

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Studijní program

Problematika komunikace všeobecných sester
s umírajícím pacientem a jeho blízkými

Bakalářská práce

Autor práce: Tereza Neuwirtová

Vedoucí práce: Mgr. Kateřina Pokorná

Jihlava 2024

Vysoká škola polytechnická Jihlava

Tolstého 16, 586 01 Jihlava

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce:	Tereza Neuwirtová
Studijní program:	Ošetrovatelství
Obor:	Všeobecná sestra
Garant studijního oboru:	doc. PhDr. Lada Cetlová, PhD.
Název práce:	Problematika komunikace všeobecných sester s umírajícím pacientem a jeho blízkými
Vedoucí práce:	Mgr. Kateřina Pokorná
Cíl práce:	Zjistit komunikační dovednosti sester s umírajícím pacientem a jeho blízkými, zmapovat problémy v komunikaci a jakým způsobem se sestry v oblasti komunikace vzdělávají.

Abstrakt

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou komunikace zdravotníků s umírajícím pacientem a jeho blízkými. Má za úkol zjistit, jaká je úroveň komunikačních dovedností sester pracujících v péči o umírající, jako jsou hospicové služby a paliativní péče. Teoretická část práce ukazuje obecnou komunikaci, přibližuje paliativní a hospicovou péči, zabývá se specifiky komunikace s umírajícím pacientem a zaměřuje se na péči o rodinu těžce nemocného. Praktická část využívá metodiku kvalitativního výzkumu s polostrukturovanými rozhovory se sestrami v zařízeních hospicové péče, které mají v péči o umírajícího pacienta praxi. Hlavní cílem šetření jsou komunikační dovednosti sester s těžce nemocným pacientem, problémy v komunikaci, způsoby komunikace a jakým způsobem se sestry v oblasti komunikace vzdělávají.

Klíčová slova

Hospicová péče; komunikace; paliativní péče

Abstract

This bachelor's thesis deals with the issue of communication between health professionals and dying patients and their loved ones. It aims to find out the level of communication skills of nurses working in care for the dying, such as hospice services and palliative care. The theoretical part of the thesis shows general communication, approaches palliative and hospice care, deals with the specifics of communication with a dying patient and focuses on caring for the family of a seriously ill patient. The practical part uses the methodology of qualitative research with semi-structured interviews with nurses in the palliative care department and in hospice care facilities. The main objective of the investigation is the communication skills of nurses with a seriously ill patient, problems in communication, methods of communication and how nurses are educated in the field of communication.

Keywords

Communication; hospice care; palliative care

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je původní a zpracoval/a jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušil/a autorská práva (ve smyslu zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, v platném znění, dále též „AZ“).

Byl/a jsem seznámen/a s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje AZ, zejména § 60 (školní dílo).

Podle § 47b zákona o vysokých školách souhlasím se zveřejněním své práce podle Směrnice pro vedení, vypracování a zveřejňování závěrečných prací na VŠPJ, a to bez ohledu na výsledek obhajoby.

Beru na vědomí, že VŠPJ má právo na uzavření licenční smlouvy o užití mé bakalářské práce a prohlašuji, že **souhlasím** s případným užitím mé bakalářské práce (prodej, zapůjčení apod.).

Jsem si vědom/a toho, že užití své bakalářské práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mě požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, vynaložených vysokou školou na vytvoření díla (až do jejich skutečné výše), z výdělku dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence.

V Jihlavě dne 1. listopadu 2024

.....

Podpis studenta/ky

Poděkování

Ráda bych vyjádřila srdečné poděkování své vedoucí práce, Mgr. Kateřině Pokorné, za její podporu během celého procesu psaní bakalářské práce. Její odborné rady, trpělivost a ochota sdílet znalosti mi velmi pomohly při rozvoji mého tématu. Děkuji také sestřičkám z mobilních hospiců Sdílení o. p. s. a Bárka Jihlava, které byly ochotné se mnou spolupracovat při psaní mé bakalářské práce.

Obsah

Úvod	7
1 Teoretická část	8
1.1 Paliativní péče	8
1.2 Pacient v paliativní péči	12
1.3 Komunikace v paliativní péči	15
1.4 Umírání a smrt.....	19
2 Výzkumná část	21
2.1 Cíl výzkumu	21
2.2 Hlavní výzkumné otázky	21
2.3 Metodika výzkumu	21
2.4 Charakteristika vzorku respondentů	21
2.5 Průběh výzkumného šetření.....	21
2.6 Výsledky výzkumu	22
3 Diskuze	41
4 Doporučení pro praxi.....	45
Závěr	46
Seznam použité literatury	47
Přílohy.....	50

Úvod

Komunikace s pacienty je základním prvkem kvalitní a důstojné péče v zdravotnictví. Zvláště důležitá je komunikace, pokud se jedná o umírajícího pacienta. Všeobecné sestry hrají v tomto procesu významnou roli, protože jsou často prvními, kdo se setkává s pacientem a jeho blízkými a mají nejvíce přímý kontakt s nimi. Komunikace v těchto situacích může být náročná, avšak je nezbytná pro poskytnutí péče a podpory pro pacienta i jeho rodinu na maximální úrovni. Jednou z problematik komunikace všeobecných sester s umírajícím pacientem a jeho blízkými je nedostatečná schopnost porozumět emocím a potřebám pacienta a jeho rodiny v této obtížné fázi života. Sestry by měly být schopny zachovat klid a profesionální přístup i v náročných situacích a umět efektivně řešit konflikty a nejasnosti v komunikaci (Pyšný, 2020).

Cílem práce je zmapovat současný stav komunikace v této oblasti, identifikovat případné problémy a nedostatky a navrhnout možná řešení pro zlepšení této důležité části péče. Důležitost komunikace v péči o umírající pacienty spočívá v tom, že správná komunikace může pomoci umožnit pacientovi a jeho blízkým důstojně a klidně smířit se s nedílnou součástí života, tedy smrtí.

Teoretická část této práce se zaměří na koncepty komunikace v péči o umírající pacienty, důležité dovednosti pro všeobecné sestry v této oblasti, principy empatie a poskytování psychosociální podpory. Dále se budu zabývat i možnými bariérami v komunikaci s umírajícím pacientem a jeho blízkými nebo problém nedostatečných komunikačních dovedností.

Výzkumná část se zabývá splněním nastavených cílů a zodpovězení výzkumných otázek pomocí kvalitativního výzkumu s polostrukturovanými rozhovory se sestrami, které mají zkušenosti s péčí o umírající pacienty.

Tato práce se snaží přispět k diskuzi o důležitosti komunikace v péči o umírající pacienty a poskytnout konkrétní doporučení pro všeobecné sestry, jak efektivně komunikovat s umírajícími pacienty a jejich rodinami a jak podporovat jejich emocionální a psychickou pohodu v tomto těžkém období.

Motivací pro výběr tohoto tématu je pro mě pocit důležitosti o tomhle tématu hovořit a rozvíjet povědomí o nevyhnutelnosti smrti a umírání. Smrt je součástí našich životů a je velmi důležité, abychom tomuto tématu do hloubky porozuměli a rozvíjeli vědecké poznatky, zlepšovali jsme péči o umírající co nejkvalitnější a zajistila umírajícím co nejdůstojnější konec. Aby mohlo dojít k co nejdůstojnějšímu doprovázení umírajícího ke klidné smrti, je dle mého názoru umění správné komunikace a empatie. Proto bych se chtěla o tomto tématu dozvědět co nejvíce, abych mohla v praxi pacientům v těžkých chvílích co nejvíce porozumět a ulehčit jim jejich umírání.

1 Teoretická část

Doprovázení umírajícího pacienta, léčba a podpora by měly být zajišťovány v rámci vícestupňového systému péče: „správný pacient, ve správný čas, na správném místě“ (Kabelka, 2017). Péče zaměřená na paliativní a hospicovou by měla být rozvinutá ve všech zdravotnických a sociálních zařízeních. Aby toho bylo dosaženo, je však nezbytné mít odpovídající vzdělání v oblasti symptomové léčby, komunikačních dovedností a etických přístupů v paliativní péči (Kabelka, 2017).

Paliativní péče je pojem, se kterým se setkáváme ve zdravotnictví čím dál častěji. Jedním z důvodů, proč tomu tak je, je zvyšující se věk dožití populace, což způsobuje vyšší míru onemocnění. Největším nepřítelem dnešní doby jsou onemocnění, která vedou k úmrtí pacienta, jako jsou onkologická a chronická onemocnění. Více než polovina všech úmrtí jsou v důsledku právě těchto onemocnění a incidence (tedy nově zjištěná onemocnění) zhoubných novotvarů byla v roce 2018 v České republice 87 tisíc (ÚZIS ČR, 2021).

Postupy paliativní medicíny jsou navrhovány jako vhodná reakce na tuto skutečnost, protože umožňuje zvládnutí péče o nevléčitelné pacienty a reaguje na rostoucí počet těchto pacientů v důsledku stárnutí populace. Studie dokazují, že paliativní péče nejen snižuje náklady na zdravotní péči, ale také pomáhá pacientům a jejich rodinám. Je tedy důležité, aby byla paliativní péče poskytována co nejdříve, aby pacienti mohli co nejlépe využít výhody, které jim poskytuje. Cílem paliativní péče není uzdravit pacienta, ale udržet jeho život na co nejvyšší úrovni vzhledem k jeho nemoci (Kalvach, 2010).

1.1 Paliativní péče

Paliativní medicína je často označována jako nová specializace, ačkoli ve skutečnosti představuje jednu z nejstarších oblastí medicíny a ošetřovatelství. Historie medicíny je především zaměřena na zmírňování symptomů, obzvláště u vážných onemocnění, jako jsou onkologická onemocnění (Vorlíček a kol., 2004). V uplynulém století se medicína zaměřovala na vývoj technologií, které zlepšovali diagnostiku a možnosti léčby. Zdravotnický personál začal používat pokročilé přístroje a nové diagnostické a terapeutické metody, což vedlo k důrazu na uzdravení pacientů jako jediný cíl. Pokud se léčba nezdařila a pacient se neuzdravil, byla situace vnímána jako selhání. Tento technicky orientovaný přístup k medicíně vytvořil dojem, že je třeba zachraňovat životy i v případech, kdy byly dříve považovány za nevléčitelné. Tento přístup, ale přinesl do světa medicíny nedostatky, které se daly vyřešit pouze rozvojem eutanazie neboli asistované sebevraždy nebo rozvojem hospicové péče na celosvětové úrovni. V této době došlo k zavedení paliativní medicíny jako samostatného lékařského oboru (Sláma a kol., 2022).

Cílem paliativní péče je zlepšení kvality života pacientů a jejich blízkých, kteří se potýkají se závažným onemocněním ohrožující život. Tento typ péče se zaměřuje na komplexní zvládnutí a zmírnění bolesti a dalších symptomů nemoci, včetně psychických, sociálních a duchovních problémů, které mohou pacienty a jejich blízké zatěžovat (Kupka, 2014).

1.1.1 Definice paliativní péče

Pro začátek je důležité vymezit pojem paliativní péče, k čemuž je dostupná velká spousta definic. Dodnes však není úplně jasná a ucelená definice, která určuje kdy, komu a jakým způsobem mají být paliativní postupy poskytovány.

Dle světové zdravotnické organizace (2024) je paliativní péče: *„Paliativní péče je klíčovou součástí integrovaných zdravotnických služeb zaměřených na lidi. Zmírnění vážného utrpení souvisejícího se zdravím, ať už fyzického, psychologického, sociálního nebo duchovního, je celosvětovou etickou odpovědností. Ať už je tedy příčinou utrpení kardiovaskulární onemocnění, onkologická onemocnění, selhání velkých orgánů, tuberkulóza odolná vůči lékům, těžké popáleniny, chronické onemocnění v konečném stádiu, akutní trauma nebo křehkost stáří, může být zapotřebí paliativní péče a musí být k dispozici na všech úrovních péče.“* (WHO, 2024).

Definice doporučená Evropskou asociací pro paliativní péči (EAPC) z roku 2023 popisuje paliativní péči jako aktivní a komplexní přístup k pacientům, jejichž onemocnění nereaguje na léčbu a jejím cílem není vyléčení. Hlavním aspektem je zvládnání bolesti a dalších symptomů, stejně jako podpora v oblasti sociálních, psychologických a duchovních problémů. Paliativní péče je multidisciplinární a zahrnuje nejen pacienta, ale také jeho rodinu a komunitu přátel. V tomto ohledu představuje základní koncept péče, který se zaměřuje na naplňování potřeb pacienta, a to bez ohledu na místo, kde se nachází – ať už doma, nebo v nemocnici. Paliativní péče ctí a chrání život, vnímá umírání a smrt jako přirozenou součást existence, přičemž se nesnaží smrt urychlit ani oddálit. Jejím cílem je zachovat co nejvyšší kvalitu života až do posledního okamžiku (EAPC, 2023).

Paliativní péče je zásadním přístupem v péči o pacienty v terminálním stádiu nemoci. Jejím hlavním cílem je zlepšit kvalitu života pacientů tím, že se zaměřuje na zmírnění symptomů bolesti a dalších nepříjemných příznaků, které mohou nemocní zažívat. Tento typ péče bere v úvahu nejen fyzické, ale i psychologické, sociální a spirituální potřeby pacientů a jejich rodin. Paliativní péče se vyznačuje multidisciplinárním přístupem, kdy tým odborníků, zahrnující lékaře, zdravotní sestry, psychology, sociální pracovníky a další specialisty, spolupracuje na zajištění komplexní podpory. Rodinám je poskytována nejen pomoc v těžkých chvílích, ale i informace a podpora v procesu smíření se se ztrátou. Tento holistický přístup pomáhá umírajícím čelit jejich situaci s větším klidem a důstojností. Je důležité, aby měla rodina i blízcí, podporu a dostatek informací o možnostech léčby symptomů nemoci a uspokojené potřeby emocionální a spirituální. Důraz na kvalitu života a důstojnost umírajícího je zásadním principem paliativní péče (Funk, 2014).

Pokud shrneme hlavní myšlenky z předešlých definic, hlavními pilíři by tedy měly být: zlepšení kvality života, zmenšení utrpení a bolesti, mít úctu k životu i smrti a vyplnění pacientových přání a potřeb, posílit smysl života a zajistit kontakt s nejbližšími lidmi nemocného.

1.1.2 Rozvoj paliativní péče

Historie a vývoj paliativní péče je odrazem měnících se postojů společnosti k umírání a péči o umírající. Medicína se postupně posunula od tradičního domácího léčení a rituálů spojených se smrtí k moderním přístupům, je kladen důraz na profesionalizaci péče a integraci paliativních služeb do systému zdravotní péče. Základem úspěšného rozvoje paliativní péče je

důležitost vzdělávání odborníků a progresivní přístup k tématu umírání, který by měl zahrnovat pohled na pacienty jako na aktivní účastníky péče o své zdraví. Výzkumy v oblasti paliativní péče ukazují, že pacienti a jejich rodiny mají zájem se zapojit do procesů, které vedou ke zlepšení kvality péče a celkového přístupu k umírání (Marková, 2010).

Základním bodem rozvoje paliativy v České republice je rok 1992. V tomto roce se otevřelo první oddělení paliativní péče v Babicích nad Svitavou. Významnou osobností spojenou s tímto oborem je lékařka Marie Svatošová, jež sehrála důležitou roli při zakládání samostatného lůžkového hospice Anežky České v Červeném Kostelci, otevřeného v roce 1995. Následně se nově vzniklá asociace Cesta domů začala zabývat výzkumem péče o umírající, který odhalil nedostatky v této oblasti. Rozvoj paliativní péče v České republice uvíznul na myšlence, že do lůžkové hospicové péče patří pouze onkologičtí pacienti. V posledních letech se však situace mění a objevuje se snaha o rozvoj domácí, lůžkové hospicové péče a ambulancí pro všechny pacienty, kteří ji potřebují. Je důležité pokračovat v rozvoji této péče a zaměřit se také na geriatrickou paliativní péči (Bužgová, 2015).

Rozvoj paliativní péče je v dynamickém procesu, který se neustále přizpůsobuje aktuálním potřebám společnosti a zdravotního systému, přičemž je důležité, aby tato péče zůstala lidská a přístupná všem, kteří ji potřebují.

1.1.3 Zařízení poskytující paliativní péči

Paliativní péče se stává podstatnou součástí zdravotní a sociální péče, zejména v kontextu zařízení, kde pracovníci pravidelně čelí smrti pacientů a klientů. Cílem této kapitoly je přehledně shrnout zařízení, která poskytují péči paliativním pacientům a pacientům v terminální fázi života, jako jsou nemocnice, léčebny dlouhodobě nemocných, hospice, domovy pro seniory a také domácí hospicové péče.

V těchto zařízeních je paliativní péče často součástí multidisciplinárního týmu, jehož pracovníci zahrnují lékaře, zdravotní sestry, sociální pracovníky a další specialisty. Tyto týmy se zaměřují na zmírnění fyzické bolesti a psychických stresů spojených s vážnými nemocemi. V těchto zařízeních je zásadní individuální přístup k péči, kdy se vychází vstříc specifickým potřebám a přáním pacientů. Důraz je kladen na komunikaci a zapojení rodin, které mohou výrazně pomoci v procesu podpory a péče o blízké (Vorlíček a kol. 2004).

Zařízení, která nabízejí paliativní péči můžeme rozdělit dle Kalvacha (2010) do tří kategorií. První kategorií je paliativní péče poskytovaná v domácím prostředí, což zahrnuje domácí mobilní hospicovou a domácí péči. Druhou kategorií jsou zařízení pro pobyt, jako je například již zmíněný domov pro seniory. Největší kategorií jsou zdravotnická zařízení, mezi která patří lůžkové hospice, nemocnice a instituce poskytující následnou péči (Kalvach, 2010). Jaký druh péče vybrat je čistě individuální záležitostí a musí se přizpůsobit potřebám a přáním každého klienta zvláště. Správný výběr zařízení přispívá ke zkvalitnění života pacienta (Sláma a kol., 2022).

