

**Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.  
Praha 5**

**KOMUNIKACE SESTER S PACIENTY  
V TERMINÁLNÍM STÁDIU**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

ZUZANA GRYGÁRKOVÁ

Praha 2012

**VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s., PRAHA 5**

**KOMUNIKACE SESTER S PACIENTY  
V TERMINÁLNÍM STÁDIU**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

ZUZANA GRYGÁRKOVÁ

Stupeň kvalifikace: Bakalář

Studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Eva Kymrová

Praha 2012



**VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.**  
se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00

**Grygárková Zuzana**  
**3. B VS**

**Schválení tématu bakalářské práce**

Na základě Vaší žádosti ze dne 5. 4. 2011 Vám oznamuji  
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Komunikace sester s pacienty v terminálním stádiu

*Sister's Communication with Patients in Terminal Phase*

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Eva Kymrová

V Praze dne: 1. 9. 2011

prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc.  
rektor

## **PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedla v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům a jejím citováním.

V Praze dne 23.3.2012

*podpis*

## **PODĚKOVÁNÍ**

Touto cestou bych ráda upřímně poděkovala vedoucí bakalářské práce paní PhDr. Evě Kymrové za odborné vedení, trpělivost, spolupráci, laskavost a ochotný přístup, který přispěl k vytvoření této práce. Její cenné rady a podněty pro mě byly velkým přínosem.

Dále také děkuji internímu oddělení Nemocnice na Františku, oddělení ORL a LDN ve Fakultní nemocnici v Motole a oddělení ARO a JIP v Nemocnici Milosrdných sester sv. Karla Boromejského za umožnění sběru dat k mé práci.

V neposlední řadě děkuji mojí rodině, která svou trpělivostí a ochotou pomohla k vytvoření této práce.

Praha 2012

## **ABSTRAKT**

GRYGÁRKOVÁ, Zuzana. *Komunikace sester s pacienty v terminálním stádiu*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Eva Kymrová. Praha. 2012. 68 s.

Hlavním tématem bakalářské práce je průzkum na téma komunikace sester s pacienty v terminálním stádiu.

Bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a část praktickou. Teoretická část práce se zaměřuje na komunikaci, terminální stádium, psychiku umírajícího pacienta a věnuje se také specifické komplexní ošetrovatelské péči o pacienta v terminálním stádiu.

Praktická část práce je vypracovaná formou kvantitativního průzkumu, ve kterém jsme zjišťovali úroveň komunikace sester s pacienty v terminálním stádiu a také zda sestry rozumí potřebám těchto pacientů. Použili jsme nestandardizovaný škálový dotazník a průzkumný soubor byl zvolen základní. Vytyčené cíle byly splněny. Z výsledků průzkumu je patrné, že úroveň komunikace sester není dostačující, a že sestry nerozumí specifickým potřebám křehkých pacientů. Se záměrem posílení erudovanosti všeobecných sester jsme navrhli začlenit školení do zdravotnických zařízení na danou problematiku.

Klíčová slova

Komunikace. Pacient. Psychika. Smrt. Terminální stádium. Všeobecná sestra.

## **ABSTRACT**

GRYGÁRKOVÁ, Zuzana. *Sister's communication with patients in terminal phase*. Nursing College, o.p.s. Degree: Bachelor (Bc). Tutor: PhDr. Eva Kymrová. Prague 2011, 68 pages.

The main theme of this bachelor's thesis is research about Sister's communication with patients in terminal phase.

Bachelor thesis is divided into theoretical and practical parts. Theoretical part is focusing on communication, terminal phase, mental of dying patient and is also addressing specific comprehensive nursing care of a patient in terminal phase.

The practical part is elaborated with quantitative research regarding to level of sister's communication with patients in terminal phase and also if sisters understand their needs. We used nonstandard scale questionnaire and the basic research group. Set objectives were fulfilled. From the results it is proven that the level of sister's communication is not sufficient and also that sisters do not understand the specific needs of fragile patients. To strengthen the erudition we suggested incorporating the trainings into health sectors on this matter.

Key words

Communication. Death. General nurse. Mental. Patient. Terminal phase.

# OBSAH

## SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

<b>ÚVOD</b> .....	<b>10</b>
<b>1 KOMUNIKACE</b> .....	<b>11</b>
1.1 VYMEZENÍ POJMU .....	11
1.2 KOMUNIKAČNÍ FORMY .....	12
1.2.1 <i>Verbální komunikace</i> .....	12
1.2.2 <i>Neverbální komunikace</i> .....	13
1.2.3 <i>Sdělování činy</i> .....	15
1.3 KOMUNIKACE V NÁROČNÉ ŽIVOTNÍ FÁZI .....	15
1.4 KOMUNIKACE S RODINOU .....	16
<b>2 TERMINÁLNÍ STÁDIUM</b> .....	<b>17</b>
2.1 VYSVĚTLENÍ POJMU THANATOLOGIE .....	17
2.2 CHARAKTERISTKA POJMU TERMINÁLNÍ STÁDIUM.....	17
2.3 UMÍRÁNÍ .....	17
2.4 SMÍŘENÍ - PŘIJETÍ SOUČASNÉ SITUACE .....	18
<b>3 PSYCHIKA UMÍRAJÍCÍHO ČLOVĚKA</b> .....	<b>20</b>
3.1 VYSVĚTLENÍ POJMU .....	20
3.2 POTŘEBY.....	20
3.3 VĚDOMÍ BLÍZKOSTI SMRTI.....	21
<b>4 KOMPLEXNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE</b> .....	<b>23</b>
4.1 PALIATIVNÍ PÉČE.....	23
4.2 SPECIFIKA PÉČE .....	24
4.3 ODLIŠNOST PÉČE – DUCHOVNÍ DOPROVÁZENÍ .....	26
<b>5 METODIKA PRŮZKUMNÉ ČÁSTI BAKALÁŘSKÉ PRÁCE</b> .....	<b>28</b>
<b>6 VÝSLEDKY PRŮZKUMU A JEJICH ALANÝZA</b> .....	<b>30</b>
<b>7 DISKUZE</b> .....	<b>53</b>
7.1 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ .....	53
7.2 VYHODNOCENÍ HYPOTETICKÝCH TVRZENÍ .....	60
7.3 DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	61
<b>ZÁVĚR</b> .....	<b>64</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY</b> .....	<b>65</b>
<b>PŘÍLOHY</b>	



## SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 – návratnost dotazníků .....	30
Tabulka 2 – Pohlaví respondentů.....	31
Tabulka 3 – Věková kategorie .....	32
Tabulka 4 – Stupeň dosaženého vzdělání .....	32
Tabulka 5 – Pozice ve zdravotnickém týmu .....	33
Tabulka 6 – Délka praxe .....	34
Tabulka 7 – Pečoval/a jste již o pacienta v terminálním stádiu.....	35
Tabulka 8 – Druhy komunikace.....	35
Tabulka 9 – Považujete komunikaci za podstatnou.....	36
Tabulka 10 – Nejčastější forma komunikace.....	37
Tabulka 11 – Důležitost komunikace s rodinou .....	38
Tabulka 12 – Co je podstatné v komunikaci s rodinou.....	39
Tabulka 13 – Jak se účastníte kontaktu s rodinou .....	40
Tabulka 14 – Považujete kontakt s rodinou za přínosný .....	41
Tabulka 15 – Klíčové potřeby pacienta .....	42
Tabulka 16 – Upřednostnění potřeb pacienta .....	43
Tabulka 17 – Příznaky blížící se smrti.....	44
Tabulka 18 – Jak dlouho se obvykle zdržujete u pacienta.....	45
Tabulka 19 – Zájem o vyslechnutí snu pacienta.....	46
Tabulka 20 – Pojem smrt .....	47
Tabulka 21 – Fáze procesu umírání .....	48
Tabulka 22 – Zkušenost s dezorientovaným pacientem .....	49
Tabulka 23 – Vnímání úseku cesty .....	50
Tabulka 24 – Přejít branou jinam .....	51

## SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 – návratnost dotazníků.....	30
Graf 2 – Pohlaví respondentů .....	31
Graf 3 – Věková kategorie.....	32
Graf 4 – Stupeň dosaženého vzdělání.....	33
Graf 5 – Pozice ve zdravotnickém týmu.....	34
Graf 6 – Délka praxe.....	34
Graf 7 – Druhy komunikace .....	36
Graf 8 – Považujete komunikaci za podstatnou.....	37
Graf 9 – Nejčastější forma komunikace .....	38
Graf 10 – Důležitost komunikace s rodinou .....	39
Graf 11 – Považujete kontakt s rodinou za přínosný .....	42
Graf 12 – Upřednostnění potřeb pacienta .....	44
Graf 13 – Jak dlouho se obvykle zdržujete u pacienta .....	46
Graf 14 – Zájem o vyslechnutí snu pacienta.....	47
Graf 15 – Pojem smrt.....	48
Graf 16 – Fáze procesu umírání.....	49
Graf 17 – Zkušenost s dezorientovaným pacientem.....	50
Graf 18 – Vnímání úseku cesty.....	51
Graf 19 – Přejít branou jinam.....	52

## ÚVOD

Téma umírání a smrti je v České republice stále tabuizované, i přestože v minulosti model domácího umírání byl běžně praktikován. Dnešní situace je charakteristická vytěsňením smrti, i když se týká každého z nás. Mnoho se o ní nemluví, i přesto, že literatury je dostatek, avšak laici ani zdravotníci tyto publikace nevyhledávají. Většina z nás se možná nebojí smrti jako takové, ale bojí se utrpení, které smrti předchází, bolesti, samoty, nesoběstačnosti, bezmocnosti, reakce rodiny a dokonce i přístupu ošetrovatelského personálu. Přístup k umírajícím by měl být právě u zdravotnického personálu na nejvyšším žebříčku v komplexní ošetrovatelské péči. Všeobecná sestra přichází do úzkého kontaktu s umírajícími pacienty ve své praxi téměř každý den. Komunikace s těmito pacienty a jejich blízkými je velice náročná, stresující a může být i vyčerpávající, pakliže všeobecná sestra neovládá tuto oblast na profesionální úrovni.

Pro bakalářskou práci bylo zvoleno tabuizované a citlivé téma, neboť jsme přesvědčené, že profesionalita sester všech profesí, především sester všeobecných, se pozná právě v těžkých životních situacích. Během odborných praxí ve zdravotnických zařízeních bylo k povšimnutí, jak důležitá a mocná je komunikace s křehkými pacienty v práci všeobecné sestry. Jelikož k modernímu ošetrovatelství patří holistické pojetí péče, cítíme potřebu věnovat se oblasti komunikace s pacientem v terminálním stádiu a zmapovat stávající situaci této problematiky.

Cílem práce je zjistit úroveň komunikace sester s pacienty v terminálním stádiu a také, zda sestry rozumí potřebám těchto pacientů.

Bakalářská práce má dvě části, teoretickou a praktickou. V teoretické části se opíráme o uvedenou literaturu a jejím obsahem je komunikace, terminální stádium a psychika umírajícího člověka. Vytyčuje také komplexní ošetrovatelskou péči o pacienta a jeho rodinu v terminálním stádiu.

V praktické části se věnujeme empirickému průzkumu technikou nestandardizovaného anonymního škálového dotazníku. Práce je určena nejen pro zdravotnické pracovníky a studenty zdravotnických škol, ale také pro laickou veřejnost, která se zajímá o tuto problematiku. Přispěje k rozšíření, prohloubení a zkvalitnění poskytované ošetrovatelské péče.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 KOMUNIKACE

### 1.1 VYMEZENÍ POJMU

„Lidská komunikace je složitý a mnohvrstevný proces závislý na individuální psychice, inteligenci, na vzdělání a na individuálních i sociálních zkušenostech, například na schopnosti reflektovat zvykové (dobové) konvence a kulturní tradice“ (LINHARTOVÁ, 2007, s. 11).

