC SVATÉ ALŽBĚTY BRNO, *Charta práv umírajících.* (online) 10. 3. 2013. http://www.hospicbrno.cz/index.php/dokumenty/cat_view/40-rzne.

8. CHALUPA, Pavel. *Biologická léčba a její komplikace,*(online) 20. 10. 2012. http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy.

9. JANEČKOVÁ, Laura. WEISS, Petr. *Komunikace ve zdravotnické péči.* Praha: Portál, 2008. 136 s. ISBN 978-80-7367-477-9

10. JOBÁNKOVÁ, Marta. et al. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovník.* Brno: IDV PZ. 2002. 225 s. ISBN 80-7013-365-1

11. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci.* Praha: Grada. 2003. 200 s. ISBN 80-247-0179-0

12. LINHARTOVÁ, Věra. *Praktická komunikace v medicíně.* Praha: Grada. 2007. 152 s. ISBN 978-80-247-1784-5

13. LIGA PROTI RAKOVINĚ, *Pařížská charta proti rakovině.*(online) 10. 3. 2013. http://www.lpr.cz/index.php/ke-stazeni/doc_details/8-pariska-charta-proti-rakovine, poslední revize 26. 11. 2008

14. MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči.* Praha: Grada. 2010. 128 s. ISBN 978-80-247-2223-8

15. OPATRNÁ, Marie. *Etické problémy v onkologii.* Praha: Mladá fronta. 2008. 148 s. ISBN 978-80-204-1876-0

16. O´CONNOR, Margaret. ARANDA, Sanchia. *Paliativní péče pro sestry všech oborů.* Praha: Grada. 2005. 324 s. ISBN 80-247-1295

17. PTÁČEK, Radek. et al. *Etika a komunikace v medicíně.* Praha: Grada. 2011. 528 s. ISBN 987-80-247-3976-2

18. POKORNÁ, Andrea. *Efektivní komunikační techniky v ošetřovatelství.* Brno: NCO NZO. 2008. 104 s. ISBN 978-80-7013-466-5

19. PETERA, Jiří. Et al. *Obecná onkologie.* Praha: Karolinum. 2005. 206 s. ISBN 80-246-0968

20. RAUDENSKÁ, Jaroslava. JAVŮRKOVÁ, Alena. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví.* Praha: Grada. 2011. 304 s. ISBN 978-80-247-2223-8

21. RICHARDS, Ann. EDWARDS, Sharon. *Repetitorium pro zdravotní sestry.* Praha: Grada. 2004. 376 s. ISBN 80-247-0932-5

22. STAŇKOVÁ, Marie. BLÁHA, Karel et al. *České ošetřovatelství 13: Sestra a pacient, Zdravotnické právo v ošetřovatelské praxi II.* Brno: NCO NZO. 2003. 67 s. ISBN 80-7013-388-0

23. ŠPATÉNKOVÁ, Naděžda. KRÁLOVÁ, Jaroslava. *Základní otázky komunikace: Komunikace (nejen) pro sestry.* Praha: Galen, 2009. 135 s. ISBN 978-80-7262-599-4

24. TSCHUSCHKE, Volker. *Psychoonkologie: psychologické aspekty vzniku a zvládání rakoviny.* Praha: Portál. 2004. 216 s. ISBN 80-1778-826-0

25. VENGLÁŘOVÁ, Martina. MARHOVÁ, Gabriela. *Komunikace pro zdravotní sestry.* Praha: Grada. 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8

26. VORLÍČEK, Jiří. *Desatero zásad sdělování onkologické diagnózy.* (online). 10.3.2013 http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/kariera-jak-sdelit-diagnozu-164113

27. VORLÍČEK, Jiří. ABRAHÁMOVÁ, Jitka. VORLÍČKOVÁ, Hilda. *Klinická onkologie pro sestry.* Praha: Grada. 2006. 328 s. ISBN 80-247-1716-6

28. VYMĚTAL, Jan. *Lékařská psychologie.* 3. vydání, Praha: Portál. 2003. 232 s. ISBN 80-7178-740-1

29. ZACHAROVÁ, Eva. HERMANOVÁ, Miroslava. ŠRÁMKOVÁ, Jaroslava. *Zdravotnická psychologie, teorie a cvičení.* Praha: Grada. 2007. 232 s. ISBN 978-80-247-22068-5