1.1.4 Domácí péče

Největší výhodou domácí péče je fakt, že pacient není v neznámém prostředí nemocnice nebo léčebny, ale je v pohodlí domova, v prostředí, kde se cítí nejlépe. Cílem paliativního týmu je zajistit, aby pacient mohl zůstat ve svém domácím prostředí a dostával co nejkvalitnější

specializovanou paliativní péčí. Důležité je naplnění sociálních, psychologických a duchovních potřeb a vzbudit v pacientovi i rodině důvěru a naději v to, že společně aktuální situaci zvládnou (Kalvach, 2010).

Výzvou, která u domácí péče vzniká podle Markové (2023) je správa pacientů rozptýlených po městě či regionu. Tým musí monitorovat jejich stav, rychle reagovat, efektivně poskytovat pomoc a koordinovat služby od různých členů týmu, přičemž je důležité nezatěžovat rodinu, ale spíše jí být oporou a pomáhat. Je nezbytné zajistit plynulé předávání informací a kvalitní komunikaci mezi profesemi v týmu, a také využívat služby dobrovolníků. Každý člen týmu by měl zodpovědně vykonávat své úkoly v souladu se svými odbornými znalostmi, respektovat své kolegy a soustředit se na co nejlepší péči o pacienta dle jeho přání (Marková, 2023).

1.1.5 Zařízení pro pobyt

Domovy pro seniory představují další důležité místo, kde se paliativní péče poskytuje, i přes to že se nejedná o primární účel. Senioři často zažívají období snížené kvality života, a proto je důležité, aby v takovýchto zařízeních byl zajištěn komfort a podpora během života, ale i v jejich konečné fázi (Kalvach, 2010). Paliativní péče v domovech pro seniory by dle Kalvacha (2010) měla zahrnovat:

- Individuální přístup: Zajištění, že každému seniorovi bude poskytována péče odpovídající jeho osobním potřebám a přáním.
- Podporu rodin: Informování rodinných příslušníků o možnostech péče, poradenské služby a podpora v těžkých chvílích.
- Vzdělávání personálu: Je zásadní, aby pracovníci byli vyškoleni v oblastech souvisejících s paliativní péčí, aby mohli správně reagovat na potřeby a přání klientů.

1.1.6 Zdravotnická zařízení

Podle Kalvacha (2010) jsou třetí a zároveň největší kategorií institucí poskytující paliativní péči zdravotnická zařízení, pod která řadíme hospice, nemocnice a instituce poskytující následnou péči.

Hospic lze přeložit jako útočiště nebo útulek a ve středověku se tento termín používal jako tzv. domy odpočinku, kde se poutníci zastavovali pro zotavení a ošetření, aby poté mohli dál putovat. Znovu se tento termín rozvedl v 18. století díky Mary Aikedenheadové, kde slovo hospic nabylo významu nemocnice pro umírající (Haškovcová, 2007). Hospice jsou speciální lůžková zařízení, která se zaměřují na poskytování komplexní paliativní péče pacientům v terminálním stádiu nemoci, kterým jejich zdravotní stav neumožňuje domácí péči, a kteří potřebují neustálý celodenní dohled. Dle Svatošové (2011) je hospic: „specifický typ péče, který pomáhá umírajícím a jejich blízkým prožít závěr života, pokud možno bez bolesti, v klidu a bezpečí, v přítomnosti druhých lidí, mezi něž počítáme především rodinu, profesionální pracovníky, laické dobrovolníky i duchovní.“ V hospicových zařízeních je neomezený přístup návštěv rodiny a nejbližších osob pacienta, je umožněno ubytování blízkých přímo na pokoji pacienta. Většina pokojů v hospicích je jednolůžkových, aby bylo zajištěno dokonalé soukromí pacienta, na pokoji je navíc prostor pro ubytování příbuzného. Ošetřovatelský tým hospice pečuje nejen o samotného pacienta, ale i o jeho příbuzné, kteří jsou vystaveni velké psychické

i fyzické zátěži související s onemocněním jejich blízkého a péčí o něho. (Tomeš a kol., 2015).

Nemocnice u nás poskytují primárně akutní zdravotní péči a diagnostiku, proto bylo potřeba najít způsob, jak bude péče o paliativní pacienty probíhat. Rozvíjí se tedy služba paliativního týmu v nemocnicích, která je složená z multidisciplinárních specialistů a v některých nemocnicích jsou i samostatná oddělení paliativy, které se provozem podobají lůžkovým hospicům. Paliativní týmy obsahují specializované lékaře, sestry, kaplana, sociálního pracovníka, psychiatra, psychologa a dalších. Týmy mají za úkol poskytovat tu nejlepší profesionální péči v konečném terminálním stadiu pacientova života. (Bužgová, 2015)

Léčebny dlouhodobě nemocných poskytují péči pacientům, kteří vyžadují delší období léčby a rehabilitace. Tyto zařízení se soustředí na seniory a pacienty s chronickými nemocemi, a péče je založena na léčebných, ošetrovatelských a rehabilitačních složkách. Proto je důležité, vyvarovat se a včas rozeznat pacienta na konci života, pro kterého je hospitalizace v léčebnách dlouhodobě nemocných zbytečná a bylo by pro ně vhodnější převedení na paliativní léčbu (Kupka, 2014).

1.2 Pacient v paliativní péči

Paliativní péče je nezbytnou součástí zdravotní péče pro lidi, kteří čelí terminálním nebo pokročilým onemocněním. Jak uvádí Kalvach (2010), existují tři hlavní kategorie pacientů, kteří mohou využívat paliativní péči:

Pacienti s onkologickým onemocněním: Tento okruh zahrnuje osoby, které trpí rakovinou, a je pro ně charakteristická relativně jasná časová prognóza a průběh onemocnění. Onkologická onemocnění jsou často spojena se silnou potřebou symptomatické úlevy a psychologické podpory, a to jak pro pacienty, tak pro jejich rodiny. Paliativní péče může mít rozhodující úlohu v kvalitě jejich posledních dnů, týdnů nebo měsíců života.

Pacienti s nenádorovým onemocněním: Zde jde o osoby trpící pokročilým orgánovým selháním (např. srdce, plíce, játra, ledviny). Prognóza těchto onemocnění bývá obtížnější, neboť se často projevují s periodickými exacerbacemi a remisí. Pacienti mohou dlouhá léta pociťovat zhoršení stavu, což ztěžuje predikci jejich stavu a potřeb. Paliativní péče se soustředí na celkovou kvalitu života a symptomatickou léčbu, přičemž se snaží co nejdéle udržovat jejich samostatnost.

Pacienti v nevratně nezlepšitelném stavu onemocnění: Tato skupina zahrnuje pacienty s onemocněními, jako jsou pokročilá stádia demence nebo neurodegenerativní onemocnění. Tito pacienti často vyžadují dlouhodobou péči, která se zaměřuje na zachování co nejvíce komfortu, důstojnosti a kvality života, často v situacích, kdy není možné dosáhnout zlepšení zdravotního stavu. Zaměřuje se také na naplňování potřeb a přání pacientů, a to jak emocionálně, tak fyzicky.

Cílem je zmírnit utrpení, poskytnout psychologickou podporu a zajistit, aby pacienti a jejich rodiny měly co nejpříjemnější a nejdůstojnější prožití závěrečných fází pacientova života. Zajištění kvalitní paliativní péče by mělo být součástí systému zdravotní péče jako celku. Paliativní péče by měla být přístupná pro všechny, kteří ji potřebují, bez ohledu na diagnózu nebo stádium onemocnění (Kalvach, 2010).

1.2.1 Fáze vyrovnání se s umíráním podle modelu Kübler-Rossové

Elisabeth Kübler-Rossová byla průkopnicí v oblasti péče o umírající pacienty a její model pěti fází smířování se smrtí se stal základem pro mnohé pozdější studie a praktiky v paliativní péči. Její výzkum a zkušenosti, které získala během kontaktu s pacienty v terminálním stádiu, přinesly nové pohledy na to, jak lidé reagují na smrt a ztrátu, a otevřely cestu k empatičtějšímu a lidsky citlivějšímu přístupu k umírání (Šamánková, 2011).

Elisabeth Kübler-Rossová (2015) zdůrazňuje psychologické aspekty smrti a její vnímání z pohledu lidské psychologie. Zdůrazňuje, jak historicky a kulturně byla smrt vnímána jako hrozba a zdroj strachu. Pokouší se přiblížit, jak naše nevědomí reaguje na myšlenku konce života, a uvádí, že smrt je často spojována s násilím, zlem a odplatou. Z psychiatrického pohledu můžeme sledovat, jak se tyto názory a obavy projevují v duševním zdraví lidí. Strach ze smrti může mít různé formy, včetně úzkosti, depresí a dalších psychologických problémů. Téma umírání a smrti také často vyvolává otázky identity, smyslu existence a strachu z neznáma. Celkové pojetí smrti odráží hluboké lidské emoce a psychologické mechanismy, které ovlivňují naše chování a reakce v životě. Je důležité toto téma brát vážně a chápat ho jako důležitou součást lidské existence, která zasahuje všechny aspekty naší psychiky a kultury. Pro terapeuty a psychology může mít tato znalost velký význam při práci s klienty, kteří se potýkají s úzkostí a strachem kolem smrti (Kübler-Rossová, 2015). Základní fáze podle Kübler-Rossové zahrnují:

První fáze popření a izolace

Pacienti často reagují na diagnózu šokem a odmítáním skutečnosti. Je to počáteční reakce pacientů na závažné diagnózy a může probíhat různě dlouho, ale Elisabeth Kübler-Rossová (2015) uvádí, že stadium popírání bývá záhy vystřídáno přijetím skutečnosti onemocnění a považuje dlouhodobé přetrvání první fáze pouze za výjimku. Popření zahrnuje odmítání reality a faktů o nemoci, což je obranný mechanismus, který pacienti používají, aby si zachovali neporušenou psychiku. Tento stav může být vědomý či nevědomý a je důsledkem silného psychického stresu spojeného se zprávou o vážném zdravotním stavu. Je zde i touha po dalších vyšetřeních, aby se pacienti mohli ujistit, že předpovědi nebyly správné (Kupka, 2014). Celkově je důležité podporovat pacienty v jejich procesu vyrovnávání se s diagnózou, komunikovat s nimi s ohledem na jejich pocity, obavy a umožnit jim najít smíření s nevyhnutelným.

Druhá fáze hněvu

Ve druhé fázi umírání podle modelu Elisabeth Kübler-Rossové (2015) se pacienti často potýkají s pocity hněvu a zlosti, které pramení ze strachu z blížící se smrti a mohou směřovat vůči sobě, zdravotníkům nebo rodině, tedy proti těm, kteří jsou zdraví. Tyto emoce jsou přirozenou reakcí na narušené plány a pocit nespravedlnosti. Zdravotnický personál musí být schopen empaticky reagovat na tyto projevy a udržet správnou rovnováhu mezi distancí a podporou (Angenendt, a kol., 2010). Nemocný v této fázi řeší často při hospitalizaci banální záležitosti a podává stížnosti. Avšak zdravotníci by měli vědět, že za těmito projevy se skrývá pacientova hluboká životní krize, pocit křivdy a frustrace, zoufalství, úzkost a beznaděj z blížící se smrti (Kupka, 2014).

Porozumění pacienta v tomto stadiu je zásadní pro poskytnutí adekvátní psychologické a emocionální podpory pacientům v této náročné fázi jejich života. Vytvoření empatického a podpůrného prostředí může mít zásadní význam pro zlepšení pohody pacienta a jeho rodiny.

Třetí fáze smlouvání

Pacienti v tomto stadiu smlouvají o více času a snaží se najít novou duchovní cestu a usilují o úlevu a smíření se svou vážnou situací, často skrze modlitby a sliby, že pokud se uzdraví, odčiní své hříchy a napraví se. Nemocný se snaží dosáhnout jakési dohody, která by mohla oddálit nevyhnutelné, tedy smrt. Pacient doufá, že pokud se s Bohem usmíří a pokorně požádá o čas, bude k němu shovívavý (Kübler-Rossová, 2015).

V tomto období se cítí osamělí a ztracení, proto je důležitá podpora rodiny, přátel a zdravotnického personálu, která zahrnuje empatii a prostor pro vyjadřování pocitů. Pro období smlouvání je komunikace zásadní, protože pacienti mohou mít potřebu sdílet své myšlenky o smrti, smíření a naději na uzdravení. Nemocný hledá odpovědi, útěchu a jistotu zajištění si důstojnosti v těžkých časech a často vyhledává i alternativní způsoby léčby (Kupka, 2014).

Čtvrtá fáze deprese

Pacienti procházejí těžkým smutkem, který může být spojen s pocitem ztráty a beznaděje, přičemž vyjadřují smutek za to, co ztrácí. V této fázi se pacient setkává s realitou blížící se smrti a prožívá intenzivní pocity smutku, beznaděje a pocitu viny. Je to období, kdy se člověk musí vyrovnávat se ztrátou dosavadních životních hodnot a cílů. Aby pacient nebyl osamělý, je v této fázi důležitější než v těch dosavadních. Blízkost rodiny a přátel je zásadní, výraznou roli zde hraje neverbální komunikace jako je dotek nebo společné mlčení. Pro blízké osoby i zdravotníky je důležité, aby umožnili pacientovi vyjádřit jeho smutek a obavy, což napomáhá dojít do poslední fáze akceptace (Kupka, 2014)

Pátá fáze akceptace

Poslední fáze, kdy pacienti obvykle dospějí k určitému smíření se svou situací, s možným koncem, což se často projevuje klidem, mírem a pocitem vyrovnanosti. Pacienti, kteří se dostanou do tohoto stádia, mají možnost zorganizovat si poslední záležitosti a strávit čas se svými blízkými, což může být pro ně i pro jejich rodiny velmi důležité. Na druhou stranu, stádium akceptace není běžné a mnozí pacienti se zaseknou v prožitcích zoufalství nebo na svůj stav rezignují (Kupka, 2014).

Pokud pacient má dostatek času na přípravu, může projít jednotlivými fázemi smíření, což je psychologicky příznivější. Naopak náhlá smrt překvapuje a může zanechat pacienta a jeho blízké v psychologické nepohodě, kdy nebylo možné dokončit proces loučení a vyrovnání se s realitou umírání (Slamková, Poledníková, 2013).

Tyto fáze nejsou lineární, pacienti mohou přeskakovat mezi různými fázemi, některé fáze mohou být chybějící a jiné mohou trvat déle než jiné. Rodina a blízké okolí nemocného rovněž prochází těmito fázemi (Kübler-Rossová, 2015). Práce Elisabeth Kübler-Rossově ovlivnila nejen psychiatrii a psychologii, ale také medicínu, ošetrovatelství a etiku, což vedlo k rozvoji paliativní péče jako celé sféry zdravotní péče zaměřené na zlepšení kvality života pacientů

s pokročilými a nevléčitelnými nemocemi. Její přístup zdůrazňuje důležitost komunikace, empatie a důstojnosti v péči o umírající.

1.3 Komunikace v paliativní péči

Tato kapitola teoretické části se zaměří na důležitost komunikace v oblasti paliativní péče. Vysvětlí zásady a druhy komunikace, popíše komunikační dovednosti všeobecných sester a nastíní problematiku komunikace s umírajícím pacientem a jeho blízkými. Dále popíše překážky, které mohou v komunikaci s paliativním pacientem nastat a také to, jak sdělovat nepříznivé diagnózy. Poslední podkapitola se bude věnovat vzdělávání všeobecných sester v komunikaci s paliativním pacientem.

Vymezení pojmu komunikace je podle klinického psychologa Martina Dlabala (2021) mezilidský rozhovor, jenž vede k výměně a sdělení poznatků. Na vyřčenou informaci si vždy dělá druhá strana svůj názor a vytváří si tím obraz o naší osobě. Komunikace zahrnuje soubor abstraktních symbolů, které určují znalosti, názory, přesvědčení, reakce a další metody, jakým jednotlivci interpretují informace z okolního světa. Podoba komunikace tedy není ovlivněna pouze osobností jednatelce, ale je také určena prostředím, ve kterém se jedinci nacházejí, a volba způsobu komunikace závisí také na účelu sdělovaných informací (Jeanette, Basnight-Brown, 2022).

Komunikace v paliativní medicíně, je ústředním prvkem pro udržení kvality života nevléčitelně nemocných a umírajících pacientů. Otevřená, empatická a respektující komunikace mezi zdravotníky, pacienty a jejich rodinou je nezbytná pro dosažení cílů paliativní péče. Důležitým prvkem je schopnost zdravotníka naslouchat a poskytnout prostor pacientovi pro vyjádření jeho myšlenek a pocitů. Všeobecné sestry jsou důležité při komunikaci s pacienty, fungují jako zprostředkovatelé informací a mohou ovlivnit rozhodovací procesy týkající se péče a léčby. Od všeobecných sester jsou očekávány teoretické znalosti a zkušenosti, ale v paliativní péči je zapotřebí využít i vlastní intuici a empatii (Kabelka, 2018).

1.3.1 Druhy komunikace

Komunikaci můžeme rozdělit na přímou a nepřímou nebo také na verbální a neverbální. Skrze verbální komunikaci sdělujeme informace pomocí slov, intonace a rychlosti řeči. Neverbální komunikace nám však může prozradit pocity, stres, vnitřní postoj i beze slov.

Verbální komunikace

Verbální komunikace sdělujeme informace prostřednictvím slov a jazyka. Měla by probíhat srozumitelně, v krátkých větách, aby pacient všemu porozuměl. Všeobecná sestra by měla hovor přizpůsobit mluvě pacienta a rychlosti jeho vnímání. Měla by také zpětně zjišťovat, jestli pacient všemu rozuměl. Rozhovorům o vážných tématech musíme přizpůsobit okolní prostředí, redukovat hluk, zajistit soukromí a dostatek času na celý hovor (Zacharová, Šimíčková-Čížková, 2011).

Neverbální komunikace

Neverbální komunikace vždy doprovází a doplňuje komunikaci verbální a pro paliativní péči je velmi významná. Jedná se o neslovní projevy, do nichž patří řeč těla, haptika, tedy doteky jako

je podání ruky nebo pohlazení, dále mimika, která ukazuje výrazy obličeje, gesta. Tyto projevy nám naznačují, jak se pacient cítí, zda mluví pravdu, jestli má bolesti nebo strach. Oční kontakt je také důležitým prvkem během rozhovoru, neboť vyjadřuje zájem a empatii (Kabelka, 2020).