Slovo komunikace pochází z latinského slova *communicare*, jehož význam je sdílet, radit se, dělat, od *communis*, společný. Patří tedy k základní bio-sociální výbavě člověka, ale individuálně se liší svou vyvinutostí, vycvičeností, dědičnými dispozicemi, rozvojem komunikačních dovedností, výchovou v rodině i způsobem, jímž je uskutečněna. Komunikovat znamená poskytnout zprávy, sdílet informace, vyměňovat si myšlenky a celkově se vyjadřovat takovým způsobem, aby si účastníci komunikace vzájemně rozuměli. Komunikace ve zdravotnictví je v mnoha ohledech velice specifická. Je to kontinuální a dynamický proces, kdy všeobecná sestra a pacient nejen sdílejí a interpretují určité informace, ale také budují a rozvíjejí svůj vzájemný vztah v těžké životní situaci, jakou je pro pacienta a jeho blízké, terminální stádium života. Komunikace je prostředek sociálního začlenění jednotlivce do skupiny, společenská interakce mezi lidmi a podmínka existence každého sociálního vztahu. Komunikace je tedy proto nedílnou součástí komplexní ošetrovatelské péče, je jejím základem, je vědou i uměním (ŠPATÉNKOVÁ et al., 2009).

V ošetrovatelské praxi rozlišujeme různé druhy profesionální komunikace, přičemž každý má své zákonitosti a význam.

**Sociální komunikace:** Jedná se o běžný hovor, kontakt s umírajícím pacientem, který si všeobecná sestra předem neplánuje. Zpravidla probíhá ve volném tempu a obvykle uspokojuje obě zúčastněné strany. Sociální komunikace tvoří teoretickou základnu pro komunikaci v ošetrovatelství a situace vhodné pro rozvoj jsou např. pomoc při jídle, úprava lůžka, hygiena, anebo nabídka rozhovoru.

**Strukturovaná (specifická) komunikace:** Jde o oblast komunikace, která má předem stanovený obsah, ve které sdělujeme důležitá fakta a motivujeme pacienta na jeho cestě. Zde jsou zvýšené nároky na srozumitelnost sdělení a přijatelnou formu, vzhledem k aktuálnímu stavu pacienta. Na závěr je nutné citlivě ověřit, zda pacient sdělení rozuměl a akceptuje ho.

**Terapeutická komunikace:** Odehrává se velkou měrou formou rozhovoru s pacientem a všeobecná sestra tuto komunikaci využívá velmi často. Tento způsob komunikace všeobecná sestra uplatňuje při denním kontaktu a poskytuje mu tak oporu a pomoc v těžkých chvílích rozhodování, v přijetí jeho situace, při adaptaci na změnu v jeho životě, překonat přechodný stres a psychologické překážky, které stojí v cestě k seberealizaci a smíření. Podpurný terapeutický rozhovor s pacientem v terminálním stádiu má za úkol zvýšit účinnost jiných léčebných přístupů. *Mezi metody terapeutické komunikace patří:* pozorný poslech, objasňování, parafrázování, cílené zaměření, používání dotyku, využívání ticha, ověření správnosti přijetí zprávy, všeobecné vedení, používání otevřených nedokončených otázek, výroků a shrnutí (BOROŇOVÁ, 2010).

## 1.2 KOMUNIKAČNÍ FORMY

### 1.2.1 Verbální komunikace

Verbální komunikací se rozumí sdělování prostřednictvím slov, popř. jinými znakovými symboly. Řeč lidem umožňuje komunikovat, ovlivňovat sebe i ostatní a myslet. Jde o sdělování obsahů informací a zpráv. Slova mají významnou informační hodnotu a jsou mocná, mohou jak zranit, tak velice pomoci. Verbální komunikace by měla být jasná, stručná a srozumitelná. Patří mezi dovednosti, které je možno, ba přímo nutno, rozvíjet po celý život. Dobře komunikovat s umírajícím pacientem neznamená jen zvolit správná slova. Je také důležité věnovat pozornost dalším prvkům, jako jsou: intonace, rychlost řeči, hlasitost, pomlky, výška hlasu, přítomnost embolických slov a délka projevu. *Kritéria pro úspěšnou verbální komunikaci jsou:* jednoduchost, stručnost, zřetelnost, vhodné načasování, adaptabilita, přehlednost informací, závažnost dané situace, důvěryhodnost, výstižnost, přizpůsobivost, oboustrannost a nekladení mnoho otázek najednou (LINHARTOVÁ, 2007).

Jednou z nejdůležitějších komunikačních dovedností je **naslouchání**. Obvykle bývá označováno jako nejdůležitější součást rozhovoru s umírajícím pacientem a tvoří jeho aktivní složku. O naslouchání se hovoří někdy jako o poslouchání “třetím uchem”, aby se podařilo rozpoznat to, co je v pacientově sdělení skryto. Tím, že nasloucháme, umožňujeme druhému splnění jeho přání, tedy možnost se vyjádřit a svěřit. Nasloucháním se také dává najevo ochota pomoci. Je možné naslouchat třemi základními způsoby: *ušima, očima a srdcem*. Ušima slyšíme slova a uvědomujeme si jejich význam a sledujeme také pomlky a pauzy. Očima vidíme výraz v obličeji, postoj a pohled hovořícího. Srdcem jsme schopni vnímat a cítit empatii k dané osobě, neboť empatie je stav srdce (KELNAROVÁ et al., 2009).

### 1.2.2 Neverbální komunikace

V komunikaci nejde jen o slova, bohaté informace nám poskytne také neverbální komunikace, tedy řeč těla a paralingvistika, tón a síla hlasu, rychlost řeči apod. Neverbální komunikací se rozumí komunikace beze slov. Neverbální komunikace může někdy zcela nahradit komunikaci verbální, kdy v určité situaci postačí mimika nebo nějaké gesto, není třeba říkat žádná slova, aby umírající pacient pochopil, co se mu snažíme sdělit. Neverbální komunikace se obecně považuje za upřímnější než verbální projev. Neverbálně sdělujeme 60 až 80 % informací. Řeč těla je záležitostí instinktu. Základní gesta a mimika jsou stejné pro všechny lidi na planetě. Neverbální projevy jsou tedy společným světovým dorozumívacím jazykem, mohou se však lišit v odlišných kulturách (VENGLÁŘOVÁ et al., 2006).

*Členění neverbální komunikace:*

- **Mimika** – výraz v obličeji. Pomocí mimiky vyjadřujeme emoce a kulturně tradovaná gesta.
- **Proxemika** – přiblížení a oddálení. Jde o podvědomé členění vlastního prostoru s následným udržováním jistých hranic. Termín je odvozen od latinského slova *proximity*, tedy blízkost. Tímto termínem se vyjadřuje prostorová vzdálenost, která se chápe ve dvou úrovních: vertikální a horizontální. Proxemické horizontální zóny jsou: intimní = 0 – 45 cm, osobní = 45 – 120 cm, sociální = 1,20 m – 3,60 m a veřejná = 3,60 m – 7,60 m.
- **Haptika** – dotek. Nejčastější místa doteku u pacienta jsou dlaně, hřbet ruky,

ramena a hlava. Hmatový kontakt je zprostředkován tlakem na kůži, působením tepla, chladu, vibrací, bolestí, nebo chvěním. Dotyková komunikace vyžaduje od sestry schopnost empatie a dotykové kultury. Důležité je také respektovat zóny přátelského dotyku u téhož a opačného pohlaví.

- **Posturologie** – řeč držení těla, fyzických postojů a polohových konfigurací, např. schoulení, poloha vestoje, vleže anebo vzpřímení. Tělesná poloha naznačuje nejen, co se s umírajícím pacientem děje v přítomnosti, ale i to, co se stalo před chvílí a také lze do určité míry předpovídat, jak se pacient bude chovat v nastávajících chvílích. Při tělesném postoji je důležitý moment určité časové stálosti, tedy setrvačnosti.
- **Kinezika** – řeč pohybů, popisuje pohyby rukou, nohou, částí těla, případně celého těla. Všimá si jejich dynamiky, svižnosti nebo pomalosti, napětí či uvolněnosti.
- **Gestika** – je součástí kineziky. Zabývá se pohyby rukou, které odrážejí nebo zvýrazňují to, co si přeje umírající pacient nebo, co chce říct slovy. Velice často zcela nahrazují verbální komunikaci.
- **Řeč očí** – pohledy mohou být nepříjemné a příjemné.
- **Úprava zevnějšku** – např. styl oblečení, účes, líčení, čistota pracovního oděvu.
- **Chronemika** – zacházení a hospodaření sestry s časem. Vypovídá, jak je sestra dochvilná, kolik času věnuje jednotlivým pacientům a určitým problémům.
- **Vůně těla** – mohou být nepříjemné a příjemné.
- **Paralingvistika** – představuje přechod od neverbální komunikace ke komunikaci verbální. Zesiluje, nebo naopak zeslabuje obsah sdělení, zpochybňuje ho, nebo naopak potvrzuje, dává najevo postoj řečníka k dané věci, jeho zaujetí, zájem, vřelost, sympatii nebo zlobu (HONZÁK, 1999).

Neverbální chování je sice dobře viditelné, zato nesnadno interpretovatelné, a proto může lehce dojít ke generalizaci a přeceňování neverbální komunikace. Proto je potřeba velké opatrnosti při dekódování neverbálních signálů, protože se nedají interpretovat jednoznačně. Způsob neverbální komunikace je podmíněn celou řadou faktorů, např. temperamentem, věkem jak všeobecné sestry, tak umírajícího pacienta, situačním stavem, pohlavím, geografickou a etnickou oblastí, sociální třídou a popřípadě

společenskou skupinou (VENGLÁŘOVÁ et al., 2006).

### 1.2.3 Sdělování činy

Sdělování činy představuje tu stránku komunikace, která je zaměřena na to, co děláme, jak jednáme a jaké máme chování v určitých situacích. Někdy se hovoří o tzv. konativní složce komunikace. Svých chováním a svými činy vždy přímo ovlivňujeme dění kolem sebe. Proto je důležité, jestli naše verbální a neverbální komunikace je v souladu. Inkongruentním projevem se sestra stává nedůvěryhodnou, obtížně se zařazuje do týmové práce, její konání poškozuje vztahy a pacient v terminálním stavu k takovému týmu může ztrácet důvěru (KELNAROVÁ et al., 2009).

Nejčastějším projevem je snaha zakrývat své nedostatky a chyby. Důležité prvky spolupráce se zaměřují na činy a tím na vysoký nárok na morálku a etiku všeobecné sestry. Je důležité, aby si všeobecná setra byla vědoma toho, co říká a jak se u toho tváří (KUTNOHORSKÁ, 2007).

## 1.3 KOMUNIKACE V NÁROČNÉ ŽIVOTNÍ FÁZI

*„Při umírání pacienta je velmi důležitá komunikace se zdravotnickým personálem. Pacient si přeje, aby mu někdo naslouchal, držel ho za ruku i v posledních okamžicích života. Přeje si umírat bez bolesti, důstojně, aby nebyl osamocen a aby nebyla narušena kvalita jeho života. Lze tedy prokázat, že komunikace sestry s umírajícím patří mezi priority při ošetrovatelské péči“ (KELNAROVÁ, 2007, s. 8).*

Ne kvantita, ale kvalita života se stává cílem péče o pacienta v terminálním stádiu života. Obzvláště v péči o umírajícího člověka je důležité věnovat dostatečný čas komunikaci. Dobrá komunikace je základem úspěšné ošetrovatelské péče o umírajícího pacienta. Dokonalá a efektivní komunikace je talentem každé všeobecné sestry, avšak existují jednoduchá pravidla, která mohou pomoci každému (KŘIVOHLAVÝ et al., 1995).

Použití *Já*, oproti *Ty*. Respektování práv na pravdivé informace. Být empatický k emocím, pocitům a motivům umírajícího pacienta. Vyjadřovat se jasně, citlivě, specificky a umět velice dobře naslouchat. Pečlivě volit slova a používat i vhodně zvolenou neverbální komunikaci, zejména haptiku, mimiku a proxemiku. Umožnit



umírajícímu hovořit o jeho pocitech a potřebách, akceptovat jeho chování a dát najevo porozumění (INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES, 2009).

Uvědomit si, s kým všeobecná sestra jedná. Jestli komunikuje s člověkem s východním anebo západním pohledem na svět. *„Aby mohla být pacientům i v terminální fázi poskytována kvalifikovaná ošetrovatelská péče, musí zdravotničtí pracovníci umět komunikovat s pacienty a jejich rodinami v atmosféře nadcházející smrti“* (ŠPATÉNKOVÁ et al., 2009, s. 115).

## **1.4 KOMUNIKACE S RODINOU**

Komunikace s rodinou umírajícího pacienta je nedílnou součástí péče o umírajícího pacienta. Rodina umírajícího pacienta potřebuje podporu a odborné konzultanty, aby se mohla postupně vyrovnávat s nepříznivou diagnózou člena rodiny, ať už jsou nuceni čelit takové situaci okamžitě, nebo krok za krokem (LUGTON, 2002).