SEZNAM ZKRATEK

AFP…….Alfafetoprotein

Atd……...A tak dále

CEA…….Carcinoembrionální antigen

CT……Počítačová tomografie

ČAS…….Česká asociace sester

ČOS……..Česká onkologická společnost

DNA……Deoxyribonukleová kyselina

ELNEC……End of life Nursing education konsorcium

LDN……Léčebna dlouhodobě nemocných

MR, MRI…….Magnetická rezonance

Např…….Například

OSN……Organizace spojených národů

PET…….Pozitronová emisní tomografie

PSA……..Prostatický specifický antigen

RTG…….Rentgen

SROBF…….Společnost radiační onkologie a fyziky

USG…….Ultrazvuk

WHO……...Světová zdravotnická organizace

SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

Graf č. 1. *Pracovní zařazení respondentů* ……...39
Graf č. 2. *Délka praxe respondentů* ……40
Graf č. 3. *Vzdělání respondentů* ……..41
Graf č. 4. *Důležitost monitorace bolesti* ……..42
Graf č. 5. *Zaznamenávání bolesti do dokumentace*…….43
Graf č. 6. *Zjišťování bolesti nemocného* …….44
Graf č. 7. *Možnost využití ambulance bolesti*……..45
Graf č. 8. *Zábrany v komunikaci s nemocným v terminálním stádiu* ……..46
Graf č. 9. *Reakce na to, když nemocný hovoří o smrti* ……47
Graf č. 10. *Komunikace na téma umírání a smrti*……48
Graf č. 11. *Pravidla efektivní komunikace*……...49
Graf č. 12. *Nejdůležitější komunikační dovednosti*……..50
Graf č. 13. *Technika naslouchání*……..51
Graf č. 14. *Akceptace zdravotního stavu*……..52
Graf č. 15. *Komunikace s rodinou nemocného*……53
Graf č. 16. *Navázání spolupráce s rodinou*…….54
Graf č. 17. *Zájem o pocity pacientů*…….55
Graf č. 18. *Reakce respondentů na pacientovi obavy*……..56
Tabulka č. 1. *Správné odpovědi, týkající se první hypotézy*…….57
Tabulka č. 2. *Vyhodnocení první hypotézy*……...57
Tabulka č. 3. *Správné odpovědi, týkající se druhé hypotézy*……58
Tabulka č. 4. *Vyhodnocení druhé hypotézy*……..58
Tabulka č. 5. *Správné odpovědi týkající se třetí hypotézy*……59
Tabulka č. 6. *Vyhodnocení třetí hypotézy*…….59
Tabulka č. 7. *Rozhovor s pacienty*……67

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A - Dotazník

Příloha B - Rozhovor

Příloha C - Charta práv umírajících

Příloha D - Desatero sdělování onkologické diagnózy

Příloha E - Charta proti rakovině

PŘÍLOHA A

DOTAZNÍK PRO VŠEOBECNÉ SESTRY

Dobrý den, jmenuji se Lucie Hančínová. Jsem studentkou, bakalářského studia Ošetřovatelství na Fakultě zdravotnických studií, ZČU v Plzni. Dovoluji si Vás požádat o vyplnění tohoto dotazníku, který slouží k vypracování mé bakalářské práce. Na téma „Specifika komunikace s onkologicky nemocným.“ Dotazník je zcela anonymní a získané informace budou sloužit výhradně ke zpracování mé práce.

Předem Vám děkuji za spolupráci.

Není-li uvedeno jinak, označte prosím křížkem pouze jednu odpověď.

1. Na jakém oddělení pracujete?

a) Interní obor

b) Chirurgický obor

c) Jiné……..

2. Jaká je délka Vaší praxe?

a) Do 5 let

b) Od 6 do 10 let

c) Od 11 do 20 let

d) Nad 21 let

3. Jaké je Vaše vzdělání?

a) SZŠ

b) VZŠ

c) VŠ

d) Jiné……..

4. Pokládáte monitoraci bolesti za důležitou?

a) Ano

b) Ne

5. Zaznamenáváte hodnocení bolesti, do dokumentace nemocného?

a) Ano

b) Ne

c) Jiné……

6. Bolest u nemocného zjišťuji:

a) Aktivně se vyptávám

b) Pokud si nemocný verbálně stěžuje

c) Reaguji na neverbální příznaky nemocného

d) Pravidelně pomocí škál

7. Spolupracuje Vaše oddělení s centrem bolesti (ambulancí bolesti)?

a) Ano

b) Ne

8. Co Vám brání v komunikaci s onkologicky nemocným v terminálním stádiu nemoci?

a) Ostych, že nebudu umět odpovědět na vyslovené otázky

b) Je mi nepříjemné hovořit s nemocným o vážných tématech

c) Z důvodu pracovního vytížení, nemám dostatek času na komunikaci s nemocným

d) Nemám žádný problém, v komunikaci

9. Jak reagujete, když pacient v terminálním stádiu mluví o smrti?

a) Snažím se odvést pozornost na jiné téma

b) Snažím se nemocného uklidnit, např. slovy „To bude zase dobré“

c) Naslouchám mu a hovořím s ním o náležitostech, které by chtěl vyřešit, spolupracuji s rodinou

d) Jinak.....

10. Hovoříte s nemocným v terminálním stádiu onemocnění o smrti?

a) Pouze v případě, že začne pacient na toto téma hovořit sám

b) Ano, na uvedené téma začínám rozhovor sama

c) Na dané téma s nemocným nehovořím

11. Co patří do pravidel Efektivní komunikace? (více odpovědí)

a) Pozitivní přístup

b) Nepoužívat fráze a žargon

c) Dodržovat respekt, individuální přístup a podpora nezávislosti nemocného

d) Během komunikace jsou nejvhodnější sugestivní otázky

12. Mezi nejdůležitější komunikační dovednosti u onkologicky nemocných patří:

a) Naslouchání

b) Bagatelizace

c) Rezonance, (zpětná vazba)

13. Mezi techniky naslouchání patří?(možno více odpovědí)

a) Reflexe, zrcadlení (shrnutí a zopakování získané informace)

b) Rekapitulace (sumarizace všech získaných informací a pocitů)

c) Medicinalizace (snaha o medicínský zásah do přirozených dějů)

14. Jak poznáte akceptaci zdravotního stavu u nemocného?

a) Pacient se vyhýbá komunikaci, je apatický, nespolupracuje.

b) Pacient se snaží neustále komunikovat o svém zdravotním stavu.

c) Pacient si klade reálné cíle a aktivně je začíná realizovat.