1.3.2 Dovednosti a zásady v komunikaci

Dovednosti a zásady komunikace v oblasti paliativní péče by měl být schopen zvládat každý pracovník v paliativních službách, protože se jí dají ovládat konfliktní situace a předejít problémům a nepochopení (Hauke, 2014). Podle Ptáčka a Bartůňka (2011) by si komunikační dovednosti měla osvojit každá všeobecná sestra, aby mohla toto povolání vykonávat. Komunikace s vážně nemocným pacientem se vyznačuje mnoha zvláštnostmi. Jedním z jejích hlavních rysů je intenzivní střet s emocemi, a navíc bývá často obtížné poskytnout odpovědi na otázky, které kladou pacienti s neléčitelnými nemocemi. Komunikace s pacienty v těžkých stavech vyžaduje důstojnost, trpělivost a jasnost, a to zejména v souvislosti s citlivými tématy, jako je úmrtí, kdy by mělo být vytvářeno klidné a vhodné prostředí pro diskuzi. Často se komunikace týká nepříjemných témat a citlivých informací, které vyžadují zvláštní přístup a zásady. Stěžejními zásadami a dovednostmi kvalitní komunikace je empatie, čas, individualita, úcta a aktivní naslouchání.

Základem komunikace s těžce nemocným je empatie a umění se vcítit. Empatii v sobě musí mít každý pracovník, který se rozhodne pracovat s nevléčitelně nemocnými. Empatická komunikace se vyznačuje chápáním a porozuměním pacientových emocí, což může výrazně přispět k lepšímu zvládnutí stresových situací. To zahrnuje aktivní naslouchání, kladení otevřených otázek a vytváření prostoru pro vyjádření obav a pocitů pacienta (Kabelka, 2018).

Jak ve svém odborném článku zmiňuje Pospíchal a Šporcrová (2020) potřebný je čas na rozhovor a na všechny otázky, jež potřebuje pacient zodpovědět. Vysoký počet pacientů a nedostatek času, může vést k povrchnějšímu přístupu a nedostatečnému zajištění kvalitní komunikace. Proto je nutné ke komunikaci o závažných tématech zajistit klidné prostředí a dostatek času pro diskuzi.

Každý pacient reaguje na těžké období různě, proto je zásadní individualita a jedinečné jednání ke každému pacientovi. Všeobecná sestra má vnímat každého pacienta s úctou, jako hodnotného samostatného jedince a nebagatelizovat jeho myšlenky a názory, to by mohlo vést k narušení důvěry mezi pacientem a sestrou (Zacharová, Šimíčková-Čížková, 2011).

Pro úspěšnou komunikaci je nutné ovládat techniky aktivního naslouchání a kladení správných otázek. Aktivní naslouchání umožňuje pacientovi pohovořit o důležitých tématech a obě strany tak získávají větší množství informací. Tato technika dává pacientovi najevo, že ho vnímáme, máme zájem o něj a jeho problémy. Tím se zvyšuje jeho důvěra a otevřenost při rozhovorech. Zároveň pomocí dotazování a parafrázování co pacient řekne, zabráníme případnému nedorozumění nebo špatnému výkladu rozebíraného tématu (Špatenková, 2013).

1.3.3 Komunikační bariéry

V paliativní péči se mohou objevit různé komunikační překážky, které narušují interakci mezi pacienty a zdravotnickým personálem. Zdravotníci by měli být schopni čelit jak bariérám, které mohou ovlivnit, jako je zájem o pacienta, schopnost naslouchat, srozumitelně mluvit, tak těm,

kteří nejsou pod jejich kontrolou, jako jsou důsledky onemocnění, bolest nebo psychické rozrušení pacienta (Zacharová, Šimíčková-Čížková, 2011).

Bránit efektivnímu porozumění mezi komunikujícími osobami mohou také různé poruchy řeči nebo sluchu. Také nesprávné formulování myšlenek a používání pojmů, které pacient nezná, například odborné výrazy ze zdravotnické praxe. Nejčastějšími bariérami jsou neschopnost naslouchat, přerušování, nedostatek pozornosti, a také negativní postoje, jako je ironie či pohrdání, mohou zásadně poškodit vzájemné porozumění. Důležité je, aby komunikující strany pracovaly na vzájemném porozumění a respektovaly se v tom, jak vyjadřují své myšlenky (Pyšný, 2020).

Mezi profesní bariéry se řadí nedostatečné dovednosti a praxe zdravotníků v komunikaci, neschopnost vnímání pacienta, vztahy s okolím a konkrétní situace, nedostatek času na rozhovory, hlučné prostředí nebo nedostatečné soukromí mohou také negativně ovlivnit schopnost komunikovat efektivně. Fyzická slabost, psychické vyčerpání nebo depresivní stavy mohou pacientům ztížit účast na komunikaci. Multikulturní prostředí a jazykové bariéry mohou způsobit nedorozumění a komplikace ve sdílení informací. Zdravotnický personál by měl mít povědomí o kulturních rozdílech a specifikách pacientů (Tomová, Křivková, 2016).

Závěrem úspěšné komunikace je tedy otevřenost a ochota naslouchat, stejně jako schopnost přizpůsobit své vyjadřování tak, aby bylo srozumitelné pro druhou osobu. Komunikace v paliativní péči vyžaduje citlivý přístup ze strany zdravotnického personálu, porozumění k potřebám pacientů a jejich rodin, a také schopnost překonávat různé komunikační bariéry. Efektivní komunikace by měla být prioritou, aby se zajistila co nejvyšší kvalita péče v těžkých životních obdobích (Tomová, Křivková, 2016).

1.3.4 Komunikace sestry s umírajícím pacientem

Všeobecná sestra bývá pro pacienta v těžkých chvílích velmi důležitou osobou, které může důvěřovat a svěřit se s těžkými tématy. Abychom ale důvěru v pacientovi vzbudili, musíme se snažit už od prvního kontaktu. Podle Markové a kol. (2021) existují základní zásady prvního setkání, aby měl pacient pocit sociální, psychické a duchovní podpory. Už v první odpovědi ujistěte pacienta, že na něj máte čas, jste tu pro něj v jakékoli chvíli, a že je pacient na prvním místě. Klient od sestry musí dostat dostatečný prostor pro komunikaci, aby se vyslovil i se všemi dotazy a poznámkami, co ho trápí. Může se stát, že bude klient rozrušený, depresivní, plačící nebo nebude chtít komunikovat, v tomto případě ho nesmíme do ničeho nutit a raději rozhovor přesunout na chvíli, kdy je mu lépe a má snahu komunikovat (Marková a kol., 2021).

Výběr tématu hovoru je namísto přenechat klientovi, on sám ví, o čem má potřebu mluvit a z čeho se vypovídat. Z rozhovoru následně vybereme, co je pro pacienta nejpodstatnější a vyhodnotíme, jak tyto informace dál využít. Pokud při rozhovoru budeme celou dobu naslouchat, projevovat zájem, doptávat se na otázky a zajímat se o celý obsah hovoru, pacient bude mít pocit sounáležitosti, bezpečí a poroste v něm důvěra, díky které se bude cítit lépe (Dlabal, 2021).

To že je komunikace efektivní poznáme tak, že u pacienta dojde alespoň k malému zlepšení jeho příznaků onemocnění, jako jsou strach, pocity beznaděje, úzkost nebo dokonce bolest nebo nevolnost (Špirudová, 2015). V těžkých chvílích se nemusí jednat jen o rozhovory, ale jak uvádí

Kristová (2020): „jde tu především o citovou komunikaci“ při níž je důležitý i oční kontakt, pohazení nebo také mlčení, tichou přítomnost.

V rámci spolupráce sestry a klienta se aktivně podílejí na výměně informací. Sestra se snaží pochopit názory a pocity nemocného, a zároveň mu poskytuje potřebné informace o léčbě, ošetření a dalších aspektech péče. Tímto způsobem dochází k vzájemnému učení a společnému rozhodování. Důležitým elementem je aktivní zapojení klienta do péče. Když je pacient motivován k účasti na rozhodování o své léčbě, zvyšuje se pravděpodobnost, že se bude cítit v procesu více angažovaný a spokojený s péčí. Sestra může pacientovi pomoci formulovat jeho potřeby a preference, což přispívá k dosažení optimální péče a ke zlepšení celkového zdravotního stavu. Tato interakce tedy nejenže posiluje psychologický aspekt péče, ale zároveň přispívá k efektivitě terapeutických postupů, kdy se pacient cítí jako aktivní partner ve svém zotavení (Mellanová, 2017).

1.3.5 Komunikace sestry s blízkými umírajícího pacienta

Musíme si uvědomit, že v paliativní péči se nestaráme pouze o pacienta, ale také o jeho rodinu a blízké. Zjištění závažné diagnózy narušuje rovnováhu rodiny, proto potřebují podporu a pochopení, tak jako pacient. Příbuzní čelí značnému psychickému a emocionálnímu zatížení spojenému s terminálním stavem pacienta, a proto je úkolem všeobecných sester poskytovat jim potřebnou podporu a pomáhat minimalizovat tato narušení. Očekává se, že sestry budou pravdivě informovat rodinu o zdravotním stavu pacienta a čím si zrovna prochází v rámci svých kompetencí (Vorlíček a kol., 2012).

Domácí paliativní péče představuje pro pacienty v terminálním stádiu onemocnění nejlepší alternativu, pokud to jejich stav umožňuje, protože mohou být obklopeni svými blízkými. Nesmíme to brát však jako samozřejmost a musíme si uvědomit, že se každá rodina musí rozhodnout sama. Tato situace však klade na rodinu vysoké nároky, neboť musí být schopná poskytnout celodenní péči nemocnému (Kalvach, 2010).

Všeobecné sestry se stávají nedílnou součástí rodiny a často se stávají jedinými profesionály, kteří rodině poskytují podporu. Musejí umět rychle reagovat na složité situace, unést smutek a bolest jak pacienta, tak rodiny, a to i bez okamžité podpory ostatního personálu. Jejich práce zahrnuje také emocionální podporu rodiny (Marková, 2010).

1.3.6 Sdělování nepříznivé diagnózy

Sdělování diagnóz pacientovi představuje jeden z nejtěžších okamžiků v oblasti paliativní péče. Dovednosti ve sdělování špatných zpráv by podle Bednaříka a Andriášové (2020) měli ovládat lékaři, ale i nelékařští pracovníci, protože způsob, jakým komunikují, se odráží na aktuálním stavu pacienta a jeho vnímání své nemoci. Otevřená komunikace je zásadní, a je důležité, aby zdravotníci sdělovali pacientovi veškeré informace týkající se jeho diagnózy, bez vytváření falešných nadějí. Základní povinnost sdělit informace o zdravotním stavu má lékař, ale tento úkol se dotýká celého týmu, který musí být informován, aby mohl pacientovi poskytnout potřebnou podporu. Týmová spolupráce a efektivní komunikace jsou v této oblasti nezbytné (Kabelka, 2018).

Podle odborného článku Pospíchala a Šporcrové (2020) vždy lze sdělit špatné zprávy způsobem, který poskytuje psychologickou podporu a umožňuje snadnější přijetí nepříznivých informací. Takový přístup může zmírnit negativní dopad zprávy na pacienta, ale musíme dbát na to, abychom zprávu o nepříznivé diagnóze nezlehčovali a nedávali plané naděje o uzdravení. Když pacient zpracovává zprávy lépe, zvyšuje se pravděpodobnost jeho aktivní a efektivní spolupráce na léčbě. Pokud lékař sděluje zprávy empaticky a s opravdovým zájmem o pacienta jako člověka, snižuje tím riziko, že pacient bude hledat názory jinde (Pospíchal, Šporcrová, 2020).

1.4 Umírání a smrt

Téma smrti a umírání je určitě nejtěžší a nejcitlivější částí života. Strach ze smrti je často spojen s různými přidruženými obavami, jako je ztráta blízkých, utrpení, které může smrt provázet, nebo nejistota ohledně toho, co nastane po smrti. Tento strach může mít dalekosáhlé důsledky na psychickou pohodu jednotlivce a jeho schopnost se vyrovnat s realitou smrti (Kupka, 2014).

Historie ukazuje, že vztah lidí ke smrti se v průběhu času měnil. V minulosti byla smrt přirozenou součástí života a lidé byli častěji vystaveni její přítomnosti. Umírání často probíhalo v domácím prostředí, v blízkosti rodiny a blízkých. Dnešní doba, ovlivněná moderní medicínou a technologiemi, často odděluje proces umírání od našich každodenních životů, čímž oddaluje myšlenku, že je smrt přirozenou součástí života (Bužgová, 2015).

Důstojnost během posledních chvil života by měla být prioritou. Pomoc a podpora, která respektuje přání a potřeby pacientů, mohou přispět k tomu, aby byl proces umírání méně traumatizující pro všechny zúčastněné. Celkově lze říct, že otevřený dialog o smrti a umírání, spolu s posílením paliativní péče, může přispět k lepší kvalitě života a umírání, a tím i k celkovému zlepšení vnímání tohoto tématu ve společnosti (Ptáček, Bartůnek, 2011).

1.4.1 Péče o pozůstalé

Starost o pozůstalé má své místo v paliativní péči, protože péče úmrtím pacienta nekončí. Musíme rodinu připravit na období umírání a smrti nemocného. Úmrtí blízkého zásadně zasahuje do života rodin a jejich kvalita života se může na dlouhou dobu narušit. Je důležité, aby zdravotníci v oblasti péče o umírající poskytovali rodině potřebnou podporu a informace, které jim pomohou lépe zvládnout obtížné období po úmrtí blízkého (Kabelka, 2018).

Kabelka (2018) uvádí co je důležité z pohledu pozůstalých. Velmi důležité je umožnit pozůstalým důstojné rozloučení a usnadnit jim prožívání truchlení prostřednictvím modlitby, podpůrných rozhovorů. Hospicové služby organizují setkání pozůstalých, což blízkým zemřelého ukazuje emoční doprovod a pocity podpory okolí, porozumění. Pro pozůstalé je také uklidňující, když jim zdravotník poděkuje a pochválí je za to, že neudělali nic špatně a zachovali se správně.

Proces truchlení je pro rodiny, které ztratily blízkého, nesmírně náročný. Členové rodiny si v období truchlení podle Kübler-Rossově (2015) procházejí podobnými fázemi smíření, jako pacienti, když se dozví o své nemoci. Nejprve v šoku odmítají fakt, že je blízký opravdu po smrti a často očekávají, že se zemřelý vrátí. Pak přichází období uzavření se do sebe a izolace od okolního světa, které provází vzpomínky na zemřelého, hněv, pocity viny. Postupem času se pak

navrací do svého normálního života a organizuje si nový život, sociální role a vztahy (Kabelka, 2018).

2 Výzkumná část

Výzkumná část bakalářské práce se zabývá problematikou všeobecných sester s umírajícím pacientem a jeho blízkými. Praktická část využívá metodiku kvalitativního výzkumu s polostrukturovanými rozhovory. Rozhovory jsou prováděny se všeobecnými sestrami, které pracují v hospicové péči.

2.1 Cíl výzkumu

Hlavním cílem šetření je zmapovat komunikační dovednosti všeobecných sester, které jsou s umírajícími pacienty denně v kontaktu. Dále práce zkoumá překážky v komunikaci, techniky, které sestry v rozhovorech s umírajícími využívají a také jak se všeobecné sestry v oblasti komunikace vzdělávají.

2.2 Hlavní výzkumné otázky

Výzkumná otázka č. 1 : Co vnímáte jako nejsložitější stránku komunikace s umírajícím pacientem a jeho blízkými?

Výzkumná otázka č. 2 : Jaké individuální potřeby mají umírající pacienti při rozhovoru s všeobecnou sestrou?

Výzkumná otázka č. 3 : Jakým způsobem probíhá vzdělání v oblasti komunikace s paliativním pacientem a jeho blízkými?

2.3 Metodika výzkumu

Pro výzkum byla zvolena metoda pomocí polostrukturovaných kvalitativních rozhovorů. Předem byly sestaveny tři hlavní výzkumné otázky a ke každé z nich, další tři dílčí, které pomohou hlavní výzkumné otázky zodpovědět.

2.4 Charakteristika vzorku respondentů

Bylo osloveno 10 všeobecných sester, které mají zkušenost s prací v domácím hospicovém zařízení. Všechny oslovené všeobecné sestry mají zkušenosti s péčí a komunikací s těžce nemocnými umírajícími pacienty a jejich rodinami. Respondentky byly předem seznámeny, že rozhovory budou sloužit pouze pro výzkum mé bakalářské práce a že jsou zcela anonymní. Rozhovory proběhly s respondentkami osobně a byly s jejich souhlasem nahrávány pro další zpracování. První tři respondentky pracují v mobilním hospicu Bárka Jihlava, zbylých sedm respondentek pracuje ve Sdílení o . p . s . Telč.

2.5 Průběh výzkumného šetření

Výzkumné šetření probíhalo od června 2024 do října 2024. Výzkumné rozhovory byly prováděny ve dvou mobilních hospicových zařízeních Sdílení o . p . s . a Bárka - domácí hospic Jihlava.

2.6 Výsledky výzkumu

Níže uvedené rozhovory jsou přepsané rozhovory, tak jak byly zaznamenány, pouze s jazykovými úpravami. Výsledky byly zpracovány v Microsoft Word.

Respondent č. 1

Jak dlouhou máte praxi v péči o paliativní pacienty?

„V paliativní péči jsem začala pracovat v Irsku v roce 2010 do roku 2016. Pak jsem měla pauzu s mateřskou a navázala jsem tady v domácím hospici v roce 2018 až dosud. Takže vlastně 12 let, 6 let v Irsku a 6 let v Česku.“

Jak je pro Vás náročná komunikace s umírajícím pacientem a jeho rodinou?