Péče o příbuzné pacienta by měla začít již v době stanovení diagnózy a léčby. Rodina musí cítit, že je doprovázena, poučena, povzbuzována, vyslyšena, a že může projevit svůj strach i hněv. Umírající člověk obvykle vycítí postoj a prožívání jeho rodiny a blízkých k dané situaci. Příbuzní, kteří nedostanou včas dostatečné množství informací, ztrácejí důvěru ve zdravotní systém a hůře spolupracují (SVATOŠOVÁ, 2008).

Rodina plná zármutku a obav často není schopna rozumět a naslouchat důležitému poselství, které jí umírající při prožitku umírání sděluje. Příbuzní mají právo na pravdivé informace, které jsou pro ně velice důležité. Potřebují slyšet ujištění, že jejich blízký nebude trpět fyzickou, psychickou, sociální a ani duchovní bolestí. Je pro ně podstatné vědět, že pacient nebude umírat sám, opuštěný, že ho budou moci doprovázet ve dne v noci (pokud je tomu nemocniční zařízení uzpůsobené). Psychickému povzbuzení a emocionálním potřebám rodiny je třeba, aby všeobecná sestra věnovala zvýšenou pozornost. Chce-li všeobecná sestra nabídnout profesionální podporu umírajícímu pacientovi a jeho blízkým, musí si sama uvědomit své pocity a postoje k umírání a smrti (SVATOŠOVÁ, 2008).

## 2 TERMINÁLNÍ STÁDIUM

### 2.1 VYSVĚTLENÍ POJMU THANATOLOGIE

„Thanatologie je většinou definována jako interdisciplinární vědní obor o smrti a o všech fenoménech, které jsou s ní spojeny“ (HAŠKOVCOVÁ, 2007, s. 178). Název je odvozen od jména řeckého boha smrtelného spánku a smrti – *Thanatos*. Zabývá se procesy umírání a smrti. Thanatologie je také chápána jako nauka o psychologických a lékařských aspektech smrti a umírání (HAŠKOVCOVÁ, 2007). Základy moderní thanatologie vymezila počátkem šedesátých let švýcarsko-americká psycholožka Elisabeth Kübler-Rossová (†2004).

### 2.2 CHARAKTERISTKA POJMU TERMINÁLNÍ STÁDIUM

Smrt každého člověka je jedinečná a neopakovatelná ve svém subjektivním prožitku, je také obecným lidským fenoménem, prozkoumaným medicínou a biologií. Smrt jednoznačně patří k člověku a je součástí života. Smrt je jediná jistota, která nemine nikoho z nás. Umírání je poslední fází pozemského života. Umírání nazýváme terminální stádium, tedy poslední, koncový, vrcholový či infaustní. Proces, který vede k postupné a nezvratné degradaci životně důležitých tkání a orgánů až k zániku jedince, který může být různě dlouhý, od pár dní, přes několik týdnů až po několik let (KELNAROVÁ, 2007).

Tento jev je pro každého člověka vysoce individuálním prožitkem závislý na mnoha faktorech. Jinak toto období bude prožívat člověk západní kultury, jinak zase člověk kultury východní (KYMROVÁ, 2011).

### 2.3 UMÍRÁNÍ

Proces umírání se dělí do tří částí. Období před umíráním nazývané **pre finem**, období umírání, **in finem** a období po smrti, **post finem**. Období pre finem není pouze období několika měsíců až roků před smrtí od zjištění nemoci, která je neslučitelná se životem. V hlubším slova smyslu nalézáme počátek umírání již při zrození. Organismus postupně stárne, energie vyhasíná a síl ubývá. Uvědomění si tohoto faktu je pro nás

velikým darem a výzvou ke smyslu a kvalitě prožívání života. S empatií, láskou a osvícenějším postojem může být umírání pokojnou a významnou zkušeností. V období *in finem* dochází k postupnému selhávání životně důležitých orgánů a projeví se buď jisté anebo nejisté známky smrti (HAŠKOVCOVÁ, 2007).

Vlastní okamžik smrti obvykle předchází změněné stavy vědomí a kóma, nejhlubší forma bezvědomí. Nejdůležitější objektivní známky odchodu jsou změna frekvence a nepravidelnost tepu, klesající krevní tlak, unavený výraz v obličeji, kalící vědomí, nepravidelné dýchání, ochlazování konců končetin, euforie, Hippokratova tvář, nepravidelné mrkání a zvýšení chyb v řeči pacienta. Vzhled umírajícího pacienta *ante finem*, před koncem života, prozradí zapadlé oči, chladné uši a nos, změna dechu, bledá až světlá kůže, obvykle lepkavá studeným potem, puls je špatně hmatatelný a nepravidelný a dochází k úniku moči a stolice. Umírající většinou odchází ze světa tiše. Období *post finem* zahrnuje i péči o tělesnou schránku mrtvého a psychické prožívání pozůstalých (KŘIVOHLAVÝ et al., 1995).

Elisabeth Kübler-Rossová popsala psychickou odezvu pacienta na těžkou životní situaci v pěti fázích. **Negace** je fází, kdy u pacienta dojde k šoku a popírání. Nemocný nechce přijmout sdělení a situaci, ve které se nachází. Nevěří, že se zlá zpráva týká jeho. Druhou fází je **agrese**, ve které se projevuje hněv a vzpoura na okolí a na zdravé lidi. Ptá se proč zrovna on a čím to je vina. Třetí fází je **smlouvání**, v níž pacient vyjednává o svojí situaci. Hledá zázračné léky, činí velké sliby a je ochoten zaplatit cokoliv. Čtvrtou fází je **deprese**, která sebou nese smutek z utrpěné a hrozící ztráty a případný strach o zajištění rodiny. Pátou fází je **smíření**, ke které ale umírající pacient nemusí vždy dojít. Souhlas se stávající situací zahrnuje přijetí sebe samého, pokoru, čas na loučení a vyrovnání se. Fáze se u pacienta v terminálním stádiu mohou různě prolínat v individuálních časových intervalech, třeba i v jednom dni. Některé fáze mohou zase zcela chybět (KÜBLER-ROSSOVÁ, 1992).

## 2.4 SMÍŘENÍ - PŘIJETÍ SOUČASNÉ SITUACE

Všechno v životě každého z nás začíná a končí. Život začíná prvním nádechem a končí výdechem posledním. Nic netrvá věčně, vše má svůj začátek a konec. Je důležité se naučit samostatnosti a odvaze, abychom v době naší smrti zvládli náročnou zkoušku. Za smrt se dá prakticky považovat každý konec všeho, a proto je nutné se

naučit opouštět vše, co je nám drahé. Když přijde ten okamžik, nikoho nemůžeme držet, přišel jeho čas a my jej musíme nechat odejít. „*Vše je řízeno daleko větší tvůrčí silou, než si myslíme a nic se nedá oddálit, zachránit, ochránit, ukrást a obejít. A proto je důležité každý odchod, každou ztrátu přijmout*” (BLECHOVÁ, 2009, s. 123).

S každým odchodem přichází zase někdo jiný, s každou ztrátou přichází nové bohatství, s každou smrtí se zrodí něco nového. Je to věčný koloběh života, který není možné zastavit. Přejít do nového světa na druhý břeh mohou jen duše, které jsou schopny se přizpůsobit. Teprve, když duše zesílí, naučí se tvořivosti, odpovědnosti v sobě, ukázněnosti, nebojí se samoty, jsou znalé a dospělé, mohou přejít do nového světa (BLECHOVÁ, 2009).

Čas neexistuje, a proto záleží na každé duši, jak dlouho jí bude trvat, než bude připravena. Zda jeden, či dokonce více životů. Člověk je plný lásky, a proto se necítí sám, je provázen se vším okolo sebe, protože vše se vším souvisí. Každá duše si přeje přejít na druhý břeh, protože zde již neexistuje utrpení, zde žije jen láska a svoboda duše i ducha. Život má smysl i v té nejtěžší situaci, a pakliže člověk dojde k tomuto uvědomění, jeho okamžik smíření bude pro něj velkým uvolněním a posunem (HOUGHAM, 2008).

## 3 PSYCHIKA UMÍRAJÍCÍHO ČLOVĚKA

### 3.1 VYSVĚTLENÍ POJMU

Slovo psychika pochází z řeckého slova *psyché*, jehož význam je duše. Zabývá se vnitřním světem člověka, duševními vlastnostmi, procesy a stavy. „*Psychika je řídicím nástrojem, který řídí veškerý biosystém organismu*“ (KYMROVÁ, 2011, s. 80).

Je to množina informačních jevů, které probíhají v organismu. Člověk je otevřený energoinformační systém a nachází se v prostředí, ze kterého čerpá zdroje pro svou existenci. Nalézají kontakty, které se v tomto prostředí naskytují, což znamená, že mezi člověkem a prostředím vzniká komunikace. Kromě toho vzniká neustále komunikace mezi psychikou a organismem, tedy systémem řídicím a částí, která je řízená. „*Každé zhoršení některé z těchto komunikací, zmenšuje pravděpodobnost další existence systému jako celku*“ (KYMROVÁ, 2011, s. 81).

Vážná nemoc zpravidla vede pacienta k přehodnocení jeho dosavadních hodnot a postojů. Je-li tato příležitost správně pochopena, přijata a zúročena, může být terminální stádium nejpłodnějším a nejcennějším úsekem života. Význam utrpení má smysl, neboť umožňuje růst a osobní zrání. Učí člověka milovat život, pochopit jeho nesamozřejmost, jedinečnost každého okamžiku a každého člověka (SVATOŠOVÁ, 2008).

### 3.2 POTŘEBY

Potřeba se vymezuje jako stav nedostatku nebo nadbytku něčeho. Tento nedostatek nebo nadbytek je žádoucí odstranit, než se začne projevovat nepříjemný stav napětí a emoční tenze. Určitá potřeba stimuluje člověka k odpovídajícímu jednání za účelem vyhnout se nějaké nepříznivé životní podmínce, nebo naopak vyhledat takovou podmínku, která je pro život a uspokojení dané potřeby vlídná. Potřeby umírajícího pacienta jsou různého charakteru a jsou značně individuální. Zráním jedince by se jeho potřeby měly během života kultivovat. Americký psycholog Abraham Maslow (†1970) vyvinul teorii lidských potřeb (viz příloha C). Předpokládal, že saturace nižších potřeb je nezbytná k saturaci potřeb vyšších a že vyšší potřeby vyžadují k saturaci příznivější

podmínky (TRACHTOVÁ et al., 2004).

Nejvyšší potřeba, potřeba smyslu, je v životě každého člověka naplnění smyslu prioritou, životním úkolem. Sám život je pro každého úkol. Cesty k naplnění životního smyslu vedou přes různé kategorie hodnot. *„O smysluplnosti života rozhodují jeho vrcholné body a jediný okamžik může dát zpětně smysl celému životu, říká Frankl”* (SVATOŠOVÁ, 2008, s. 38).

Přiměřený sociální standard a kvalitní lékařská a ošetrovatelská péče jsou nezbytným předpokladem pro naplňování psychických a spirituálních potřeb umírajících pacientů. *Mezi tyto potřeby řadíme především:* potřeba nezůstat sám a komunikovat s druhými, potřeba soukromí a intimity, potřeba hovořit o své situaci pravdivě, potřeba hovořit o smyslu svého života, potřeba vyjádřit se ke svému současnému stavu, potřeba hledání odpovědi na položku, či má utrpení smysl, potřeba truchlit, potřeba rituálů, potřeba ujištění, že smrt nebude bolet, potřeba přípravy na vlastní smrt, potřeba ujištění, že příbuzní unesou bolest ze ztráty, potřeba udržení kvality života (KAVLACH, 2010).

Je nezbytné ponechat umírajícímu pacientovi přiměřenou kontrolu dění a spolurozhodování, usilovat o oživení života, pokud je to možné, zajistit vstřícnou komunikaci včetně citlivého a empatického naslouchání, akceptovat umírajícího takový, jaký je, napomáhat pozitivnímu hodnocení prožitého života a kontinuitě životního příběhu, který se smrtí završuje. Seznam potřeb lze rozšiřovat o individuální cíle umírajícího, které ještě mohou být vyplněny. Je nutné mít na paměti, že prioritou potřeb se v průběhu terminálního stádia u pacienta mění (CALLANANOVÁ et al., 2005).