15. S rodinou nemocného komunikuji:

a) Jen když mě osloví

b) Poskytuji informace z oblasti ošetřovatelské péče

c) Aktivně vyhledávám komunikaci s rodinou a ukazuji možnosti spolupráce v péči o nemocného.

d) Nekomunikuji

16. V jaké fázi nemoci je nejvhodnější začít spolupracovat s rodinou pacienta?

a) Od sdělení diagnózy

b) Při zhoršení stavu pacienta

c) V terminálním stádiu nemoci

17. Zajímáte se o pocity nemocného, (smutek, vztek, radost….)?

a) Ano

b) Spíše ano

c) Spíše ne

d) Ne

18. Jak reagujete, pokud Vám nemocný svěří své obavy?

a) Nereaguji, nevím jak

b) Pokusím se problém s nemocným řešit

c) Snažím se nemocnému vše vysvětlit

d) Odvětím, aby se nebál, že to zvládne

Zdroj:Vlastní

PŘÍLOHA B

OTÁZKY K ROZHOVORU S ONKOLOGICKY NEMOCNÝM

1. Máte potřebu hovořit se zdravotnickým personálem o Vaší nemoci?

2. S jakým nevhodným způsobem komunikace, jste se setkal/a ze strany sester?

3. Komunikuje s Vámi sestra pravidelně?

4. Ovlivnila nevhodná komunikace Vaší důvěru ve zdravotnický personál?

5. Co je pro Vás v komunikaci se zdravotnickým personálem nejdůležitější?

6. Který výrok, považujete ze strany sester za nevhodný?

7. Jste spokojeni s komunikací, ze strany sester?

8. Poskytují Vám zdravotníci dostatek času ke komunikaci?

9. Co postrádáte v komunikaci se zdr. personálem?

10. Co je pro Vás v tento okamžik nejdůležitější?

11. Zajímají se sestry o Vaše pocity (strach, úzkost, beznaděj atd.)?

12. Zjišťují sestry aktuální stav Vaší bolesti?

13. Máte možnost řešit bolest s odborníkem v ambulanci bolesti?

14. Spolupracují sestry s Vaší rodinou?

15. Vyhledávají sestry aktivně komunikaci s Vaší rodinou?

16. S kým si nejraději popovídáte?

Zdroj: Vlastní

PŘÍLOHA C

Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 „O ochraně lidských práv a důstojnosti nevyléčitelně nemocných a umírajících.“

(„Charta práv umírajících“)

1. Posláním Rady Evropy je chránit důstojnost všech lidí a práva, která z ní lze odvodit.

2. Pokrok medicíny umožňuje v současné době léčit mnohé dosud neléčitelné nebo smrtelné choroby, zlepšení lékařských metod a rozvoj resuscitačních technik dovolují prodlužování života lidského jedince a odsouvání okamžiku jeho smrti. V důsledku toho se však často nebere ohled na kvalitu života umírajícího člověka a na osamělost a utrpení jak pacienta, tak jeho blízkých a těch, kdo o něj pečují.

3. V roce 1976 v rezoluci č. 613 deklarovalo Parlamentní shromáždění, „že umírající nemocný si nejvíce ze všeho přeje zemřít v klidu a důstojně, pokud možno v komfortu a za podpory jeho rodiny a přátel.“ V Doporučení číslo 779 z roku 1976 k tomu dodalo, že „prodloužení života by nemělo být jediným cílem medicínské praxe, která se musí současně zabývat i úlevou od utrpení.“

4. Konvence o ochraně lidských práv a lidské důstojnosti s ohledem na aplikaci biologie a medicíny od té doby vyjádřila důležité zásady a připravila cestu, aniž se explicitně věnovala specifickým potřebám nevyléčitelně nemocných nebo umírajících lidí.

5. Povinnost respektovat a chránit důstojnost všech nevyléčitelně nemocných a umírajících osob je odvozena z nedotknutelnosti lidské důstojnosti ve všech obdobích života. Respekt a ochrana nacházejí svůj výraz v poskytnutí přiměřeného prostředí, umožňujícího člověku důstojné umírání.

6. Jak v minulosti i v současnosti ukázaly mnohé zkušenosti s utrpením, je třeba tato opatření uskutečňovat zvláště v zájmu nejzranitelnějších členů společnosti. Tak jako lidská bytost začíná svůj život ve slabosti a závislosti, stejně tak potřebuje ochranu a podporu, když umírá.

7. Základní práva odvozená z důstojnosti nevyléčitelně nemocných nebo umírajících osob jsou dnes ohrožena mnoha faktory:

- Nedostatečnou dostupností paliativní péče a dobré léčby bolesti
- Častým zanedbáváním léčby fyzického utrpení a nebráním zřetele na psychologické, sociální a spirituální potřeby
- Umělým prodlužováním procesu umírání buď nepřiměřeným používáním medicín-

ských postupů, nebo pokračováním v léčbě bez souhlasu nemocného

- Nedostatečným kontinuálním vzděláváním a malou psychologickou podporou ošetřujícího personálu činného v paliativní péči
- Nedostatečnou péčí a podporou příbuzných a přátel terminálně nemocných či umírajících osob, kteří by jinak mohli přispět ke zmírnění lidského utrpení v jeho různých dimenzích
- Obavami nemocného ze ztráty autonomie, že bude závislým na rodině i institucích a stane se pro ně zátěží
- Chybějícím nebo nevhodným sociálním i institucionálním prostředím, které by mu umožňovalo pokojné rozloučení s příbuznými a přáteli
- Nedostatečnou alokací prostředků a zdrojů pro péči a podporu nevyléčitelně nemocných nebo umírajících
- Sociální diskriminací, která je vlastní umírání a smrti

