

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA

V PLZNI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2012

Lucie Kuzníková

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetřovatelství B5341

Lucie Kuzníková

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**SPOLUPRÁCE DOPROVÁZEJÍCÍCH OSOB
S OŠETŘOVATELSKÝM PERSONÁLEM**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Zuzana Šafránková

PLZEŇ 2012

Prohlášení:

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

V Plzni dne 20. 3. 2012

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování:

Poděkování bych chtěla věnovat své vedoucí práce Mgr. Zuzaně Šafránkové za ochotu a přístup ke konzultacím. Dále děkuji své rodině a příteli za psychickou podporu při celém mém studiu.

OBSAH

ÚVOD	10
TEORETICKÁ ČÁST	11
1. VYMEZENÍ POJMŮ	11
1.1. Paliativní medicína	11
1.2. Paliativní péče	11
1.2.1. Obecná paliativní péče	11
1.2.2. Specializovaná paliativní péče	12
1.3. Místa poskytování paliativní péče	12
1.3.1. Paliativní péče v domácím prostředí	12
1.3.2. Paliativní péče v nemocnici	12
1.3.3. Paliativní péče v lůžkových hospicích	13
1.4. Paliativní, nevléčitelně nemocní	13
1.4.1. Fáze kompenzovaného onemocnění	13
1.4.2. Fáze nezvratně progredujícího onemocnění	13
1.4.3. Terminální fáze onemocnění	14
2. DOPROVÁZENÍ UMÍRAJÍCÍCH PACIENTŮ	15
2.1. Spolupráce s rodinou, doprovázející umírajícího pacienta	15
2.1.1. Ujistění o tom, že pacient nemá velké obtíže	15
2.1.2. Dostatek informací	16
2.1.3. Praktické dovednosti v péči	16
2.1.4. Emocionální podpora rodiny	17
2.1.5. Potřeba smíření	17
2.1.6. Potřeba rozloučit se	17
2.2. Ohrožené skupiny doprovázejících osob	18
2.3. Fáze umírání dle Elisabeth Kübler-Rossovové	18
2.4. Duchovní péče	19
3. KOMUNIKACE	20
3.1. Verbální komunikace	20
3.2. Neverbální komunikace	21
3.3. Komunikace v paliativní péči	21
3.3.1. Zásady komunikace s doprovázejícími osobami i pacienty	22
3.3.2. Komunikační bariéry	22
3.3.3. Komunikace s pozůstalými	23
3.3.4. Péče o pozůstalé	23
3.3.4.1. Neformální péče o pozůstalé	24
3.3.4.2. Formalizovaná péče o pozůstalé	24
3.3.5. Pomoc pozůstalým	24
4. ETIKA V PALIATIVNÍ PÉČI	25
4.1. Etika umírání a smrti	25
4.1.1. Období umírání dle Svatošové	25
4.2. Etika v ošetrovatelství	26
5. PSYCHICKÁ ZÁTĚŽ V PALIATIVNÍ PÉČI	27
5.1. Zátěžové faktory pracovního prostředí	27
5.2. Zvládání těžkých situací	28
5.3. Syndrom vyhoření	28
5.3.1. Prevence a (své)pomoc syndromu vyhoření	28
6. CELOŽIVOTNÍ VZDĚLÁVÁNÍ VŠEOBECNÝCH SESTER	30

6.1. Kreditní systém.....	30
6.2. Semináře a přednášky na téma „paliativní péče“	30
PRAKTICKÁ ČÁST	31
7. Formulace problému	31
7.1. Hlavní problém.....	31
7.2. Dílčí problémy.....	31
8. Cíl a úkol průzkumu	32
9. Vzorek respondentů	32
10. Metody výzkumu	32
11. Zpracování údajů	33
12. Prezentace a interpretace získaných údajů.....	33
12.1. Kategorizace dat v tabulkách – všeobecné sestry.....	42
12.1.1. Oblast komunikace.....	42
12.1.2. Oblast edukace	43
12.1.3. Oblast spolupráce	44
12.2. Kategorizace dat v tabulkách – doprovázející osoby.....	54
12.2.1. Oblast komunikace.....	54
12.2.2. Oblast edukace	55
12.2.3. Oblast spolupráce	55
13. DISKUZE	57
ZÁVĚR	63
POUŽITÁ LITERATURA.....	64
SEZNAM TABULEK.....	66
SEZNAM PŘÍLOH	67
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	68
14. PŘÍLOHY	69
Příloha č. 1 – Otázky k rozhovoru s všeobecnými sestrami	69
Příloha č. 2 – Otázky k rozhovoru s doprovázejícími osobami	70
Příloha č. 3 – Fáze vyrovnávání se s nemocí	72

ANOTACE

Příjmení a jméno: Kuzníková Lucie

Katedra: Ošetřovatelství

Název práce: Spolupráce doprovázejících osob s ošetřovatelským personálem

Vedoucí práce: Mgr. Zuzana Šafránková

Počet stran: číslované: 63, nečíslované: 9

Počet příloh: 3

Počet titulů přiložené literatury: 17

Klíčová slova: doprovázející osoba, etika, komunikace, paliativní péče, ošetřovatelský personál, spolupráce

Souhrn:

Tato bakalářská práce shrnuje a zkoumá poznatky týkající se spolupráce doprovázejících osob s ošetřovatelským personálem v nemocničním zařízení. Je rozdělena do dvou základních částí. První částí je teoretický souhrn o paliativní péči, doprovázení umírajících pacientů, komunikaci, etice v paliativní péči, psychické zátěži a celoživotním vzdělávání všeobecných sester. Ve druhé části jsou zkoumány problémové oblasti v komunikaci, edukaci a spolupráci mezi ošetřovatelským personálem a doprovázejícími osobami.

ANNOTATION

Surname and name: Kuzníková Lucie

Department: Nursing

Title of thesis: Cooperation supporting people with nursing staff

Consultant: Mgr. Zuzana Šafránková

Number of pages: numbered: 63, unnumbered: 9

Number of appendices: 3

Number of literature items used: 17

Keywords: Supporting people, ethics, communication, palliative care, staffnursing, cooperation

Summary:

This thesis summarizes and examines findings relating to the cooperation of supporting people with staffnursing in the hospital. It is divided into two parts. The first part is a theoretical summary of palliative care, accompanying dying patients, communication, ethics in palliative care, psychic stress and life time education of nurses. The second part examined the problem areas in communication, education and cooperation between staffnursing and supporting people.

ÚVOD

Tématem mé bakalářské práce je spolupráce doprovázejících osob s ošetrovatelským personálem. Zaměřuji se na doprovázení umírajících pacientů v terminálním stádiu onemocnění v nemocničním zařízení. Myslím si, že v současné době se často setkáváme s umírajícími pacienty na různých odděleních v nemocnicích, které doprovázejí příbuzní jako doprovázející osoby v poslední etapě života svého blízkého. Zdravotníci musí být schopni se o rodinné příslušníky postarat a spolupracovat s nimi. S terminálně nemocnými pacienty a jeho rodinou se můžeme setkat často například na interních odděleních i v léčebnách dlouhodobě nemocných (dále LDN).

Svou práci jsem rozdělila na dvě části. Na část teoretickou, ve které se zabírám paliativní péčí, nevléčitelně nemocnými, doprovázením umírajících pacientů, komunikací, potřebami doprovázejících osob a péčí o ně, syndromem vyhoření i duchovní péčí. V praktické části jsem se zaměřila na problémové oblasti ve spolupráci mezi doprovázejícími osobami a ošetrovatelským personálem. Formou polostrukturovaných rozhovorů na odděleních interních a v léčebnách dlouhodobě nemocných jsem pokládala všeobecným sestřám a doprovázejícím osobám otázky, koncentrující se na oblast komunikace, spolupráce a edukace. Porovnála jsem správnost, míru a nedostatky v těchto oblastech. Informace jsem získala pomocí kvalitativní metody výzkumu, které jsem na závěr převedla do elektronické podoby.

TEORETICKÁ ČÁST

1. VYMEZENÍ POJMŮ

Pro lepší orientaci v daném tématu bych Vás ráda seznámila se základními pojmy. A to s paliativní péčí i medicínou a s nevléčitelnými pacienty.

1.1. Paliativní medicína

Je specifická lékařská péče o pacienty v pokročilém stádiu progredujícího onemocnění. Tato péče je poskytována v různých formách a jejím cílem je ochrana pacienta v extrémně nepříznivé situaci hrozícího vlastního zániku čili očekávané smrti. Nabízí ucelený komplex péče pomoci pacientům a jejich rodinám. Paliativní medicína je součástí paliativní péče. (5)

1.2. Paliativní péče

Je aktivní péče poskytovaná pacientovi, který trpí nevléčitelnou chorobou v pokročilém nebo konečném stádiu onemocnění. Cílovou skupinu tvoří například pacienti s onkologickým onemocněním, jaterní cirhózou či s neurologickým onemocněním typu demence. Cílem této péče je zmírnit bolest a další duševní a tělesná strádání, zachovat pacientovu důstojnost a poskytnout všestrannou podporu jeho příbuzným a přátelům a pomáhá jim zvládat jejich zármutek i po smrti blízkého člověka. Klade hlavní důraz na kvalitu života. (5)

1.2.1. Obecná paliativní péče

Tato forma paliativní péče by měla být poskytnuta v každém zdravotnickém zařízení v rámci své specializace. Její součástí je včasné vyhodnocení pacientova stavu, zhodnocení smysluplnosti další aktivní léčby, sledování, porozumění a poskytnutí takové léčby a péče, která je důležitá pro kvalitu pacientova života. Do této péče patří především respekt k pacientově autonomii, léčba bolesti a dalších symptomů, podpora rodiny, doporučení k dalším odborníkům a psychosociální podpora. (5)

1.2.2. Specializovaná paliativní péče

Specializovaná paliativní péče je poskytována v zařízeních, která se věnují paliativní péči jako své hlavní činnosti. Je zde vyškolený personál s vyšší úrovní profesní kvalifikace a větší počet zaměstnanců v poměru k počtu pacientů. Mezi zařízení paliativní specializované péče se řadí například oddělení paliativní péče, domácí hospice, lůžkové hospice, konziliární týmy paliativní péče, ambulance paliativní péče, denní stacionáře či poradny. (5)

1.3. Místa poskytování paliativní péče

Paliativní péče může být poskytována v domácím prostředí, v nemocnici či v lůžkových hospicích. (5)

1.3.1. Paliativní péče v domácím prostředí

Domácí paliativní péče je ze sociálního a psychického hlediska pro většinu pacientů tou nejlepší alternativou. Při poskytování této péče musí být splněny tři podmínky. Jednou z nich je souhlas pacienta s touto formou péče. Dále rodina, kdy alespoň jeden člen musí být schopný a ochotný převzít celodenní péči o nemocného a v neposlední řadě musí být k dispozici tým odborníků, schopný kdykoliv během 24 hodin po sedm dní v týdnu řešit náhle vzniklé komplikace pacientova stavu. Bohužel se často stává, že i ti nemocní, kteří si přejí zemřít doma a rodina se o ně snaží starat, jsou při náhlých komplikacích převezeni do nemocnice, kde také umírají. (5)

1.3.2. Paliativní péče v nemocnici

Nemocniční zařízení jsou místem, kde k úmrtí pacientů dochází nejčastěji. Kvalita paliativní péče poskytované v nemocnicích závisí na určitých faktorech. A to nejen na počtu personálu, ale i na schopnosti týmu identifikovat potřebu paliativního přístupu, na kvalitě vzdělání sester a lékařů v paliativní medicíně a péči, na fungování multidisciplinárního týmu či kvalitě vzájemné formální i neformální komunikace uvnitř týmu i s rodinou pacienta. (5)

1.3.3. Paliativní péče v lůžkových hospicích

Kvalifikovaný personál, který je speciálně připravován pro péči o umírající pacienty a jejich blízké, poskytuje umírajícím maximální možnou míru fyzického i psychického komfortu, režim podobný domácímu, provázení těžkým obdobím a zajišťuje podporu a potřebnou péči. Hospice patří ke zdravotně sociálním zařízením, kdy vedle zdravotnické péče poskytují také sociální poradenství a pomoc nejen hospitalizovaným nemocným, ale také jejich rodinám. Toto zařízení zajišťuje i návštěvy psychologa a duchovní podporu. (5)

1.4. Paliativní, nevléčitelně nemocní

Dle zhodnocení situace pacienta a fáze onemocnění, ve které se právě nachází, je možno stanovit cíle léčby a tím i navazující postup. Z hlediska prognózy přežití a cílů léčby lze nevléčitelně nemocné pacienty rozdělit do následujících fází. (13)

1.4.1. Fáze kompenzovaného onemocnění

Prognóza přežití v této fázi je v řádu měsíců a někdy i let. Pacienti jsou v klinicky relativně stabilizovaném stavu. Cílem léčby je kompenzace, udržení pacienta v co nejvyšší funkční zdatnosti a co nejdelší délky života. V případě akutního zhoršení je indikovaná plná intenzivní a resuscitační péče. Doporučuje se primární či sekundární prevence akutních komplikací. (13)

1.4.2. Fáze nezvratně progredujícího onemocnění

Prognóza přežití je v řádu týdnů a měsíců. V této fázi se cíl léčby posouvá k udržení co nejvyšší kvality života, kdy maximální prodloužení života přestává být primárním cílem léčby. Postupuje se obvykle individuálně a v případě akutních příhod nebývá většinou indikovaná resuscitační léčba. (13)

1.4.3. Terminální fáze onemocnění

Prognóza přežití je v řádu několika týdnů, dnů a hodin. Cílem léčby v této fázi je důstojné umírání. Minimalizuje se nepohodlí pacienta, neprodlužuje se proces umírání a důležitý je respekt k jedinečnosti konce lidského života. Stejně jako u předchozí fáze není při akutních příhodách indikovaná resuscitační léčba. Je indikovaná pouze symptomatická léčba, kdy se účinně mírní bolest, dušnost a tak dále. Rozhodování o podání antibiotik v případě známků infekce je individuální. (13)

2. DOPROVÁZENÍ UMÍRAJÍCÍCH PACIENTŮ

Pacienti i jeho rodina by měli být o známkách a symptomech blížící se smrti poučeni způsobem, který odpovídá možnostem jejich chápání, kulturnímu zázemí a věku. Plán péče by měl být pravidelně a pružně revidován tak, aby odpovídal průběžně měnícím se potřebám pacienta a jeho rodiny. Je třeba společně s pacientem a rodinou předem stanovit postup v případě úmrtí pacienta a otázku případné pitvy. Dále je důležité si ujasnit cíle, kdy ideální je, dokážou-li se na společném cíli shodnout lékař, sestra, pacient i jeho rodina. Nejde jen o techniku ošetřování, ale také o umění doprovázet těžce nemocného tímto nesnadným, konečným úsekem života. Umírajícího pacienta může doprovázet rodina, někdo z přátel, duchovní, všeobecná sestra či dobrovolník hospice. Přístup musí být naprosto individuální. Umírající pacient má různou prioritu svých potřeb, které se v průběhu onemocnění mohou měnit. Patří sem potřeby *biologické* (příjem potravy a tekutin, vylučování, spánek, dýchání apod.); *psychologické* (potřeba respektování lidské důstojnosti, komunikace s okolím, bezpečí); *sociální* (kontakt s rodinou a okolím); *spirituální* (víra, duchovní potřeby). (14)