### **3.3 VĚDOMÍ BLÍZKOSTI SMRTI**

To, čemu říkáme vědomí blízkosti smrti je zvláštní znalost a někdy i ovládání procesu umírání. Vědomí blízkosti smrti odhaluje, co vlastně umírání je a co je zapotřebí k tomu, aby člověk zesnul pokojně. Projevuje se u lidí, kteří umírají pozvolna, nikoliv tedy tragicky. *„Když umírá někdo, koho milujeme, možná nevnímáme dary, nýbrž zármutek, bolest a ztrátu. Přitom však umírající člověk poskytuje poučení i útěchu a jeho blízcí mu na oplátku mohou přinést pokoj a pomoc při pochopení smyslu života”* (CALLANANOVÁ et al., 2005, s. 21).

V posledních hodinách, dnech či týdnech života dělají umírající často prohlášení nebo gesta, která zdánlivě nedávají smysl. Profesionální zdravotníci, zejména lékaři a všeobecné sestry, označují chybně, tyto na první pohled nelogické promluvy, jako zmatenost. Často se také pokouší tuto „zmatenost“ zahnat pomocí léků. Všechny tyto reakce však přispívají jen k tomu, že umírajícího vzdalují od lidí, kterým by mohl a chtěl důvěřovat, a tím v něm probouzejí pocit izolace a zmatku (HAŠKOVCOVÁ, 2007).

Při vědomí blízkosti smrti se pacienti nejeví jako mrtví a nemusí u nich docházet k žádné viditelné fyzické změně. Nezřídka se pokouší popsat ten stav, kdy se najednou vyskytují jakoby na dvou místech nebo někde uprostřed oněch světů. Jejich popisy nám poskytují jedinečnou možnost vstoupit do této krajiny a účastnit se alespoň tím, že reagujeme citlivě na jejich potřeby a přání a snažíme se pochopit, co pro ně smrt znamená (BYOCK, 2005).

Z vrcholných zážitků tohoto stavu můžeme jmenovat následující rysy: *pocit jednoty, silné kladné emoce, pocit posvátna, překonání času a prostoru, nevýslovnost nad krásou a silou okamžiku, paradoxní povaha a objektivita, a reálnost výhledů*. Lidé, kteří se ocitli na prahu smrti, často sdělovali, že slyšeli pozoruhodné zvuky. Např. hlasité cvakání, hukot, zvonění, pískot nebo bouchání. „*K nejobvyklejším rysům zážitků blízkých smrti patřily stavy, kde se lidské vědomí ocitlo mimo tělo. Tento jev měl různé podoby. Někteří lidé prožili sami sebe jako beztvárné oblaky, energetické útvary anebo jako čisté vědomí*” (GROF, 2009, s. 180).

## 4 KOMPLEXNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE

*„Kvalitní ošetrovatelská péče o umírající a zemřelé je postavena na vysoce profesionální ošetrovatelské péči psychické, fyzické, sociální a v současné době se nabízí i duchovní péče“ (KELNAROVÁ, 2007, s. 8).*

Profesionálně poskytovaná komplexní ošetrovatelská péče může umírajícímu pomoci zmírnit utrpení na jeho poslední cestě životem. Může pomoci pacientovi při zvládnání bolesti, úzkosti či strachu a také usnadnit odchod ze života klidným a především důstojným způsobem. Komplexní ošetrovatelská péče je významnou činností, která zajišťuje umírajícímu uspokojování somatických, psychických, sociálních a duchovních potřeb (KAVLACH, 2010).

Je procesem, neboť jde o kvalitativně vyšší stupeň ošetrovatelské péče. Každý křehký pacient vyžaduje vysoce individuální přístup. Člověk umírá za jedinečných a neopakovatelných okolností, práh smrti překračuje sám, a proto mu v této životně důležité situaci musí být poskytnuta vysoce humánní ošetrovatelská péče. Poskytnout takovou péči může však jen člen zdravotnického týmu, který sám zná své pocity a umí je pojmenovat při setkání se smrtí a umírajícími, a ten, kdo umí naslouchat a nebojí se zamyslet nad svojí vlastní smrtí. Každý okamžik v životě každého z nás v sobě skrývá příležitost vytvářet hodnoty a přehodnocovat postoje, díky kterým život i v jeho vrcholné fázi získává smysl (SVATOŠOVÁ, 2008).

### 4.1 PALIATIVNÍ PÉČE

Paliativní, tedy útěšná ošetrovatelská péče, je odborným a podpůrným doprovázením pacientů v terminálním stádiu. Jedná se o cílevědomou, ucelenou, komplexní a kvalifikovanou podporu nemocných a také rodin těchto pacientů. Uceleností se rozumí holistická podpora při obtížích. Ošetrovatelská péče zmenšuje utrpení, ctí život a naději, posiluje smysl života a jistotu kontaktu s nejbližšími. Všeobecná sestra si musí být zcela jednoznačně vědoma, že jejím partnerem ani úkolem není nemoc či příznak, které je třeba zkrotit, avšak pacient, kterého choroba či příznak trápí a jehož je třeba podpořit (VORLÍČEK et al., 2006).



Paliativní péče je kombinací dvou přístupů. Prvním je poučené doprovázení umírajícího, které zahrnuje blízkost, komunikaci včetně empatického naslouchání, psychoterapii, úlevnou symptomatickou farmakoterapii, ošetrovatelskou péči, řešení sociálních problémů a spirituální podporu. Skutečné doprovázení umírajícího znamená jít kus cesty společně. Druhý přístup začleňuje expertní lékařské intervence podle povahy onemocnění, léčení komplikací a přidružených onemocnění (KAVLACH et al., 2011).

Pro svou komplexnost je paliativní péče poskytována týmovým způsobem. Světová zdravotnická organizace konstatuje, že paliativní péče podporuje život a považuje umírání za normální proces, smrt neurychluje ani neoddaluje, má poskytovat úlevu od bolesti a jiných symptomů a vytváří podpůrný systém, který pomáhá rodině vyrovnat se s pacientovou nevléčitelnou nemocí a zármutkem po jeho smrti. Paliativní péče patří mezi nejstarší ošetrovatelskou a lékařskou disciplínu.

*Principy paliativní péče zahrnují tyto cíle:* zmírňující péči, efektivní terapii tělesné a psychické bolesti, podporu emotivní, pomoc duchovní, symptomatickou léčbu, sociální zázemí, individuální program pro umírající a doprovodnou odbornou pomoc nejbližších příbuzných. Jedna ze základních funkcí paliativní péče je prevence a zvládnutí stresujících situací (KAVLACH et al., 2011).

## 4.2 SPECIFIKA PÉČE

Je nezbytně důležité, aby si všeobecná sestra uvědomila, s kým jedná a o koho pečuje, neboť uspokojování potřeb umírajících pacientů je vysoce individuální. Terminální stádium může být různé délky a každý pacient jej prožívá do té hloubky, do jaké doposud vedl svůj život, ať už vědomě či nevědomě (KELNAROVÁ, 2007).

Prvořadou snahou všeobecné sestry musí být bezpodmínečné **zvládnutí tělesné bolesti**. Bolest vnímá každý umírající pacient jinak, a proto je nutno nemocnému věřit. Nejen však věřit, ale všeobecná sestra je povinna respektovat pacientovo rozhodnutí i v případě, že se vědomě a svobodně rozhodne bolest až do určité míry snášet. Zpravidla se umírající pacient tímto způsobem snaží zmenšit dluh, kterého si je vědom, někdy dokonce splácí i dluhy jiných. Kontrolu fyzické bolesti si všeobecná sestra nejlépe monitoruje jednoduchou vizuální analogovou škálou (viz příloha D) od bolesti

žádné až po bolest nesnesitelnou. Tento údaj sleduje a zaznamenává např. po dvou hodinách, a to jak ve dne, tak i v noci. Kontroluje subjektivní údaje pacienta o **dušnosti** a o tom, jak se mu dýchá. Objektivní dostatečnost dýchání zjistí pulzním oxymetrem, který je určený k měření saturace kyslíku tepenného hemoglobinu a tepové frekvence. Všeobecná sestra měří krevní tlak klasickým či elektronickým tonometrem na paži a sleduje tělesnou teplotu. Dostatečný **spánek a klidné noci** jsou jedním z významných faktorů kvality života umírajících pacientů a tím i úkolem specifické paliativní péče. Všeobecná sestra sleduje také chuť k jídlu, **příjem potravy** a výživu, hydrataci a příjem **tekutin** (SVATOŠOVÁ, 2008).

Bezprostředně umírajícím pacientům stravu a tekutiny všeobecná sestra nevnučuje, pouze nabídne a vyhoví jejich přání. Proto není nutné sledovat pozorně příjem potravy. Příjem tekutin (vhodná je kostka ledu z ananasové šťávy) je třeba vždy vztahovat k jejich ztrátám, a proto je třeba věnovat pozornost pečlivému zápisu do dokumentace ošetrovatelské péče. Při vyměšování stolice všeobecná sestra sleduje **frekvenci defekace**, chorobné příměsi ve stolici a bolestivost defekace. Čistota pacienta je nezbytnou součástí péče, stejně jako klidné a důstojné prostředí. Monitoruje **vyučování moči**, hodnotí objem denní moči a její zbarvení. Sleduje **barvu pokožky** a její změny, dbá na individuální **polohování** pacienta, z důvodu prevence proleženin a vyhodnocuje rizika vzniku proleženin dle **Nortonové** (viz příloha E). Dle potřeby může pacientovi obstarat matraci proti proleženinám, aby snížila riziko vzniku. Polohování zmírňuje či předchází bolest, otok, poruchy svalového tonu, vznik otlaků, dušnost, zahlenění, poruchy příjmu potravy a tekutin, rozvoj respirační infekce a zhoršené funkce končetin. Zvýšenou polohou polštáře všeobecná sestra zamezí u pacientů v terminálním stádiu pocitu propadání se neznámo kam (KAVLACH, 2010).

Všeobecná sestra provádí kontinuální hodnocení, aby při změně stavu provedla další úpravu terapeutického režimu. Celou péči plánuje společně s pacientem, rodinou a členy multidisciplinárního týmu. Role všeobecné sestry je v péči o umírajícího pacienta a jeho rodinu nejdůležitější, neboť vyžaduje velkou citlivost a pozornost k maličkostem. Všeobecná sestra nikdy nezačíná o smrti hovořit s pacientem v terminálním stádiu jako první. **Citlivě naslouchá**, až pacient zmíní smrt v jeho sdělení první. Pacient nesmí poznat rozpaky všeobecné sestry, pakliže je toto téma otevřeno a všeobecná sestra je dotazována. Všeobecná sestra musí být vždy připravená jednat a komunikovat s citem,

pochopením, láskou a bez spěchu. Je důležité **neurčovat čas**, který pacientovi zbývá do konce života. Všeobecná sestra nesmí nikdy pacientovi v konečném stádiu života brát naději, neboť naděje je k životu nutná. **Posilovat naději** v pacientovi vůbec neznamena, že mu všeobecná sestra musí lhát. Doufat znamená vidět před sebou možnost dalšího kroku. Není-li naděje na uzdravení, je nutno taktikou malých kroků a drobných splnitelných cílů křehkého pacienta držet nad vodou. I přestože krůčky jsou stále kratší, naděje zůstává. Je podstatné naslouchat a vnímat každé gesto a slovo umírajícího pacienta, abychom se vyhnuli reakcím odcizení a způsobení zoufalství (HAŠKOVCOVÁ, 2007).

Zkušená všeobecná sestra se může také šetrně snažit umírajícího pacienta přimět k možnosti **opravného opatření**, pokud je to vhodné. Tím může ulehčit jeho **psychické bolesti**. Člověk se v životě mnohokrát nezachoval tak, jak by chtěl, což ho na konci jeho životní poutě může tížit. Tím opravným opatřením je lítost, která skutečně může smazat vinu. S výčitkami se všeobecná sestra u umírajícího pacienta setkává velice často. Protože pacient jen málokdy a málokomu odhalí skutečný stav svého nitra, profesionální všeobecná sestra může pacientovi šetrně nabídnout opravné opatření, aby se pacient mohl sám propracovat ke klidu, smíru a vnitřnímu pokoji. Mosty mezi dvěma světy jsou **doteky**, kterými všeobecná sestra přináší umírajícímu pacientovi příjemné pocity. Úkolem všeobecné sestry je poskytovat podporu i tím, že se snaží minimalizovat narušení v rodině, být nápomocna rodině s vyrovnáním se s umíráním a zármutkem a dát tak rodině čas na truchlení nad stávající situací (SVATOŠOVÁ, 2008).