8. Shromáždění vyzývá členské státy, aby ve svých zákonech stanovily nezbytnou legislativní i sociální ochranu, aby se zabránilo těmto nebezpečím a obavám, se kterými mohou terminálně nemocní nebo umírající lidé být v právním řádu konfrontováni, a to zejména:

- Umírání s nesnesitelnými symptomy (například bolesti, dušení, atd.)
- Prodlužováním umírání terminálně nemocného nebo umírajícího člověka proti jeho vůli
- Umírání o samotě a v zanedbání
- Umírání se strachem, že jsem sociální zátěží
- Omezováním život udržující léčby (life-sustaining) z ekonomických důvodů
- Nedostatečným zajištěním financí a zdrojů pro adekvátní podpůrnou péči terminálně nemocných nebo umírajících

9. Shromáždění proto doporučuje, aby Výbor ministrů vyzval členské státy Rady Evropy, aby ve všech ohledech respektovaly a chránily důstojnost nevyléčitelně nemocných nebo umírajících lidí, a to tím:

a) že uznají a budou hájit nárok nevyléčitelně nemocných nebo umírajících lidí na komplexní paliativní péči a že přijmou příslušná opatření:

- aby zajistily, že paliativní péče bude uznána za zákonný nárok individua ve všech členských státech
- aby byl všem nevyléčitelně nemocným nebo umírajícím osobám dopřán rovný přístup k přiměřené paliativní péči
- aby byli příbuzní a přátelé povzbuzováni, aby doprovázeli nevyléčitelně nemocné a

umírající a aby jejich snaha byla profesionálně podporována. Pokud se ukáže, že rodinná nebo soukromá péče nestačí nebo je přetěžována, musejí být k dispozici alternativní nebo doplňkové formy lékařské péče

- aby ustavily ambulantní týmy a síť pro poskytování paliativní péče, které by zajišťovaly domácí péči vždy, pokud je možné pečovat o nevyléčitelně nemocné nebo umírající ambulantně
- aby zajistily spolupráci všech osob podílejících se na péči o nevyléčitelně nemocného nebo umírajícího pacienta
- aby vyvinuly a vyhlásily kvalitativní normy pro péči o nevyléčitelně nemocné nebo umírající
- aby zajistily, že nevyléčitelně nemocné a umírající osoby, pokud si nebudou přát jinak, dostanou přiměřenou paliativní péči a tišení bolestí, i kdyby tyto léčba mohla mít u příslušného jedince jako nežádoucí (vedlejší) účinek léčby za následek zkrácení života jedince
- aby zajistily, že ošetřující personál bude vyškolen a veden tak, aby mohl každému nevyléčitelně nemocnému nebo umírajícímu člověku poskytnout v koordinované týmové spolupráci lékařskou, ošetřovatelskou a psychologickou péči v souladu s nejvyššími možnými standardy
- aby založily další a rozšířily stávající výzkumná, výuková a doškolovací centra pro obor paliativní medicíny a péče, stejně jako pro interdisciplinární thanatologii
- aby zajistily alespoň ve větších nemocnicích vybudování specializovaných oddělení paliativní péče a thanatologických klinik, které by mohly nabídnout paliativní medicínu a péči jako integrální součást každé lékařské činnosti
- aby zajistily, že bude paliativní medicína a péče ukotvena ve veřejném vědomí jako důležitý cíl medicíny

b) tím, že budou chránit právo nevyléčitelně nemocných a umírajících osob bez určení a že pro to přijmou nutná opatření:

- aby se prosadilo právo nevyléčitelně nemocné nebo umírající osoby na pravdivou, úplnou, ale citlivě podanou informaci o jejím zdravotním stavu a aby přitom bylo respektováno přání jedince, který nechce být informován
- aby měla každá nevyléčitelně nemocná nebo umírající osoba možnost konzultovat ještě jiné lékaře než svého pravidelného ošetřujícího
- aby bylo zajištěno, že žádná nevyléčitelně nemocná nebo umírající osoba nebude ošetřována a léčena proti své vůli, že při svém rozhodování nebude ovlivňována ni-

kým jiným a že na ni nebude nikým činěn nátlak. Musejí být zvážena taková opatření, aby takové rozhodnutí nebylo učiněno pod ekonomickým tlakem