„Záleží hlavně na tom, jaká je to rodina. Přichází nám spousta typů rodin. Nejtěžší komunikace je, když je to rodina bolavá, jsou tam jakési promlčené konflikty, problémy. V tomto prostředí se setkáváme s tím, že se člověku odchází velice špatně, dokonce někdy to ani není možné, že je to umírání, tak těžké. Někdy se setkávám s tím, že tělo je připravené, ale ten člověk prostě nemůže zemřít. Nemůže a nemůže. Takže tady v tento okamžik je ta komunikace těžká. Pro mě je to závažné jenom v okamžiku, kdy opravdu musím rozkrývat ty starý bolesti, kdy musím přicházet na to, kde je ten problém. Proč ten člověk nemůže dojít ke smíření. Proč nemůže přijmout tu svoji situaci. V čem ještě mu můžu pomoci, aby tu situaci přijmul. Takže tohle jsou ty zádrhly. A naopak jsme se setkali s rodinami, kde ta komunikace byla pro nás dokonce obohacující, i svým způsobem hezká. Když ta rodina funguje, mají se rádi, a to smíření tam je a je tam od začátku naší péče, tak my tam v podstatě pomáháme jenom s tou zdravotní částí. Takže to je pak úplně naopak, tam jen přicházíme a něco od nich učíme.“

Jaké překážky nastávají v komunikaci s umírajícím pacientem a jeho blízkými?

„To už jsme tak docela pojmenovali. Když nacházíme právě ty staré konflikty, kdy oni sami sobě vyčítají: Něco jsem udělal špatně. Měl jsem tu nemoc objevit dřív. Že byla špatně uchopena jeho léčba. Obvinují sebe, obvinují lékaře a následně potom obvinují i naše postupy, že nejsou adekvátní. Protože pořád by od té paliativní péče, kterou my poskytujeme, očekávali něco, co oni v té dřívější péči zanedbali nebo nestihli.“

Jak přistupovat ke komunikaci s rodinou a blízkými umírajícího pacienta?

„Určitě nejdůležitější je vnímat, rozhlížet se, vidět, slyšet, naslouchat. Není chyba více pomlčet a opravdu slyšet každé jejich slovo, co říkají. Protože oni vám v několika těch prvních větách můžou říct ty nejpodstatnější věci. A na ně, když navážete, tak nikdy neuděláte chybu. Takže nejdůležitější je podle mě naslouchání.“

Jaká jsou nejčastější témata, o kterých chtějí paliativní pacienti s všeobecnou sestrou hovořit?

„Hodně lidí se vrací zpátky do života, vzpomínají na události, co se jim staly. Chtějí nám říct, že ten život byl hezký, co dokázali. Chtějí mluvit o svých milých, blízkých, chtějí sami sebe ujistit, že to jsou úžasní lidé nebo naopak, vzpomínají na děti a vnoučata, které jsou daleko a které od nich odvedl nějaký rodinný konflikt. Někdo se snaží ten konflikt ještě vyřešit a jsou rádi, když jim v tom můžeme pomoci. Někdo naopak zdůrazňuje, že už to otevírat nechce. Ale podle mě jsou

tohle ty nejčastější témata. Takže návrat do minulosti, snaží se uzavřít ten svůj život, vzpomínají, ať už na to pozitivní, co se jim stalo, ale i na to negativní.“

Jak paliativní pacient reaguje na náročná témata umírání a smrti?

„My k pacientům přicházíme většinou až v okamžiku, kdy svou diagnózu už nějakou dobu znají. Takže úplně do té první fáze většinou nevcházíme. Stává se ano, že přicházíme do té první fáze. To se taky stává, protože někdy u někoho to úmrtí nastává tak strašně rychle po tom, co se diagnózu dozvědí, že opravdu se s nimi potkáme v té první fázi, kdy oni typicky smlouvají, odmítají. Nemůžou pochopit, že se to vážně týká jich a hledají v tom nějakou kličku, jak to obejít. Odmítají, že to nemůže být jejich případ, že jich se to nemůže týkat, že to nemůže být tak vážné. Ale my nejčastěji vcházíme do té další fáze, kdy už nějakým způsobem doznívají ty vzteky. Začíná tam být to aktivní uchopení té situace a pomáháme hlavně, aby došli do té poslední fáze, k tomu smíření. Někdy se ale stane, že smíření pacient ani nedojde, ale my děláme všechno proto, aby k ní došel.“

Jaké zvláštní zvyklosti vyžadují umírající pacienti v rozhovorech se všeobecnou sestrou?

„Myslím, že tam má velkou roli to naslouchání a vnímavost. Pacient v téhle fázi vyžaduje hlavně to naslouchání, moci se vyprávět. Člověk musí přijít k pacientovi s určitou pokorou. Protože jsou to lidi, kteří si v sobě právě nesou ještě trošku doznívající ten vztek nebo zarputilost. Můžou to být právě ty konflikty, které my musíme vycítit, vyvnímat z dané situace. Vnímat, jak moc nám pacienti dovolí ty konflikty otevřít. Pomoc jim je vyřešit. Takže když k pacientům přijdu a oni ze mě cítí pokoru, ochotu naslouchat a poslouchat. To, že je přijímám i s tím jejich vztekem, i s tou jejich negací, která se může chvilka otáčet i proti nám. Tak oni to vrací potom otevřeností v tom rozhovoru i důvěrou. Probíhá to celé ale trošku zrychleně, protože oni toho moc času nemají a oni to ví. Takže během té jedné návštěvy se může odehrát úplně všechno. První odmítnutí, první vztek, až po otevření se a k důvěře.“

Jaké využíváte komunikační techniky v rozhovoru s umírajícím pacientem a jeho blízkými?

„Hodně jsou to prvky neverbální komunikace, jako je naslouchání, pokora, ochota naslouchat, věnovat jim čas, kterého už jim moc nezbyvá, a pacienti si to uvědomují. Vlastně 80 % toho, co sdělujeme, sdělujeme neverbálně. Ale není to jenom o té neverbální komunikaci. I když je to samozřejmě to, čeho oni si nejvíce všimnou.“

Jaké existují vzdělávací programy v oblasti komunikace s paliativním pacientem, které využíváte?

„Je jich bezpočet a bezpočet jich tady využíváme. Začíná to už ve škole během studia, a znovu ty znalosti obnovovat. Neustále probíhají vzdělávací akce, kurzy, setkávání. My vzájemně tady v hospicu spolu věci řešíme. Takže probíhají porady, kde řešíme i to, jakým způsobem toho člověka oslovit, protože každý z nich je jiný. Předáváme si, co u konkrétního člověka vlastně pomáhá a co na něj zabralo. Pomáháme si zároveň s tím, na co která z nás u toho člověka narazí. Tímhle způsobem si předáváme informace dál, a to potom posouvá dál i naši komunikaci.“

Co může všeobecným sestrám pomoci zlepšit své komunikační dovednosti s paliativním pacientem?

„V té úplně první fázi seznámení s paliativní péčí, nebo s péčí od terminálního člověka, je určitě dobře opřít se nejdříve o literaturu, kazuistiku, knihy, dokumenty, jsou natočené krásné dokumenty. Podívat se na rozhovory s paní doktorkou Svatošovou a s dalšími. Pak si jít sednout například na takové porady, které tady v hospicu máme, vyslechnout si ty kazuistiky, pak se s někým svést do terénu, podívat se, jakým způsobem se komunikuje. Ale musím říct, že vždycky si to pacient tak nějak nastavuje sám. On si vždycky řekne, jakým způsobem s námi chce komunikovat. On nám to dá jasně najevo. My spíše jen reagujeme na to, co nám chce říct a jak mu můžeme pomoci. No a na to navážete tím vzděláváním a kurzy.“

Respondent č. 2

Jak dlouhou máte praxi v péči o paliativní pacienty?

„Paliativní péči se věnuju asi 9 let, pracuji na domácí hospicové péči a také pracuji v konziliárním paliativním a podporném týmu nemocnice Jihlava.“

Jak je pro Vás náročná komunikace s umírajícím pacientem a jeho rodinou?

„Pro mě je určitě nejnáročnější, když ten člověk nebo pacient bilancuje nad svým životem, když vzpomíná, bilancuje nad svými vztahy, co zažil a co vlastně by chtěl zažít a ví, že už nestihne zažít. Hodně mi utkvěl v paměti rozhovor s konkrétní relativně mladou pacientkou z letošního léta, která se tak dlouho těšila na vnoučata a když se jich konečně dočkala, tak vlastně popisovala, že jí mrzí, že si jich neužije. Takže jsme společně vymýšleli nějakou metodu, jak by těm vnoučatům na babičku potom zůstala vzpomínka. To je pro mě hodně emočně těžké do dneška, protože ta paní se nakonec do domácí péče nedostala, zemřela v nemocnici, tak to bylo pro mě hodně náročné, ta bilance nad životem.“

Jaké překážky nastávají v komunikaci s umírajícím pacientem a jeho blízkými?

„Určitě strach, z toho, co bude, možná nedostatek informací, co znamená paliativní péče, nějaké předsudky. Určitě je problém, když pacient není v souladu se svojí rodinou nebo když ta rodina v rámci svého rodinného kruhu není v souladu mezi sebou a dochází k nějakým roztržkám, nedorozuměním, konfliktům. Když si jedna část rodiny tu péči představuje nějak a druhá část si ji představuje jinak, tak je to pak komunikačně hodně náročné, navést je na jednu společnou cestu. Mnohdy to vlastně nejvíc odnese ten pacient, protože je potom v té rodině jako mezi mlýnskými kameny, což vede k tomu, čemu se říká „Totalpain“. Pacient to popisuje, že u něho dominuje bolest, ale vlastně je to taková existenciální krize, tíseň, bolest vlastně emoční, že rodina není v souladu, bojují mezi sebou. Mnohdy ten pacient potom i na úkor toho by ještě něco chtěl, aby jenom tu rodinu utěšil, uspokojil, ale vlastně on sám v sobě už nemá sílu něco změnit.“

Jak přistupovat ke komunikaci s rodinou a blízkými umírajícího pacienta?

„Nejít tam jako zdravotník, ale jít tam jenom jako prostý člověk s otevřenou náručí a srdcem, poslechnout si jeho příběh a určitě je za mě důležitá práce s tichem. Vlastně je v pořádku, když nevím na všechno odpověď, je v pořádku, když mlčím s tím pacientem nebo i s jeho rodinou, je v pořádku říct, že nevím, jak to bude, je v pořádku tomu pacientovi nebo i té rodině říct: „Cítíme, že je to pro vás náročné, jak vám mohu pomoci?“ Tahle otázka často překvapuje, když jdeme v nemocnici k nějakému pacientovi a položíme mu tuto otázku: „Co pro vás teď můžu

udělat“, tak to z naprosté většiny všechny zaskočí. Naše paní doktorka říká, že důležité je nejít za pacientem s nějakým cílem, kterého potřebuji dosáhnout, ale zmapovat potřeby pacienta, zmapovat potřeby jeho rodiny a vymýšlet nějaké krátkodobé cíle, kam se postupně posouvat. Poslechnout si toho člověka, jeho životní příběh a doprovázet ho, nehledat řešení na všechno. Naslouchat, ať už tím tichem nebo i slovy, ale hlavně mu porozumět.“

Jaká jsou nejčastější témata, o kterých chtějí paliativní pacienti s všeobecnou sestrou hovořit?

„Jestli budou mít bolesti, z mé zkušenosti se vždycky z naprosté většiny pacienti ptají, jestli budou mít bolesti, otázky na bolest, jak jí budou zvládat. Pečující rodiny nejčastěji pokládají otázku, jak bude ten konec probíhat nebo říkají, že se bojí toho konce, jak to bude vypadat.“

Jak paliativní pacient reaguje na náročná témata umírání a smrti?

„Je to hrozně individuální, nejde říct, že je jen jedna odpověď. Určitě záleží na pacientově osobnosti, jaké má kompenzační mechanismy zvládat náročné životní situace, protože nemoc jako taková je velmi náročná životní situace. Určitě se na tom i odvíjí právě životní příběh pacienta, co zažil, jestli žil v nějakém smíru sám se sebou, jestli k sobě byl v životě upřímný, takže to vůbec nejde říct nějak obecně, protože každý na to reaguje různě. Můžou se například uzavřít do sebe, jsou do agresivní, nechtějí se s námi bavit, ale pak jsou taky lidé, kteří při ukončení léčby řeknou, že věděli, že to takhle bude. A odsud se už přeneseme dál a už nemusí pacienti ani mít potřebu dál to řešit a už můžeme řešit, co se bude dít dál a jak ta péče bude dál probíhat a co jim můžeme nabídnout. Někdy pacientům stačí jen ujištění, že nezůstanou někde sami a že o ně bude i v té návazné péči postaráno dobře. Není to vždycky dramatické, není to vždycky boj, je to někdy i pokorné přijetí, že to tak je. Já vždycky říkám, že každý nemocný člověk ví, že je nemocný a vnímá svoje funkční rezervy a někde tam v sobě si to každý nese a kolikrát ti lidé překvapí, že se třeba myslíme, že by chtěli a bojovali a pak to nějak pokorně přijmou. Takže nejde to říct objektivně, jak bude každý reagovat, je to strašně moc individuální. Hrozně moc záleží i na tom, jak právě zdravotníci toho pacienta doprovází v rámci té nemoci, té léčby, jak třeba ošetřující lékař mluví s pacientem, jestli ho připravuje na možnost ukončení terapie a jestli je dostatečně, ten pacient symptomově zajištěný a informovaný.“

Jaké zvláštní zvyklosti vyžadují umírající pacienti v rozhovorech se všeobecnou sestrou?

„Zvláštní zvyklosti mě nenapadají, nepřekvapuje mě v rozhovorech asi nic. Jsem připravená vždycky na všechno, že mě pacient přijme, ale i na variantu, že se pacient nebude chtít bavit a respektuju to. Někdy se bavíme o nemoci, někdy se bavíme o rodině, vždycky se ten hovor stočí nějakým směrem a pacient může říct, chtěl bych se dnes bavit o tomhle. Ale jinak jsem nic zvláštního v rozhovoru nezažila.“

Jaké využíváte komunikační techniky v rozhovoru s umírajícím pacientem a jeho blízkými?

„Já nevím, jestli používám nějaké komunikační techniky. Já za pacientem jdu jako naprostý lajka, a prostě si tam jdu s tím člověkem popovídat a snažím se na něj naladit a mám snahu se s těmi lidmi bavit o čem oni zrovna potřebují. Ale jako prvek neverbální komunikace využívám hodně ticho. Práci s tichem určitě, tu mám hrozně ráda. Pak mě napadají komunikační obraty, jako nesnažit se to zlehčovat nebo bagatelizovat nebo popisovat to na jiných situacích. Ale já nevím, já tam se snažím komunikovat přirozeně a vůbec nad tím nějak nehlobat, skrz nějaké pojmy z učebnic.“

Jaké existují vzdělávací programy v oblasti komunikace s paliativním pacientem, které využíváte?

„Náš hospic spadá pod charitní službu České republiky, takže oni mají svůj vlastní vzdělávací systém, vzdělávací kurzy, kterých mají všichni zaměstnanci možnost se účastnit. Ale jinak tady v kraji Vysočina nebo konkrétně tady v Jihlavě dvakrát ročně probíhá kurz paliativní péče nejen pro sestry, kde se probírá od právě léčby symptomů, přes komunikaci, psychologii, až po etický a právní aspekty paliativní péče. Takže tím, že paliativní péče se celkově v republice rozšiřuje a je takové jako boom této péče, tak je mnoho, mnoho kurzů, ať už komunikačních nebo jakýchkoliv jiných, které podporují vzdělávání sester, které se v paliativní péči pohybují.“

Co může všeobecným sestřím pomoci zlepšit své komunikační dovednosti s paliativním pacientem?

„Určitě nebát se být co nejvíce u pacientů, když je to terénní služba, tak jezdit co nejvíce do terénu, když je to v nemocnici, tak například chodit po vizitách s lékařem a vlastně nebát se říct, jestli můžu jít s vámi, můžu si to jít poslechnout a jenom tam prostě v tichosti sedět a poslouchat. A poslouchat právě ty příběhy. Já si myslím, že spousta odpovědí nám dává právě ten životní příběh pacienta. Takže v komunikaci jako takové si myslím, že určitě je důležité umět naslouchat a naladit se na ten příběh. A pak určitě nejenom naslouchat pacientům, ale i svým kolegům. Hodně mi pomáhá, když se můžu se svými kolegy o pacientech pobavit a přemýšlet nad nimi i z jiných uhlů pohledu.“

Respondent č. 3

Jak dlouhou máte praxi v péči o paliativní pacienty?

„Nejdříve jsem se do mobilního hospicu šla podívat, abych tu práci poznala, pak na dohodu při mateřské, pak na poloviční a teď už jsem tady na celý úvazek. To je dohromady sedm let.“

Jak je pro Vás náročná komunikace s umírajícím pacientem a jeho rodinou?

„V některých případech emočně to zvládnout a ustát moje emoce, když se jedná například o nějaké mladší pacienty nebo prostě je to i někdo, koho znám, což se nám taky bohužel občas stane.

Náročné bývá vyladit komunikaci, aby se sjednotili pacient, rodina a my, když to jde, tak se snažíme, abychom byli všichni zajedno. Občas mi přijde, že komunikace s rodinou bývá někdy náročnější než s tím pacientem. Napadá mě konkrétní příklad z praxe, který byl pro mě hodně emočně náročný. Jednalo se o pána, jehož dceru a zetě jsme měli v péči v minulosti. Takže už jsme tu rodinu znali z minulosti, a to bylo hodně složité, pro nás pro všechny. Samozřejmě když jde o dítě nebo o mladého pacienta, který má malé děti, to je pro mě osobně hodně náročné, protože jsem sama máma, tak je to pro mě citlivé a bolestivé. Když mluvíme s rodiči umírajícího dítěte je to jiné než pečovat o geriatrického pacienta, který už i svůj život prožil.“

Jaké překážky nastávají v komunikaci s umírajícím pacientem a jeho blízkými?