#### **4.3 ODLIŠNOST PÉČE – DUCHOVNÍ DOPROVÁZENÍ**

V interakci všeobecná sestra a umírající pacient může všeobecná sestra ve vhodném momentu otevřít i duchovní stránku. Duchovní péče o pacienta může být plánovaná stejně jako všechny jiné intervence, avšak s ohledem na individuální přání pacienta. Je důležité, aby bylo získáno dostatečné množství informací o životě pacienta, aby mu mohla být poskytnuta duchovní péče. Důležitým předpokladem pro duchovní péči jsou kvalitní mezilidské vztahy a právě všeobecná sestra je hlavní osobou při vytváření dobrých vztahů (KAVLACH, 2010).

Pro duchovní péči je podstatná otevřenost a zapálení členů týmu, atmosféra důvěry a vzájemná podpora. Duchovní péče na konci života pacienta v terminálním stádiu má své nezastupitelné a významné místo. Vzhledem k tomu, že je téměř nemožné dopředu určit přesný čas smrti. Duchovní potřeby umírajícího pacienta si musí všeobecná sestra pečlivě všímat, aby mohla svěřit duchovní potřeby správné duchovní osobě včas a ve vhodný okamžik.

Holistickou péči nemůže poskytovat žádný z členů týmu sám. Každý by měl nabídnout své schopnosti, vědomosti, své vlastní já. Mezi ošetřujícím personálem a umírajícím pacientem musí panovat vzájemná úcta, respekt, porozumění a otevřenost.

Všeobecná sestra nabízí pacientovi nejen své znalosti, ale také svou vlastní přítomnost, lidskost a pocit jistoty, že v době, kdy se bude blížit konec života nemocného, nebude doprovázen cizím člověkem, ale těmi lidmi, kteří ho doopravdy znají (SVATOŠOVÁ, 2008).

# PRAKTICKÁ ČÁST

## 5 METODIKA PRŮZKUMNÉ ČÁSTI BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

### **Průzkumný problém**

Jak sestry ovládají komunikaci s pacienty v terminálním stádiu?

### **Průzkumné cíle**

**Cíl 1** Zjistit úroveň komunikace sester s pacienty v terminálním stádiu.

**Cíl 2** Zjistit, zda sestry rozumí potřebám umírajících pacientů.

### **Hypotetické tvrzení 1**

Předpokládáme, že sestry neřadí profesionální komunikaci s umírajícím pacientem mezi priority v ošetrovatelské péči ve vybraných zařízeních.

### **Hypotetické tvrzení 2**

Předpokládáme, že sestry považují komunikaci s rodinou za nedílnou součást péče o umírajícího pacienta.

### **Hypotetické tvrzení 3**

Předpokládáme, že sestry nedokáží identifikovat specifické bio-psycho-spirituální potřeby pacientů v terminálním stádiu.

### **Hypotetické tvrzení 4**

Předpokládáme, že sestry mají odborné znalosti o terminálním stádiu a fázích procesu umírání.

## **Metodika průzkumu**

Pro zpracování kvantitativního empirického průzkumu byla vybrána metoda dotazování, technikou sběru dat byl zvolen nestandardizovaný škálový dotazník (viz příloha A). Časový plán průzkumu byl stanoven na měsíc prosinec 2011.

## **Průzkumný soubor**

Průzkumný vzorec tvořili ženy a muži pracující ve zdravotnickém zařízení ve věkové kategorii do 30 let až po 61 let a více. Respondenti byli kontaktováni v třech různých nemocničních zařízeních v Praze. V Nemocnici Na Františku, ve Fakultní nemocnici v Motole a v nemocnici Milosrdných sester sv. Karla Boromejského. Výběr byl tedy záměrný. Průzkumné šetření bylo cíleně mířeno na všechny sestry, které pracují ve zdravotnických zařízeních. Dle platné legislativní normy, zákona č. 96/2004 pod pojmem sestra dále nerozlišujeme sestry se středním, vyšším odborným, nebo vysokoškolským vzděláním, vzhledem k tomu, že se jedná o zdravotnickou týmovou spolupráci v péči o pacienta v terminálním stádiu.

## **Technika dotazníku**

Dotazník obsahoval 23 položek, a to jak uzavřených polytomických, otevřených a filtrační. Prvních pět položek bylo uzavřených a mělo informativní charakter. Šestá položka byla filtrační. Dalších sedm položek, z nichž dvě byly otevřené, se zaměřilo na oblast komunikace. Následujících pět položek, z nichž dvě byly otevřené, se zabývalo vztahem mezi pacientem v terminálním stádiu a sestrou. Poslední kategorie pěti položek, která se týkala terminálního stádia, měla jednu položku otevřenou. Dotazník byl určen všem členům zdravotnického týmu kromě lékařů. Vzhledem k citlivému tématu byly otevřené otázky zvoleny záměrně. Jejich cílem bylo získat subjektivní údaje oproti zvolení jedné ze sugestivně navržených odpovědí.

Dotazníků bylo rozdáno 66. Návratnost dotazníků byla 51, což představuje 77,27 %.

K hypotetickému tvrzení 1 se vztahovaly položky 7, 8 a 9. K hypotetickému tvrzení 2 se vztahovaly položky 10, 11, 12 a 13. K hypotetickému tvrzení 3 se vztahovaly položky 14, 15, 16, 17 a 18. K poslednímu hypotetickému tvrzení 4 se vztahovaly položky 19, 20, 21, 22 a 23. Položky 1, 2, 3, 4, 5 a 6 byly zaměřené na sběr demografických údajů.

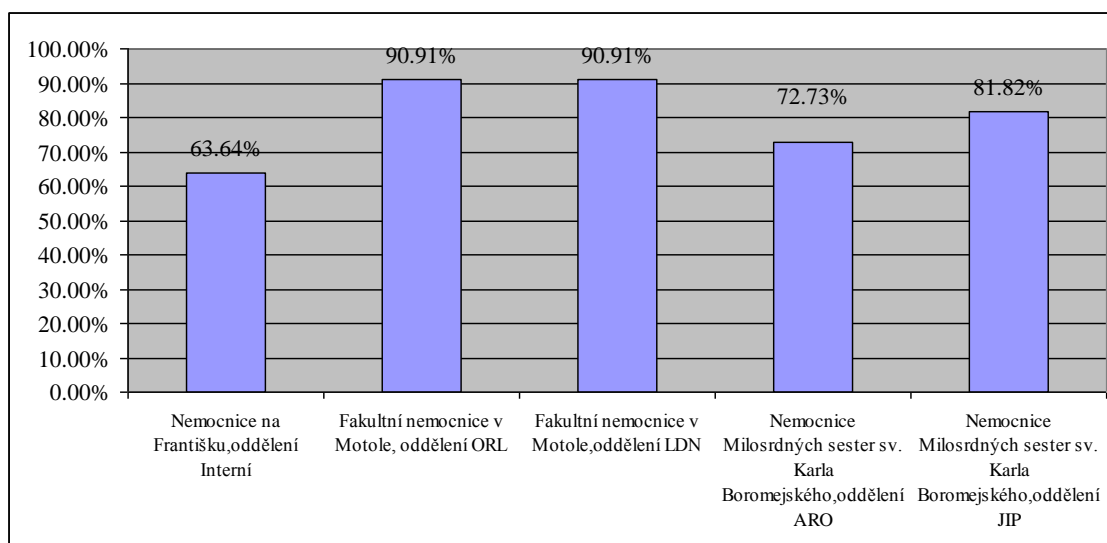
## 6 VÝSLEDKY PRŮZKUMU A JEJICH ANALÝZA

Celkem bylo rozdáno 66 dotazníků. Návratnost činila 51 kusů, tj. 77,27%. Z toho v nemocnici na Františku na oddělení interním se rozdalo 22 dotazníků, z čehož se 14 (63,64%) kusů vrátilo. Ve Fakultní nemocnici v Motole na oddělení ORL bylo rozdáno 11 kusů a 10 (90,91%) se jich vrátilo. Ve stejné nemocnici na oddělení LDN bylo rozdáno 11 kusů a opět se jich 10 (90,91%) vrátilo. V Nemocnici Milosrdných sester sv. Karla Boromejského se na oddělení ARO rozdalo 11 kusů a 8 (72,73%) se vrátilo. Na oddělení JIP ve stejné nemocnici se rozdalo opět 11 kusů a vrátilo se 9 (81,82%) dotazníků.

**Tabulka 1 – Návratnost dotazníků**

Pracoviště	Rozdala	Vráceno	Relativní četnost
Nemocnice na Františku, odd. Interní	22	14	63.64%
Fakultní nemocnice v Motole, odd. ORL	11	10	90.91%
Fakultní nemocnice v Motole, odd. LDN	11	10	90.91%
Nem. Milosrdných sester sv. Karla Boromejského, odd. ARO	11	8	72.73%
Nem. Milosrdných sester sv. Karla Boromejského, odd. JIP	11	9	81.82%
<b>Celkem</b>	<b>66</b>	<b>51</b>	<b>77.27%</b>

**Graf 1 – Návratnost dotazníků**



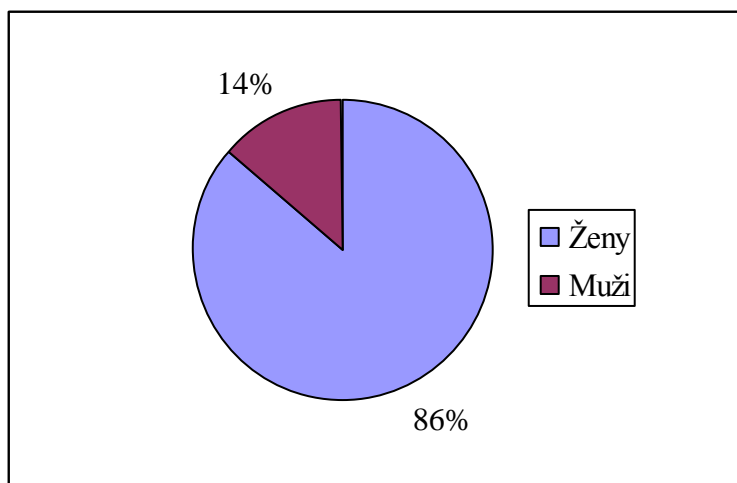
### Položka č. 1 - Pohlaví respondentů

Z 51 dotazovaných osob bylo 7 mužů (13,73%) a 44 žen (86,27%).

**Tabulka 2 – Pohlaví respondentů**

Pohlaví	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ženy	44	86.27%
Muži	7	13.73%
<b>Celkem</b>	<b>51</b>	<b>100.00%</b>

**Graf 2 – Pohlaví respondentů**



### Položka č. 2 - Věková struktura respondentů

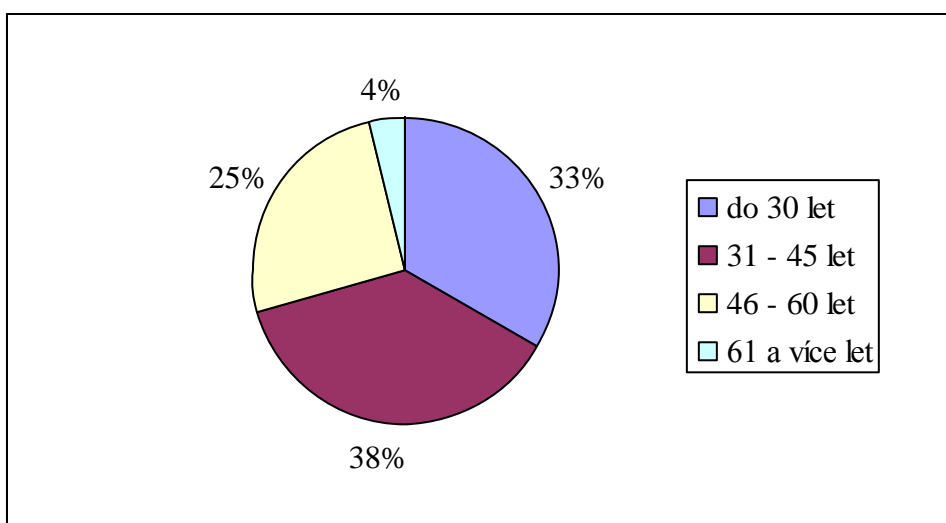
Z celkového počtu 51 respondentů spadá 17 (33,33%) do věkové skupiny do 30 let. V této skupině se nachází 2 muži a 15 žen. Do věkové kategorie 31 – 45 let se zařadilo 19 (37,25%) osob, z nichž byli opět 2 muži a 17 žen. Ve věkové skupině 46 - 60 let se pohybuje 13 (25,49%) osob, z nichž 3 jsou muži a 10 žen. Věku 61 a více let dosáhli 2 dotazovaní muži (3,92%).