2.1. Spolupráce s rodinou, doprovázející umírajícího pacienta

Rodiny pacientů v paliativní péči musí čelit velkým nárokům, které na ně i na pacienta onemocnění klade. Proto je důležitá péče o příbuzné ze strany zdravotníků, která by měla začít již v době stanovení diagnózy a léčby. Členové rodiny mají vlastní, individuální potřeby, které pokud nejsou uspokojeny, jsou méně schopni se starat o pacienta a častěji mají sami fyzické či psychické problémy. Mezi tyto velmi důležité potřeby patří ujištění o tom, že pacient nemá velké potíže, dostatek informací, praktické dovednosti v péči a emocionální podpora rodiny. (9)

2.1.1. Ujištění o tom, že pacient nemá velké obtíže

Je velmi vhodné ujistit rodinu o tom, že pacient nemá velké potíže, že netrpí. Toto ujištění je nezbytné k tomu, aby rodina byla schopna se vyrovnat s nastalou situací. Bolest pacienta má velký dopad na blízké, kteří ji mohou vnímat jako známku progresu onemocnění a blížící se smrti. Pokud nemocný zemře v klidu a bez utrpení, příbuzní jsou spokojenější s péčí, která pacientovi byla poskytována. Na druhé straně, pokud

nemocný zemře v bolestech nebo velké tísní, příbuzní mají pocit provinění, selhání, že lépe nehájili zájmy umírajícího. Proto je nezbytné věnovat pozornost zajištění psychické i fyzické pohody pacienta a poskytnout podporu rodině, která vidí, jak nemocný trpí. Mezi vhodné a účinné intervence v zajištění této potřeby patří naučit rodinu základním principům léčby bolesti a potřebným dovednostem pomocí edukačních nástrojů (deník komfortu pacienta, demonstrace, video), hájit zájmy pacienta a rodiny při uspokojování potřeb komfortu a poskytovat rodině konzultace. (9)

2.1.2. Dostatek informací

Je potřeba příbuzné dostatečně informovat. Příbuzní potřebují informace o nemoci i o tom, jak pečovat o umírajícího, tyto informace jim dodávají sílu. Potřebují vědět, jak zajistit pacientovi pohodu, jak hovořit s pacientem a ostatními členy rodiny o pacientově nemoci, jak řešit vedlejší účinky léčby či jaké změny lze ve stavu pacienta očekávat. Aby doprovázející svou roli zvládli, potřebují informace a ujištění. Mezi vhodné a účinné intervence v zajištění této potřeby patří poskytování informací srozumitelnou, jednoduchou formou odpovídající aktuálním potřebám rodiny s doplněním písemných materiálů, umožnění rodině nepřetržitého přístupu k informacím. (9)

2.1.3. Praktické dovednosti v péči

Praktická pomoc rodině je také důležitá, příbuzní pocítují tíhu, která na nich při péči o nemocného leží, a tuto pomoc velmi potřebují. Při zapojení členů rodiny do péče o pacienta musíme brát v úvahu fyzické možnosti členů rodiny, kteří někdy přepínají své síly, protože mají pocit, že se musí o blízkého postarat. Na základě toho může dojít až k vyčerpání, izolaci či pocitu vyhoření. Mezi vhodné a účinné intervence v zajištění této potřeby patří pomoci rodině identifikovat problémové oblasti, v nichž potřebují praktickou pomoc, poskytování praktické pomoci při péči o pacienta například v hygienické péči, v péči o dutinu ústní či o kůži. (9)

2.1.4. Emocionální podpora rodiny

Členové rodiny potřebují velkou psychickou podporu, aby byli schopni se o pacienta starat a nevyčerpali se. Je potřeba věnovat pozornost emocionálním potřebám, kdy rodina potřebuje pomoci vyrovnat se s nejistotou ohledně prognózy onemocnění, neodvratnou smrtí pacienta, s komunikací mezi členy rodiny a také zvládnutím vlastního psychického stresu. Příbuzní, kteří již dříve zažili obtížnou smrt blízkého člověka nebo neutišitelné utrpení, mohou být později ohroženi patologickým truchlením. Péče o tyto lidi v průběhu terminální fáze onemocnění příbuzného vyžaduje preventivní přístup, který jim pomůže vyrovnat se s novou krizí a ochránit své zdraví. Zdravotníci musí být schopni zachytit problémy, pomoci členům rodiny komunikovat mezi sebou i s umírajícím pacientem a sdílet nevyřčené obavy. Mezi vhodné a účinné intervence v zajištění této potřeby patří pomáhat rodině najít způsoby, jak se vyrovnat s těžkou situací, nalézat pozitiva v jejich pečovatelské roli, nacházet způsoby, jak mohou pečovat sami o sebe a uznávat důležitost emocionálních potřeb rodiny. (9)

2.1.5. Potřeba smíření

Může se stát, že pacienta či rodinu trápí nějaká nevyřešená záležitost. Je vhodné na tuto záležitost zareagovat a pomoci nalézt možné řešení. To lze uskutečnit pouze rozhovorem, ve kterém se ošetřovatelský personál stává důležitým partnerem jako protějšek, který má odstup a není citově vtažen do děje a svými návrhy i postřehy může rodině otevřít nový pohled na věc. (5)

2.1.6. Potřeba rozloučit se

Aby rozloučení se zemřelým proběhlo správně, musí si příbuzní projít celou řadou psychických fází. Proto dovolme rodinným příslušníkům plakat, dovolme jim „zhroudit se“. Slovní spojení „zhroudit se“ má pro každého z nás jiný význam. Příbuzní mají na mysli velmi často donu bezprostředně po úmrtí blízkého. Většinou je ale „zhroucení“ výrazem pro fázi šoku, kdy je člověk tak plný emocí, že je není schopen zvládat, pláče nebo naopak nemůže plakat, má pocit ochromení. Někdy se může jednat až o stav paniky. Ošetřovatelský personál musí v této chvíli poskytnout nejen emoční podporu doprovázející osobě, ale většinou se opravdu stát oporou fyzickou. (5)

2.2. Ohrožené skupiny doprovázejících osob

Ohroženým skupinám je třeba věnovat zvláštní pozornost. Můžeme je rozdělit do tří skupin. První část tvoří především lidé, kteří souběžně nebo v krátkém časovém sledu prožívají více stresujících situací (ztráta zaměstnání, odchod dětí z rodiny). Druhou část zastupují doprovázející osoby, které mají s umírajícím pacientem neobvyklý vztah, ať již v kladném či záporném významu. Do třetí části můžeme řadit přehnaně úzkostné, agresivní či duševně nemocné osoby.

Tyto skupiny doprovázejících osob si zaslouží naši zvláštní pozornost. Důležité je včas rozpoznat potřebu intenzivnější podpory. První dvě skupiny (části) zvládne ošetrovatelský personál pravděpodobně bez větších problémů. V péči o třetí skupinu ohrožených osob je vhodné zajistit odborníka (psychologa, psychoterapeuta). (5)

2.3. Fáze umírání dle Elisabeth Kübler-Rossové

Fázemi umírání neprochází jen pacient, ale také i jeho nejbližší. Fáze nemusí jít vždy za sebou, některé z nich se opakovaně vracejí, střídají, některé dokonce chybějí. Dr. Kübler-Ross popsala tyto fáze:

Negace, šok, popírání - popírání skutečnosti, projevy: „To je určitě nějaký omyl.“, „To nemůže být pravda, mně se to nemůže stát.“, důležité je navázat kontakt a získat si důvěru.

Agrese, hněv, vzpoura – výskyt hněvu a agrese, projevy: „Proč zrovna já?“, „Čí je to vina?“, zde je potřeba dovolit odreagování a nepohoršovat se.

Smlouvání, vyjednávání - ochota dát vše za uzdravení, činí velké sliby, v této fázi je nutná maximální trpělivost.

Deprese, smutek - lítost, pláč, ztráta vůle, strach o zajištění rodiny, zde je důležité trpělivě naslouchat, pomoci urovnat vztahy a pomoci hledat řešení.

Akceptace, smíření, souhlas - vyrovnání, pokora, projevy: „Dokonáno jest.“, „Do tvých rukou...“, pozor na rodinu, která občas potřebuje větší pomoc než pacient, vhodná je mlčenlivá lidská přítomnost a držení za ruku. (14)

2.4. Duchovní péče

Posvátné momenty přicházejí uprostřed všedního dění, a to, co může být pro někoho hlubokým duchovním prožitkem, pro jiné může znamenat pouze běžnou sociální záležitost. Spiritualita zahrnuje vztahy k sobě samému, ostatním, k různým skupinám lidí či k životním otázkám. V paliativní péči není vyhledávání duchovní péče vzácné. Věřící pacient se často obrací k Bohu, věří, že vše je vůle boží. Víra pomáhá pacientovi přijímat fakt o své smrti lépe, než člověku nevěřícímu. Často se stává, že v takových situacích se bývalí věřící vrací znovu ke své víře, či se z nevěřících stávají věřící. Náboženství a jeho posmrtný život dávají umírajícímu naději a berou mu strach z úmrtí. V posledních měsících či týdnech života umírající hledají odpuštění či se svěřují se svými hříchy, vyhledávají tzv. svátost smíření. Je důležité dbát na řádné vyplnění anamnézy pacienta v oblasti víry. Nemocnice je schopna zajistit kněze nebo jiného duchovního dle víry pacienta. (9)

3. KOMUNIKACE

Komunikace je obecně definována jako sdělování informace prostřednictvím signálů a prostředků. Probíhá mezi dvěma a více lidmi, pomocí tisku, rozhlasu či jiných médií. Zda budeme úspěšní či prospěšní ve své práci i ve svém životě, závisí nejen na našich znalostech, ale i na tom, zda jsme schopni navázat dobrý kontakt a s lidmi spolupracovat. Komunikace ve zdravotnictví neznamená pouze mluvit, ale sdělovat a získávat informace, na nichž závisí zdraví, mnohdy i život. A snad právě proto bychom vždy měli vědět, co chceme říci, a měli bychom se vždy umět rozhodnout, kdy a kde a jak informaci nejlépe podat. Pro rozvoj komunikace je významná spolupráce s pacientem. K základním požadavkům na zdravotnický personál při komunikaci s pacientem patří:

Schopnost naslouchat - aktivně vnímat pacienta, být citlivý k tomu, co říká a sledovat jeho mimoslovní projevy.

Schopnost empatie - vcítění se, být schopný se dívat na svět z pohledu druhého člověka.

Schopnost projevit porozumění - důležité je umět jej dát najevo.

Cítit úctu k člověku - základní princip humánní ošetrovatelské péče, vážit si pacienta, respektovat jeho práva a potřeby, ponechat autonomii a samostatnost.

Schopnost poradit - pacient očekává pomoc, rady, doporučení od zdravotnického personálu.

Individuální přístup - osobité, aktivní přizpůsobení chování zdravotnického personálu zvláštnostem pacienta. (16, 17)

3.1. Verbální komunikace

Verbální komunikace je sdělování informací pomocí slov. Řeč, je schopnost určitého společenství dorozumívat se určitým jazykem, což je jednou z nejdůležitějších forem sociální komunikace. Při jakékoliv komunikaci je význam slov vždy dotvářen i neverbálními prostředky. Aby komunikace byla úspěšná, je důležité dodržovat následující kritéria:

Jednoduchost - naše sdělení musí být jasné a důležité je si ověřit, zda pacient porozuměl sdělovanému.

Stručnost - stručná informace působí profesionálně a zbytečné okliky naopak vzbuzují v pacientovi nedůvěru, po stručném sdělení je důležité ponechat prostor pro dotazy.

Zřetelnost - při komunikaci s pacientem musíme jasně vyjádřit podstatu věci, při pochybách je důležité sdělení opakovat.

Vhodné načasování - zohledňuje se zvláště u závažných témat a podmínkou pro sdělení je klid, soukromí, nerušený prostor a dostatek času.

Adaptabilita - přizpůsobivost, kdy je nutné přizpůsobovat styl hovoru a reakcím pacienta, sledujeme jeho odpovědi, všímáme si i neverbálních projevů a pokud pacienta sdělení rozruší, je důležité ponechat čas na oddech. (16, 17)

3.2. Neverbální komunikace

Neverbální, neboli nonverbální komunikace představuje druh sdělení, při kterém se předávají informace beze slov. Neverbální komunikace může doplnit verbální projev, zesílit jeho účinek, regulovat jej a za určitých okolností jej může i plně zastoupit. Mimoslovně sdělujeme emoce, ovlivňujeme postoj komunikačního partnera, naznačujeme zájem a řídíme chod vzájemného styku. Do neverbální komunikace zahrnujeme: *mimiku* (výraz obličeje), *gestiku* (záměrné pohyby rukou, hlavy, případně i nohou, které mohou dokreslit verbální sdělení), *haptiku* (doteky, které mohou mít různý význam), *proxemiku* (vzdálenost při komunikaci, kdy každý potřebuje určitý prostor, aby se cítil příjemně), *posturiku* (držení těla, napětí nebo uvolnění, náklon, poloha rukou, nohou a hlavy), *kineziku* (spontánní pohyby různých částí těla), *úpravu zevnějšku* (oblečení, upravenost, líčení i účes odráží naši osobnost a náš aktuální emocionální stav). (15, 16, 17)

3.3. Komunikace v paliativní péči

Dobrá komunikace je základem interakcí mezi zdravotnickými pracovníky a lidmi s terminálním onemocněním a může nejen pozitivně ovlivnit psychický stav a kvalitu lidí s takovým onemocněním, ale může také napomoci se zmírněním tělesných symptomů. Efektivní komunikace vyžaduje znalosti a umožňuje zjistit pacientovy hlavní problémy a pocity, spolupracovat při rozhodování o léčbě, sledovat nepříznivé

reakce umírajícího a pomáhá při sdělování i přijímání špatných zpráv. K těmto znalostem patří příprava prostředí (zajištění soukromí a dostatek času), vyjasnění účelu rozhovoru, navození důvěry, schopnost získávat informace, aktivní naslouchání a analýza verbálních a neverbálních projevů pacienta, empatie, objasnění problému a zajištění výsledku (např. doporučení ke specialistovi). Během komunikace je dále důležité jednat s pacientem jako s rovnocenným partnerem, vyjadřovat slovně i mimoslovně pochopení pro těžkou situaci, naslouchat citlivě, věnovat umírajícímu čas, komunikovat srozumitelně a předávat ucelené informace, vhodně doplňovat informace pomocí obrázků či písemného materiálu, odpovídat na otázky, poskytovat rady v oblasti související s naší profesí (zajištění pomůcek či úprava jídla), vhodný neverbální kontakt (držení za ruku, kolem ramen). (16, 9)

3.3.1. Zásady komunikace s doprovázejícími osobami i pacienty

Nejdůležitější při komunikaci je opravdovost a lidský přístup. Zdravotníci musí brát na zřetel osobnost, potřeby i zájmy nemocného i doprovázejících osob a uzpůsobit komunikaci jejich aktuálnímu psychickému i fyzickému stavu. K zásadám správné komunikace patří: projevení osobního zájmu o pacienta i doprovázející osoby (dokážou velmi dobře vycítit, zda je zájem ošetřovatelského personálu opravdový či čistě pracovní); shoda verbální i neverbální složky komunikace (pozor na rozpory mezi těmito složkami, například při sdělování důležitých informací); setrvání u tématu, o kterém chce pacient či doprovázející hovořit (neodbíhat k jinému); citlivá reakce na umírajícího (vnímání, respektování a přizpůsobení komunikace aktuálnímu stavu pacienta); srozumitelná komunikace (není vhodné používat odbornou terminologii); nevyužívání sugestivních a manipulativních otázek (přesně formulovat a pojmenovat problém). (16)

3.3.2. Komunikační bariéry

Komunikační obtíže mohou být na straně pacienta i zdravotnického personálu a mohou vycházet z různých oblastí.