„Pokud je ten pacient už v opravdu v hodně vážném stavu, že už ta ústní komunikace úplně nefunguje nebo je tam nějaká zmatenost, dezorientace, bludy a podobně, tak je náročné vyjistit to, co je pro toho člověka důležité, co a jak by on chtěl. Někdy se nám podaří získat

některé informace od rodiny nebo od zdravotníků, kteří se o toho pacienta starali předtím, když se k nám pacient dostane v takhle vážném stavu. Tohle vnímám osobně jako velkou překážku.“

Jak přistupovat ke komunikaci s rodinou a blízkými umírajícího pacienta?

„Mě se neustále osvědčuje, že nejdůležitější je umění naslouchat. Není o tom, že musím pořád něco říkat a radit, ale spíš o tom pacienta a jeho blízké vyslechnout, naslouchat, pracovat s tichem, zpětně zmapovat, jestli to, co mi ti lidé řekli, jestli jsem pochopila správně, tak jak to oni myslí. Nevnucovat do toho rozhovoru vlastní domněnky, co by bylo podle mě nejlepší, ale opravdu to respektovat tak, jak to chtějí ta rodina a ten pacient, protože ten by měl být na prvním místě.“

Jaká jsou nejčastější témata, o kterých chtějí paliativní pacienti s všeobecnou sestrou hovořit?

„Jsou to často věci, které se týkají toho vlastního umírání, jak to bude probíhat, kolik mají času, jaké mohou přijít příznaky a projevy té nemoci a co můžeme všechno nabídnout. Mají hodně strach o to, aby netrpěli bolestmi, takže rozebíráme, jaké jsou možnosti a snažíme se je ujistit, uklidnit v tom, že dneska jsou možnosti tlášení bolestí opravdu veliké. Dalším okruhem témat je rodina, hodně často s pacienty řešíme, jak to dovysvětlit rodině, ne ve všech případech je informovaná celá rodina o vážnosti stavu pacienta. Pacienti přemýšlejí, co po sobě zanechají, v souvislosti například s dětmi a vnoučaty. Zároveň co by si člověk ještě přál i pro sebe, například podívat na chalupu nebo podobné věci. Hodně častým tématem je také to, že nechtějí do nemocnice a je pro ně důležité zůstat za každou cenu doma. Je to ale velmi individuální a řídí se to tím, co chce v dané chvíli probrat nebo jak se zrovna cítí.“

Jak paliativní pacient reaguje na náročná témata umírání a smrti?

„Řekla bych, že se v praxi opravdu hodně prolínají ty základní reakce na sdělování závažných zpráv. Opravdu, kdo má ten čas, tak bych řekla, že fakt těmi fázemi postupně prochází jak pacient, tak i rodina. Je to o osobnosti toho člověka, jaký je. Někdo je zvyklý nebo potřebuje o tom mluvit, vyprávět se z toho, říct čeho se bojí, z čeho má strach. Někdo se naopak uzavře a vůbec o tom nechce mluvit. Někdy je to rozpor i mezi tím, že pacient chce chránit rodinu, takže rodině to nechce říct. Ten nejbližší to ale stejně ví, ale chce zase chránit toho pacienta. Takže někdy je to takové našlapování, aby se to dalo nějak propojit a postupně dojít k tomu, že se to může začít otvírat na obou stranách. Co se týče soběstačnosti, když opravdu jsou to lidé, kteří byli hodně aktivní, zvyklí celý život prostě pracovat, něco dělat, sportovat a najednou je ta nemoc omezí natolik, že zůstávají třeba jenom v lůžku, prožívají pocity marnosti, že už nic nemůžou. Ptají se na otázky, proč tady vlastně jsou, když už nic nemůžou. Někdo jenom pláče, je to opravdu hodně individuální. Řekla bych, že jsem vyzorovala, i z vlastní zkušenosti, že v téhle otázce, to mají v uvozovkách jednoduší věřící pacienti nebo rodiny, ti to mají nastavené, že nic nekončí, že jenom pokračuje něco dál, takže bych řekla, že když se můžou opřít o tu víru, tak jim to hodně pomáhá. Někdy se stává, že i nevěřící rodiny řeší, co vlastně bude po tom, až odejdou, co pak následuje, jestli bude konec, nebo je ještě něco. Já si myslím, že každý asi potřebuje v něco věřit, a nechci to zlehčovat, ale je jedno jestli je to bůh, nějaký osud, nebo že duše přejde někam dál, každý potřebuje mít nějakou tu naději, že je po smrti něco čeká nebude jen konec a prázdno.“

Jaké zvláštní zvyklosti vyžadují umírající pacienti v rozhovorech se všeobecnou sestrou?

„Řekla bych, že je v komunikaci s paliativním pacientem je to hodně o navázání důvěry. Když je pacient v nemocnici se zlomenou rukou, jednak na to není takový prostor a druhak ani nebude mít takovou potřebu vcítit se a navázat důvěru jako právě ten umírající pacient. Většinou lidem trvá, než začnou důvěřovat cizímu člověku, když přijedeme do té rodiny s hospicem, tak nečekáme, že se nám pacient svěří hned, ale občas se stalo, a to mě hodně překvapilo, že se někdy rodiny svěří s něčím nečekaným, hodně osobním, co v té rodině zrovna řeší, jako jsou vztahové, majetkové otázky.“

Jaké využíváte komunikační techniky v rozhovoru s umírajícím pacientem a jeho blízkými?

„Mám ještě v živé paměti, jak jsem absolvovala komunikační kurz, určitě zmíním naslouchání, pracování s tichem, to i pro mě osobně je taková zkouška, že opravdu nemusíme vždy něco říkat, že někdy stačí s tím člověkem opravdu jen být. Další technikou, kterou často využívám je zrcadlení, ujistění se, že jsme se s pacientem dobře pochopili. Ale nejběžnější je, že si to, jak bude komunikace probíhat pacient určí sám a je to v režii, toho pacienta nebo té rodiny. Někdy se přímo ptáme, jestli je dneska něco, o čem by chtěli nebo potřebovali mluvit, někdy se na to sami zeptají.“

Jaké existují vzdělávací programy v oblasti komunikace s paliativním pacientem, které využíváte?

„Určitě Espero komunikační kurzy nebo obecný kurz ElneC. Když přijde nová kolegyně, tak to jsou kurzy paliativní péče, charita sama pořádá pro zaměstnance různé kurzy, i přes to že jsou kurzy obecně o paliativní péči, tak komunikace má v každém z nich zastoupenou velkou část. Řekla bych, že máme pestrou nabídku kurzů a opravdu se snažíme je absolvovat, protože je to velký přínosem do praxe. Jednou ročně se koná paliativní konference, které se účastníme. Je skvělé, že takové možnosti máme, je to takové obnovení znalostí, co člověk má, co například více v rozhovorech využívat, jak reagovat na některé otázky nebo situace, za to jsem ráda, toho je naštěstí dost.“

Co může všeobecným sestráům pomoci zlepšit své komunikační dovednosti s paliativním pacientem?

„Z vlastní zkušenosti můžu říct, že pracovat v mobilním hospicu, je něco úplně jiného než pracovat v nemocnici. Překonat počáteční strach z toho, že budu chodit k někomu domů do jejich soukromí, jak s nimi vůbec tohle téma otevřít, jak o tom začít mluvit, protože jsou to hodně citlivá témata. Je potřeba si uvědomit, že práce s umírajícími pacienty není pro každého, je velmi specifická a je potřeba, aby měl člověk určité předpoklady, které se naučit nemůže a musí je mít v sobě. Musí to být empatický, citlivý člověk, který se nebojí být sám sebou. Nejdůležitější je nebát se ukázat lidskost. Když jsem v hospicu začínala, měla jsem pocit, že musím mít na všechno odpověď, že jsem přece ten profesionál, na kterého ho oni spoléhají, takže nebát se říct to lidské, například nezlobte se, tohle nevím, ale zjistím nebo poptám se lékaře nebo někoho dalšího. Smířit se s tím, že když mi občas ukápne slza, když to jsou tak náročné situace, že to neznamená nějaké profesní selhání, ale to, že tam jsme s těmi lidmi, že se nás to dotýká, že nám to není jedno.“

Respondent č. 4

Jak dlouhou máte praxi v péči o paliativní pacienty?

„Předtím jsem pracovala 15 let na dětském oddělení a teď pracuji tady v hospicu od roku 2023. Takže asi rok a půl.“

Jak je pro Vás náročná komunikace s umírajícím pacientem a jeho rodinou?

„Je to náročné, hlavně psychicky. To musím říct, že ta psychika, když vidíte skoro každý den umírat pacienty, tak je to hodně náročné. Těžké je, naučit se odpovídat na citlivé otázky, které pacienti pokládají, jako: „Sestřičko, já umřu?“. Ale k tomu mi velmi pomohly kurzy, kterými jsme si prošly, kde nás naučily techniky, jak na takové otázky odpovídat. Nejnáročnější je to u toho samotného umírání, kdy mi slza kolikrát ukápně, nejhorší je, když se jedná o mladého člověka. U staršího člověka vím, že měl čas si život prožít, ale měli jsme v péči pacienty, kterým bylo kolem čtyřiceti let a to je velice těžké, pro nás všechny. Ale vždycky je nejhezčí to, že můžou zůstat doma se svou rodinou a nemusí umírat v nemocnici. To je to nejhezčí, co pro ně může rodina dělat. I kdyby byli doma jen dva dny před smrtí.“

Jaké překážky nastávají v komunikaci s umírajícím pacientem a jeho blízkými?

„Řekla bych, že se pacienti, často bojí zeptat napřímo a neví, jak o tom mluvit. Část lidí o své nemoci řekne, ale z mojí zkušenosti, nechtějí nemoc dopodrobna rozebírat a je vidět, že se tomu záměrně vyhýbají, a že mají strach.“

Jak přistupovat ke komunikaci s rodinou a blízkými umírajícího pacienta?

„Určitě být citlivá. Nemůžete být žádná ranařka, prostě to chce cit, sednout si k nim, chytnout je za ruku a prožívat to s nimi. A důležité je hlavně si to pak nebrat takzvaně domů. Protože to by vás úplně zničilo. Někdy jsou ty příběhy tak náročné, že to nejde nebrat si je k srdci. Člověk, nad těmi rodinami přemýšlí, ale musíte se naučit, odlišit práci a soukromý život. I když musím říct, i přes to že to může znít necitlivě, že si na to člověk zvykne. Zvyknete si na to umírání. Zvyknete si vypořádat se s tím a naučíte se dál fungovat.“

Jaká jsou nejčastější témata, o kterých chtějí paliativní pacienti s všeobecnou sestrou hovořit?

„Časté jsou otázky, jak to s nimi vypadá, co teď bude, jak tady budou ještě dlouho. Ale je to velmi individuální, někdo o nemoci mluvit chce a otevře se nám a někdo se uzavře a neptá se na nic. Ale z mé zkušenosti se mnohem více na zdravotní stav ptá rodina a pacienti se spíše chtějí bavit o běžných každodenních věcech, vzpomínají na život, který prožili.“

Jak paliativní pacient reaguje na náročná témata umírání a smrti?

„Bych řekla že velmi různě, ale nejčastěji, když se dozví diagnózu, přestanou mluvit a je na nich vidět, že je hodně přemýšlejí. Pak jsou zase pacienti, kteří tu informaci nevstřebají, neuvědomují si, co jim je, jsou z toho zmatení a nedochází jim, že se to týká jich nebo že je jejich situace tak vážná. Jsou tam typicky vidět fáze smíření, jako agrese, odmítání, smíření.“

Jaké zvláštní zvyklosti vyžadují umírající pacienti v rozhovorech se všeobecnou sestrou?

„Zvláštností je hodně. Teď máme v péči například pacientku, která neustále opakuje, že už chce zemřít, že už se na to docela těší, že se zase setká s vnučkou. To je krásný příklad, že došla smíření a už na ten svůj život nahlíží jinak.“

Jaké využíváte komunikační techniky v rozhovoru s umírajícím pacientem a jeho blízkými?

„Hodně využívám zrcadlení. Když se mě například pacient zeptá, zda zemře, tak říct: „Vy se bojíte, že zemřete, Vy máte asi obavy. Vy z toho máte strach.“ A ono to ten rozhovor potom posune dál. Nebo jim zopakovat otázku a ono se to zase nějak rozvine. Nebo využívám mlčení. Když se na něco zeptají. Někdy je dobré jenom mlčet. Asi nebát se toho ticha. Pohladit je a být tam s nimi. Není na to žádná univerzální odpověď a návod na komunikaci. Musí se to nějak udělat, aby lidé byli spokojeni s tou odpovědí. Vždycky to vyplyne spíš z toho, když tam jste. Než takhle o tom povídat.“

Jaké existují vzdělávací programy v oblasti komunikace s paliativním pacientem, které využíváte?

„Já jsem zatím byla jenom na kurzu komunikace, jmenoval se Elnec. Další kurzy, na které se chystám budou více interaktivní. Probíhají tam simulované rozhovory s pacienty. Takže se naučíme, jak bychom v určitých situacích reagovali. Kromě kurzů pomáhají také porady, které tu pravidelně máme, kde se sejdeme celý multidisciplinární tým a probíráme, co každý u klienta doma probíral. To hodně pomůže tomu, že když jedu k pacientovi na další návštěvu, vím, co si můžu dovolit a čemu se naopak vyvarovat.“

Co může všeobecným sestřím pomoci zlepšit své komunikační dovednosti s paliativním pacientem?

„Já bych řekla, že se to ta sestřička musí naučit praxí. Samo vám vyplyne, co máte odpovědět. Když jsem nastoupila do hospicu, tak jsme dlouho jezdili se zkušenějšími sestřičkami, co už jsou tady roky. Abychom to odposlouchali. Důležité je nehrát si na hrdinu, když se na to ještě necítíte, nejezděte za těmi lidmi sami.“

Respondent č. 5

Jak dlouhou máte praxi v péči o paliativní pacienty?

„V paliativní péči pracuju tři roky. Předtím jsem pracovala na ortopedii a novorozeneckém oddělení.“

Jak je pro Vás náročná komunikace s umírajícím pacientem a jeho rodinou?

„Ano, je strašně těžké to pojmenovat obecně, protože každá ta rodina je jiná. Když to shrnu obecně, tak nejtěžší tam je, když se pacient a ta rodina někdy neshodnou v otázkách přijetí té nemoci. Což znamená, že ta rodina je někde jinde, pacient je někde jinde a je těžké to pospojovat, dát to dohromady. Někdy je těžké té rodině vysvětlit, že ten pacient je jinde, ta rodina je jinde, každý to vidí jinak. Tak asi tohle vnímám jako jednu z těch těžších věcí tam. Člověk musí balancovat a někdy je těžké si tu rodinu rozdělit, abychom s nimi mohli pracovat zvlášť. Když jsou spolu v jedné místnosti, tak to člověk musí nějak zaobalit, protože oni samozřejmě chtějí být pospolu. S tou rodinou si většinou můžeme sednout někam jinam, ale když potřebujeme pracovat s pacientem samotným, tak je tam ta rodina s námi. Tyhle případy řešíme, že jezdíme do rodiny ve více lidech nebo s naší psychoterapeutkou, abychom si ty rodiny rozdělili a aby každá mohla řešit tu danou fázi, ve které se pacient nebo rodina nachází, ve smyslu smíření se s tou nemocí.“

Jaké překážky nastávají v komunikaci s umírajícím pacientem a jeho blízkými?

„Tam je asi největší problém, když jsou ti pacienti například zmatení, tak to jeho rodina někdy těžko přijímá. Nechtějí rozhodovat za toho pacienta a my z toho pacienta nedostaneme to, co potřebujeme, takže potřebujeme, aby rozhodla jeho rodina. Další překážkou bývá, když už ti pacienti odcházejí, tak ta rodina si pořád myslí, že se ten stav zlepší a nechtějí přijmout, že je ta nemoc nevyléčitelná. Někdy se stane, že s námi pacient nechce mluvit, je uzavřený do sebe, nic z něj nedostaneme nebo tu svoji nemoc naopak bagatelizuje. Pak nám samozřejmě unikají některé symptomy nemoci, se kterými bychom pacientovi ulehčili, kdyby o nich mluvil. Je někdy těžké z pacienta dostat to, co se tam doopravdy děje, protože my tam přijedeme na tu návštěvu a jsme závislí na tom, co nám řekne pacient a rodina. A když nám to neřeknou, tak s tím nemůžeme nic udělat.“

Jak přistupovat ke komunikaci s rodinou a blízkými umírajícího pacienta?

„Tam je důležité si uvědomit, že vy tam přicházíte jenom jako host, což znamená, že do té rodiny přijдете a musíte tam být s tím, že tu rodinu musíte přijmout taková, jaká je. Musíte tam jít s tím, že jsou věci, které nezměníte, můžete to zkusit, ale hodně jemně. Protože když by tam člověk tlačil na pilu a vcházel s tím, že já mám tenhle názor a chci, aby to bylo takhle, tak ta rodina se zavře a už se vám pak prostě neotevře a těžko by se získávala ta důvěra. Takže musíte opravdu přijít s otevřenou myslí a vědět, že ta rodina nějakým způsobem fungovala do teď a to, že já tam přijdu, tak tu rodinu prostě nezmění. Takže je přijmout takový, jaký jsou a nesnažit se to úplně změnit. Pokud tam prostě přijдете a ten pacient to nechce řešit, jsou tam nějak napjaté vztahy, tak to prostě přijmout, poslechnout si to a mít otevřenou myslí. Nejít tam s tím, že všechno změním. Nezměním. A pokud ten pacient například nebude chtít lék na bolest, tak si ho prostě nevezme. Jít tam s tím, že to může trvat, než se tam něco změní. Během té doby ten pacient samozřejmě může zemřít. Takže prostě opravdu vstupovat tam s pocitem toho, že já jsem ta návštěva, jdu tam s nabídkou nějaké péče, ale nemít pocit, že hned všechno vyřeším a bude všechno zalité sluncem.“

Jaká jsou nejčastější témata, o kterých chtějí paliativní pacienti s všeobecnou sestrou hovořit?