**Tabulka 3 – Věková kategorie**

Věk	Ženy	Muži	Absolutní četnost	Relativní četnost
Do 30 let	15	2	17	33.33%
31 - 45 let	17	2	19	37.25%
46 - 60 let	10	3	13	25.49%
61 a více let	2	0	2	3.92%
<b>Celkem</b>	<b>44</b>	<b>7</b>	<b>51</b>	<b>100.00%</b>

**Graf 3 – Věková kategorie**



**Položka č. 3 – Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?**

Středoškolské vzdělání označilo 27 (52,94%) respondentů, z nichž je 5 mužů a 22 žen.

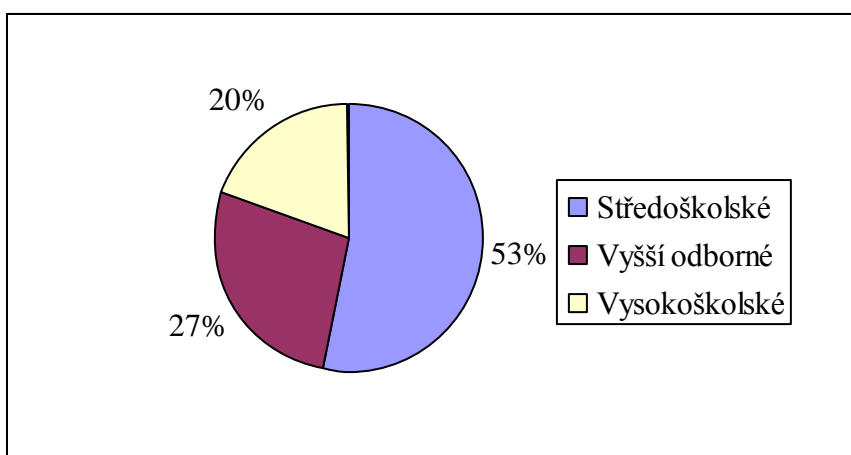
Vyšší odborné vzdělání zaškrtno 14 (27,45%) osob, z nichž je 1 muž a 13 žen.

Vysokoškolské vzdělání dosáhlo 10 (19,61%) osob, z nichž je 1 muž a 9 žen.

**Tabulka 4 – Stupeň dosaženého vzdělání**

Vzdělání	Ženy	Muži	Absolutní četnost	Relativní četnost
Středoškolské	22	5	27	52.94%
Vyšší odborné	13	1	14	27.45%
Vysokoškolské	9	1	10	19.61%
<b>Celkem</b>	<b>44</b>	<b>7</b>	<b>51</b>	<b>100.00%</b>

**Graf 4 – Stupeň dosaženého vzdělání**



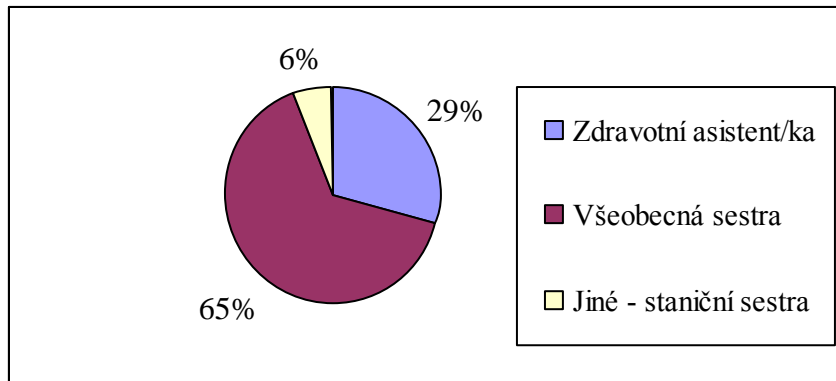
**Položka č. 4 – Jaká je Vaše pozice ve zdravotnickém týmu?**

Soubor 51 respondentů tvoří 15 (29,41%) zdravotních asistentek, z nichž jsou 2 muži a 13 žen, 33 (64,71%) všeobecných sester, z nichž je 5 mužů a 28 žen a pozici v kolonce jiné s doplněním staniční sestra zvolily 3 (5,88%) ženy.

**Tabulka 5 – Pozice ve zdravotnickém týmu**

Pozice	Ženy	Muži	Absolutní četnost	Relativní četnost
Zdravotní asistent/ka	13	2	15	29.41%
Všeobecná sestra	28	5	33	64.71%
Jiné – staniční sestra	3	0	3	5.88%
<b>Celkem</b>	<b>44</b>	<b>7</b>	<b>51</b>	<b>100.00%</b>

**Graf 5 – Pozice ve zdravotnickém týmu**



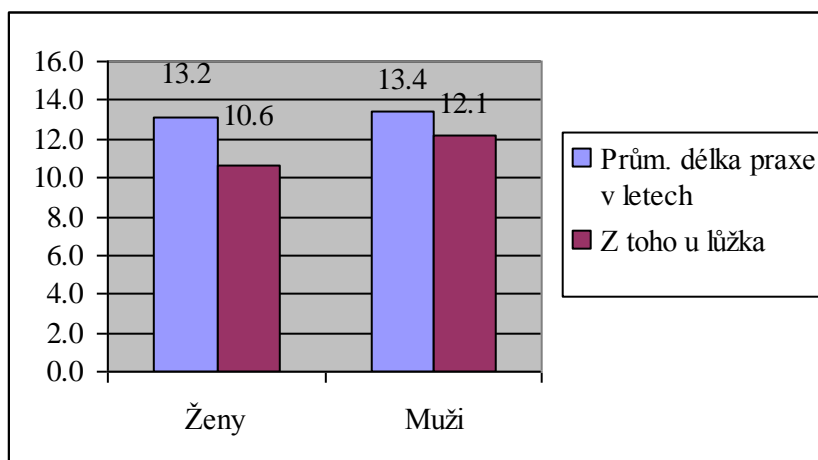
**Položka č. 5 – Jaká je délka Vaší praxe ve zdravotnictví?**

Průměrná délka praxe u mužů činila 13,4 let, z toho u lůžka 12,1 let. Průměrná délka praxe u žen činila 13,2 let, z toho u lůžka 10,6 let.

**Tabulka 6 – Délka praxe**

Pohlaví	Prům. délka praxe v letech	Z toho u lůžka
Ženy	13.2	10.6
Muži	13.4	12.1
<b>Celkem</b>	<b>13.3</b>	<b>11.4</b>

**Graf 6 – Délka praxe**



### **Položka č. 6 – Pečoval/a jste již o pacienta v terminálním stádiu?**

Z celkového počtu 51 respondentů pečovalo o pacienta v terminálním stádiu již několikrát všech 51 (100%) respondentů.

**Tabulka 7 – Pečoval/a jste již o pacienta v terminálním stádiu**

<b>Odpovědi</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
Ano, již několikrát	51	100.00%
Ano, pouze jednou	0	0.00%
Nevím	0	0.00%
Ne	0	0.00%
Odmítl/a jsem	0	0.00%
<b>Celkem</b>	<b>51</b>	<b>100.00%</b>

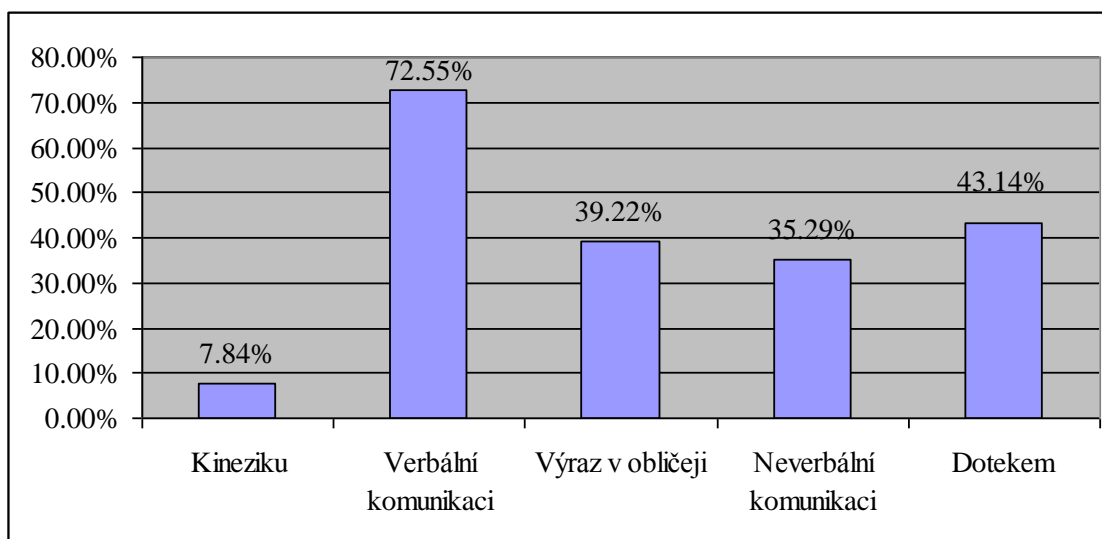
### **Položka č. 7 – Jaké upřednostňujete druhy komunikace?**

Na tuto položku odpověděl každý respondent, celkem tedy 51 osob. 4 (7,84%) osoby volí při komunikaci s umírajícím pacientem kineziku. 37 (72,55%) osob preferuje verbální komunikaci, 20 (39,22%) osob výraz v obličeji, 18 (35,29%) preferuje neverbální komunikaci a 22 (43,14%) respondentů využívá komunikaci dotekem.

**Tabulka 8 – Druhy komunikace**

<b>Druhy komunikace</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
Kineziku	4	7.84%
Verbální komunikaci	37	72.55%
Výraz v obličeji	20	39.22%
Neverbální komunikaci	18	35.29%
Dotekem	22	43.14%

**Graf 7 – Druhy komunikace**



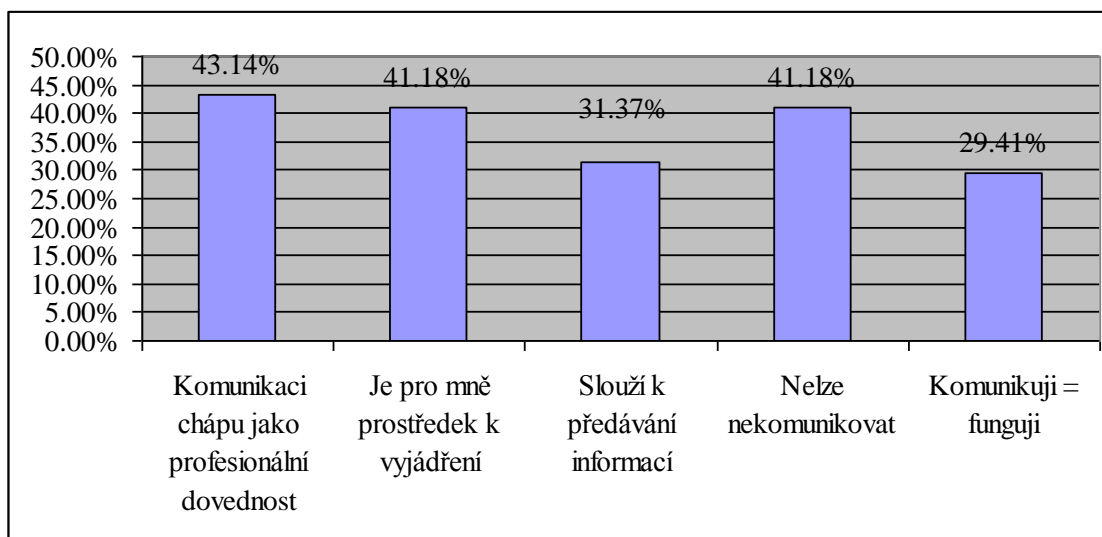
**Položka č. 8 – Považujete komunikaci za podstatnou?**

Na tuto položku odpovědělo všech 51 dotazovaných. 22 (43,14%) respondentů chápe komunikaci jako profesionální dovednost. Pro 21 (41,18%) respondentů je komunikace prostředek k vyjádření. 16-ti (31,37%) osobám slouží jako prostředek k vyjádření. 21 (41,18%) osob zvolilo možnost nelze nekomunikovat a 15 (29,41%) respondentů je toho názoru, že pokud komunikuje, tak funguje.