Bariéry na straně pacienta mohou být neochota svěřit se s problémy (velké potíže jim dělá hovořit o psychických záležitostech); individuální preference způsobu komunikace (znalost či neznalost informací o své nemoci a léčbě, které pacient chce či nechce vědět); multikulturní problémy (kulturní a etnické odlišnosti).

Bariéry na straně zdravotníků mohou být hodnoty, postoje a přesvědčení (míra, do které je rozhovor zaměřen na pacienta; komunikační styly zdravotníků); nedostatek komunikačních dovedností (neschopnost rozpoznat problém a nedostatek diagnostických dovedností či strach z neumění odpovědět na otázky kladené pacientem). (9)

3.3.3. Komunikace s pozůstalými

Příbuzní zesnulého se nepříjemnou zprávou dozvídají vždy a pouze jen od ošetřujícího lékaře, nejlépe osobně, ale častěji telefonicky. Někdy již příbuzní tuší, že se smrt jejich blízkého blíží a jsou relativně včas připraveni na nepříznivé zprávy. Pro zdravotnický personál je komunikace s pozůstalými velmi složitá a náročná. K zásadám komunikace patří umožnit pozůstalým se posadit, zajistit vhodné a klidné prostředí v soukromí, snažit se zabránit nedorozuměním, hovořit srozumitelně a jasně, vyjádřit upřímnou soustrast, popsat sjednocené okolnosti kolem úmrtí, ujistit příbuzné o tišení pacientových bolestí, umožnit prostor k otázkám, nabídnout pomoc. (16)

3.3.4. Péče o pozůstalé

Zdravotnické zařízení má velkou příležitost zajistit nepřetržitou kontinuitu v zachování péče o pozůstalé, jimž v tomto zařízení zemřel někdo z blízkých, a tím také minimalizovat nežádoucí následky procesu truchlení. Cílem podpory pro pozůstalé by mělo být zajištění účinné pomoci tak, aby byla efektivní z hlediska nákladů, byli v ní zahrnuti lidé, jejichž potřeby mohou být zanedbány a především se uplatňoval preventivní přístup předcházení komplikovaného truchlení. Mezi tři obecné úrovně péče o pozůstalé patří podpora všech pozůstalých, kterou zajišťuje celý zdravotnický tým a široká komunita. Dále výběr vysoce ohrožených osob a jejich podpora při předcházení patologického zármutku. A v neposlední řadě jsou to specifické intervence u lidí trpících patologickým truchlením. Tento víceúrovňový přístup zajišťuje efektivní využití nákladů spojených s poradenstvím a péčí o pozůstalé. V péči o pozůstalé se mohou podílet všeobecně i speciálně zaměřeni zdravotníci, psycholog, praktický lékař, sociální zdravotníci, pastorační asistenti i týmy dobrovolníků. (10)

3.3.4.1. Neformální péče o pozůstalé

Nejčastější podoba pomoci pozůstalým je svépomoc a vzájemná pomoc. Svépomoc představuje možnosti i situace, kdy si chce pozůstalý poradit a pomoci sám na základě zkušeností z minulosti k překonání krize. Ve vzájemné pomoci se mimo nejbližší rodinné příslušníky mohou uplatnit další členové z důvěrně známého prostředí, jako jsou přátelé, sousedé či známí. Pozůstalý může pozitivně vnímat skutečnost, že na zátěž nezůstal sám. (10)

3.3.4.2. Formalizovaná péče o pozůstalé

Většina pozůstalých začne životní ztrátu blízkého člověka prožívat již ve zdravotnickém zařízení ve společnosti nejčastěji všeobecných sester, které o umírajícího v posledních hodinách života pečovaly. Odborná a následná péče jim zřejmě bohužel nebude nabídnuta, jelikož většina nemocnic má standardy vypracované na zacházení s tělem zemřelého a nezbytné úkony k vyřízení formalit s pozůstalými. Na zanedbávání péče o pozůstalé mohou mít svůj podíl i profesní hranice, mezery v kompetencích mezi zdravotnickými zařízeními či relativně krátkodobý kontakt většiny pozůstalých se zdravotníky. Péče o pozůstalé není zatím součástí zdravotnických služeb a zdravotníci nejsou povinni zajišťovat kromě projeveného soucitu a kondolencí žádné následné služby. V péči o pozůstalé si musíme být vědomi, že je důležité přistupovat ke každému jako k jednotlivci s jeho vlastní jedinečností. Je třeba přistupovat k pomoci a podpoře u pozůstalých s porozuměním a citlivým přístupem k jeho psychologickým, sociálním a kulturním aspektům jeho života. (10)

3.3.5. Pomoc pozůstalým

Tyto služby představují vyjádření upřímné soustrasti, možnost pomoci při zajištění pohřbu, nabídka příruček o zármutku, nabídka kontaktů na poradny na pomoc pozůstalým, nabídka pomoci sociálního pracovníka při vyřizování pozůstalosti, následné návštěvy a setkávání při vzpomínkových akcích (praktikují se v hospicích). (10)

4. ETIKA V PALIATIVNÍ PÉČI

Etika pochází z řeckého slova ethos = mrav. Je považována za nauku o mravnosti a řeší dobro a zlo, pravdu a lež či spravedlnost a nespravedlnost. K nejznámějšímu, všeobecně uznávanému etickému kodexu patří Hippokratova přísaha, která jasně vymezovala povinnosti lékařů vůči pacientům, kolegům i veřejnosti. I pro práci ošetrovatelského personálu je důležité znát základy etiky. Byl vytvořen etický kodex v české variantě díky Mezinárodní radě sester (ICN) a v dnešní době vychází etika v ošetrovatelství z cílů programu „Zdraví pro všechny do 21. století“. (2, 4)

4.1. Etika umírání a smrti

Umírání a smrt je neoddelitelnou součástí života, jeho jedinou jistotou. Etika v paliativní péči zahrnuje nejen smrt a umírání, ale také přístup zdravotníků k umírajícímu, jeho rodině, řeší problematiku eutanázie i etické aspekty ukončení léčby.

Z hlediska etiky je umírání proces, který začíná narozením a končí smrtí. Přesunulo se z rodinného kruhu do nemocnic. Dnešní člověk pohlíží na tuto problematiku jako na tabu, o kterém není příliš slušné hovořit a to především se staršími lidmi. (4)

4.1.1. Období umírání dle Svatošové

MUDr. Svatošová popisuje tři období umírání, které popisují, jak umírání prožívá nemocný a jeho rodina.

V prvním období (pre finem) není možno zdravotní stav pacienta kurativně zlepšit. Nemocný si uvědomuje, že se blíží konec života, nastupují obtíže. Příbuzní, rodina nemocného se vyrovnává s blížící se ztrátou milovaného člověka.

Druhé období (in finem) popisuje umírání v užším slova smyslu, kdy nemocnému ubývá fyzických i psychických sil, přestává se zajímat o okolí, nastupuje únava, slabost, somnolence, pacient nepřijímá nic per os. Příbuzní, rodina potřebují velkou oporu, loučí se s umírajícím.

Třetí období (post finem) obsahuje nejen důstojné rozloučení se se zemřelým, péči o mrtvé tělo, ale také doprovázení pozůstalých. Bezprostředně po smrti, ale také v delším časovém úseku. (14)

4.2. Etika v ošetrovatelství

Úkolem ošetrovateľskej etiky je zisťovanie postojov a vzťahov sestry – pacient a vytvorenie postoja a názoru na tento vzťah. Ďalej formulácia povinností a zodpovednosti zdravotníka, stanovenie mravných noriem profesie a v neposlednej rade analyzovanie komplikovanej situácie, u ktorej neexistuje jednoznačné riešenie a poukazanie na možné riešenia. K základným pojmom ošetrovateľskej etiky radíme obhajobu, zodpovednosť a povinnosť, spoluprácu i pečovaniu.

Obhajoba je obecně chápaná jako podpora případu, tento termín používá k popisu sestry – pacient, ale jeho interpretace může být odlišná.

Zodpovednosť a povinnosť chápeme jako schopnosť nést zodpovednosť a dôsledky za svoje činy. Medzinárodná rada sestier (ICN) stanovila základné povinnosti sestry a to: podpora zdravia, prevencia nemoci, navracenie zdravia a zmiernenie utrpenia.

Spolupráca je významný aspekt pri poskytovaní ošetrovateľskej péče, zvyšuje jej kvalitu a vedie k lepšiemu dosahovaniu cieľov. Problém nastáva tehdy, kde-li vzťah ke spolupracovníkom do popredia a péče o pacienta do pozadia.

Pečovaniu je považované za základ pečovateľskej role. Pri ošetrovaní majú zdravotníci možnosť poznať pacienta bližšie a na základe tejto skutočnosti boli definované štyri typy péče: byť s pacientom, rešpektovať ho, cítiť s ním a byť mu nablízku. Typ a množstvo poskytovanej péče ovplyvňuje napríklad osobnosť zdravotníka, náročnosť péče u jednotlivých pacientov, čas vymedzený pre prácu s nemocným, podpora zamestnávateľa či pracovného prostredia. Péče o nemocného má vždy vychádzať z etických požiadaviek (právo na dôstojné zacházenie, právo na intimitu), musí sa riadiť etickým kodexom sestier a chrániť práva pacientov. (3)

5. PSYCHICKÁ ZÁTĚŽ V PALIATIVNÍ PÉČI

Péče o umírající pacienty i o jejich rodinné příslušníky v roli doprovázejících osob může být stresující a klade na ošetrovatelský personál velké psychické nároky. Doprovázení pacientů v nejtěžším období jejich života a účast na zmírňování jejich utrpení mohou být pro zdravotníka obohacující zkušeností. Na druhé straně je zde neustálé vystavení utrpení, ztrátě a stresu, což může mít dopad negativní dopad na psychiku doprovázejících osob, pokud si neuvědomí, že musí pečovat také o sebe. (9)

5.1. Zátěžové faktory pracovního prostředí

K zátěžovým faktorům patří:

Neustálá přítomnost umírání a smrti - pro zdravotníky je nejtěžší vyrovnat se se smrtí, která je nejčastějším zdrojem stresu.

Identifikace s trpícím pacientem - umírající, který připomíná ošetrovatelskému personálu někoho blízkého průběhem nemoci nebo vlastním onemocněním, což může představovat velkou zátěž.

Pocit neschopnosti a bezmoci - v situacích, kdy se zdravotníci cítí zodpovědní za zmírnění bolesti svých pacientů, ale nemají nablízku lékaře, který by předepsal dostatečnou dávku léků.

Nedostatek kontroly nad situací a pocit vlastního selhání - dojde-li k náhlému zvratu k horšímu u pacientů, kde se očekávalo zlepšení zdravotního stavu či uzdravení.

Mnohočetné ztráty a zármutek - personál se stará o řadu umírajících lidí, kteří zemrou v krátké době po sobě a s tím spojený zármutek se může během časového úseku nahromadit a způsobit těžké deprese.

Problémy v týmu - konflikty s kolegy, soupeřivost, zloba či nedostatek podpory ze strany jednotlivých členů je příčinou deprese a stresu. (9)

5.2. Zvládání těžkých situací

Každý ošetrovatelský personál si musí uvědomit své potřeby a měl by o sebe pečovat a být schopen sebereflexe. Mezi činnosti, které pomáhají lidem pracujícím ve stresovém prostředí, patří: dodržování správné životosprávy, udržování si duchovního života, nebát se truchlit nad ztrátami, nepracovat příliš přesčasových hodin, pravidelně cvičit a meditovat, chodit do přírody, podporovat systém sociální podpory v osobním i profesním životě, rozpoznávat příznaky syndromu vyhoření a vyhledat včas odborníka či diskutovat o svých problémech s kolegy. (9)

5.3. Syndrom vyhoření

V případě tohoto syndromu se jedná o „stav fyzického a/nebo psychického vyčerpání, ke kterému došlo v důsledku dlouhotrvajících negativních pocitů týkajících se práce a sebeobrazu člověka“ (1). Syndrom vyhoření má několik fází:

Počáteční fáze - je zde nadměrná angažovanost a příliš aktivní nasazení, pocit nepostradatelnosti, vlastní potřeby jsou popírány, roste závislost na pochvale a uznání, což může vést k rivalitě a velmi zásadní je zde touha získat vedoucí postavení a respekt.

Propuknutí syndromu - dochází ke stále většímu rozporu mezi nároky a skutečnými výkony, k chronické únavě a rostoucí nechuť vedoucí ke snížení výkonnosti, svěřené úkoly jsou vykonávány mechanicky a neosobně, přibývání absencí, nemocí a autoagresivního chování, kdy člověk kouří a konzumuje alkohol ve větší míře apod.

Slábnutí výkonnosti - výrazné snížení pracovitosti, kdy se objevují chyby z nepozornosti, lhostejnost ke kvalitě své práce, pokles zájmu, vyskytují se poruchy spánku a profesní sebevědomí se neustále snižuje. (1)

5.3.1. Prevence a (své)pomoc syndromu vyhoření

Syndrom vyhoření lze kontrolovat a redukovat. K prevenci patří následující doporučení: neměli byste pracovat ve stejném místě, kde bydlíte, snažte se zvýšit svou pracovní spokojenost, pečujte o profesní a soukromé vztahy, mějte realistická očekávání od vlastních pracovních úspěchů, respektujte hranice vaší maximální zatíženosti, dbajte o své zdraví (jezte vyváženě, dostatečně pijte, konzumujte méně pochutin a návykových látek, dostatečně spěte a relaxujte).