- aby bylo zajištěno, že bude respektováno odmítnutí určitého léčebného postupu, vyjádřené v písemném projevu vůle *(living will)*, v „pořízení“ nevyléčitelně nemocné nebo umírající osoby, která již nebude aktuálně schopná se vyjádřit. Dále musí být zajištěno, aby byla stanovena kritéria platnosti takových prohlášení, pokud jde o rozsah předem vyjádřených pokynů *(advance directives)*, ale i pokud jde o jmenování zmocněnců a rozsah jejich pravomocí. Rovněž musí být zajištěno, že rozhodnutí, učiněná zmocněncem v zastoupení nemocného neschopného se vyjádřit, a která se opírají o předchozí vyjádření vůle nebo o předpokládanou vůli nemocného, budou uznána jen tehdy, když v nastalé akutní situaci nemocný sám svou vůli nijak neprojeví nebo když ji není možno poznat. V takovém případě musí být jasná souvislost s tím, co příslušná osoba říkala v době krátce před okamžikem rozhodování, nebo přesněji, krátce než začala umírat, a to v odpovídající situaci, bez cizího ovlivnění a nátlaku, a ještě při zachovaných duševních schopnostech. Konečně má být zajištěno, aby nebyla respektována zástupná rozhodnutí, jež se opírají jen o všeobecné hodnotové soudy platné v příslušné společnosti a aby ve sporných případech bylo vždy rozhodnuto ve prospěch života a jeho prodloužení
- aby bylo zajištěno, že výslovná přání nevyléčitelně nemocné nebo umírající osoby týkající se určitých léčebných postupů budou respektována bez ohledu na zásadní terapeutickou odpovědnost lékaře, pokud nejsou v rozporu s lidskou důstojností
- aby bylo zajištěno, že v případě, kdy není k dispozici předchozí vyjádření vůle pacienta či pacientky, nebude porušeno jeho právo na život. Musí být vytvořen katalog léčebných úkonů, které musejí být poskytnuty za všech okolností a jež nesmí být zanedbány

c) že zachovají předpis, zakazující úmyslné usmrcení nevyléčitelně nemocných nebo umírajících osob a že zároveň:

- uznají, že právo na život, zejména ve vztahu k nevyléčitelně nemocným a umírajícím osobám, je členskými státy garantováno v souladu s článkem 2 Evropské úmluvy o lidských právech, který říká, že „nikdo nemá být úmyslně zbaven života“
- uznají, že přání zemřít, vyjádřené nevyléčitelně nemocnou nebo umírající osobou, nezakládá v žádném případě právní nárok na smrt z ruky jiné osoby
- uznají, že přání zemřít, vyjádřené nevyléčitelně nemocnou nebo umírající osobou, samo o sobě nezakládá legální ospravedlnění činností, úmyslně způsobujících smrt

Text tohoto Doporučení byl přijat Parlamentním shromážděním 25. června roku 1999 na svém 24. zasedání převážnou většinou hlasů, kdy 6 hlasů bylo proti.

Zdroj: http://www.hospicbrno.cz/index.php/dokumenty/cat_view/40-rzne

PŘÍLOHA D

DESATERO SEDĚLOVÁNÍ ONKOLOGICKÉ DIAGNÓZY

1) Informace o podstatě nemoci poskytuj všem nemocným s maligním onemocněním (ale diferencovaně co do obsahu a způsobu podání).

2) Informaci o diagnóze podává vždy lékař (pacient může určit, kdo má být při sdělování dále přítomen - členové rodiny, přátelé, další lékař, zdravotní sestra, psycholog). Informaci o nemoci podávej opakovaně, nestačí jednorázový rozhovor.

3) Informaci podej nejdříve pacientovi, potom podle jeho přání členům rodiny či dalším určeným lidem. Nemocný sám rozhoduje, koho a do jaké míry informovat.

4) S podstatou nemoci, vyšetřovacími a terapeutickými postupy seznam nemocného neprodleně, ještě před aplikací první léčby.

5) Zdůrazňuj možnosti léčby, ale neslibuj vyléčení.

6) Odpovídej na otázky, obavy a sdílené pocity ze strany pacienta i jeho blízkých. Věnuj čas naznačeným a nevyřčeným dotazům.

7) Informace o prognóze nemoci z hlediska doby přežití podávej uvážlivě, pouze na pacientův přímý dotaz. Nikdy neříkej konkrétní datum, spíše nastiň určitý časový rámec vycházející ze znalosti obvyklého průběhu daného onemocnění. Zdůrazni možné odchylky oběma směry od obvyklého průběhu.

8) Jednotnou informovanost zajisti důsledným předáváním informací mezi personálem navzájem (lékařská a sesterská dokumentace).

9) Ujisti pacienta o svém odhodlání vést léčbu v celém průběhu nemoci a komplexně řešit všechny obtíže, které mu onemocnění a jeho léčba přinesou.

10) Svým přístupem u nemocného probouzej a udržuj realistické naděje a očekávání.

autoři desatera: tým lékařů interní hematoonkologické kliniky FN Bohunice v čele s přednostouJiřímVorlíčkem

Zdroj:http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/kariera-jak-sdelit-diagnozu-164113

PŘÍLOHA E

PAŘÍŽSKÁ CHARTA PROTI RAKOVINĚ

Dne 4. února 2000 byla podepsána na Světovém summitu proti rakovině na počátku nového milénia s cílem zainteresovat vládní i nevládní organizace k úsilí za snížení výskytu tohoto onemocnění, podporu práv pacientů, podporu výzkumu a zlepšení kvality života onkologických pacientů.

UICC vyhlásila v letošním roce 4. únor Světovým dnem boje proti rakovině.

Počátkem roku 2000 se na Pařížské radnici sešla více než stovka zástupců vlád, sdružení na obranu práv pacientů a organizací a podniků zapojených ve výzkumu rakoviny při příležitosti prvního Světového summitu proti rakovině. Své úsilí vymýtit tuto zákeřnou nemoc z naší planety stvrdili podepsáním Pařížské charty proti rakovině, která zahajuje první mezinárodní kampaň proti rakovině nového tisíciletí. Jejím cílem je zlepšit léčbu a výzkum nádorových onemocnění všude ve světě a umožnit pacientům dobrou informovaností bojovat s nemocí.