**Tabulka 9 – Považujete komunikaci za podstatnou**

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Komunikaci chápu jako profesionální dovednost	22	43.14%
Je pro mě prostředek k vyjádření	21	41.18%
Slouží k předávání informací	16	31.37%
Nelze nekomunikovat	21	41.18%
Komunikuji = funguji	15	29.41%

**Graf 8 – Považujete komunikaci za podstatnou**



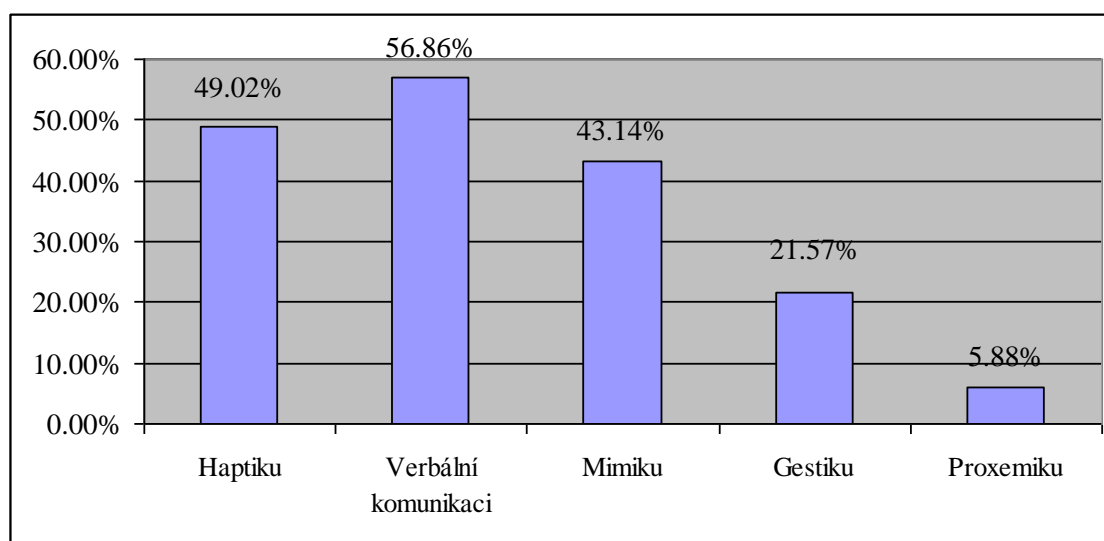
**Položka č. 9 – Jakou formu komunikace volíte nejčastěji v péči o pacienta v konečném stádiu života?**

Všech 51 respondentů se vyjádřilo k této položce. Haptiku volilo 25 (49,02%) respondentů, verbální komunikaci volí 29 (56,87%) osob, mimiku 22 (43,14%) osob, gestiku 11 (21,57%) osob a proxemiku 3 (5,88%) osoby.

**Tabulka 10 – Nejčastější forma komunikace**

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Haptiku	25	49.02%
Verbální komunikaci	29	56.86%
Mimiku	22	43.14%
Gestiku	11	21.57%
Proxemiku	3	5.88%

**Graf 9 – Nejčastější forma komunikace**



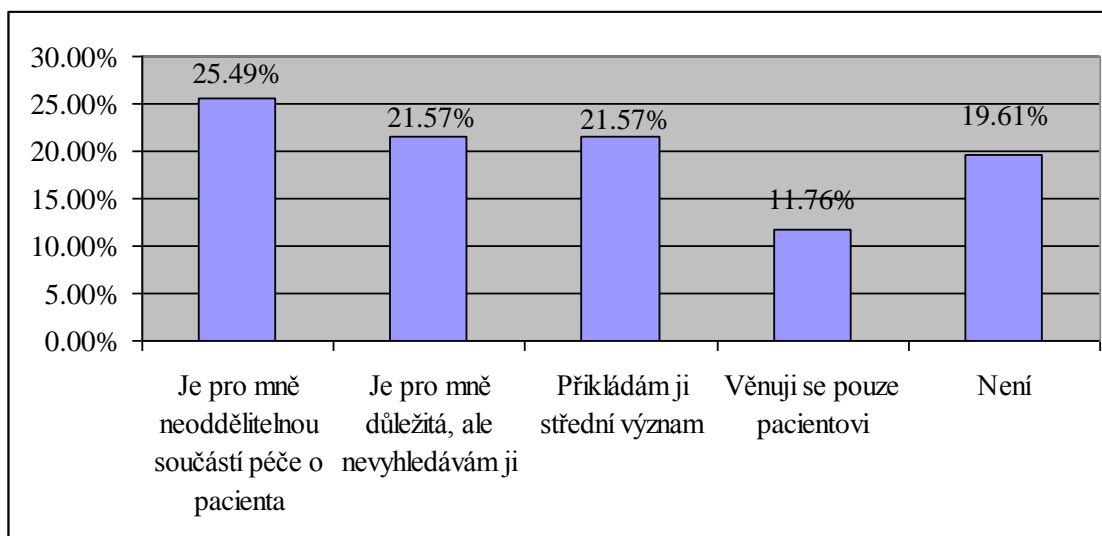
**Položka č. 10 – Jak důležitá je pro Vás komunikace s rodinou umírajícího pacienta?**

Ze souboru 51 dotazovaných odpověděli všichni. Pro 13 ( 25,49%) respondentů je komunikace s rodinou umírajícího pacienta neoddělitelnou součástí péče o pacienta. Pro 11 (21,57%) osob je důležitá, ale nevyhledává ji a stejný počet osob ji přikládá střední význam. 6 (11,76%) osob se věnuje pouze pacientovi a pro 10 (19,61%) respondentů není komunikace s rodinou umírajícího pacienta vůbec důležitá.

**Tabulka 11 – Důležitost komunikace s rodinou**

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Je pro mně neoddělitelnou součástí péče o pacienta	13	25.49%
Je pro mně důležitá, ale nevyhledávám ji	11	21.57%
Přikládám ji střední význam	11	21.57%
Věnuji se pouze pacientovi	6	11.76%
Není	10	19.61%
<b>Celkem</b>	<b>51</b>	<b>100.00%</b>

**Graf 10 – Důležitost komunikace s rodinou**



**Položka č. 11 – Co je podle Vás podstatné v komunikaci s rodinou umírajícího pacienta?**

Na tuto položku odpovědělo z celého souboru 51 dotazovaných 30 (58,82%) osob a 21 (41,18%) neodpovědělo. Celkem bylo získáno 58 odpovědí. Jejich přehled ukazuje následující tabulka. Pro nepřehlednost údajů nebyl pro tuto položku vyhotoven graf.

**Tabulka 12 – Co je podstatné v komunikaci s rodinou**

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Empatie	5	16.67%
Je to individuální	3	10.00%
Informovanost	3	10.00%
Stav pacienta	4	13.33%
Spoluúčast	3	10.00%
Důvěra	2	6.67%
Čas	3	10.00%
Pomoc	5	16.67%
Soucit	2	6.67%
Porozumění	3	10.00%
Vstřícnost	2	6.67%
Ochota	3	10.00%
Podat vysvětlení	2	6.67%



<b>Odpovědi</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
Tolerance	1	3.33%
Naslouchání	2	6.67%
Uklidnění	2	6.67%
Spirituální kontakt	1	3.33%
Časté návštěvy pacienta	3	10.00%
Spolupráce obou stran	2	6.67%
Rodinné vztahy	1	3.33%
Vyptat se na zvyky pacienta	1	3.33%
Profesionalita	1	3.33%
Pomoc se zapojením v péči o pacienta	1	3.33%
Nevím	3	10.00%

**Položka č. 12 – Jak se účastníte kontaktu s rodinou pacienta v konečném stádiu života?**

Na tuto položku odpovědělo z celého souboru 51 dotazovaných opět 30 (58,82%) osob a 21 (41,18%) neodpovědělo. Celkem bylo získáno 56 odpovědí. Jejich přehled ukazují následující tabulka. Pro nepřehlednost údajů nebyl pro tuto položku vyhotoven graf.

**Tabulka 13 – Jak se účastníte kontaktu s rodinou**

<b>Odpovědi</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
Neomezené návštěvy	1	3.33%
Nevyhledávám rodinu	2	6.67%
Spolupracuji	2	6.67%
Psychická podpora	2	6.67%
Osobní kontakt	2	6.67%
Telefonní kontakt	2	6.67%
Aktivní účast	2	6.67%
Ponechám rodině soukromí	2	6.67%
Dle přání rodiny	2	6.67%
Rozhovor s rodinou	2	6.67%
Nabídka duchovní pomoci	1	3.33%
Snaha o vysvětlení	2	6.67%
Neúčastním se	3	10.00%
Komunikuji s rodinou	4	13.33%
Naslouchání	4	13.33%

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Přítomnost při návštěvě	3	10.00%
Individuální situace	1	3.33%
Čekám, až mně rodina vyhledá	1	3.33%
Nechávám to na ostatních	1	3.33%
Povzbudím	2	6.67%
Vytvoření tichého prostředí	2	6.67%
Vhodnou komunikací	3	10.00%
Dotekem	2	6.67%
Uvedu na pokoj pacienta	3	10.00%
Blízkost	5	16.67%

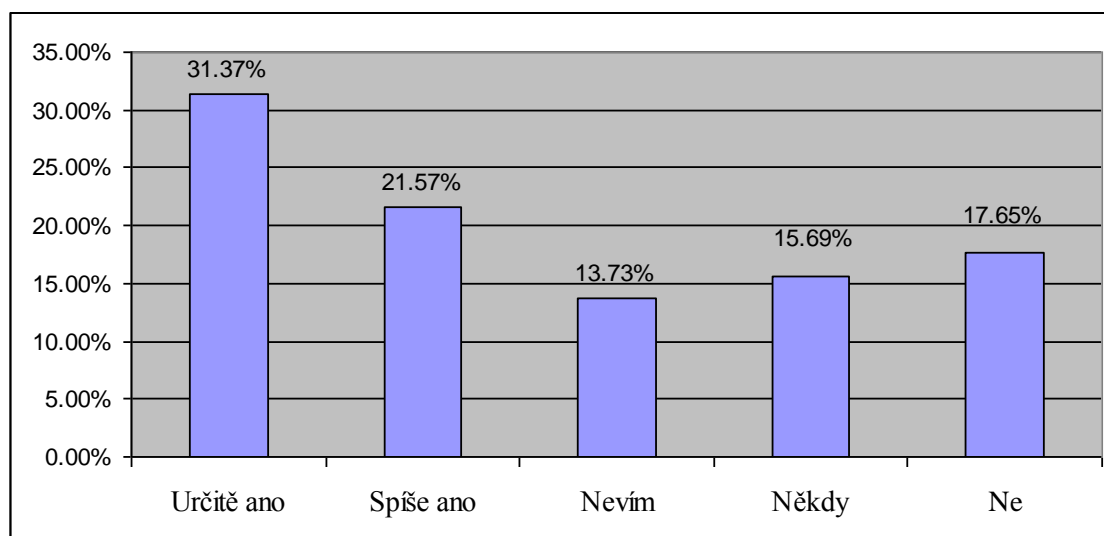
**Položka č. 13 – Považujete kontakt s rodinou pacienta v terminálním stádiu nemoci za přínosný pro Vaši ošetrovatelskou intervenci?**

Na tuto položku odpovědělo všech 51 dotazovaných. Kontakt s rodinou umírajícího pacienta považuje určitě za přínosný 16 (31,37%) osob, spíše ano odpovědělo 11 (21,57%) osob, neví 7 (13,73%) osob, někdy zvolilo 8 (15,69%) osob a 9 (17,65%) osob nepovažuje kontakt za přínosný.