Pokud se již objeví příznaky syndromu vyhoření, najděte si čas a zamyslete se nad tím, které činnosti vás nejvíce zatěžují a vyčerpávají. Začněte pravidelné pauzy do pracovní směny. Umožněte svým přátelům či partnerovi, aby pro vás mohli něco udělat. Zamyslete se nad uspořádáním svého volného času. Nestyďte se vyhledat profesionální pomoc. Pokud máte pocit, že již výrazným syndromem vyhoření trpíte, nutně potřebujete pauzu, přechodnou či úplnou změnu povolání. (1)

6. CELOŽIVOTNÍ VZDĚLÁVÁNÍ VŠEOBECNÝCH SESTER

Zákon č. 96/2004 Sb. definuje celoživotní vzdělávání jako průběžné obnovování, prohlubování či doplňování vědomostí, dovedností a způsobilosti zdravotnických pracovníků. Dle výše uvedeného zákona je celoživotní vzdělávání pro zdravotnické a jiné odborné pracovníky povinné. Zdravotníci mohou využívat pro zvyšování své kvalifikace zákonem ustanovené aktivity, jako jsou certifikované a inovační kurzy, školicí akce, specializační vzdělání, konference, kongresy, sympozia, odborné stáže, publikační a pedagogická i vědecko-výzkumná činnost a samostatné studium odborné literatury. K nejoblíbenější a nejčastější formě celoživotního vzdělávání patří absolvování seminářů a přednášek. (7, 8)

6.1. Kreditní systém

Povinnost celoživotního vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků je dána zákonem č. 96/2004 Sb., jehož plnění se prokazuje kreditním systémem. Kreditní systém je nedílnou součástí registračního systému, jeho cílem je zvyšování odborné kvalifikace zdravotníků. Účast se eviduje prostřednictvím záznamů v průkazu odbornosti. Hodnocení některých vzdělávacích aktivit kreditním systémem dle vyhlášky č. 4/2010 Sb. je následující: inovační a odborný kurz či školicí akce (4 kredity za den, nejvíce 12 kreditů za akci); seminář (1 kredit za akci); e-learningový kurz (2 kredity za minimálně 15 stran textu a 3 kredity za minimálně 30 stran textu) a tak dále. (7)

6.2. Semináře a přednášky na téma „paliativní péče“

Semináře a přednášky se zaměřují na různá témata. Vzhledem k problematice paliativní péče se zaměřím pouze na toto téma. Semináře v této oblasti mohou obsahovat například problémové pacienty, provázení umírajících, jednání s pozůstalými, prevenci syndromu vyhoření, správnou komunikaci, etické problémy v paliativní péči a tak dále. Semináře se konají mimo pracovní dobu a zdravotníci si musí jejich absolvování hradit sami. Možná právě v těchto záporech vidí ošetrovatelský personál hlavní problém v jejich aktivní účasti na těchto seminářích. (12)

PRAKTICKÁ ČÁST

7. Formulace problému

Je všeobecně známo, že téměř každý z nás by si přál zemřít doma. Ale bohužel v nemocničních zařízeních umírá stále více pacientů, než v domácím prostředí. Je to dáno především tím, že rodinní příslušníci pacienta nemají možnost se o umírajícího blízkého dostatečně postarat, ať z důvodu finančního problému či časové tísně. Bohužel v nemocničním zařízení není ošetrovatelský personál specializován přímo na druh paliativní péče, na rozdíl od hospiců. Zdravotníci by i přesto měli vědět, jak spolupracovat nejen s umírajícími pacienty, ale také s doprovázejícími osobami, které při své roli potřebují pomoci.

7.1. Hlavní problém

Myslím si, že spolupráce mezi doprovázejícími osobami a ošetrovatelským personálem není dostatečná a to ne ani tak z důvodu znalostí o paliativní péči, ale spíše z důvodu časové tísně ošetrovatelského personálu, který se není schopen starat o doprovázející osoby tak, jak by si zasloužily a potřebovaly.

7.2. Dílčí problémy

Své šetření jsem orientovala na oblast komunikace, edukace a spolupráce mezi doprovázejícími osobami a ošetrovatelským personálem. Dalším problémem je snížený zájem ošetrovatelského personálu o spolupráci i komunikaci s doprovázejícími osobami umírajícího pacienta z důvodu psychické náročnosti péče o tyto osoby. Myslím, že ošetrovatelský personál má nedostatečné znalosti v oblasti paliativní péče z důvodu aktivního nezájmu o tuto problematiku. Také se domnívám, že doprovázející osoby nemají pocit, že svou roli doprovázejícího zvládají bez problému.

8. Cíl a úkol průzkumu

Cílem mého výzkumu bylo zjistit problémové oblasti ve spolupráci mezi ošetrovatelským personálem a doprovázejícími osobami v nemocničním prostředí. Zaměřila jsem se na interní oddělení a LDN. Mým úkolem bylo pomocí rozhovorů, uskutečněných ve výše zmíněných nemocničních zařízeních, zjistit problémy v oblastech spolupráce, komunikace a edukace. Zaměřila jsem se na dvě skupiny lidí a to na ošetrovatelský personál a doprovázející osoby umírajících pacientů, jak také napovídá téma mé bakalářské práce.

Výzkumná otázka č. 1 – Je komunikace mezi ošetrovatelským personálem a doprovázejícími osobami prováděna správným způsobem?

Výzkumná otázka č. 2 – Jaká je míra edukace mezi ošetrovatelským personálem a doprovázejícími osobami?

Výzkumná otázka č. 3 – Jaké jsou nedostatky v oblasti spolupráce mezi ošetrovatelským personálem a doprovázejícími osobami?

9. Vzorek respondentů

Pro výzkum jsem si vybrala doprovázející osoby umírajících pacientů a ošetrovatelský personál (všeobecné sestry) v nemocnicích. Při výběru ošetrovatelského personálu hrála určitou roli dlouholetá zkušenost všeobecných sester na daném oddělení a jejich ochota ke spolupráci. Doprovázející osoby jsem si vybírala zejména na základě jejich psychického stavu, momentální nálady a ochoty k rozhovorům, kdy jejich výběr jsem také předem konzultovala s ošetrovatelským personálem na daném oddělení, kde výzkum probíhal.

10. Metody výzkumu

Metodu výzkumu jsem použila kvalitativní, formou polostrukturovaných rozhovorů. Otázky byly rozděleny do oblastí komunikace, spolupráce a edukace, které sloužily jako základní kostra při vedení rozhovoru. Tuto metodu jsem si zvolila proto, že dává prostor ke sblížení s respondenty a možnost proniknout hlouběji do jejich situace. Před každým rozhovorem jsem získala ústní souhlas s použitím získaného materiálu v písemné

podobě pro potřeby bakalářské práce. Dále jsem se představila a seznámila respondenty se svým záměrem a účelem poskytování anonymních rozhovorů. Zajistila jsem vhodné, klidné prostředí bez rušivých elementů a zohledňovala jsem momentální stav, situaci a reakce okolí. Celkem bylo provedeno šest rozhovorů, z toho tři s všeobecnými sestrami a další tři s doprovázejícími osobami. V empirické části výzkumu, byly otázky zvoleny jak pro doprovázející osoby, tak pro ošetřovatelský personál. Šetření probíhalo v lednu roku 2012, kdy všeobecným sestrám bylo položeno celkem 20 otázek (viz Příloha č. 1) a doprovázejícím 21 otázek (viz Příloha č. 2) na které jsem vyžadovala otevřené odpovědi.

11. Zpracování údajů

Údaje od respondentů jsem zapisovala do dotazníku připraveného k rozhovorům s jasně formulovanými otázkami, které jsem dále zpracovala do elektronické formy v nezměněné podobě. Otázky důležité ke splnění cíle jsou znázorněny v tabulkách.

12. Prezentace a interpretace získaných údajů

Výsledky rozhovorů, které byly uskutečněny s ošetřovatelským personálem (všeobecnými sestrami) na interním oddělení v Pardubické krajské nemocnici, v Klatovské nemocnici a Domažlické nemocnici. Další rozhovory byly vedeny s doprovázejícími osobami v LDN v Klatovské nemocnici, v Chrudimské nemocnici a v Domažlické nemocnici.

1) Všeobecná sestra (S1), pracující v Klatovské nemocnici na interním oddělení již 5 let.

1. Víte jak správně komunikovat s doprovázejícími osobami?

Myslím si, že ano. Ale zda komunikuji vždy zcela správně nevím.

2. Jakým stylem komunikujete a sdělujete informace doprovázejícím osobám?

Komunikuji vlídně, pomalu, srozumitelně. Informace podávám jednoduchou formou, snažím se používat neoborné názvy a důležitá sdělení opakuji.

3. Vyjmenovala byste prosím některé zásady správné komunikace?

Myslím si, že k zásadám správné komunikace patří empatie, komunikace jako s rovnocennou osobou, naslouchání.

4. Dáváte dostatek času prostoru pro případné dotazy či nejasnosti?

Ano. Vždy se snažím, ale ne vždy bohužel mám dostatek času.

5. Vyhledáváte aktivně komunikaci s doprovázejícími osobami, nebo komunikujete pouze, pokud je to nezbytně nutné, či se komunikaci spíše vyhýbáte, není Vám příjemná?

Samozřejmě záleží na doprovázející osobě, jakou má povahu, jak se chová ke svému okolí. Většinou se snažím navázat kontakt, i když mi komunikace není občas příjemná.

6. Vyhledávají podle Vás doprovázející osoby komunikaci s ošetřovatelským personálem, či jsou spíše nekomunikativní, bez zájmu?

Setkávám se spíše s doprovázejícími osobami, které komunikativní jsou, mají zájem a spousty otázek.

7. Edukujete doprovázející osoby o roli doprovázení, významu této role či o péči o umírajícího pacienta?

Sama od sebe nikoliv, ale pokud doprovázející osoba má zájem, tak ano. Bohužel mám hodně své práce na to, abych tyto osoby edukovala aktivně.

8. Využíváte při edukaci doprovázejících osob nějaké pomůcky (literatura, letáky, video)? Jsou na vašem oddělení k dispozici?

Ne a bohužel ani žádné takové materiály na oddělení nemáme.

9. Nabízíte doprovázejícím osobám v případě potřeby konzultace s lékařem?

Ano nabízím.

10. Edukujete doprovázející osoby o možnostech duchovní péče?

Sama od sebe nenabízím. Pokud doprovázející osoba přijde s přáním duchovní péče, po konzultaci s lékařem tuto péči umožňujeme. Kněze si zajišťují doprovázející sami.

11. Zajímáte se aktivně o téma „paliativní péče“?

Nezajímám.

12. Co si představíte pod pojem doprovázení umírajícího pacienta?

Umírající si přeje být s blízkou osobou, kterou si přeje mít u sebe v poslední fázi svého života. Doprovázející podporuje pacienta, navštěvuje ho každý den, v určité míře o něj i pečuje.

13. Absolvoval/a jste někdy seminář na téma „paliativní péče“?

Ano, jednou.

14. Myslíte si, že se seminářů na toto téma uskutečňuje dostatek?

Myslím si, že ne. Spíše je těchto seminářů nedostatek.

15. Nabízíte doprovázejícím osobám aktivně vždy svou pomoc či pouze na požádání doprovázející osoby?

Ano nabízím, ale nevnučuji se. Vždy říkám: „kdykoliv budete cokoliv potřebovat, stačí říct.“

16. Poskytujete doprovázejícím osobám emocionální, psychickou podporu, popřípadě jakým způsobem?

Ano. Vše vyslechnu, snažím se doprovázející utěšit a myslím, že je velmi důležité i položit ruku na rameno apod.

17. Poskytujete doprovázejícím osobám, pokud mají zájem, praktickou pomoc v péči o umírajícího pacienta (péče o dutinu ústní, o kůži)? Pokud ano, jak?
Nabídnou jim, zda se chtějí podílet, účastnit při péči o umírajícího pacienta, popř. na čem přesně. Poté jim vysvětlím, jak mají postupovat a co je správné.

18. Nabízíte, umožňujete doprovázejícím osobám možnost rozšířených návštěvních hodin? (Tj. mimo dobu návštěvních hodin)
Ano, stačí se domluvit na jinou návštěvní hodinu než je daná doba návštěv.

19. Pociťujete zájem o spolupráci při péči o umírajícího pacienta ze strany doprovázejících osob?
Spíše se setkávám s pasivními doprovázejícími.

20. Jaká je podle Vás úroveň péče v České republice (dále ČR) o doprovázející osoby a co by mohlo vést k jejímu zlepšení?
Myslím, že je dobrá, ale bohužel ošetrovatelský personál nemá dostatek času na doprovázející osoby, aby se o ně náležitě staral a pomáhal jim. Ke zlepšení by mohlo vést určitě více časového prostoru, seminářů a edukace ošetrovatelského personálu.

2) Všeobecná sestra (S2), pracující na interním oddělení v Pardubicích, 3 roky.

1. Víte jak správně komunikovat s doprovázejícími osobami?
Ano.

2. Jakým stylem komunikujete a sdělujete informace doprovázejícím osobám?
Komunikuji srozumitelně, pomalu. Důležité je dávat čas a prostor na vstřebání informací, popřípadě pro dotazy.

3. Vyjmenovala byste prosím některé zásady správné komunikace?
Komunikace srozumitelná, hovořit laicky. Dát čas a prostor pro vstřebání informací, zajištění vhodného prostředí (klidné, s možností posazení).

4. Dáváte dostatek času prostoru pro případné dotazy či nejasnosti?

Ano, je to velmi důležité.

5. Vyhledáváte aktivně komunikaci s doprovázejícími osobami, nebo komunikujete pouze, pokud je to nezbytně nutné, či se komunikaci spíše vyhýbáte, není Vám příjemná?

Komunikuji v případech nezbytně nutných. Komunikaci se ale nevyhýbám, pokud je potřeba.

6. Vyhledávají podle Vás doprovázející osoby komunikaci s ošetřovatelským personálem, či jsou spíše nekomunikativní, bez zájmu?

Jak které doprovázející osoby. Starší osoby spíše vyhledávají komunikaci, mladší spíše ne.

7. Edukujete doprovázející osoby o roli doprovázení, významu této role či o péči o umírajícího pacienta?

Ne. Buď má rodina jako doprovázející osoba „chut“ být s nemocným, nebo nikoliv. Ať už je to z jakéhokoliv důvodu (práce, nezájem o nemocného).

8. Využíváte při edukaci doprovázejících osob nějaké pomůcky (literatura, letáky, video)? Jsou na Vašem oddělení k dispozici?

Nevyužívám, k dispozici takové materiály na oddělení nemáme.

9. Nabízíte doprovázejícím osobám v případě potřeby konzultace s lékařem?

Nabízím.

10. Edukujete doprovázející osoby o možnostech duchovní péče?

Ne a ani tato možnost v naší nemocnici stejně není k dispozici.