PREAMBULE

Jsme velice znepokojeni hlubokým a všeobecným dopadem rakoviny na lidský život, lidské utrpení a prosperitu národů.

Zavazujeme se k humánní léčbě a rovnoprávnosti lidí nádorem postižených a k neustálému úsilí bojovat proti této nemoci.

Předpokládáme nárůst výskytu rakoviny po celém světě, jak v rozvinutých, tak v rozvojových zemích.

Uznáváme potřebu intenzivního zlepšení ve všech oblastech výzkumu, prevence a poskytování zdravotní péče.

Věříme v to, že právo na kvalitní péči je základním lidským právem.

Přiznáváme, že v současné době zůstává neuskutečněným cílem vysoká míra přežití onkologicky nemocných, vzhledem k nedostatečnému důrazu na prevenci, nedostatečnému financování a nerovnému přístupu ke kvalitní onkologické péči.

Jsme přesvědčeni, že lidské životy mohou být a budou zachráněny díky snadnějšímu přístupu k existujícím technologiím.

Usilujeme o vytvoření účelné aliance sdružující vědce, zdravotníky, pacienty, vlády, průmysl a média k boji proti rakovině a jejím velkým spojencům, kterými jsou strach, neinformovanost a lhostejnost.

My, níže podepsaní, za účelem prevence a vyléčení rakoviny a také za účelem udržování kvality života těch, kteří s touto nemocí žijí anebo na ni umírají, se plně zavazujeme k zásadám a činům zde nastíněným a neseme za ně zodpovědnost.

ČLÁNEK I

Práva onkologických pacientů jsou součástí lidských práv. Současná snaha stanovit

a schválit práva onkologických pacientů je rozhodující pro uznání a ochranu hodnoty a důstojnosti všech postižených jednotlivců po celém světě.

ČLÁNEK II

Stigma spojené s rakovinou je vážnou překážkou na cestě vpřed v rozvinutých a rozvojových zemích a často způsobuje:

- nevhodné emocionální trauma pacientů a jejich rodin
- diskriminaci lidí s nádorovým onemocněním a zaujatost vůči jejich zaměstnávání anebo jejich smysluplnému zapojení a společenskému přínosu
- finanční útrapy a ztrátu produktivity postižených
- špatnou komunikaci a nedostatečné vzdělávání veřejnosti
- nevhodný pocit osudovosti, který může nepříznivě ovlivnit závazky vlády, zdravotnických institucí a soukromých ústavů v boji proti rakovině

Signatáři Charty se zavazují pochopit a vymýtit stigma spojené s rakovinou, definovat nemoc jako biologicky vyléčitelný patologický, nikoliv sociální stav.

Pozitivní změna veřejného mínění, chápání a odstranění strachu z rakoviny, který ovlivňuje miliony životů, umožní dosáhnout všech stanovených priorit.

ČLÁNEK III

Signatáři se zavazují vytvářet optimální prostředí pro výzkum nádorového onemocnění.

1. Znalost biologické podstaty rakoviny a základních mechanismů, které vedou k jejímu vzniku a progresi, je základem všech úspěchů, díky nimž se již zvýšil a bude se i nadále zvyšovat počet vyléčených a kvalita života milionů lidí po celém světě. Rozpoznání nových cílů pro odhalení, diagnostikování a léčbu nemoci se musí uspíšit, pokud chceme tuto válku s rakovinou vyhrát.

   Signatáři usilují o posílení úlohy vlád a průmyslu ve financování základního výzkumu, souhlasí s povzbuzováním, ochranou a podporou vědců a se zvyšováním prostředků, které jim umožní pracovat ve svobodných podmínkách, s cílem neustále rozšiřovat hranice dnešních vědomostí.
2. Klinický výzkum je jediným prostředkem, který smysluplně zhodnotí výsledky základního výzkumu a kladně ovlivní lidský život. Objevy v molekulární biologii nebo genetice nemají vliv na prevenci rakoviny, screening, diagnózu a léčbu, pokud nejsou pečlivě prozkoumány a zhodnoceny v klinických studiích.

   Klinický výzkum může bezprostředně potvrdit probíhající základní výzkum. Tento druh přenosu ve výzkumu se obvykle provádí v ústavech kapacitou pro základní a klinický výzkum a rychle ověřuje laboratorní hypotézy. Okamžitá zpětná vazba může smysluplně přesměrovat základní výzkum a podnítit vznik nových důležitých hypotéz.

   Klinický výzkum je významný a velmi náročný, nejen vzhledem k nedostatečnému financování, ale často pro nezájem ze strany odborníků a ústavů, právě tak jako pro nedostatečnou informovanost pacientů o možnostech zapojení do klinických studií a jejich cílech. Rozdíly v předpisech a zákonech jednotlivých států také způsobují, že provedení rozsáhlých klinických studií je velmi náročné a finančně nákladné, ačkoliv právě tento typ studií je účinný a může lékařskou praxi posunout dopředu.

Signatáři slibují, že budou zvyšovat informovanost o klinickém výzkumu těch, které reprezentují. Slibují využití každé příležitosti k posílení mezinárodní infrastruktury výzkumu. Slibují prosazovat všeobecné zavedení informovaného souhlasu pacienta, plně informovaného o cílech, rizicích a přínosu každé klinické studie.