„Člověk si myslí, že ti pacienti budou chtít mluvit jen o paliativních tématech, ale je to přesně naopak. Většinou ti pacienti vyprávějí to, co prožili, vrací se ke vzpomínkám, že spousta pacientů o tom svém onemocnění ví, ale nechce o něm mluvit. Takže prostě mluvíme všeobecně, oni poslouchají nás, my posloucháme je, je to spíš takové vyprávění. Většinou těch citlivých témat o nemoci se dotkneme jen okrajově, protože spousta pacientů o nich mluvit nechce. Takže mluví často o rodině a vyptávají se. Aby si nás zařadili, protože tam přichází někdo nový, komu můžou vyprávět jejich příběhy a my je posloucháme. To je pro ně v tu chvíli hrozně důležité, aby se mohli vyprávět a někdo je poslouchal.“

Jak paliativní pacient reaguje na náročná témata umírání a smrti?

„Když se dozví o té svojí diagnóze, tak se ptá, jak to s ním bude. My tam přicházíme ve chvíli, kdy už pacienti svou diagnózu znají. Nebo měly by znát. Měly by znát i svou prognózu. Stane se nám někdy, že neví. Ale my máme v dokumentaci záznamy, jestli o jeho diagnóze i prognóze už bylo hovořeno. Ale ten pacient ty informace někdy vytěsni a nechtějí o tom slyšet a říkají, že to bude dobré. Jsou pacienti, kteří řeknou, chci vědět, jak dlouho to bude trvat, co si myslíte. A pak jsou pacienti, kteří řeknou, neříkejte mi to, já to nechci vědět, jak dlouho to bude trvat. Ty reakce jsou velmi rozdílné.“

Jaké zvláštní zvyklosti vyžadují umírající pacienti v rozhovorech se všeobecnou sestrou?

„Oproti nemocnici, musím říct, že v nemocnici sestra na pacienty nemá tolik času a paliativní pacienti potřebují, aby je člověk poslouchal a měl na ně ten čas. Takže to je to, co my jim tady asi dopřáváme ze všeho nejvíc. Máme čas je poslouchat, aby se vypovídali, protože pak se dostaneme i k tomu jádru třeba toho problému, že jdou oklikou a dostaneme se k tomu, že mají problém například s dušností, ale oni to neví, nedokážou ten problém pojmenovat. Takže tím, že jim dáme ten čas, tak se oklikou dostaneme i k těm jejich problémům a pak je můžeme zkusit společně nějakým způsobem vyřešit.“

Jaké využíváte komunikační techniky v rozhovoru s umírajícím pacientem a jeho blízkými?

„Mně se to těžko už po těch letech pojmenovává. Ale samozřejmě tam je důležité to naslouchání. Co se týče dotyků, tam hodně musíte vycítit, jestli to ten člověk chce, jestli je mu příjemné, když ho chytne za ruku. Někomu to hodně pomůže, ale někteří to nemají rádi. Asi nejdůležitější je nebagatelizovat jejich problémy. V tu chvíli, když oni nám něco řeknou, tak už je to pro ně úspěch ať už nám řeknou cokoliv. Samozřejmě, když potřebujeme něco probrat, tak udržet ten rozhovor v mezích, ve kterých potřebujeme. Protože někdy tím, že jsou to těžká témata, tak od nich rádi odbíhají. Takže pokud je důležité probrat něco v tu chvíli něco pro nás důležitého o tom, co bude třeba dít dál, tak musíme udržovat ten rozhovor. Protože to, jak ta léčba a péče bude probíhat, je dialog s pacientem. Nikdy to není monolog, že my něco řekneme, a tak to bude. Vždycky je to o tom, že musíme s pacienty komunikovat, dát jim na výběr.“

Jaké existují vzdělávací programy v oblasti komunikace s paliativním pacientem, které využíváte?

„Existují kurzy pro vzdělávání sester v paliativní péči, jako je Elnec. U nás v hospicu nejvíce využíváme kaplana a psychoterapeutku, které máme v týmu, takže když si s tím pacientem prostě nevíme rady nebo nevíme, jak reagovat, jak s ním komunikovat, tak máme tu možnost probrat to s nimi. Oni nám dají rady, co při další návštěvě vyzkoušet. A samozřejmě máme spoustu všelijakých školení od externistů. Musíme si z toho vytáhnout, co je pro nás důležité, protože každý máme jinou zkušenost. Někdy jsou to externisti, kteří dělají v nemocnicích a ta komunikace v nemocnicích, i když je to paliativní tým, je jiná než v hospicu, protože my vstupujeme do té rodiny.“

Co může všeobecným sestram pomoci zlepšit své komunikační dovednosti s paliativním pacientem?

„Žádná jednotná rada neexistuje. Ale hodně se osvědčuje jezdit do terénu s těmi staršími sestrami a každý si z toho vytáhne to, co mu vyhovuje. Je potřeba projet větší část těch rodin a vidět, jak to vypadá, naslouchat. Komunikační dovednost se zlepšuje praxí. Hodně o tom mluvíme i na poradách, vracíme se k tomu, jaká témata jsme s pacienty probírali a jak na to odpověděli. Bavíme se o tom společně s naší psychoterapeutkou. Takže i kdybychom tam udělali něco, že nám to tu situaci nevyřešilo, tak se k tomu zpětně vrátíme a probereme společně, jak na to reagovat, případně jinak.“

Respondent č. 6

Jak dlouhou máte praxi v péči o paliativní pacienty?

„V hospici pracuju jen rok a půl. Jinak mám přes 20 let praxi na intenzivní péči, kde jsem se s paliativními pacienty setkávala poměrně často.“

Jak je pro Vás náročná komunikace s umírajícím pacientem a jeho rodinou?

„Záleží na té situaci a na té rodině. Jak se k tomu staví ti nejbližší příbuzní. Když to berou racionálně a vědí co a jak, tak je to vždycky snazší. Ale když už jsou tam hodně zamíchané emoce, tak je náročné rozklíčovat, kterou tu emoci jako udusat, a kterou naopak pohladit, aby se s tím dalo pracovat, aby byli ti lidé s vámi schopní vůbec mluvit. To je na tom to nejtěžší, zjistit tenhle ten směr, zjistit v jakém jsou stavu, v jakém jsou rozpoložení. Protože když vám řekne někdo, že všechno ví a že nic dalšího už nepotřebují, tak už víte, že tam je něco špatně a že s nimi o tom potřebujete mluvit, najít si k nim cestu. To je to nejtěžší, najít si tu cestu k těm lidem.“

Jaké překážky nastávají v komunikaci s umírajícím pacientem a jeho blízkými?

„Napadá mě, když dělám přípravné rozhovory před vstupem do hospice, tak mi třeba rodina rovnou řekne, že si nepřijde, aby lékařka při vstupním rozhovoru řekla pacientovi jeho diagnózu. My máme postup takový, že se vždycky ptáme, co ví o své diagnóze, a až když pacient řekne, že nic vědět nechce, tak mu to neříkáme a řešíme to s tou rodinou. Řešíme nutné věci, co se dějí teď. A největší překážka v tom je, když pacient sám popírá, tu svoji část, tak my mu nejsme schopní pomoci v rámci podporného týmu. Jsme schopní léčit příznaky, jsme schopní je eliminovat. Ale v rámci podporného týmu, jako je psychoterapie nebo rozhovor s kaplanem, tím mu pomoci nemůžeme, protože on to sám nechce. Někdy je to úplně naopak, že tam pak je překážka přílišné obavy ze strany rodiny. Že se chcete bavit s tím pacientem, chcete s ním mít ten prostor. I on by chtěl, ale odhání vás ta rodina. Nebo je tam stále přítomna a musím jí nějakým způsobem odvést. Protože pak vám tam sedí manželka a řekne, že je všechno dobré, že manžel nic nepotřebuje. Ale vy víte, že to tak není, takže musíte manželku nějak zaměstnat, abyste měla čas zjistit, co se tam děje a co je potřeba.“

Jak přistupovat ke komunikaci s rodinou a blízkými umírajícího pacienta?

„Je to hodně o empatii. To vcítění se do té situace a musíte mít svoji vlastní hranici, za kterou víte, že nemůžete. Nesmíte si stahovat jejich problémy, protože to není jenom nemoc. To je celý ten jejich život a oni to na vás celé nahnou a zavalí vás. Je dobré tam jít s tím, že mám mysl otevřenou a čekám, co mi řeknou. Já nikdy nevím, když za mnou někdo přijde nebo mi zavolá, co mi řeknou. Hned ze začátku s rodinami nezacházet do těžších otázek, ale nabídnout, co pro ně můžeme udělat. Musíme informace hodně opakovat, protože v té bolesti, v tom jejich šoku, co jsou, tak oni si to nepamatují. Mají toho hodně, mají mozek všim zahlcený, takže se musí hodně opakovat. Někdy se to musí říct desetkrát, než to vůbec poberou. Takže když to shrnu, tak je nejdůležitější přistupovat s velkou trpělivostí a empatií.“

Jaká jsou nejčastější témata, o kterých chtějí paliativní pacienti s všeobecnou sestrou hovořit?

„Často mluví o smrti, o strachu, o tom, jak naše služba vůbec funguje, co jim vlastně můžeme nabídnout, jak často k nim přijede doktor. Co se děje, když mají bolesti. Nebo chtějí sociální poradenství. Hodně se ptají na příspěvky na péči, kolik vlastně taková hospicová péče stojí, jestli si můžou půjčit nějaké pomůcky. To jsou takové běžné otázky.“

Jak paliativní pacient reaguje na náročná témata umírání a smrti?

„Reaguje podle toho, v jaké fázi přijímání svého stavu je. Na začátku, když není smířený, tak můžou být plačtiví, nervózní, naštvaní, nespokojení s tím, že vůbec se něco takového děje. Nebo mají hodně odmítavý postoj. Postupem času už vidíte, že prochází těmi fázemi přijetí, smíření. Pak můžete dojít k tomu, že ten pacient je v té fázi smíření a už tu smrt očekává, vidí v ní vysvobození. Ale jeho rodina může být stále ve fázi šoku, protože nemají čas to zpracovat. Každý jsou někde jinde a může mezi nimi docházet občas ke konfliktům, občas se hádají mezi sebou. Čemuž my jsme někdy nechtěnými svědky, ale to musíte přejít. To jsou jejich věci. A my s nimi musíme mluvit tak, jak je to v ten moment pro ně nejlepší.“

Jaké zvláštní zvyklosti vyžadují umírající pacienti v rozhovorech se všeobecnou sestrou?

„Hodně záleží na tom, jestli jsou věřící nebo nevěřící a jak velikou a empatickou rodinu mají okolo sebe. Protože když máte rodinu, která se za vás postaví a podporuje vás, tak většinou je všechno tohle o hodně snazší. Vyloženě specifická potřeba je že si chtějí popovídat a tam stačí jen to, že jste otevřený tomu poslouchat. Že mají tu možnost to někomu říct. A většinou to, že to můžou říct někomu, koho sice znají, ale nemají s ním ty rodinné vazby, pro ně znamená hrozně moc, protože tomu rodinnému příslušníkovi přece jenom nechtějí ublížit.“

Jaké využíváte komunikační techniky v rozhovoru s umírajícím pacientem a jeho blízkými?

„Využívám zrcadlení. Když proti mně bude sedět člověk a bude prostě úplně stažený, bude nepříjemný a bude vypadat že to nechce poslouchat, tak trošku napodobím jeho pózu a taky lehce se s ním ztotožním a začnu s ním mluvit podobným tónem, abychom se dostali na stejnou úroveň. Většinou je to o tom, si ty lidi posadit a věnovat se jenom jim. Když zrcadlíte to chování, tak většinou zjistíte, že najednou přepnou, protože najednou zjistí, že se děje něco, co oni nechápou. Zamyslí se nad tím, proč jsem na ně zlá, proč se k nim takhle chovám. Ale nejsem zlá, jenom odrážím to, co on vám ukazuje. Pak najednou s námi začnou mluvit úplně normálně. Takže zrcadlení funguje dobře. Musíte se vyhýbat určitým druhům otázek. Například: „Jak se cítíte?“. Tohle musíte obejít, protože vám na to odpoví: „Jak bych se asi mohl cítit. Mně umírá máma, tak jak se můžu cítit.“ Najednou se začnou bránit nebo jdou do útoku, a to vy nechcete. V určitých oblastech musíte našlapovat lehce.“

Jaké existují vzdělávací programy v oblasti komunikace s paliativním pacientem, které využíváte?

„Vlastně využíváme komunikační kurzy jako jsou Espero, El nec. Teď se zaměřujeme na to, abychom si všichni, co tu jsme dodělali kurzy zaměřené na dětskou paliativní péči. Potom různé kurzy v rámci sebestřeby, tam se hodně mluví o komunikaci. Jak fungovat, abyste bránila i sebe a nebylo vám tím klientem ublíženo v rámci vaší integrity osobnosti. Nedávno jsme měli kurz o nastavování svých vlastních osobních a pracovních hranic.“

Co může všeobecným sestram pomoci zlepšit své komunikační dovednosti s paliativním pacientem?

„V našem hospici máme takzvaný den na zkoušku. Funguje to tak, že si ten uchazeč o práci s námi projde, jak to tady funguje, může jet s námi na vizitu, vidí tam tu komunikaci. Já jsem začínala tak, že jsem jezdila se zkušenou sestřičkou, koukáte, jak s těmi lidmi mluví, zkoušíte si

to. Je dobré sejít se s nějakou takovou sestřičkou a říct si mezi sebou, jaké otázky běžně těm lidem pokládá. Na co se běžně ptá při tom vyšetření, když tam přijede na běžnou návštěvu.“

Respondent č. 7

Jak dlouhou máte praxi v péči o paliativní pacienty?

„V mobilním hospicu pracuji 4 roky.“

Jak je pro Vás náročná komunikace s umírajícím pacientem a jeho rodinou?

„Vzhledem k velice citlivému tématu, tuto komunikaci vnímám jako velmi náročnou. Neustále je potřeba myslet na to, jak vhodně volit slova, jak působit. Překonat obavy, jak zvládne rodina péči o umírajícího blízkého v domácím prostředí, celkově přijetí faktu, že někdo blízký umírá.“

Jaké překážky nastávají v komunikaci s umírajícím pacientem a jeho blízkými?

„Neznalost, nezkušenost, strach, vzájemné obavy, které má pacient a rodina, konflikt v rodině, fyzické i psychické vyčerpání pečujících, smutek, deprese.“

Jak přistupovat ke komunikaci s rodinou a blízkými umírajícího pacienta?

„S respektem k pacientovi i rodině. Zajistit komfort pacientovi, například podání léků na bolest, vytvořit klidné prostředí, udělat si čas.“

Jaká jsou nejčastější témata, o kterých chtějí paliativní pacienti s všeobecnou sestrou hovořit?

„Jaké příznaky nemoci mohou nastat, jak je budeme tlumit, ujištění, že to zvládneme. Kolik mají času, co by ještě chtěli stihnout. Důležité je rozptýlit strach z příznaků nemoci, ujištění, že nebudou trpět.“

Jak paliativní pacient reaguje na náročná témata umírání a smrti?

„S obavami, nechce se ptát nebo je klidný, smířený.“

Jaké zvláštní zvyklosti vyžadují umírající pacienti v rozhovorech se všeobecnou sestrou?

„Naslouchání, sdílení pacientových pocitů, někdy ticho, stačí jen přítomnost, někdy fyzický kontakt jako je držení ho za ruku.“

Jaké využíváte komunikační techniky v rozhovoru s umírajícím pacientem a jeho blízkými?

„Klidné prostředí, posadit se. Empatický rozhovor. Zrcadlení. Parafrázování. Otevřené otázky. Ticho. Fyzický kontakt. Prací věty.“

Jaké existují vzdělávací programy v oblasti komunikace s paliativním pacientem, které využíváte?

„Celostátní konference paliativní medicíny, Vzdělávací akce NCONZO, kurz paliativní medicíny ELNEC, ESPERO. Školení a přednášky v našem hospicu, které pořádá zaměstnavatel.“

Co může všeobecným sestram pomoci zlepšit své komunikační dovednosti s paliativním pacientem?

„Další vzdělávání, čerpat zkušenosti od kolegyň, praxe.“

Respondent č. 8

Jak dlouhou máte praxi v péči o paliativní pacienty?

„V paliativní péči pracuji 15 let.“

Jak je pro Vás náročná komunikace s umírajícím pacientem a jeho rodinou?

„Za nejsložitější stránku komunikace považuji neinformovanost ze strany nemocnic a ošetřujících lékařů. Je těžké mluvit o blížící se smrti s rodinou pacienta, když mají stále naději, že se pacient uzdraví. Je pravda, že komunikace je nejnáročnější složkou naší práce. Když jsem začínala, bylo to pro mě velmi stresující, ale s lety praxe je to pro mě snazší a méně stresující. Přesto však nepodceňuji přípravu ani vzdělávání. Dobře vedenou komunikací se dá mnoho získat – může dojít k uklidnění pacienta i jeho rodiny, předejití mnoha komplikací a prožitek z úmrtí může mít lepší dopad. Naopak špatně vedená komunikace může napáchat mnoho škody.“

Jaké překážky nastávají v komunikaci s umírajícím pacientem a jeho blízkými?

„Nejčastější překážkou pro pacienta bývá jeho rodina. Snaží se ho chránit, což často vytváří jen velmi malý prostor k tomu, aby mohl zůstat sám. Někdy to řešíme tak, že přijedeme ve dvou – jedna z nás se věnuje rodině a druhá má prostor na rozhovor s pacientem. Největší překážku vnímám u rodin, které si nechtějí připustit, že se jedná o skutečný konec. Tyto rodiny se odmítají bavit o tom, jak bude situace probíhat a co se bude dít dál, protože doufají, že to není pravda. A to je vždy velká překážka.“

Jak přistupovat ke komunikaci s rodinou a blízkými umírajícího pacienta?

„Jako byste mluvili se svou vlastní rodinou. Sama za sebe mám pocit, že je to spíše o osobnosti zdravotní sestry. Hospicová sestra musí mít dar – práce jí musí dávat smysl a musí ji mít ráda. Z toho se pak odvíjí její přístup k pacientovi. Pokud budu chodit za umírajícím s tím, že si musím jen 'odbyť' svou povinnost a pak odejdu, zničím vše, co může hospic nabídnout. I když splním všechny zdravotní úkony, tím to skončí. Ale pokud přicházím do rodiny jako host, jako člověk s úsměvem, pozitivní náladou, úctou a respektem, dokážu otevřít témata, která mohou pacientovi a jeho rodině velmi pomoci.“

Jaká jsou nejčastější témata, o kterých chtějí paliativní pacienti s všeobecnou sestrou hovořit?