11. Zajímáte se aktivně o téma „paliativní péče“?

Ne.

12. Co si představíte pod pojem doprovázení umírajícího pacienta?

Rodina pacienta (sestra, žena/muž) jsou s umírajícím po celou dobu umírání. Pacient se necítí sám. Jsou mu splněna jeho poslední přání.

13. Absolvoval/a jste někdy seminář na téma „paliativní péče“?

Absolvovala 2x.

14. Myslíte si, že se seminářů na toto téma uskutečňuje dostatek?

Ne. Myslím, že na komunikaci či spolupráci s doprovázejícími osobami je jich nedostatek.

15. Nabízíte doprovázejícím osobám aktivně vždy svou pomoc či pouze na požádání doprovázející osoby?

Nenabízím, ale poskytuji ji, pokud si o ni požádají.

16. Poskytujete doprovázejícím osobám emocionální, psychickou podporu, popřípadě jakým způsobem?

Poskytuji psychickou podporu. Zapojením doprovázejících do ošetrovatelských úkonů jako jsou krmení, péče o dutinu ústní o kůži (pokud to pacient neodmítne).

17. Poskytujete doprovázejícím osobám, pokud mají zájem, praktickou pomoc v péči o umírajícího pacienta (péče o dutinu ústní, o kůži)? Pokud ano jak?

Ano poskytuji. Vysvětlím, jak mají dané úkony provádět a jakými prostředky.

18. Nabízíte, umožňujete doprovázejícím osobám možnost rozšířených návštěvních hodin? (Tj. mimo dobu návštěvních hodin)

Ano, návštěvní hodiny jsou u nás na oddělení téměř neomezené.

19. Pociťujete zájem o spolupráci při péči o umírajícího pacienta ze strany doprovázejících osob?

Ano, pociťuji.

20. Jaká je podle Vás úroveň péče v ČR o doprovázející osoby a co by mohlo vést k jejímu zlepšení?

Myslím, že péče o doprovázející osoby je nedostatečná. Ke zlepšení by vedlo mít dostatek času na kvalitní doprovázení pacienta.

3) Všeobecná sestra (S3) pracující na interním oddělení v Domažlické nemocnici 3 roky.

1. Víte jak správně komunikovat s doprovázejícími osobami?

Nejspíše ne. V nějakých situacích mi komunikace s doprovázejícími osobami dělá problém.

2. Jakým stylem komunikujete a sdělujete informace doprovázejícím osobám?

Myslím, že komunikuji srozumitelně a pomalu. Informace sděluji také pomalu, jednoduše a někdy informaci opakuji.

3. Vyjmenovala byste prosím některé zásady správné komunikace?

V komunikaci by měla být empatie, sdělování by mělo být srozumitelné a informace opakovat.

4. Dáváte dostatek času, prostoru pro případné dotazy či nejasnosti?

Ano, dávám

5. Vyhledáváte aktivně komunikaci s doprovázejícími osobami, nebo komunikujete pouze, pokud je to nezbytně nutné, či se komunikaci spíše vyhýbáte, není Vám příjemná?

Komunikaci moc nevyhledávám, není mi příjemná. Ale rozhodně se jí nevyhýbám.

6. Vyhledávají podle Vás doprovázející osoby komunikaci s ošetřovatelským personálem, či jsou spíše nekomunikativní, bez zájmu?

Většinou mají zájem, zajímají se o jejich blízkého.

7. Edukujete doprovázející osoby o roli doprovázení, významu této role či o péči o umírajícího pacienta?

Ne. Pokud doprovázející mají o doprovázení zájem, sami se ptají, co role obnáší, co pro blízkého mohou udělat.

8. Využíváte při edukaci doprovázejících osob nějaké pomůcky (literatura, letáky, video)? Jsou na Vašem oddělení k dispozici?

Literaturu na taková témata na oddělení máme, ale spíše je nepoužívám, není potřeba.

9. Nabízíte doprovázejícím osobám v případě potřeby konzultace s lékařem?

Ano nabízím. Vždy při příjmu i v průběhu hospitalizace pacienta doprovázející osoby na tuto možnost upozorňujeme.

10. Edukujete doprovázející osoby o možnostech duchovní péče?

Pokud je doprovázející osoba i umírající pacient věřící, sami se na tuto možnost zeptají. Pokud mají zájem, kněze povolíme.

11. Zajímáte se aktivně o téma „paliativní péče“?

Občas si přečtu nějaký článek na internetu, ale aktivně nevyhledávám.

12. Co si představíte pod pojem doprovázení umírajícího pacienta?

Doprovázení pacienta v poslední fázi svého života, aby neumíral sám, v izolaci.

13. Absolvoval/a jste někdy seminář na téma „paliativní péče“?

Ano dvakrát.

14. Myslíte si, že se seminářů na toto téma uskutečňuje dostatek?

Spíše je jich nedostatek. Hodně seminářů je velmi podobných na téma paliativní péče, ale ne přímo s ní souvisí.

15. Nabízíte doprovázejícím osobám aktivně vždy svou pomoc či pouze na požádání doprovázející osoby?

Aktivně svou pomoc nenabízím, ale pokud doprovázející požádají, vždy jim se vším pomohu.

16. Poskytujete doprovázejícím osobám emocionální, psychickou podporu, popřípadě jakým způsobem?

V určité míře ano. Pokud vycítím, že doprovázející má psychické problémy, snažím se mu pomoci svou přítomností, vlídným slovem, dotykem.

17. Poskytujete doprovázejícím osobám, pokud mají zájem, praktickou pomoc v péči o umírajícího pacienta (péče o dutinu ústní, o kůži)? Pokud ano jak?

Ano pokud mají zájem, vždy jim tuto pomoc poskytnu. Názorně jim předvedu, jak mají daný úkon provádět.

18. Nabízíte, umožňujete doprovázejícím osobám možnost rozšířených návštěvních hodin? (Tj. mimo dobu návštěvních hodin)

Ano, pokud jinak než v návštěvních hodinách se nemohou za pacientem dostavit, určitě mohou přijít kdykoliv podle domluvy s ošetrovatelským personálem.

19. Pociťujete zájem o spolupráci při péči o umírajícího pacienta ze strany doprovázejících osob?

Většinou ano, doprovázející mají snahu se podílet na péči jejich blízkého.

20. Jaká je podle Vás úroveň péče v ČR o doprovázející osoby a co by mohlo vést k jejímu zlepšení?

Myslím, že není úplně dostatečná, ale ošetrovatelský personál se snaží jim věnovat potřebnou péči i přes nedostatek časového prostoru. Takže samozřejmě ke zlepšení péče o tyto osoby by vedlo více časového prostoru personálu.

12.1. Kategorizace dat v tabulkách – všeobecné sestry

12.1.1. Oblast komunikace

Tabulka č. 1 – Komunikace a sdělování informací

Odpovědi sester	S1	S2	S3	Součet
vlídně	1			1
pomalu	1	1	1	3
srozumitelně	1	1	1	3
jednoduchou formou	1		1	2
opakování sdělení	1		1	2
neodborné názvy	1			1
prostor, čas pro vstřebání		1		1
empatie			1	1

Zdroj: autorka

Tato tabulka znázorňuje v kategorizované formě odpovědi všeobecných sester na otázku, jakým stylem či způsobem komunikují a sdělují informace doprovázejícím osobám umírajícího pacienta v nemocničním zařízení. Odpověď pomalu a srozumitelně se objevila u všech sester (S1, S2, S3). Dále zazněly odpovědi jednoduchou formou a opakování sdělení 2x (S1 a S3). Další odpovědi byly řečeny 1x a to vlídná komunikace (S1), informace obsahující neodborné názvy (S1), dostatek času a prostoru pro vstřebání informací (S2) a empatie (S3).

Tabulka č. 2 – Vyhledávání komunikace všeobecných sester

Odpovědi sester	S1	S2	S3	Součet
nevyhledávám			1	1
nevyhýbám se		1	1	2
většinou ano	1			1
záleží na doprovázející osobě	1			1
není mi příjemná	1		1	2
nezbytně nutně		1		1

Zdroj: autorka

Tato tabulka znázorňuje v kategorizované formě odpovědi všeobecných sester na otázku, zda vyhledávají aktivně komunikaci s doprovázejícími osobami, nebo komunikují pouze, pokud je to nezbytně nutné, či se komunikaci spíše vyhýbají, není jim příjemná. Nejčastějšími odpověďmi bylo, že se sestry komunikaci s doprovázejícími osobami nevyhýbají 2x (S2 a S3), ale není jim příjemná 2x (S1 a S3). K nejméně zastoupeným odpovědím patří, že komunikaci sestry nevyhledávají 1x (S3), aktivně vyhledávají 1x (S1), záleží na doprovázející osobě 1x (S1) a komunikují v nezbytně nutných případech 1x (S2).

12.1.2. Oblast edukace

Tabulka č. 3 – Edukace o roli doprovázení

Odpovědi sester	S1	S2	S3	Součet
ne		1	1	2
pasivně	1			1
nemám čas	1			1
pokud má zájem doprovázející	1	1	1	3

Zdroj: autorka

Tato tabulka znázorňuje v kategorizované formě odpovědi všeobecných sester na otázku, zda edukují doprovázející osoby o roli doprovázení umírajícího pacienta, významu této role a o péči o umírajícího blízkého. Všechny sestry odpověděly, že edukují pouze pokud doprovázející osoby mají zájem 3x (S1, S2, S3). K další časté odpovědi (2x) patří, že sestry needukují doprovázející osoby. Odpověď, že na edukaci sestra nemá čas, zazněla 1x (S1).

Tabulka č. 4 – Edukace o duchovní péči

Odpovědi sester	S1	S2	S3	Součet
nenabízím	1	1	1	3
pokud má zájem doprovázející	1		1	2

Zdroj: autorka

Tato tabulka znázorňuje v kategorizované formě odpovědi všeobecných sester na otázku, zda edukují doprovázející osoby o možnosti duchovní péče. Nejvíce zastoupená odpověď 3x byla, že sestry nenabízí možnost duchovní péče (S1, S2, S3). Odpověď pouze pokud má zájem doprovázející osoba zazněla 2x (S1 a S3).

12.1.3. Oblast spolupráce

Tabulka č. 5 – Psychická, emocionální podpora

Odpovědi sester	S1	S2	S3	Součet
ano	1	1	1	3
vyslechnu	1			1
utěším	1			1
kontakt (slovní, dotyk)	1		1	2
zapojení do úkonů		1		1
přítomnost			1	1

Zdroj: autorka

Tato tabulka znázorňuje v kategorizované formě odpovědi všeobecných sester na otázku, zda poskytují doprovázejícím osobám psychickou, emocionální podporu a popřípadě jakým způsobem. Všechny sestry odpověděly, že ano 3x (S1, S2, S3). Způsobem, kterým tuto podporu poskytují, byl častěji řečen kontakt (vlídným slovem, dotykem) 2x (S1 a S3). Další odpovědi zazněly 1x a to vyslechnutí (S1), utěšení (S1), zapojení do úkonů v péči o umírajícího (S2) a svou přítomností (S3).

Tabulka č. 6 – Praktická pomoc v péči o umírajícího

Odpovědi sester	S1	S2	S3	Součet
ano	1	1	1	3
podílení na péči	1			1
vysvětlení	1	1	1	3
postup	1	1	1	3

Zdroj: autorka

Tato tabulka znázorňuje v kategorizované formě odpovědi všeobecných sester na otázku, zda poskytují doprovázejícím osobám, pokud mají zájem, praktickou pomoc v péči o umírajícího pacienta (o dutinu ústní, o kůži) a pokud ano, jak. Nejvíce zastoupené odpovědi byly ano, poskytují 3x (S1, S2, S3), dále způsobem vysvětlení 3x (S1, S2, S3) a názornou ukázkou postupu 3x (S2, S2, S3). Odpověď poskytování způsobem podílení se na péči o umírajícího pacienta zazněla 1x (S1).

Tabulka č. 7 – Úroveň péče o doprovázející osoby v ČR podle všeobecných sester a zlepšení.

Odpovědi sester	S1	S2	S3	Součet
nedostatečná		1	1	2
dobrá	1			1
zlepšení - více času	1	1	1	3
zlepšení - více seminářů	1			1
zlepšení - edukace	1			1

Zdroj: autorka

Tato tabulka znázorňuje v kategorizované formě odpovědi všeobecných sester na otázku, jaká je podle nich úroveň péče o doprovázející osoby v ČR a co by vedlo ke zlepšení této péče. Dle výsledků je péče o doprovázející osoby nedostatečná 2x (S2 a S3), dobrá 1x (S1), kdy ke zlepšení této péče by vedlo více časového prostoru všeobecných sester 3x (S1, S2, S3), více seminářů 1x (S1) a edukace 1x (S1).

4) Doprovázející osoba (DO1), manželka umírajícího pacienta v Léčebně dlouhodobě nemocných v Klatovské nemocnici.

1. Jakým stylem s Vámi komunikuje ošetřovatelský personál?

Srozumitelně, ale pouze pokud se na něco zeptám. Někdy se mnou prohodí pár slov, ale spíše ošetřovatelský personál komunikuje s mužem. Při zhoršení zdravotního stavu se mnou personál komunikoval mnohem víc. Občas mám pocit, že mi něco zatajují.

2. Co považujete za nejdůležitější při komunikaci s ošetrovatelským personálem?

Určitě přítomnost úsměvů. Aby personál byl příjemný a sděloval mi pravdivé informace.

3. Máte potřebu hovořit s ošetrovatelským personálem o svých pocitech, potřebách či o doprovázení umírajícího pacienta?

Ano, je to pro mě důležité. Děti nemáme, občas se cítím psychicky vyčerpaná. Potřebuji ujistit, že je vše v pořádku, že mému muži nic nechybí.

4. Dává Vám ošetrovatelský personál dostatek prostoru pro Vaše dotazy?

Spíše ne, často mě odkazují na lékaře.

5. Je s Vámi ošetrovatelský personál ochoten rozebírat otázky týkající se života a smrti, pokud o tom chcete hovořit?

Záleží na povaze ošetrovatelského personálu. Ale spíše ano, je ochoten.

6. Jakým způsobem a stylem Vám byly poskytnuty informace o péči či doprovázení o umírajícího pacienta?

Srozumitelně, občas jsem sice něčemu nerozuměla, ale cíleně jsem se poté doptala.

7. Byly pro Vás informace, které Vám byly poskytnuty dostačující?

Myslím, že ano.

8. Jste spokojen/a s komunikací ošetrovatelského personálu?

Spíše ano.

9. Vyhovoval by Vám jiný styl, způsob komunikace ošetrovatelského personálu, popř. jaký?

Možná více aktivně komunikovat, ale chápu, že ošetrovatelský personál má mnoho práce a málo času.

10. Vysvětlil, popsal Vám ošetřovatelský personál, pokud jste o to požádal/a, určité úkony (péče o dutinu ústní, o kůži apod.), které jste ve své roli doprovázející osoby nezvládal/a?