ČLÁNEK IV

Navzdory značným pokrokům, které byly v boji proti rakovině dosaženy, se doba přežití jednotlivých pacientů dramaticky liší, a to nejen mezi různými státy a městy,ale dokonce i mezi ústavy jednoho města. Kolísání ve standardech poskytované péče a v dostupnosti kvalitní onkologické péče je hlavní příčinou těchto rozdílů, jejichž důsledkem je často zbytečná nemocnost a úmrtnost.

Účastníci znovu potvrzují článek 25 Všeobecné deklarace lidských práv, podle něhož „každý člověk má právo na takovou životní úroveň, která zajistí zdraví a blahobyt jeho samého i jeho rodiny, zejména stravu, oděv, bydlení a lékařskou péči“. Vzhledem k existenci rakoviny a jejímu vlivu na celou společnost účastníci dále prohlašují, že poskytovat kvalitní onkologickou péči je v rámci místního ekonomického kontextu základním lidským právem.

Účastníci usilují o prosazení:

- lékařské praxe založené na důkazech a jasné definici „kvalitní péče“ v souladu se všemi dostupnými důkazy
- systematického vypracování směrnic založených na dostupných poznatcích o prevenci, diagnostice, léčbě a paliativní léčbě
- poskytování kvalitní onkologické péče
- výraznější onkologické specializace a lepší integraci zdravotní péče do jednotlivých lékařských oborů
- rozšířeni přístupu ke kvalitním klinickým studiím

ČLÁNEK V

Podle odhadů Světové zdravotnické organizace bude do roku 2020 přibývat 20 milionů nových případů onemocnění rakovinou ročně. 70 procent všech onkologických pacientů bude žít v zemích, disponujících pouze pěti procenty světových prostředků na zvládání této choroby. V novém miléniu budou nádorová onemocnění i nadále značně přispívat k celkové zátěži lidstva, a to i přesto, že některým druhům rakoviny lze předejít kontrolou výroby tabákových výrobků, stravování, infekcí a znečištění. Je dokázáno, že infekce, z nichž mnohým lze potenciálně předejít, způsobují 15 procent (22 procent v rozvojových zemích) všech nádorových onemocnění. Obdobně kouření působí ročně miliony nových případů onemocnění rakovinou a úmrtí, a to jak v rozvinutých, tak v rozvojových zemích.

Je potřeba vyvíjet veřejné strategie podporující boj proti rakovině a efektivně využívat současné znalosti a technologie pro prevenci rakoviny a zastavení lavinovitého nárůstu nemoci.

Účastníci se zavazují:

- aktivně podporovat existující preventivní programy a dále zvyšovat informovanost a prevenci rakoviny
- využívat každé příležitosti pro zvyšování vzdělávání veřejnosti v oblasti prevence nebo odvykání kouření, změn ve stravování, zvládání infekcí a ochrany životního prostředí
- organizovat podporu prevence rakoviny v průmyslu za kontroly vládou

ČLÁNEK VI

Nelze popřít, že včasná detekce vede u všech více než 200 druhů rakoviny k lepším výsledkům. Léčba prekanceróz je také prevencí rakoviny. Strach a neznalost příznaků a symptomů prekanceróz je obvyklým jevem, rakovina však bývá zákeřná a její odhalení může být bez náležitého screeningu složité.

Je dobře známo, že je velmi důležité včasné odhalení rakoviny u určitých rizikových skupin lidí, vzhledem k jejich životnímu stylu, prostředí, povolání a rodinné dispozici nebo socioekonomickému statutu.

Právě z faktu, že počáteční symptomy rakoviny lze splést s běžnou nemocí, vyplývá nutnost zavedení efektivního screeningu a pečlivé diagnostiky.

Metodologie screeningu rakoviny může začínat jednoduchým pozorováním, laboratorními testy a rentgenovými vyšetřeními a končit složitými vyšetřeními, která již potvrdila svou účinnost pro včasné zjištění určitých druhů rakoviny. Aby tyto screeningové programy byly efektivní, musí na ně navazovat kvalitní léčba.

Účastníci se zavazují zrychlovat vývoj a rozšiřovat využití ověřených a vznikajících screeningových technologií k prospěchu všech, kteří to potřebují, bez ohledu na jejich socioekonomické postavení.

ČLÁNEK VII

Aktivní účast jednotlivců a skupin spočívající v dobré informovanosti a vycházející z pochopení vědeckých poznatků a léčby založené na důkazech, přímo a příznivě ovlivnila boj proti rakovině. Jako osoba přímo zainteresovaná v úsilí o vyléčení má pacient výjimečnou pozici v boji proti moci a v optimálním využívání všech prostředků.

Signatáři se zavazují posilovat postavení onkologických pacientů jako aktivních partnerů v boji proti rakovině a aktivně prosazovat následující principy:

1. Všichni postižení nebo potenciálně postižení rakovinou by měli mít svobodný a rovný přístup k informacím o původu, prevenci a nejnovějších standardech detekce, diagnostiky a léčby nemoci.
2. Spolupráce mezi pacienty, zdravotníky a vědci je založena na otevřené komunikaci.
3. Celkový blahobyt pacienta zahrnuje nejen klinickou péči, ale i poskytování informací a psychosociální podporu. Zdravotníci i nemocní sdílejí zodpovědnost za to, aby potřebám pacienta jako takového bylo vyhověno.
4. Onkologicky nemocní lidé po celém světě mají přístup k informacím, mohou se sdružovat a prosazovat svůj vliv.
5. Odborná lékařská obec, která uznává vliv a přínos dobře informované a aktivní veřejnosti, napomůže k předávání informací založených na důkazech veřejnosti, pracovníkům ve vědě i lékařské praxi.
6. Výzkum, průmysl a vládní orgány budou považovat zástupce pacientů za klíčové strategické partnery ve všech aspektech boje proti rakovině, včetně zlepšování standardů péče a kvality přežívání.