„Je to velmi rozdílné, ale obecně bych řekla, že pacienti chtějí normální konverzaci. Nechtějí lítost nebo smutné pohledy. Zajímají se o to, jaký jsem měla víkend, a rádi se pochlubí, jaký měli oni. Často vzpomínají, jaké to bylo dříve. Na hlubší rozhovory jezdí naše psychoterapeutka, takže pak necítí takovou potřebu mluvit se mnou o těchto věcech. Přesto otázky typu: Sestřičko, umřu? Takové otázky mě drží v pozoru a pečlivě si rozmyslím, jak na ně odpovědět.“

Jak paliativní pacient reaguje na náročná témata umírání a smrti?

„Toto je velmi náročná otázka, protože každý člověk je jiný. Každý pacient je jiný. Někteří pacienti přijímají svou nemoc a jsou schopni mluvit o smrti i o strachu, který cítí. Na druhou stranu jsou pacienti, kteří se o své nemoci vůbec nechtějí bavit. Velmi také záleží na tom, kolik času můžeme s pacientem a jeho rodinou strávit. Pokud pečujeme o pacienta, který nám do týdne

zemře, nemáme moc času na navázání hlubšího vztahu. Pokud ale máme pacienta v péči delší dobu, získáváme jeho důvěru a prostor otevírat těžká témata, jako je smrt.“

Jaké zvláštní zvyklosti vyžadují umírající pacienti v rozhovorech se všeobecnou sestrou?

„Pro pacienty je důležité, aby sestra vedla rodinu k pochopení různých potřeb pacienta, jako je například snížená potřeba přijímat potravu. Z rozhovorů často vyloučí se stížnost: 'Sestry mě stále nutí jíst, ale už to nezvládám. Umírající pacienti mají především somatické potřeby a touží po klidu, proto obvykle nemají zájem o dlouhé rozhovory. Důležité pro ně je, aby netrpěli bolestí, neměli dušnost, mohli v noci spát a netrpěli nevolností.“

Jaké využíváte komunikační techniky v rozhovoru s umírajícím pacientem a jeho blízkými?

„Nemám žádnou přesnou techniku, je to spíše směs různých přístupů. Někteří pacienti potřebují pracovat s tichem, jiní potřebují povzbudit a reagují na otázky, a jsou i takoví, kteří sami kladou otázky. Nejpodstatnější je umět naslouchat a číst mezi řádky. Například když je pacient nevrlý nebo dokonce až agresivní, neznámá to, že se urazím a přestanu s ním mluvit. Naopak, je to pro mě signál, že je vystrašený a má strach.“

Jaké existují vzdělávací programy v oblasti komunikace s paliativním pacientem, které využíváte?

„Espero pro sestry, komunikační ElneC, konference paliativní medicíny, odborná literatura například kniha Hovory s umírajícími.“

Co může všeobecným sestram pomoci zlepšit své komunikační dovednosti s paliativním pacientem?

„Chápu, že není možné, aby všechny sestry absolvovaly komunikační kurzy. Nejlepší by bylo, kdyby se komunikace, včetně té s umírajícími, stala součástí výuky na středních zdravotnických školách a vysokých školách. Mám dlouholetou praxi a mohu říct, že všechny kurzy jsou přínosné. Nicméně za základ své práce považuji úsměv, příjemné vystupování, úctu a pochopení k pacientovi. Když se ocitnu v nemocnici, ať už jako pacient nebo příbuzná, nebo slyším od pacientů, jaké zkušenosti mají se sestrami, často slyším o zlosti, aroganci, neúctě, někdy dokonce o křiku a zlých slovech. To mě velmi znepokojuje. Víím, že podmínky v nemocnicích jsou tvrdé a že sestry často nemají dostatek informací, což může vést k podrážděnosti a někdy i agresivitě. To je systémová chyba, na které bychom měli pracovat. Především vaše mladá generace, studenti a budoucnost našeho zdravotnictví, by se měla zaměřit na zlepšení pracovních podmínek zdravotních sester. Když nebude sestra přetížená, bude s ní nakládáno s respektem a bude spokojená, potom i kurzy a další vzdělávání budou mít smysl. Pokud budeme sestry vzdělávat, ale nevytvoříme jim odpovídající podmínky pro výkon jejich práce, nebude to mít žádný smysl. V hospicu je práce jiná. Zdravotní sestry i ostatní zaměstnanci jsou bráni s respektem, nejsou přetížení a mají prostor vyjádřit své obavy a starosti. Mají také možnost zpracovat náročné situace při doprovázení pacientů s pomocí psychoterapeutky. Pořádáme supervize, díky kterým vzniká prostor pro skvělou práci našich sester a pro to, aby mohly tuto krásnou práci vykonávat naplno a s radostí.“

Respondent č. 9

Jak dlouhou máte praxi v péči o paliativní pacienty?

„Pracovala jsem v nemocnici v jiném oboru, ale paliativní péči se věnuji 4 roky.“

Jak je pro Vás náročná komunikace s umírajícím pacientem a jeho rodinou?

„Pro mě je náročná různorodost té rodiny. Každá rodina reaguje jinak, jak emočně, tak i na různé informace. Jak od nás sestřiček, tak od lékařů. Neustále si myslím, že nejenom mě, ale nám všem pomáhá, že to můžeme sdílet mezi sebou. Důležité je pořád myslet na to, aby to bylo citlivé jak pacientovi, tak i pečující rodině.“

Jaké překážky nastávají v komunikaci s umírajícím pacientem a jeho blízkými?

„Může to být neznalost, nezkušenost sester, strach. Konflikt v rodině, někdo má v rodině jiný názor na péči, na podávání léku, na podávání informací atd.“

Jak přistupovat ke komunikaci s rodinou a blízkými umírajícího pacienta?

„Vždycky s respektem a empatií. Takže určitě z naší strany je překonat třeba obavy z reakce té rodiny na ten prvotní kontakt mezi rodinou a sestrou a taky tím pacientem.“

Jaká jsou nejčastější témata, o kterých chtějí paliativní pacienti s všeobecnou sestrou hovořit?

„Bavíme se hodně o příznacích nemocí, které mohou nastat nebo které aktuálně nastávají, co se s nimi dá dělat. Často musíme pacienty ujistit a podpořit, žetím vším zvládne projít, že máme lásky, které to dokážou zmírnit nebo úplně zvládnout.“

Jak paliativní pacient reaguje na náročná témata umírání a smrti?

„Je to velmi individuální. Někteří chtějí vědět v plném rozsahu informace o své nemoci, někteří ne a někteří potom časem, až když ty problémy přijdou.“

Jaké zvláštní zvyklosti vyžadují umírající pacienti v rozhovorech se všeobecnou sestrou?

„Někdo chce mluvit více, někdo méně, někomu stačí ticho, někdo chce víc povídat a chce vést rozhovor, někdo potřebuje jenom vypovídat se, stačí mu ten svůj monolog. A někdy je potřeba fyzický kontakt, pohlazení, obejmutí, i to hezky funguje, nebo držení za ruku.“

Jaké využíváte komunikační techniky v rozhovoru s umírajícím pacientem a jeho blízkými?

„Vždycky by na rozhovory měl být klid, dostatek času, jak pro nás, pro sestry, tak pro rodinu. Zrcadlení, otevřené otázky, někdy ticho, fyzický kontakt, doptávat se, pokud si nejsem úplně jistá, jak odpovědět.“

Jaké existují vzdělávací programy v oblasti komunikace s paliativním pacientem, které využíváte?

„Máme celostátní konference paliativní medicíny, pak kurzy Elnec, Esperu, různé přednášky, které pořádá hospic.“

Co může všeobecným sestrám pomoci zlepšit své komunikační dovednosti s paliativním pacientem?

„Vzdělávání neustále a také čerpat ty zkušenosti od zkušenějších kolegů a také určitě praxí.“

Respondent č. 10

Jak dlouhou máte praxi v péči o paliativní pacienty?

„V paliativní péči jsem začala pracovat před sedmi lety.“

Jak je pro Vás náročná komunikace s umírajícím pacientem a jeho rodinou?

„Tak nejsložitější stránka je to, že už vlastně neumíme pomoci, neumíme tu nemoc vyléčit, že už není možnost další léčby a jediné čím můžeme pomoci je jen usnadnění umírání, ale už nemůže dojít k úplnému vyléčení. Dál je složité to vykomunikovat s rodinou pacienta, často se názory a postoje rodiny a pacienta rozcházejí, tak je pak složité najít společnou cestu. Hodně záleží, v jakém postavení, v jakých emocích ta rodina je. Většinou ten pacient je takový klidnější, spíše takový smířený. Náročnější je to většinou s tou rodinou, že se to musí hodně vysvětlovat.“

Jaké překážky nastávají v komunikaci s umírajícím pacientem a jeho blízkými?

„Překážka bývá to, když je umírající v jiné fázi přijetí než rodina. Například klient je smířený a rodina je naopak buď v popření nebo ve vzteku a my jsme ti, kteří to musíme zkoordinovat.“

Jak přistupovat ke komunikaci s rodinou a blízkými umírajícího pacienta?

„Potřebujete s nimi mluvit narovinu, mluvit, být upřímný, neslibovat jim, co nemůžu dodržet a být jim na blízku. Někteří potřebují i tu kontaktní komunikaci, držet je za ruce, obejmout, být tam pro ně. Určitě si na to vyhradit dostatek času, zajistit si klid a postupně to probírat s tím, že tam si zajišťují zpětnou vazbu, jestli tomu správně rozumějí a dát jim možnost se dotázat nazpátek. Ale určitě je důležité ty témata opravdu otevírat, nenechávat je v nejistotě, v nejasnostech.“

Jaká jsou nejčastější témata, o kterých chtějí paliativní pacienti s všeobecnou sestrou hovořit?

„Řekla bych, nejčastější je, jestli opravdu umřou, potom jestli budou trpět a jak to bude probíhat.“

Jak paliativní pacient reaguje na náročná témata umírání a smrti?

„To se všechno záleží na tom, v jaké jsou zrovna fázi přijetí. Takže když jsou ve fázi agrese, tak reaguje naštvane, ale když je s tím srovnaný, dostatečně informovaný, tak může plakat nebo prostě o tom může hovořit normálně otevřeně. Je to velmi individuální.“

Jaké zvláštní zvyklosti vyžadují umírající pacienti v rozhovorech se všeobecnou sestrou?

„Já už pracuji v paliativní péči dlouho, takže zvláštní už pro mě není nic. Ale pacienti vyžadují velkou empatii, dostatek času, naslouchat co pacient vyžaduje.“

Jaké využíváte komunikační techniky v rozhovoru s umírajícím pacientem a jeho blízkými?

„Hodně často zrcadlíme, hodně často používáme ticho, to se hodně osvědčilo a zpětnou vazbu takovou, že se jich ptáme, jestli to správně pochopili.“

Jaké existují vzdělávací programy v oblasti komunikace s paliativním pacientem, které využíváte?

„Měli jsme tady možnost projít kurzy Elnec a Espero. Vzpomínám si na workshop, kde jsme si zkoušeli, být v roli pacienta, jak se člověk cítí, co vnímá.“

Co může všeobecným sestráům pomoci zlepšit své komunikační dovednosti s paliativním pacientem?

„Nebát se jezdit k pacientům se zkušenějšími sestrami, poslouchat, jakým způsobem s nimi komunikovat. Hodně poslouchat při vizitách lékaře, co dělá v paliativní péči nebo u nás v hospicu, naslouchat ostatním kolegům.“

3 Diskuze

Výzkumná část bakalářské práce se zaměřila na problematiku komunikace všeobecných sester s umírajícími pacienty a jejich blízkými, přičemž využila metodu kvalitativního výzkumu prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů. Respondentky, všeobecné sestry pracující v oblasti paliativní péče, poskytly cenné postřehy ohledně svých zkušeností, které byly důležité pro formulaci závěrů a doporučení v oblasti zlepšení komunikačních dovedností.

V diskuzi jsou využívány zdroje z literatury Ladislava Kabelky (2017, 2018), Ptáčka a Bartůňka (2011), Markové a kol. (2021) a fáze smíření od autorky Elisabeth Kübler-Rossové (2015). Dále porovnává získané informace z výzkumu z roku 2020 od Petry Sobkové, která je autorkou bakalářské práce s názvem Význam komunikace v procesu paliativní péče.

První výzkumná otázka: Co vnímáte jako nejsložitější stránku komunikace s umírajícím pacientem a jeho blízkými?

První část výzkumu obsahovala v dotazníku tři otázky, které se zaměřují na náročnost komunikace pro respondentky, jaké nastávají v komunikaci s pacientem a jeho blízkými překážky a doporučení, jak přistupovat ke komunikaci s pacienty a rodinami.

Respondenti ve výzkumu poskytli cenné podněty a osobní zkušenosti, které odhalují různé obtížné aspekty této komunikace.

Jedním z nejčastěji zmiňovaných témat je emocionální náročnost situace. Respondentky se shodují, že komunikace s umírajícím pacientem vyžaduje zvládnutí vlastních emocí, přičemž se setkávají s bolestivými příběhy rodin. Tato psychická zátěž je obzvláště silná, pokud se jedná o mladé pacienty nebo pacienty, se kterými mají osobní vazby. Emoční variabilita rodin, které procházejí procesem ztráty, přináší další výzvy, neboť každá rodina prožívá tuto situaci odlišně. Respondent č. 9 poukazuje na to, že různorodost reakcí rodin a pacientů může vést ke komplikacím v komunikaci.

Dalším zásadním tématem je překonávání bariér vyplývajících z neshod mezi pacientem a jeho rodinou. Respondent č. 5 uvádí, že je často složité spojit rozdílné pohledy na situaci a přijmout realitu nemoci. Pacienti se mohou nacházet v jiné fázi přijetí diagnózy než jejich blízcí, což ztěžuje komunikaci a může vést k napětí. Respondent č. 10 zdůrazňuje, že péče se stává náročnější, pokud rodina odmítá přijmout skutečnost blížící se smrti, což může vyústit v psychickou zátěž pro samotného pacienta.

Respondenti se také zaměřují na otázku, jak je informovaná rodina a pacient o závažnosti jeho stavu. Respondent č. 8 naznačuje, že neinformovanost ze strany rodiny může způsobit neporozumění a zbytečné napětí. Je třeba otevřeně komunikovat o prognóze a možnostech léčby, aby rodina měla jasnou představu o situaci. Kabelka (2017, s. 283) uvádí, že „pravdivá a otevřená komunikace o diagnóze i prognóze onemocnění je základem dobré paliativní péče.“

Zkušenosti respondentů také ukazují, jak je důležité vést rozhovory o umírajícím v ohleduplném a empatickém duchu. Otevřenost a respekt k pocítům, které rodina prožívá, je zásadní při vytváření důvěry a bezpečného prostředí pro všechny zúčastněné. Naslouchání a ochota jednat při návštěvě v rodině jako „host“, jak zdůrazňuje Respondent č. 8, umožňuje efektivní a empatickou komunikaci.

Pro porovnání byla využita první výzkumná část z bakalářské práce Petry Sobkové (2020), která zkoumala komunikaci s paliativním pacientem. Rozhovory byly prováděny s paliativními pacienty, proto bych ráda porovnála, zda se v otázkách komunikace pečující sestry a umírající pacienti shodují. Obě práce se shodují v přesvědčení, že efektivní komunikace je zásadní pro zajištění kvalitní péče a emocionální pohody jak pacientů, tak zdravotnického personálu. Respondenti obou studií podtrhují význam empatického přístupu, naslouchání a otevřenosti v těchto citlivých situacích. Například v první diskuzi respondenti hovoří o důležitosti naslouchání a respektu k pocitům rodin, zatímco v druhé práci účastníci poukazují na potřebu být vnímán jako respektovaný jedinec a nikoliv jako anonymní pacient (Sobková, 2020).

Druhá výzkumná otázka: Jaké individuální potřeby mají umírající pacienti při rozhovoru s všeobecnou sestrou?

Druhá výzkumná otázka se zaměřuje na individuální potřeby umírajících pacientů v kontextu jejich komunikace se zdravotními sestrami. Otázky v dotazníku byly zaměřeny na nejčastější témata, o kterých chtějí pacienti s všeobecnou sestrou hovořit, na reakce pacienta na témata umírání a smrti a na to, jaké zvláštnosti umírající pacienti v rozhovorech vyžadují. Respondenti se shodli na řadě důležitých témat, která vyplývají z potřeb těchto pacientů, a to jak ve vztahu k obsahu konverzací, tak k emocionálním a psychologickým aspektům těchto interakcí.

Nejčastější témata, která umírající pacienti chtějí s všeobecnou sestrou probírat, zahrnují otázky týkající se jejich zdravotního stavu, bolesti a očekávaného průběhu umírání. Respondenti zdůraznili, že pacienti často projevují obavy z bolesti a mají zájem o informace týkající se symptomů, kterými mohou trpět. Respondentka č. 7 zdůrazňuje, že pacienti vyžadují ujištění, že dokáží tímhle těžkým obdobím projít a nebudou u toho trpět bolestmi. Pacienti potřebují mít jistotu, že budou mít možnost úlevy od bolesti a zachovat si důstojnost během umírání. Důležitost zachování důstojnosti při umírání pacienta zmiňuje také Ptáček a Bartůněk (2011). Někteří pacienti také chtějí sdílet vzpomínky na svůj život, rodinu a blízké, což pro ně může být důležité pro uzavření jejich života. V tomto smyslu se ukazuje, že rozhovory se sestrou mohou posloužit jako forma terapeutické podpory a porozumění.