Ano, pokud jsem požádala, vše mi vysvětlili, ukázali.

11. Edukoval Vás ošetřovatelský personál o možnosti konzultace s lékařem dle Vaší potřeby?

Ano.

12. Edukoval Vás ošetřovatelský personál o možnosti duchovní péče?

Zatím ne. I když jsme s mužem věřící, zatím jsem se ani na tuto možnost neptala.

13. Zajímáte se aktivně o „paliativní péči“ (z literatury, médií)?

Nezajímám.

14. Uměl/a byste popsat, co obnáší role doprovázející osoby?

Asi ano. Doprovázím muže v poslední fázi života. Každý den ho navštěvuji, snažím se o něj pečovat. Jsem mu nablízku, aby nebyl sám.

15. Myslíte si, že roli doprovázející osoby zvládáte bez problému?

Myslím, že úplně bez problému ne. Je to velmi psychicky náročné a vzhledem k tomu, že dojíždím do nemocnice každý den několik kilometrů, jsem vyčerpaná.

16. Nabídl, poskytl Vám ošetřovatelský personál praktickou pomoc v péči o umírajícího pacienta?

Ano, vysvětlil mi potřebné úkony.

17. Pociťujete dostatečnou psychickou, emocionální podporu od ošetřovatelského personálu? Jak Vám je poskytována?

Záleží jak kdy. Někdy cítím od ošetřovatelského personálu velkou psychickou podporu, někdy mi připadá, že jsem jim spíše neobtěž. Jsem tu každý den, možná se to personálu nelíbí. Podporu mi poskytují vlídným slovem, dotykem na rameno.

18. Nabídl, umožnil Vám ošetrovatelský personál možnost rozšířených návštěvních hodin (tj. mimo dobu návštěvních hodin)?

Ano, můžu navštěvovat muže kdykoliv.

19. Máte zájem o spolupráci s ošetrovatelským personálem?

Ano mám, záleží mi na všem, co pro mého muže mohu udělat.

20. Pokud byste měl/a obavy, psychické problémy či jakékoliv nejasnosti, obrátil/a byste se na ošetrovatelský personál?

Ano, bez obav.

21. Jaká je podle Vás úroveň péče v ČR o doprovázející osoby a co by mohlo vést k jejímu zlepšení?

Vzhledem k tomu, že muž byl dříve hospitalizovaný v okresní nemocnici a nyní ve fakultní nemocnici, cítím velký rozdíl v péči o doprovázející osoby. Ve fakultní nemocnici je péče dobrá. Ke zlepšení by asi vedlo více času a prostoru na péči o doprovázející osoby.

5) Doprovázející osoba (DO2), manžel umírající pacientky v LDN v Domažlické nemocnici.

1. Jakým stylem s Vámi komunikuje ošetrovatelský personál?

Myslím, že komunikuje srozumitelně, laicky.

2. Co považujete za nejdůležitější při komunikaci s ošetrovatelským personálem?

Samozřejmě vlídný přístup a zájem ze strany ošetrovatelského personálu.

3. Máte potřebu hovořit s ošetrovatelským personálem o svých pocitech, potřebách či o doprovázení umírajícího pacienta?

Ani ne, raději o takových věcech hovořím s rodinou. K ošetrovatelskému personálu nemám tak blízký vztah.

4. Dává Vám ošetrovatelský personál dostatek prostoru pro Vaše dotazy?

To ano.

5. Je s Vámi ošetrovatelský personál ochoten rozebírat otázky týkající se života a smrti, pokud o tom chcete hovořit?

Jelikož o tom s nimi nechci hovořit, tak to nemohu posoudit. Možná by se mnou o tom hovořili, možná ne.

6. Jakým způsobem a stylem Vám byly poskytnuty informace o péči či doprovázení o umírajícího pacienta?

Řekl bych srozumitelně, ošetrovatelský personál mi názorně ukázal co a jak provádět.

7. Byly pro Vás informace, které Vám byly poskytnuty dostačující?

Občas jsem tápal a musel jsem se doptávat. Měl jsem strach, abych manželce ještě více neublížil.

8. Jste spokojen/a s komunikací ošetrovatelského personálu?

Spíše ne, přijde mi, že jim překážím v práci a svými otázkami je otravuji. Jejich gesta o tom vypovídají.

9. Vyhovoval by Vám jiný styl, způsob komunikace ošetrovatelského personálu, popř. jaký?

Určitě ano. Více ochoty, spolupráce, vlídného přístupu, více informací.

10. Vysvětlil, popsal Vám ošetrovatelský personál, pokud jste o to požádal/a, určité úkony (péče o dutinu ústní, o kůži apod.), které jste ve své roli doprovázející osoby nezvládal/a?

To ano.

11. Edukoval Vás ošetrovatelský personál o možnosti konzultace s lékařem dle Vaší potřeby?

Ano, často mě na lékaře odkazují.

12. Edukoval Vás ošetrovatelský personál o možnosti duchovní péče?

Neseznámil mě s tím a ani nejsem věřící, takže mě to nezajímá.

13. Zajímáte se aktivně o „paliativní péči“ (z literatury, médií)?

Občas jsem něco hledal na internetu. Ale nějak více aktivně se nezajímám.

14. Uměl/a byste popsat, co obnáší role doprovázející osoby?

Že jsem s manželkou co nejvíce, aby nebyla v této fázi sama. Jsem jí psychickou podporou.

15. Myslíte si, že roli doprovázející osoby zvládáte bez problému?

To určitě ne. Mám pocit, že dělám pro manželku málo, ale vím, že více asi pro ni už nezmůžu.

16. Nabídl, poskytl Vám ošetrovatelský personál praktickou pomoc v péči o umírajícího pacienta?

Ano.

17. Pociťujete dostatečnou psychickou, emocionální podporu od ošetrovatelského personálu? Jak Vám je poskytována?

Nepociťuji. Víte, když jsem u manželky, ošetrovatelský personál přijde pouze občas na pokoj, zeptá se, zda je vše v pořádku a zase odejde. Na nějaké povídání nedochází.

18. Nabídl, umožnil Vám ošetrovatelský personál možnost rozšířených návštěvního hodin (tj. mimo dobu návštěvních hodin)?

Ano, jelikož pracuji, můžu za manželkou chodit kdykoliv mohu.

19. Máte zájem o spolupráci s ošetrovatelským personálem?

To mám. Chci se o manželku starat také.

20. Pokud byste měl/a obavy, psychické problémy či jakékoliv nejasnosti, obrátil/a byste se na ošetrovatelský personál?

Asi ano, při zhoršení manželčina stavu.

21. Jaká je podle Vás úroveň péče v ČR o doprovázející osoby a co by mohlo vést k jejímu zlepšení?

Úroveň péče je nedostatečná. Možná by bylo dobré, kdyby ošetřovatelský personál měl více času a aktivně s doprovázejícími komunikoval, spolupracoval apod. Asi mají moc práce a ve volné chvíli odpočívají, než aby se ještě běželi starat o doprovázející osoby.

6) Doprovázející osoba (DO3), dcera umírající pacientky v LDN v Chrudimské nemocnici.

1. Jakým stylem s Vámi komunikuje ošetřovatelský personál?

Moc nekomunikuje. Komunikuje a zajímá se spíše o nemocného a ošetřovatelské péči o něj. Přijde mi, že personál občas nesděluje pravdivé informace.

2. Co považujete za nejdůležitější při komunikaci s ošetřovatelským personálem?

Vzájemnou důvěru a podávání pravdivých informací.

3. Máte potřebu hovořit s ošetřovatelským personálem o svých pocitech, potřebách či o doprovázení umírajícího pacienta?

Potřebu mám, ale záleží na sestře, která právě slouží. Pokud mi není příjemná, raději s ní o takových věcech nehovořím.

4. Dává Vám ošetřovatelský personál dostatek prostoru pro Vaše dotazy?

Dle jejich času a momentální situace. Ale většinou ano.

5. Je s Vámi ošetřovatelský personál ochoten rozebírat otázky týkající se života a smrti, pokud o tom chcete hovořit?

Občas ano, ale spíše mě odkazují na lékaře či psychologa.

6. Jakým způsobem a stylem Vám byly poskytnuty informace o péči či doprovázení o umírajícího pacienta?

Informace mi byly poskytnuty ošetřujícím lékařem i personálem. Spíše písemnou formou. Obdržela jsem jakési papíry a bylo mi řečeno, že pokud nebudu něčemu rozumět, mám se na ně obrátit.

7. Byly pro Vás informace, které Vám byly poskytnuty dostačující?

Ne, hodně informací jsem si sama vyhledala na internetu a v literatuře.

8. Jste spokojen/a s komunikací ošetrovatelského personálu?

Většinou ano, ale záleží na povaze personálu, každý člověk je jiný.

9. Vyhovoval by Vám jiný styl, způsob komunikace ošetrovatelského personálu, popř. jaký?

Určitě hovořit laicky. Pro člověka, který nepracuje ve zdravotnictví, jsou některé názvy cizí.

10. Vysvětlil, popsal Vám ošetrovatelský personál, pokud jste o to požádal/a, určité úkony (péče o dutinu ústní, o kůži apod.), které jste ve své roli doprovázející osoby nezvládal/a?

Po požádání ano.

11. Edukoval Vás ošetrovatelský personál o možnosti konzultace s lékařem dle Vaší potřeby?

Ano, dostala jsem telefonní číslo na ošetřujícího lékaře do nemocnice. Pokud byl lékař v nemocnici přítomen, byl vždy ochotný.

12. Edukoval Vás ošetrovatelský personál o možnosti duchovní péče?

Ne.

13. Zajímáte se aktivně o „paliativní péči“ (z literatury, médií)?

Ano, z literatury a internetu.

14. Uměl/a byste popsat, co obnáší role doprovázející osoby?

Pomáhat blízkému po psychické, fyzické i sociální stránce.

15. Myslíte si, že roli doprovázející osoby zvládáte bez problému?

Je to velmi stresující role, ale snažím se ji zvládat bez větších problémů.

16. Nabídl, poskytl Vám ošetrovatelský personál praktickou pomoc v péči o umírajícího pacienta?

Ano.

17. Pociťujete dostatečnou psychickou, emocionální podporu od ošetrovatelského personálu? Jak Vám je poskytována?

Někdy ano, někdy ne. Záleží na sestře, která právě slouží. Když je mi tato podpora poskytována, tak formou rozhovoru.

18. Nabídl, umožnil Vám ošetrovatelský personál možnost rozšířených návštěvního hodin (tj. mimo dobu návštěvních hodin)?

Ano, návštěvy mohou být kdykoliv.

19. Máte zájem o spolupráci s ošetrovatelským personálem?

Ano mám.

20. Pokud byste měl/a obavy, psychické problémy či jakékoliv nejasnosti, obrátil/a byste se na ošetrovatelský personál?

Asi ano, ale personál by na mě musel působit příjemně, důvěrně.

21. Jaká je podle Vás úroveň péče v ČR o doprovázející osoby a co by mohlo vést k jejímu zlepšení?

Není dostatečná. Bylo by dobré s doprovázejícíma více komunikovat, vždyť i my jsme součástí této těžké fáze a potřebujeme občas pomoci.

12.2. Kategorizace dat v tabulkách – doprovázející osoby

12.2.1. Oblast komunikace

Tabulka č. 8 – Styl komunikace ošetrovatelského personálu

Odpovědi doprovázejících osob	DO1	DO2	DO3	Součet
srozumitelně	1	1		2
spíše komunikuje s nemocným	1		1	2
mám pocit, že mi něco zatajují	1		1	2
při zhoršení zdravotního stavu komunikují víc	1			1
laicky		1		1

Zdroj: autorka

Tato tabulka znázorňuje v kategorizované formě odpovědi doprovázejících osob na otázku, jakým stylem s nimi komunikuje ošetrovatelský personál. Nejvíce zastoupené odpovědi byly srozumitelně 2x (DO1 a DO2), spíše komunikují s nemocným 2x (DO1, DO3), mám pocit, že mi něco zatajují 2x (DO1 a DO3). Mezi dalšími odpověďmi zazněla laická komunikace 1x (DO2) a při zhoršení stavu pacienta personál s doprovázejícími osobami komunikuje více 1x (DO1).

Tabulka č. 9 – Potřeba hovořit o pocitech, potřebách, o doprovázení

Odpovědi doprovázejících osob	DO1	DO2	DO3	Součet
ano	1		1	2
ne		1		1

Zdroj: autorka

Tato tabulka znázorňuje v kategorizované formě odpovědi doprovázejících osob na otázku, zda mají potřebu hovořit s ošetrovatelským personálem o jejich pocitech, potřebách či o doprovázení umírajícího pacienta. Dvě doprovázející osoby mají potřebu hovořit s ošetrovatelským personálem (DO1 a DO2). Potřebu nemá jedna doprovázející osoba (DO2).

12.2.2. Oblast edukace

Tabulka č. 10 – Vysvětlení, popis úkonů v péči o umírajícího pacienta

Odpovědi doprovázejících osob	DO1	DO2	DO3	Součet
ano, pokud jsem požádal/a	1	1	1	3

Zdroj: autorka

Tato tabulka znázorňuje v kategorizované formě odpovědi doprovázejících osob na otázku, zda jim ošetřovatelský personál vysvětlil, popsal určité úkony v péči o umírajícího pacienta, které ve své roli doprovázející osoby nezvládaly. Všichni tři respondenti odpověděli ano, pokud o to ošetřovatelský personál požádají 3x (DO1, DO2, DO3).

Tabulka č. 11 – Zvládání role doprovázející osoby

Odpovědi doprovázejících osob	DO1	DO2	DO3	Součet
ne	1	1		2
snažím se vše zvládat			1	1

Zdroj: autorka

Tato tabulka znázorňuje v kategorizované formě odpovědi doprovázejících osob na otázku, zda si myslí, že roli doprovázející osoby zvládají bez problému. Většina odpověděla ne 2x (DO1 a DO2), odpověď snažím se vše zvládat 1x (DO3).

12.2.3. Oblast spolupráce

Tabulka č. 12 – Nabídnutí, poskytnutí praktické pomoci v péči o umírajícího

Odpovědi doprovázejících osob	DO1	DO2	DO3	Součet
ano	1	1	1	3

Zdroj: autorka

Tato tabulka znázorňuje v kategorizované formě odpovědi doprovázejících osob na otázku, zda jim ošetřovatelský personál nabídl, poskytl praktickou pomoc v péči o

umírajícího pacienta. Odpověď ano zazněla ve všech případech a to 3x (DO1, DO2 a DO3).