ČLÁNEK VIII

Zlepšit kvalitu života pacientů je primárním cílem úsilí zaměřeného proti rakovině. Fyzická a emocionální zátěž, kterou nemoc působí, bývá značná, často násobená i vedlejšími účinky léčby. Klinické výsledky mohou být ovlivněny celkovým duševním a fyzickým stavem pacienta. Zachování kvality jeho života včetně jeho sociálních, fyzických a psychických funkcí by mělo být lékařskou a lidskou prioritou. Je třeba vzít na vědomí, že ačkoliv v posledních 20 letech bylo vynaloženo obrovské úsilí na zvýšení počtu vyléčených, nemá většina onkologických pacientů na vyléčení naději.

V případech, kdy rakovina není vyléčitelná, lze stále zajišťovat kvalitní život pacienta poskytováním optimální kvalitní protinádorové léčby (chemoterapie, radioterapie) a podpůrné léčby, zahrnující zvládání bolesti a únavy.

Signatáři budou usilovat o dosažení následujících cílů:

1. Zlepšit všeobecnou péči o onkologické pacienty specifickými léčebnými metodami včetně podpůrné péče.

2. Na politické a lékařské úrovni uznat význam kvality života pacientů, bez ohledu na stadium nemoci a prognózu, uznat optimální podpůrnou péči o onkologického pacienta, zvláště v těch případech, kdy nelze dosáhnout vyléčení.
3. Považovat kvalitu života za rozhodující faktor ve vývoji nových léků a v péči o pacienta.
4. Neustále aktivně vyvíjet nové vědecké nástroje pro zhodnocení kvality života v nemocničním prostředí.
5. Podporovat intenzivní vzdělávání zdravotníků a onkologických pacientů, týkající se potřeby a možnosti efektivního zvládání bolesti ve všech stadiích nemoci a léčby. Bolest hluboce ovlivňuje kvalitu života a často bývá podceňována a nedostatečně léčena i v případech, kdy může být náležitě zvládnuta.
6. Snažit se o lepší pochopení a změnu postojů k otázkám smrti a umírání. Usilovat o to, aby konec života byl chápán jako přirozená zkušenost, na kterou se může pohlížet z lékařského, psychologického, emocionálního a duchovního hlediska. Optimální lékařská péče o umírajícího pacienta musí být efektivní, humánní a soucitná.

ČLÁNEK IX

Vzhledem k velkým rozdílům v dostupnosti prostředků a epidemiologii ve světě signatáři souhlasí s tím, že jednotlivé země musí vytvořit co nejefektivnější národní strategie boje proti rakovině podle vlastních potřeb. Některé země se mohou v první řadě zabývat druhy rakoviny, které jsou léčitelné nebo kterým lze předejít vzdělávacími programy určitými druhy léčby. Jiné země by se mohly zabývat otázkami imunity jako součásti všeobecné strategie zvládnutí nemoci nebo aktivněji podporovat použití adjuvantní chemoterapie, zvyšující dobu přežití. Tyto potřeby a možnosti definovala SZO, která usiluje o vytvoření globální strategie pro zvládnutí rakoviny.

Je jasné, že kritické zhodnocení potřeb, správné plánování a stanovení priorit může bez ohledu na ekonomické podmínky smysluplně snížit nepříznivý vývoj nádorových onemocnění v rozvinutých i rozvojových zemích.

Signatáři se zavazují aktivně podporovat koncepci národního protinádorového plánování v souladu s místními potřebami a prostředky.

ČLÁNEK X

Vzhledem k tomu, že rakovina nezná hranice a jednotlivé země ji nedokážou zvládat samostatně, musí být stanoven nový přístup k výzkumu, pacientskému hnutí, prevenci a léčbě, založený na mezinárodní spolupráci.

Signatáři této charty se zavazují vytvářet globální sítě a sdružení pro podporu jejich cílů, slibují dohlédnout na to, aby po jejím podepsání nedošlo k odstoupení od stanovených cílů.

1. Zajistit uznání Charty příslušnými institucemi. Čtvrtý únor bude označen za Světový den proti rakovině, aby tak každým rokem žila Pařížská charta v srdcích a myslích lidí
   celého světa.
2. Stanovit stálou komisi, která bude připravovat každoroční zprávu o realizaci cílů stanovených v Chartě.
3. Zajistit podporu Charty v pacientských organizacích a vytvořit globální síť pacientských organizací.
4. Vytvořit globální výzkumnou organizaci, složenou z předních vědců z celého světa, která by zajišťovala, aby se nejnovější poznatky rychle rozšířily do všech států, aby byly zaregistrovány rozdíly ve výzkumu a slibné výsledky prozkoumány.

5. Shromáždit milion podpisů Pařížské charty k roku 2001, a tak poukázat na ochotu veřejnosti bojovat ve jménu těch, kteří jsou nádorovou nemocí postiženi.

Zdroj:
http://www.lpr.cz/index.php/ke-stazeni/doc_details/8-pariska-charta-proti-rakovine