Reakce pacientů na náročná témata jako je umírání a smrt jsou, jak ukázali respondenti, velmi individuální. Zatímco někteří pacienti otevřeně vyjadřují svůj strach a touhu po informacích, jiní se uzavírají nebo vyjadřují odpor vůči diskuzi o své situaci. Respondent č. 8 dodává, že pacienti si často přejí „normální konverzaci“ a nechťejí soucitné pohledy nebo lítost, což poukazuje na jejich potřebu udržet si důstojnost v této těžké fázi jejich života. Zjištění, jakou fází přijetí podle Elisabeth Kübler-Rossovové (2015) si pacient prochází, je důležité pro přístup sestry k rozhovorům. Respondentka č. 6 říká, že pokud jsou pacienti ve fázi smíření, tak vidí ve smrti jistou formu vysvobození, proto je důležité, co nejvíce podporovat pacienta, aby se do poslední fáze smíření stihl dostat. Sestry musí přistupovat k pacientům s velkou citlivostí a pochopením, v mnoha případech je potřeba vyčkat, až pacient sám projeví ochotu sdílet své myšlenky a pocity. Jak uvádí respondentka č. 10, je nutné vyhradit si dostatek času, prostoru a zajistit si na rozhovor klid. To potvrzuje i Marková a kol. (2021), která dodává, že pokud je pacient neklidný či rozrušený, je lepší přesunout hovor na dobu, kdy mu bude lépe a bude sám chtít komunikovat.

Zásadní prvky, které umírající pacienti v komunikaci se sestrou podle respondentů vyžadují jsou naslouchání a empatie, čímž se shodují s Kabelkou (2018). Respondent č. 1 poukazuje na důležitost pokory a ochoty, když pracují s pacienty, kteří často prožívají vnitřní vztek

a smutek. Umírající pacient touží po možnostech sdílet své obavy, touhy a vzpomínky, ale zároveň potřebují i prostor pro ticho a klid. Někteří pacienti vyžadují fyzický kontakt, například držení za ruku nebo pohlazení, což může být pro ně zdrojem útěchy.

Třetí výzkumná otázka: Jakým způsobem probíhá vzdělání v oblasti komunikace s paliativním pacientem a jeho blízkými?

Ke třetí výzkumné otázce se vztahovaly otázky v dotazníku na komunikační techniky, které sestry v rozhovoru s pacientem využívají, na vzdělávací programy a co může pomoci zlepšit komunikační dovednosti sester.

Komunikace s paliativními pacienty a jejich blízkými je složitý a emocemi nabitý proces, který vyžaduje nejen odborné znalosti, ale i empatii, citlivost a schopnost reagovat na specifické potřeby jednotlivých pacientů. Na základě odpovědí respondentů, můžeme popsat několik komunikačních technik, vzdělávacích programů a doporučení pro zlepšení komunikačních dovedností v praxi.

Většina respondentů se shoduje na tom, že mezi nejdůležitější a nejefektivnější techniku komunikace patří naslouchání a zrcadlení. Tyto dva prvky komunikace, vyzdvihují respondentky nad všechny ostatní. Respondentka č. 6 upozorňuje na některé komunikační obraty, které nám mohou v rozhovoru více ublížit než pomoci, zmiňuje například často slýchanou otázku: „Jak se cítíte?“ Této otázce bychom se však podle ní měli vyhnout, protože většina pacientů a rodin na ní reagují ve fázi šoku a popření velice negativně a agresivně.

Další techniky využívané všeobecnými sestrami v paliativní péči jsou podle respondentek pracování s tichem, otevřené otázky a empatický přístup. Kristová (2020) nazývá tuto komunikaci jako „citovou“, při níž je důležité pohlazení a mlčení neboli tichá přítomnost. Respondent č. 1 a č. 3 zdůrazňují význam neverbální komunikace, přičemž respondent č. 1 uvádí, že většina komunikace probíhá neverbálně. Respondent č. 5 podtrhuje důležitost umět „vycítit“, zda pacient ocení fyzický kontakt, jako je pohlazení, což může být pro někoho uklidňující, ale pro někoho nepříjemné. Kabelka (2020) zmiňuje oční kontakt jako důležitým prvkem neverbální komunikace, protože vyjadřuje zájem a empatii. Respondent č. 10 uvádí důležitost zpětné vazby, aby měl pacient možnost se zpětně dotázat, a aby všemu správně porozuměl. Toto zmiňuje také Marková a kol. (2021), která doporučuje vyzvat nemocného, jestli všechno chápe.

Vzdělávání a neustálá práce na zlepšení své komunikace je podle respondentů velmi důležité. Mnozí z nich se zúčastnili různých vzdělávacích kurzů, jako jsou Elnece a Espero, a účastní se celostátních konferencí paliativní medicíny. Z odpovědí vyplývá, že vzdělávací akce a porady v hospicové a paliativní péči pomáhají v rozvoji jejich dovedností. Respondent č. 4 zmiňuje v rámci kurzů, simulované rozhovory s pacienty, které poskytují užitečné zkušenosti a pomáhají sestram lépe se připravit na skutečné situace v praxi.

Aby se všeobecné sestry mohly zlepšit v oblasti komunikace s paliativními pacienty, respondenti doporučují co nejvíce praxe v oboru paliativní péče. Respondent č. 2 a č. 8 zdůrazňují význam zpětné vazby od kolegů a sdílení zkušeností v týmu. Respondent č. 3 zmínil, že je důležité nebát se projevit lidskou stránku, což může posílit důvěru mezi pacientem a zdravotní sestrou.

Na základě těchto výpovědí lze konstatovat, že efektivní komunikace s paliativními pacienty a jejich blízkými je komplexní proces, který spojuje teoretické znalosti a praktické dovednosti.

4 Doporučení pro praxi

Na základě provedeného výzkumu a rozhovorů s všeobecnými sestrami pracujícími s paliativními pacienty jsou následující doporučení pro praxi zaměřena na zlepšení komunikace a celkové péče o umírající pacienty.

Důležitou dovedností v komunikaci s paliativními pacienty a jejich rodinami je schopnost efektivně naslouchat. Zdravotní sestry by měly aktivně zapojovat pacienta i rodinu do rozhovorů a poskytnout jim prostor k vyjádření svých pocitů a obav. Naslouchání může zahrnovat jak verbální, tak neverbální vyjádření empatie a pochopení. Všeobecné sestry by měly přistupovat k pacientům s ochotou, respektem a otevřeností. Tento přístup pomáhá vytvořit atmosféru důvěry, což usnadňuje otevřenou komunikaci, dokonce i v oblasti citlivých témat.

Zásadní pro paliativní péči je respektování individuality pacientů a rodin. Každý pacient i rodina mohou reagovat na situaci odlišně. Sestry by měly přizpůsobit svůj přístup specifickým potřebám a emocionálním stavům jednotlivých pacientů a jejich blízkých. Je důležité být citlivý k různorodosti reakcí a potřeb pacientů.

Pro zlepšení praxe v oboru paliativní péče, bych doporučila vytvoření studijního materiálu zaměřeného na paliativní péči pro zdravotní sestry nebo uspořádání semináře pro jakékoliv sestry, ať už se středoškolským vzděláním, ale i všeobecné sestry, které se ve své práci mohou s paliativními pacienty setkat. Cílem semináře by bylo prohloubit a zlepšit jejich znalosti v této oblasti, aby docházelo ke zkvalitňování péče o umírající. Přednáška by měla být vedena zkušenou všeobecnou sestrou, která má v tomto oboru dlouholetou praxi. Tento přístup by umožnil i sestrám, které se primárně nezabývají péčí o umírající pacienty, osvojit si potřebné znalosti a dovednosti pro poskytování kvalitní paliativní péče.

I přes to, že paliativní péče v České republice nyní zažívá velký rozvoj a velký posun kupředu, bylo by žádoucí navrhnout program o paliativní péči i pro širokou veřejnost. Aby došlo k rozšíření povědomí, že pokud se rodina dostane do těžké životní situace a nějaký rodinný příslušník bude paliativní péči vyžadovat, že na to není rodina sama a existují postupy, jak zajistit, aby poslední chvíle umírajícího probíhaly klidně, bez bolestí a v příjemném prostředí, například v domácí péči.

Na základě výzkumu mé bakalářské práce jsem jako výstup vypracovala kartu s názvem „Zásady efektivní komunikace s umírajícím pacientem“, která shrnuje základní a důležité prvky komunikace s umírajícím pacientem a jeho blízkými (Příloha C).

Závěr

Bakalářská práce se zabývala problematikou komunikace všeobecných sester s umírajícími pacienty a jejich rodinami. Teoretická část práce se skládá ze čtyř kapitol, které shrnují informace o paliativní péči, zdravotnických zařízeních poskytujících paliativní péči. Dále popisuje a rozebírá komunikaci s umírajícím pacientem a jeho blízkými, popisuje zásady a dovednosti v komunikaci, komunikační bariéry a také téma umírání a smrti. Výzkumná část zpracovává získaná data pomocí kvalitativního polostrukturovaného rozhovoru s předem vytvořenými otázkami.

Cílem bakalářské práce bylo zmapování komunikačních dovedností všeobecných sester, které s umírajícími pacienty denně pracují. Dále práce zkoumá bariéry v komunikaci, techniky, které sestry v rozhovorech s umírajícími využívají, o čem chtějí paliativní pacienti mluvit, jak pacienti reagují na sdělování nepříznivé diagnózy a také jak se všeobecné sestry v oblasti komunikace vzdělávají.

Komunikace v oblasti paliativní péče představuje pro zdravotnický personál výzvu, ale je zásadním nástrojem, který může výrazně ovlivnit kvalitu péče a celkového doprovázení pacientů, tak jejich blízkých. Dovednosti, které jsou v této oblasti nezbytné, jsou zejména empatie, aktivní naslouchání a schopnost vytvořit bezpečné prostředí pro otevřený dialog. Výzkum potvrdil, že důležité je umění naslouchat a individuálně přizpůsobovat péči specifickým potřebám pacientů a jejich rodin, což vyžaduje čas a trpělivost.

Efektivní komunikace s umírajícími pacienty a jejich rodinami je základním stavebním kamenem kvalitní paliativní péče. Potřeba otevřeného dialogu, empatie a přizpůsobení se individuálním potřebám pacientů a rodin je pro dosažení důstojného a smířeného odchodu ze života pro pacienty a rodiny zásadní. Komunikace s umírajícími pacienty a jejich rodinami je hluboce osobní a komplexní proces, který si žádá nejen profesionální přístup, ale také citlivost a lidskost.

Individuální potřeby umírajících pacientů jsou mimořádně rozmanité a závisí na mnoha faktorech, včetně osobního nastavení pacienta, jeho životní historie a fungování rodiny. Všeobecné sestry se tak v rámci interakcí s pacientem stávají nejen poskytovateli zdravotní péče, ale také psychickou podporou, která pomáhá pacientům projít procesem umírání s důstojností, soucitem a respektem. Pochopení těchto potřeb a citlivý přístup mohou výrazně ovlivnit kvalitu života pacienta během jeho posledních chvil, to je pro paliativní péči zásadním posláním.

Seznam použité literatury

- ANGENENDT, Gabriele, Ursula SCHÜTZE-KREILKAMP a Volker TSCHUSCHKE. *Psychoonkologie v praxi: psychoedukace, poradenství a terapie*. 1. vydání. Praha: Portál, 2010, 326 s. ISBN 978-80-7367-781-7.
- BEDNAŘÍK, Aleš a ANDRÁŠIOVÁ, Mária. *Komunikace s nemocným: sdělování nepříznivých informací*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2020. ISBN 978-80-271-2288-2.
- BUŽGOVÁ, Radka. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních*. 1. vydání. Praha: Grada, 2015. ISBN 97880247554024.
- Den boje proti rakovině a statistiky ÚZIS ČR*. Online. ÚZIS ČR. Uzis.cz. 2021. Dostupné z : <https://www.uzis.cz/index.php?pg=aktuality&aid=8466>. [cit. 2024-07-23].
- DLABAL, Martin. *Komunikace v pomáhajících profesích*. 1. vydání. Praha: Portál, 2021. ISBN 978-802-6218-067.
- FUNK, Karel. *Provázení stářím a umíráním*. 1. vydání. Praha: Malvern, 2014. ISBN 977880875880707.
- HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 2. přepracované vydání. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-807-2624-713.
- HAUKE, Marcela. *Zvládání problémových situací se seniory: nejen v pečovatelských službách*. 1. vydání. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-802-4752-167.
- HEŘMANOVÁ, Jana, Marek VÁCHA, Hana SVOBODOVÁ, Marie ZVONÍČKOVÁ a Jan SLOVÁK. *Etika v ošetrovatelské praxi*. 1. vydání. Praha: Grada, 2012, 200 s. ISBN 978-80-247-3469-9.
- JEANETTE, Altarriba a BASNIGHT-BROWN, Dana. 2022. *The psychology of communication: The interplay between language and culture through time*. Online. *Journal of Cross - Cultural Psychology*. Vol. 53. 2022. Dostupné z : <https://doi.org/10.1177/00220221221114046>. [cit. 2024-07-24].
- KABELKA, Ladislav. *Geriatrická paliativní péče a komunikace o nemoci*. 2. přepracované a doplněné vydání. *Edice postgraduální medicíny*. Praha: Mladá fronta, 2018. ISBN 978-80-204-5049-4.
- KABELKA, Ladislav. *Geriatrická paliativní péče. Edice postgraduální medicíny*. 1. vydání. Praha: Mladá fronta, 2017. ISBN 978-802-0442-253.
- KABELKA, Ladislav. *Nemocné rozhovory: komunikace a narativní terapie s nevyléčitelně nemocnými pacienty a jejich blízkými*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2020. ISBN 978-80-271-1688-1.
- KALVACH, Zdeněk. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty: pomoc při rozhodování v paliativní nejistotě*. 2. vydání. Praha: Cesta domů, 2019. ISBN 978-809-0451-643.
- KRISTOVÁ, Jarmila. *Komunikácia v ošetrovatelstve*. 4. vydání. Osveta, 2020. ISBN 9788080634971.

- KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících*. 2. vydání, přepracované. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-802-6209-119.
- KUPKA, Martin. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. 1. vydání. Praha: Grada, 2014. ISBN 9788024746500.
- MARKOVÁ, Alžběta, kolektiv. *Hospic do kapsy: příručka pro domácí paliativní týmy*. 4. aktualizované vydání. [Praha]: Cesta domů, 2023. ISBN 978-808-8455-097.
- MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči. Sestra (Grada)*. 1. vydání. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3171-1.
- MELLANOVÁ, Alena. *Psychosociální problematika v ošetrovatelské profesi*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-247-5589-2.
- POSPÍCHAL, Martin a ŠPORCROVÁ, Ivona. 2020. *Sdělování špatných zpráv pacientům a náročná komunikace v onkologické praxi*. Online. *Onkologie*. Leden 2020. Dostupné z : <https://www.onkologiecs.cz/pdfs/xon/2020/91/07.pdf>. [cit. 2024-07-24].
- PTÁČEK, Radek a BARTŮNĚK, Petr. *Etika a komunikace v medicíně. Edice celoživotního vzdělávání ČLK*. 1. vydání. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-802-4739-762.
- Public Health & Palliative Care*. Online. EAPC. 2023. Dostupné z : <https://eapcnet.eu/eapc-groups/reference/public-health/>. [cit. 2024-07-23].
- PYŠNÝ, T. 2020. *Rozvoj komunikačních dovedností [Development of Communication Skills]*. Online, Mendelova univerzita v Brně. 2020. Dostupné z : https://is.mendelu.cz/eknihovna/opory/zobraz_cast.pl?cast=6146. [cit. 2024-07-24].
- SOBKOVÁ, Petra. *Význam komunikace v procesu paliativní péče*. Bakalářská práce. Zlín: UTB ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, 2020.
- SLÁMA, Ondřej; KABELKA, Ladislav a VORLÍČEK, Jiří. *PALIATIVNÍ MEDICÍNA PRO PRAXI*. 3. vydání. Galén, 2022. ISBN 9788074926273.
- SLAMKOVÁ, Alica a POLEDNÍKOVÁ, Ľubica. *Klinické a ošetrovatelské aspekty paliatívnej starostlivosti*. 1. vydání. Osveta, 2013. ISBN 9788080633790.
- SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. 7., dopl. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2011. ISBN 978-80-7195-580-1.
- ŠAMÁNKOVÁ, Marie. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. 1. vydání. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3223-7.
- ŠPATENKOVÁ, N. *Poradenství pro pozůstalé: Principy, proces, metody*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing 2013. ISBN 978-80-247-3736-2.
- TOMEŠ Igor; DRAGOMIRECKÁ, Eva; SEDLÁROVÁ, Katarina a VODÁČKOVÁ, Daniela. *Rozvoj hospicové péče a její bariéry*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2015. ISBN 9788024629414.
- TOMOVÁ, Šárka a KŘIVKOVÁ, Jana. *Komunikace s pacientem v intenzivní péči*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-802-7100-644.
- VORLÍČEK, Jiří; ABRAHÁMOVÁ, Jitka a VORLÍČKOVÁ, Hilda. *Klinická onkologie pro sestry*. 2., přeprac. a dopl. vyd. *Sestra (Grada)*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3742-3.

VORLÍČEK, Jiří; ADAM, Zdeněk a POSPÍŠILOVÁ, Yvona. *Paliativní medicína*. Druhé vydání. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0279-7 .

World Health Organisation. *National cancer control programmes : policies and managerial guidelines*. Druhé vydání. Online. Ženeva. 83-91. [cit. 2024-07-23]. ISBN 9241545577. Dostupné z : <https://iris.who.int/handle/10665/42494>

WORLD HEALTH ORGANISATION. *Palliative care*. Online. WHO. 2024. Dostupné z : <https://www.who.int/health-topics/palliative-care#:~:text=Palliative%20care%20is%20a%20crucial%20part%20of%20integrated%2C,social%2C%20or%20spiritual%2C%20is%20a%20global%20ethical%20responsibility..> [cit. 2024-10-30].

ZACHAROVÁ, Eva a ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, Jitka. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. 1. vydání. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-802-4740-621.

Přílohy

Příloha A - Žádost o umožnění výzkumného šetření – Sdílení o. p. s.

Příloha B - Žádost o umožnění výzkumného šetření – Bárka – domácí hospic Jihlava

Příloha C – Zásady efektivní komunikace s umírajícím pacientem