Tabulka č. 13 – Pocítění psychické, emocionální podpory

Odpovědi doprovázejících osob	DO1	DO2	DO3	Součet
někdy ano, někdy ne	1		1	2
nepocítuji		1		1
poskytují - vlídným slovem, rozhovorem	1		1	2
poskytují - dotykem	1			1

Zdroj: autorka

Tato tabulka znázorňuje v kategorizované formě odpovědi doprovázejících osob na otázku, zda pocítují dostatečnou psychickou, emocionální podporu od ošetrovatelského personálu a jak jim je tato podpora poskytována. Odpověď někdy ano, někdy ne zazněla 2x (DO1 a DO2) a nepocítuji 1x (DO2). Tato podpora je poskytována vlídným slovem či rozhovorem 2x (DO1 a DO3) a dotykem 1x (DO1).

Tabulka č. 14 – Úroveň péče o doprovázející osoby v ČR podle doprovázejících osob a zlepšení.

Odpovědi doprovázejících osob	DO1	DO2	DO3	Součet
dobrá	1			1
nedostatečná		1	1	2
zlepšení - čas a prostor na péči	1	1		2
zlepšení - aktivní komunikace			1	1

Zdroj: autorka

Tato tabulka znázorňuje v kategorizované formě odpovědi doprovázejících osob na otázku, jaká je podle nich úroveň péče o doprovázející osoby v ČR a co by mohlo vést k jejímu zlepšení. Většina si myslí, že je péče nedostatečná 2x (DO2 a DO3), dobrá 1x (DO1). Ke zlepšení by podle doprovázejících vedlo více času a prostoru pro spolupráci 2x (DO1 a DO2) a aktivní komunikace ze strany ošetrovatelského personálu 1x (DO3).

13. DISKUZE

V mé bakalářské práci jsem se zabývala průzkumem problémových oblastí ve spolupráci mezi ošetrovatelským personálem a doprovázejícími osobami umírajících pacientů v nemocničním zařízení na odděleních interních a v léčebnách dlouhodobě nemocných. Zaměřila jsem se na oblast komunikace, edukace a spolupráce. Rozhovory byly vedeny s ošetrovatelským personálem (všeobecnými sestrami) a doprovázejícími osobami.

Pro zjištění informací byly použity polostrukturované rozhovory se třemi všeobecnými sestrami a třemi doprovázejícími osobami v nemocničních zařízeních. Toto výzkumné šetření se ukázalo jako vhodná metoda, jelikož byly zjištěny nezbytné informace pro zodpovězení stanoveného cíle.

Všeobecné sestry, se kterými byly vedeny rozhovory, pracují v daném nemocničním zařízení 3 roky, 5 let a 6 let, což znamená, že mají dlouhodobou praxi v nemocničním prostředí. Byly ochotné a spolupracující. Rozhovory vedené s doprovázejícími osobami byly ztíženy vzhledem k psychicky náročné situaci doprovázení umírajícího člena rodiny.

Ke zjištění problémových oblastí ve spolupráci mezi ošetrovatelským personálem a doprovázejícími osobami bylo nutné, určit si výzkumné otázky zaměřující se na oblast komunikace, edukace a spolupráce.

Pro zjištění první výzkumné otázky zaměřené na správnost způsobu komunikace mezi ošetrovatelským personálem a doprovázejícími osobami, bylo položeno pro všeobecné sestry 6 otázek a pro doprovázející osoby 9 otázek.

Všeobecným sestrám na interních odděleních v Klatovské nemocnici, Domažlické nemocnici a Pardubické nemocnici byla v oblasti komunikace položena například otázka, jakým stylem komunikují s doprovázejícími osobami. Tyto údaje a odpovědi všeobecných sester jsou shrnuty v tabulce č. 1. Všechny tři dotazované sestry odpověděly, že komunikují pomalu a srozumitelně. Dále dvě sestry udaly, že informace podávají jednoduchou formou a důležitá sdělení opakují. V odpovědích se také vyskytla vlídná komunikace, empatie, používání ne odborných názvů a poskytnutí dostatečného času a prostoru pro vstřebání informací. Z daných odpovědí usuzuji, že všeobecné sestry ví, jak komunikovat s doprovázejícími osobami správným způsobem, kdy všechny dotazované dokázaly dále vyjmenovat některé zásady správné komunikace a na otázku, zda dávají dostatek prostoru a času pro případné dotazy či nejasnosti, zazněla u

všech dotazovaných odpověď ano. Další otázkou, která je znázorněna v tabulce č. 2, byla otázka, zda všeobecné sestry vyhledávají aktivně komunikaci s doprovázejícími osobami, nebo komunikují pouze, pokud je to nezbytně nutné, či se komunikaci vyhýbají, není jim příjemná. Většina sester se komunikaci s těmito osobami nevyhýbá, ale nevyhledává ji, není jim příjemná. Záleží také na doprovázející osobě, na její povaze a chování ke svému okolí. Samozřejmě mohou být bariéry jak na straně doprovázející osoby, tak i ošetřovatelského personálu. Odpovědi na tuto výzkumnou otázku ukazují, že sestry ví, jak správně komunikovat s doprovázejícími osobami, i když komunikaci nevyhledávají, nevyhýbají se jí. K základním požadavkům na komunikaci sester patří schopnost naslouchat, empatie, projevit porozumění, cítit úctu k člověku, schopnost poradit a individuální přístup. Sestry by se komunikaci s těmito osobami neměly vyhýbat, právě naopak by měly komunikaci aktivně vyhledávat k posouzení potřeb a psychického stavu doprovázejících osob, které potřebují pomoci nejen ve vykonávání určitých úkonů v péči o umírajícího, ale také potřebují cítit zájem ze strany personálu, který se odvíjí na následujícím doprovázení. Otázkou je, zda i doprovázející osoby pociťují ze strany personálu správnou komunikaci. (9, 16)

Doprovázejícím osobám na oddělení LDN v Klatovské nemocnici, Domažlické nemocnici a Chrudimské nemocnici byla v oblasti komunikace položena otázka, jakým stylem s nimi komunikuje ošetřovatelský personál (viz tabulka č. 8). Častou odpovědí byla srozumitelná komunikace, ale také pocit doprovázejících, že jim personál něco zatajuje a komunikuje spíše s pacientem než s nimi. K další odpovědi patří laická komunikace a jedna doprovázející osoba udala, že při zhoršení zdravotního stavu blízkého pociťuje aktivnější komunikaci ze strany sester. Z čehož vyplývá, že podle doprovázejících osob všeobecné sestry nekomunikují vždy správným způsobem, ale ve většině případů jsou s komunikací spokojeni, kromě názoru jednoho respondenta, který cítí, že je personálu spíše na obtíž. Z dalších otázek vyplývá, že i když jsou spokojeni, uvítali by aktivnější komunikaci ze strany sester, více ochoty a informací, vlídného přístupu a používání neoborných názvů. Další otázkou v oblasti komunikace je, zda doprovázející osoby mají potřebu hovořit s ošetřovatelským personálem o svých pocitech, potřebách či o doprovázení umírajícího pacienta, jak je znázorněno v tabulce č. 9. Že tuto potřebu mají, odpověděla většina respondentů. Potřebují ujistit, že je s blízkým vše v pořádku a nic mu nechybí. V jednom případě doprovázející udal, že tuto potřebu nepociťuje a raději o tomto tématu hovoří s rodinou. Velmi důležité je příbuzné dostatečně informovat, aby mohli svou roli zvládat, což jim dodává sílu. Jedná

se o informace nejen o nemoci, ale také o péči o umírajícího blízkého, komunikaci s ním i mezi ostatními členy rodiny. (9)

Pro zjištění druhé výzkumné otázky, jaká je míra edukace mezi ošetrovatelským personálem a doprovázejícími osobami, bylo položeno všeobecným sestřám 8 otázek a doprovázejícím 6 otázek.

Všeobecným sestřám na interních odděleních v Klatovské nemocnici, Domažlické nemocnici a Pardubické nemocnici byla v oblasti edukace položena například otázka, zda edukují doprovázející osoby o roli doprovázení, významu této role či péči o umírajícího pacienta (viz tabulka č. 3). Sestry odpověděly, že aktivně needukují, ale pokud mají doprovázející osoby zájem, tak je se vším obeznámí. Což je asi dáno i tím, že sestry nemají v pracovní době příliš času aktivně doprovázející blízké edukovat. K tomuto přispívá také fakt, že všichni respondenti udávají, že k edukaci nevyužívají žádné pomůcky (letáky, literatura) a ani na oddělení, kde pracují, nejsou většinou k dispozici. Dále v oblasti edukace byla položena otázka, zda ošetrovatelský personál edukuje doprovázející osoby o možnosti duchovní péče (viz tabulka č. 4). Většinou sestry seznamují blízké o možnosti této péče pouze, pokud doprovázející mají zájem a duchovní péči samozřejmě na oddělení umožní. Pouze v jednom případě tuto možnost na oddělení nemají k dispozici. Z dalších odpovědí uvádím, že se všechny dotazované sestry aktivně nezajímají o paliativní péči. Minimálně jednou absolvovaly seminář na toto téma, avšak udávají, že seminářů na toto téma se neuskutečňuje dostatek. Domnívám se, že vliv na absolvování seminářů má zajisté i časový prostor v osobním životě sester a také finance, vzhledem k tomu, že se semináře uskutečňují mimo pracovní dobu a jsou hrazeny z osobních zdrojů. Myslím si, že míra edukace doprovázejících osob ošetrovatelským personálem není dostatečná. Jako zásadní chybu vnímám edukaci o duchovní péči. Víra pomáhá pacientovi i blízkým přijmout smrt lépe, snadněji. Proto je velmi důležité dbát na řádné vyplnění anamnézy v oblasti víry hned při příjmu pacienta na dané oddělení. (9, 12)

Doprovázejícím osobám na oddělení LDN v Klatovské nemocnici, Domažlické nemocnici a Chrudimské nemocnici byla v oblasti edukace položena například otázka, zda jim ošetrovatelský personál popsal, pokud o to požádaly, určité úkony (péče o dutinu ústní, kůži), které jako doprovázející osoby nezvládaly (viz tabulka č. 10). Ve všech odpovědích zaznělo ano, ošetrovatelský personál vše vysvětlil a popsal. Důležité je poskytování praktické pomoci a pomoci rodině identifikovat problémové oblasti, v nichž tuto pomoc potřebují. Do další otázky k této oblasti patří, zda si doprovázející

osoby myslí, že roli doprovázení zvládají bez problému (viz tabulka č. 11). Blízcí umírajícího si myslí, že tuto roli bez problému nezvládají, ale snaží se vše zvládat. Umění doprovázet umírajícího pacienta tímto nesnadným, konečným úsekem života není snadné a přístup musí být naprosto individuální. Doprovázející osoby se ve většině případů aktivně o paliativní péči nezajímají, což si myslím, že také může mít vliv na celý proces doprovázení umírajícího člena rodiny. (9, 14)

Pro zjištění třetí výzkumné otázky, jaké jsou nedostatky v oblasti spolupráce mezi ošetrovatelským personálem a doprovázejícími osobami, bylo položeno všeobecným sestřám i doprovázejícím osobám 5 otázek.

Všeobecným sestřám na interních odděleních v Klatovské nemocnici, Domažlické nemocnici a Pardubické nemocnici byla v oblasti spolupráce položena například otázka, zda poskytují doprovázejícím osobám emocionální, psychickou podporu a popř. jakým způsobem (viz tabulka č. 5). Všechny sestry udávají, že tuto podporu samozřejmě poskytují a to nejčastěji slovním kontaktem či dotykem, svou přítomností, dále vyslechnutím, utěšením i zapojením doprovázejícího do úkonů v péči o blízkého. Zapojení do péče o umírajícího je myslím pro emocionální, psychickou podporu velmi přínosné. Je důležité, aby doprovázející měli pocit, že roli doprovázení zvládají, že svou přítomností a péčí svému blízkému pomáhají, což se odráží nejen na jejich psychickém stavu, ale také na psychice pacienta. Další otázka zněla, zda ošetrovatelský personál poskytuje doprovázejícím osobám, pokud mají zájem, praktickou pomoc v péči o umírajícího pacienta (péče o dutinu ústní, kůži) a pokud ano, jakým způsobem (viz tabulka č. 6). Všechny sestry praktickou pomoc poskytují a to formou vysvětlení postupu daného úkonu. Dále názorným předvedením a zapojením doprovázejících do těchto úkonů v péči o umírajícího. Na otázku, zda personál umožňuje doprovázejícím osobám možnost rozšířených návštěvních hodin, bylo ve všech případech odpovězeno ano. I když je doba návštěvních hodin daná, spíše se upravuje podle možností rodiny umírajícího pacienta. To cítíuji jako správné, v dnešní hektické době má člověk spousta práce nejen v zaměstnání, ale i v osobním životě a bohužel ne vždy se volná chvíle shoduje s dobou návštěvních hodin na daném oddělení v nemocnici.

Doprovázejícím osobám na oddělení LDN v Klatovské nemocnici, Domažlické nemocnici a Chrudimské nemocnici byla v oblasti spolupráce položena například otázka, zda jim ošetrovatelský personál nabídl, poskytl praktickou pomoc v péči o umírajícího pacienta (viz tabulka č. 12). Všechny osoby odpověděly, že jim tato pomoc je poskytována. A to také v jednom případě formou vysvětlení určitých úkonů v péči o

umírajícího blízkého. Určitě je důležité při zapojení členů rodiny do péče o pacienta, brát v úvahu i fyzické možnosti doprovázející osoby, která většinou může své síly přepínat a snažit se pro umírajícího blízkého udělat přemíru. Další otázka v této oblasti je, zda doprovázející osoby pocítují dostatečnou psychickou, emocionální podporu od ošetrovatelského personálu a jak jim je poskytována (viz tabulka č. 13). Většina respondentů tuto podporu pocítuje, ale ne vždy. V jednom případě ji doprovázející nepocítuje vůbec. Nejvíce emocionální, psychickou podporu poskytují sestry rozhovorem, vlídnými slovy a dále také dotykem. V odpovědích zaznělo také, že doprovázející osoba má pocit, že je personálu spíše na obtíž, vzhledem ke každodenním návštěvám umírajícího člena rodiny. Mezi účinné intervence k zajištění této potřeby patří pomáhat hledat způsoby, jak mohou doprovázející osoby pečovat i sami o sebe, jak se vyrovnat s těžkou situací či nalézat pozitiva na jejich roli doprovázejícího. Samozřejmě záleží i v tomto případě na povaze či aktuálním psychickém stavu doprovázejících, kteří tvrdí, že mají zájem o spolupráci s ošetrovatelským personálem. I všeobecné sestry většinou cítí aktivní zájem o spolupráci, i když sestra v jednom případě udává, že se setkává spíše s pasivními doprovázejícími. Ve spolupráci mezi personálem a doprovázejícími osobami neshledávám žádné větší nedostatky. Vzhledem k nespokojenosti jedné doprovázející osoby s psychickou, emocionální podporou, bych zmínila potřebu věnovat pozornost emocionálním potřebám, kdy rodina potřebuje vyrovnat se s nejistotou ohledně prognózy onemocnění blízkého. Je důležité pečovat o tyto osoby v průběhu terminální fáze umírajícího pacienta a zmapovat ohrožené skupiny doprovázejících osob, kterým je potřeba věnovat zvýšenou pozornost. Myslím, že ošetrovatelský personál by měl být vnímavý a pečlivě hodnotit dané situace a potřeby doprovázejících osob i pacienta. Na pomoc si samozřejmě lze přizvat i odborníka (psychologa či psychoterapeuta). (5, 9)

Rozhovory u obou skupin respondentů jsem ukončila stejnou otázkou, jaká je podle nich úroveň péče o doprovázející osoby v ČR a co by mohlo vést k jejímu zlepšení. Všeobecné sestry ve většině případů odpověděly, že péči o tyto osoby shledávají nedostatečnou, v jedné odpovědi dobrou (viz tabulka č. 7). Ke zlepšení by vedlo více času a prostoru na kvalitní péči o doprovázející osoby, více edukace a seminářů na téma paliativní péče a s ní spojenou spolupráci. Doprovázející osoby ve většině případů také pocítují nedostatečnou úroveň péče, kdy jeden respondent myslí, že je dobrá (viz tabulka č. 14). Ke zlepšení by i podle doprovázejících osob vedlo více časového prostoru na péči a aktivnější komunikace ze strany ošetrovatelského personálu. Myslím

si, že na všeobecné sestry je kladeno mnoho nároků a plnění kompetencí, že bohužel nemají dostatek času a prostoru na kvalitní péči o doprovázející osoby, které by si ji samozřejmě zasloužily a potřebovaly.

Celkově z těchto rozhovorů vyplývá, že v oblasti komunikace mají sestry základní znalosti, avšak myslím, že informovanost není zcela dostatečná. Vzhledem k tomu, že i když doprovázející osoby pocítují podané informace většinou dostačující, musejí se dále cíleně doptávat a občas nějaké informace sami dohledávat. Uvítali by sdělování s používáním neoborných názvů. Sestry by se komunikaci s doprovázejícími osobami neměly vyhýbat, naopak myslím, že je velmi důležitá aktivní komunikace a vyhledávání potřeb a nevyřčených obav doprovázejících osob. V oblasti edukace, jak jsem již zmínila, cítím problém v nabídce možnosti duchovní péče. Pro věřící pacienty a doprovázející osoby je tato péče velmi důležitá a pomáhá jim smířit se s koncem života. V oblasti spolupráce neshledávám žádné větší nedostatky, pouze více dbát na psychickou a emocionální podporu doprovázejících osob a aktivně vyhledávat jejich obavy či problémy.

ZÁVĚR

Péče o umírající pacienty a doprovázející osoby je v nemocničním zařízení velmi častá. Ošetrovatelský personál by měl vědět, jak správně pečovat nejen o pacienty v terminální fázi onemocnění, ale také především o osoby, doprovázející umírajícího blízkého poslední etapou života.

Tato bakalářská práce o spolupráci doprovázejících osob s ošetrovatelským personálem v nemocničním prostředí se skládá ze dvou částí. Teoretická část pojednává o paliativní péči a vysvětlení základních pojmů, komunikaci, doprovázení umírajících pacientů, etice v paliativní péči, psychicky náročných situacích a s nimi spojeným syndromem vyhoření a o celoživotním vzdělávání všeobecných sester. Praktická část obsahuje kvalitativní výzkum pomocí polostrukturovaných rozhovorů, kdy bylo osloveno celkem 6 respondentů. Tři všeobecné sestry a tři doprovázející osoby. Otevřený dotazník se skládal z 20 otázek pro personál a 21 otázek pro doprovázející osoby. V závěru bakalářské práce vyhodnocuji a zahrnuji získané informace od respondentů.

Do zdravotnických zařízení bych doporučila větší informovanost o komunikaci a spolupráci, zaměřující se na doprovázející osoby v paliativní péči formou seminářů na toto téma a jeho problematiku. Vzhledem k nedostatečné edukaci o duchovní péči bych doporučila více edukace všeobecných sester o spiritualitě a dbát na kvalitní vyplnění anamnézy při příjmu pacienta v oblasti víry.

POUŽITÁ LITERATURA

1. ANGENENDT, Gabriele, Ursula SCHÜTZE-KREILKAMP a Volker TSCHUSCHKE. *Psychoonkologie v praxi: Psychoedukace, poradenství a terapie*. Praha: Portál, 2010, 328 s. ISBN 978-80-7367-781-7.
2. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Manuálek o etice pro zdravotní sestry: České ošetrovatelství 5*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2003, 46 s. ISBN 80-7013-310-4.
3. IVANOVÁ, Kateřina. *Etika pro pracovníky ve zdravotnictví*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2005, 94 s. ISBN 80-7368-069-6.
4. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2007, 164 s. ISBN 978-80-247-2069-2.
5. MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada, 2010, 128 s. ISBN 978-80-247-3171-1.
6. MIKULÁŠTÍK, Milan. *Komunikační dovednosti v praxi*. Praha: Grada, 2003. 368 s. ISBN 80-247-0650-4.
7. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR VE SPOLUPRÁCI S NCO NZO, *Vše o kreditním systému*, [online]. [cit. 2012.02.17]. Dostupné z: http://www.nconzo.cz/c/document_library/get_file?uuid=65772a38-78db-4c83-b74b-0eab4875c04a&groupId=10900
8. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR, *ZÁKON 96/2004 o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních)* [online]. [cit.2012-02-23]. Dostupné z: http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/701?kam=z%C3%A1kon%20&c=96/2004
9. O'CONNOR, Margaret a Sanchia ARANDA. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. Praha: Grada, 2005, 324 s. ISBN 80-247-1295-4.
10. PAYNEOVÁ, Sheila, Jane SEYMOUROVÁ a Christine INGLETONOVÁ. *Paliativní péče: principy a praxe*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007, 804 s. ISBN 978-80-87029-25-1.
11. Postoj k nemoci. In: *Cesta domů: Umírání* [online]. 2012 [cit. 2012-03-17]. Dostupné z: <http://www.umirani.cz/faze-vyrovnani-se-s-nemoci.html>

12. Semináře pro zdravotní sestry 2012. *Vzdělávání* [online]. 2012 [cit. 2012-02-23]. Dostupné z: http://www.seminare-pro-zdravotni-sestry.cz/component/eventbooking/?task=view_categories&category_id=1
13. SKÁLA, Bohumil, Ondřej SLÁMA, Jiří VORLÍČEK a Blanka MISCONIOVÁ. *Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci: Doporučený léčebný a diagnostický postup pro všeobecné praktické lékaře*. Praha: Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře, 2005, 10 s. ISBN 80-86998-03-7.
14. SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2011, 149 s. ISBN 978-80-7195-580-1.
15. TUTKOVÁ, Jitka. Komunikace sestry - pacient. *Sestra*. 2007, č. 1, s. 22-23.
16. VENGLÁŘOVÁ, Martina; MAHROVÁ, Gabriela. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
17. WEISS, Petr a Laura JANÁČKOVÁ. *Komunikace ve zdravotnické péči*. Praha: Portál, 2008, 134 s. ISBN 978-80-7367-477-9.

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 – Komunikace a sdělování informací.....	43
Tabulka č. 2 – Vyhledávání komunikace všeobecných sester.....	43
Tabulka č. 3 – Edukace o roli doprovázení.....	44
Tabulka č. 4 – Edukace o duchovní péči.....	44
Tabulka č. 5 – Psychická, emocionální podpora.....	45
Tabulka č. 6 – Praktická pomoc v péči o umírajícího.....	45
Tabulka č. 7 – Úroveň péče o doprovázející osoby v ČR podle všeobecných sester a zlepšení.....	46
Tabulka č. 8 – Styl komunikace ošetrovatelského personálu.....	55
Tabulka č. 9 – Potřeba hovořit o pocitech, potřebách, o doprovázení.....	55
Tabulka č. 10 – Vysvětlení, popis úkonů v péči o umírajícího pacienta.....	56
Tabulka č. 11 – Zvládání role doprovázející osoby.....	56
Tabulka č. 12 – Nabídnutí, poskytnutí praktické pomoci v péči o umírajícího.....	56
Tabulka č. 13 – Pocítění psychické, emocionální podpory.....	57
Tabulka č. 14 – Úroveň péče o doprovázející osoby v ČR podle doprovázejících osob a zlepšení.....	57

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 – Otázky k rozhovoru s všeobecnými sestrami

Příloha č. 2 – Otázky k rozhovoru s doprovázejícími osobami

Příloha č. 3 – Fáze vyrovnávání se s nemocí (11)

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

apod. – a podobně

č. – číslo

popř. – popřípadě

tj. – to je

viz. – viděno

Sb. – Sbírký

ČR – Česká republika

LDN – Léčebna dlouhodobě nemocných

DO – doprovázející osoba

S – všeobecná sestra

14. PŘÍLOHY

Příloha č. 1 – Otázky k rozhovoru s všeobecnými sestrami

1. Víte jak správně komunikovat s doprovázejícími osobami?
2. Jakým stylem komunikujete a sdělujete informace doprovázejícím osobám?
3. Vyjmenovala byste prosím některé zásady správné komunikace?
4. Dáváte dostatek času prostoru pro případné dotazy či nejasnosti?
5. Vyhledáváte aktivně komunikaci s doprovázejícími osobami, nebo komunikujete pouze, pokud je to nezbytně nutné, či se komunikaci spíše vyhýbáte, není Vám příjemná?
6. Vyhledávají podle Vás doprovázející osoby komunikaci s ošetrovatelským personálem, či jsou spíše nekomunikativní, bez zájmu?
7. Edukujete doprovázející osoby o roli doprovázení, významu této role či o péči o umírajícího pacienta?
8. Využíváte při edukaci doprovázejících osob nějaké pomůcky (literatura, letáky, video)? Jsou na vašem oddělení k dispozici?
9. Nabízíte doprovázejícím osobám v případě potřeby konzultace s lékařem?
10. Edukujete doprovázející osoby o možnostech duchovní péče?
11. Zajímáte se aktivně o téma „paliativní péče“?
12. Co si představíte pod pojem doprovázení umírajícího pacienta?
13. Absolvoval/a jste někdy seminář na téma „paliativní péče“?
14. Myslíte si, že se seminářů na toto téma uskutečňuje dostatek?
15. Nabízíte doprovázejícím osobám aktivně vždy svou pomoc či pouze na požádání doprovázející osoby?
16. Poskytujete doprovázejícím osobám emocionální, psychickou podporu, popřípadě jakým způsobem?
17. Poskytujete doprovázejícím osobám, pokud mají zájem, praktickou pomoc v péči o umírajícího pacienta (péče o dutinu ústní, o kůži)? Pokud ano, jak?
18. Nabízíte, umožňujete doprovázejícím osobám možnost rozšířených návštěvních hodin? (Tj. mimo dobu návštěvních hodin)
19. Pociťujete zájem o spolupráci při péči o umírajícího pacienta ze strany doprovázejících osob?

20. Jaká je podle Vás úroveň péče v České republice o doprovázející osoby a co by mohlo vést k jejímu zlepšení?

Příloha č. 2 – Otázky k rozhovoru s doprovázejícími osobami

1. Jakým stylem s Vámi komunikuje ošetřovatelský personál?
2. Co považujete za nejdůležitější při komunikaci s ošetřovatelským personálem?
3. Máte potřebu hovořit s ošetřovatelským personálem o svých pocitech, potřebách či o doprovázení umírajícího blízkého?
4. Dává Vám ošetřovatelský personál dostatek prostoru pro Vaše dotazy?
5. Je s Vámi ošetřovatelský personál ochoten rozebírat otázky týkající se života a smrti, pokud o tom chcete hovořit?
6. Jakým způsobem a stylem Vám byly poskytnuty informace o péči či doprovázení o umírajícího blízkého?
7. Byly pro Vás informace, které Vám byly poskytnuty dostačující?
8. Jste spokojen/a s komunikací ošetřovatelského personálu?
9. Vyhovoval by Vám jiný styl, způsob komunikace ošetřovatelského personálu, popř. jaký?
10. Vysvětlil, popsal Vám ošetřovatelský personál, pokud jste o to požádal/a, určité úkony (péče o dutinu ústní, o kůži apod.), které jste ve své roli doprovázející osoby nezvládal/a?
11. Edukoval Vás ošetřovatelský personál o možnosti konzultace s lékařem dle Vaší potřeby?
12. Edukoval Vás ošetřovatelský personál o možnosti duchovní péče?
13. Zajímáte se aktivně o „paliativní péči“ (z literatury, médií)?
14. Uměl/a byste popsat, co obnáší role doprovázející osoby?
15. Myslíte si, že roli doprovázející osoby zvládáte bez problému?
16. Nabídl, poskytl Vám ošetřovatelský personál praktickou pomoc v péči o umírajícího blízkého?
17. Pociťujete dostatečnou psychickou, emocionální podporu od ošetřovatelského personálu? Jak Vám je poskytována?

18. Nabídl, umožnil Vám ošetrovatelský personál možnost rozšířených návštěvního hodin (tj. mimo dobu návštěvních hodin)?
19. Máte zájem o spolupráci s ošetrovatelským personálem?
20. Pokud byste měl/a obavy, psychické problémy či jakékoliv nejasnosti, obrátil/a byste se na ošetrovatelský personál?
21. Jaká je podle Vás úroveň péče v ČR o doprovázející osoby a co by mohlo vést k jejímu zlepšení?

Příloha č. 3 – Fáze vyrovnávání se s nemocí

Pět fází smířování se se ztrátou podle Elisabeth Kübler-Rossové.

1. Negace – šok, popírání
2. Agrese – hněv, vzpoura
3. Smlouvání – vyjednávání
4. Deprese – smutek
5. Smíření – souhlas

Fáze	Projevy	Co s tím?
Negace – šok, popírání	„Ne já ne, pro mě to neplatí.“ „To je určitě omyl.“ „Zaměnili výsledky!“	Neopustit, zůstat nablízku. Navázat kontakt, získat důvěru.
Agrese – hněv, vzpoura	„Proč zrovna já?“ „Čí je to vina?“ „Vždyť mi nic nebylo.“ Zlost na zdravé lidi, zdravotníky.	Dovolit odreagování, nepohoršovat se.
Smlouvání – vyjednávání	Hledání zázračných léků, léčitelů, diet. Ochota zaplatit cokoliv. Činí velké sliby.	Maximální trpělivost. Pozor, nenaletět „uzdravovacím“ podvodníkům.
Deprese – smutek	Smutek z utrpěné ztráty. Smutek z hrozící ztráty. Strach o zajištění rodiny.	Trpělivě naslouchat, pomoci urovnat vztahy, pomoci hledat řešení.
Smíření – souhlas	Vyrovnávání, pokora, boj skončil, je čas loučení. „Do tvých rukou.“ „Dokonáno jest.“	Mlčenlivá lidská přítomnost, držení za ruku, utřít slzy. Rodina možná potřebuje více pomoci než pacient!