**Tabulka 14 – Považujete kontakt s rodinou za přínosný**

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Určitě ano	16	31.37%
Spíše ano	11	21.57%
Nevím	7	13.73%
Někdy	8	15.69%
Ne	9	17.65%
<b>Celkem</b>	<b>51</b>	<b>100.00%</b>

**Graf 11 – Považujete kontakt s rodinou za přínosný**



**Položka č. 14 – Jaké potřeby umírajícího pacienta řadíte mezi klíčové?**

Na tuto položku odpovědělo z celého souboru 51 dotazovaných 39 (76,47%) a neodpovědělo 12 (23,53%). Celkem bylo získáno 109 odpovědí. Jejich přehled ukazuje následující tabulka. Pro nepřehlednost údajů nebyl pro tuto položku vyhotoven graf.

**Tabulka 15 – Klíčové potřeby pacienta**

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Klid	9	23.08%
Bolest	20	51.28%
Účast	8	20.51%
Tekutiny	5	12.82%
Základní	2	5.13%
Duchovní	3	7.69%
Léky	2	5.13%
Ticho	8	20.51%
Podpora	2	5.13%
Potřeba komunikace	2	5.13%
Potřeba klidu a soukromí	4	10.26%
Potřeba zmírnit úzkost	3	7.69%
Čistota pacienta	6	15.38%
Tiché prostředí	2	5.13%
Jemná péče	2	5.13%
Naslouchat	7	17.95%

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Nebýt sám	6	15.38%
Polohování	2	5.13%
Strava	4	10.26%
Vylučování	6	15.38%
Bio-psycho-sociální	1	2.56%
Spirituální potřeby	3	7.69%
Dle přání pacienta	2	5.13%

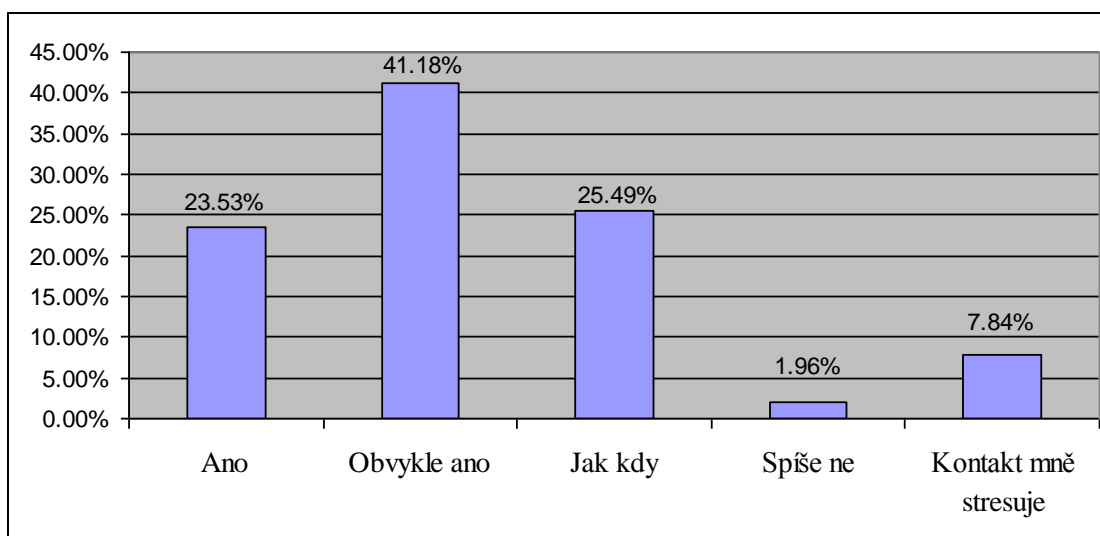
**Položka č. 15 – Přestože máte hodně práce, upřednostňujete potřeby umírajícího pacienta?**

Všech 51 osob odpovědělo na tuto položku. 12 (23,53%) osob upřednostňuje potřeby umírajícího pacienta, obvykle tak činí 21 (41,18%) osob, jak kdy 13 (25,49%) osob, spíše ne 1 (1,96%) respondent a kontakt stresuje 4 (7,84%) osoby.

**Tabulka 16 – Upřednostnění potřeb pacienta**

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	12	23.53%
Obvykle ano	21	41.18%
Jak kdy	13	25.49%
Spíše ne	1	1.96%
Kontakt mně stresuje	4	7.84%
<b>Celkem</b>	<b>51</b>	<b>100.00%</b>

**Graf 12 – Upřednostnění potřeb pacienta**



**Položka č. 16 – Co podle Vás patří mezi příznaky blížící se smrti?**

Na tuto položku odpovědělo z celého souboru 51 dotazovaných 40 (78,43%) a neodpovědělo 11 (21,57%) osob. Celkem bylo získáno 118 odpovědí. Jejich přehled ukazuje následující tabulka. Pro nepřehlednost údajů nebyl pro tuto položku vyhotoven graf.

**Tabulka 17 – Příznaky blížící se smrti**

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Bledost	7	17.50%
Studený pot	8	20.00%
Záškuby	3	7.50%
Zvýšená teplota	4	10.00%
Lapání po dechu	6	15.00%
Agonie	3	7.50%
Hippokratova tvář	3	7.50%
Zápach	4	10.00%
Únik moči	4	10.00%
Vysoký tlak	3	7.50%
Agrese	5	12.50%
Pokles tepu	4	10.00%
Zmatenost	6	15.00%
Zapadlé oči	5	12.50%

<b>Odpovědi</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
Postupné selhávání orgánů	3	7.50%
Nevolnost	5	12.50%
Poruchy příjmu potravy	2	5.00%
Změna vědomí	3	7.50%
Špatná srdeční činnost	4	10.00%
Zlepšení zdravotního stavu	7	17.50%
Bloudivý pohled	3	7.50%
Nechutenství	4	10.00%
Dezorientace	6	15.00%
Neklid	7	17.50%
Otoky	5	12.50%
Ztuhlost	4	10.00%

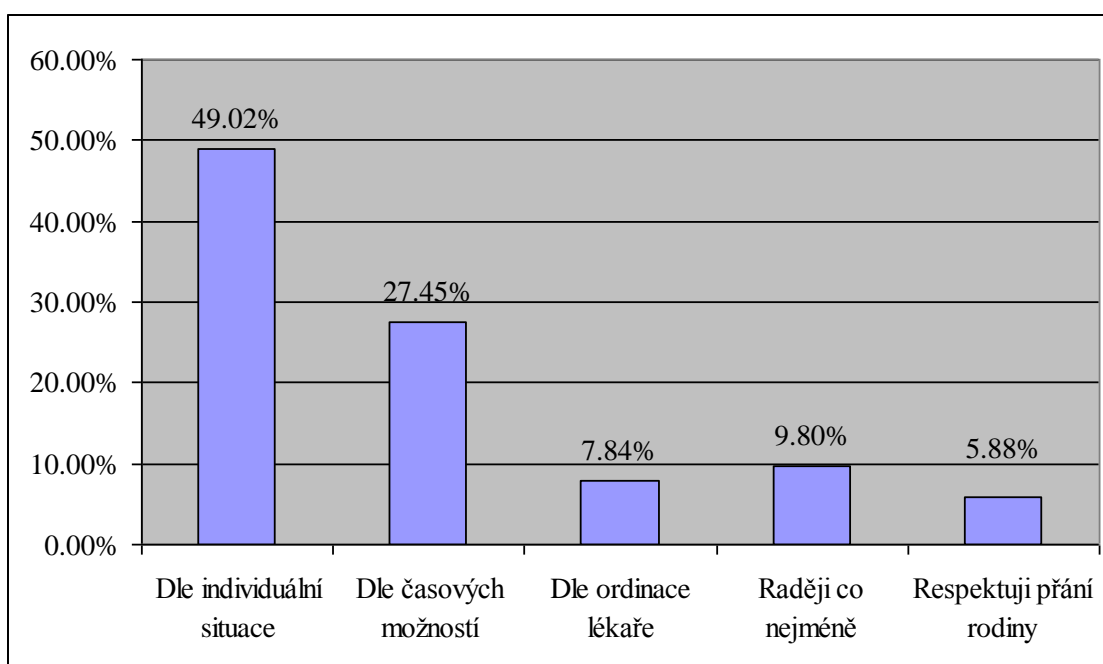
#### **Položka č. 17 – Jak dlouho se obvykle zdržujete u pacienta v terminálním stádiu?**

Ze souboru 51 osob na tuto položku odpověděl každý. 25 (49,02%) osob se zdržuje u pacienta dle individuální situace, dle časových možností 14 (27,45%) osob, dle ordinace lékaře 4 (7,84%) osoby, raději co nejméně 5 (9,80%) osob a 3 (5,88%) osoby respektují přání rodiny.

**Tabulka 18 – Jak dlouho se obvykle zdržujete u pacienta**

<b>Odpovědi</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
Dle individuální situace	25	49.02%
Dle časových možností	14	27.45%
Dle ordinace lékaře	4	7.84%
Raději co nejméně	5	9.80%
Respektuji přání rodiny	3	5.88%
<b>Celkem</b>	<b>51</b>	<b>100.00%</b>

**Graf 13 – Jak dlouho se obvykle zdržujete u pacienta**



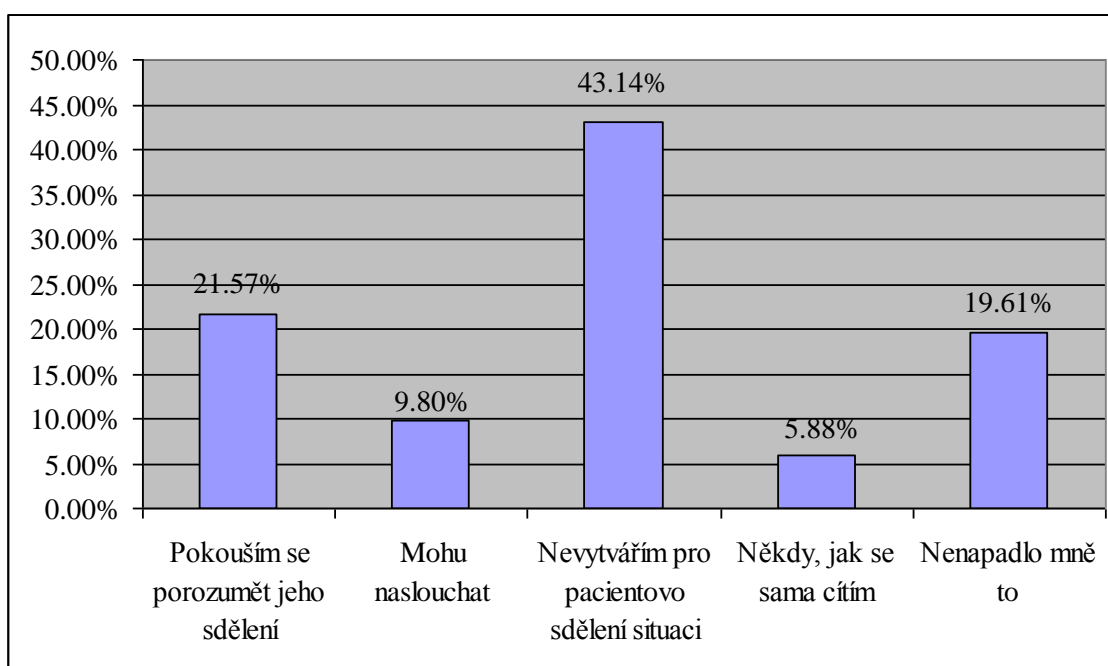
**Položka č. 18 – Projevil/a jste někdy zájem si vyslechnout sny pacienta, který se nachází v konečném stádiu života?**

Na tuto položku odpovědělo všech 51 dotazovaných. 11 (21,57%) osob se pokouší porozumět sdělení pacienta. Naslouchat může 5 (9,80%) osob. 22 (43,14%) osob nevytváří pro pacientovo sdělení situaci. Někdy ano, dle toho, jak se sami cítí zvolili 3 (5,88%) osoby a vůbec tak nenapadlo 10 (19,61%) osob.

**Tabulka 19 – Zájem o vyslechnutí snu pacienta**

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Pokouším se porozumět jeho sdělení	11	21.57%
Mohu naslouchat	5	9.80%
Nevytvářím pro pacientovo sdělení situaci	22	43.14%
Někdy, jak se sama cítím	3	5.88%
Nenapadlo mně to	10	19.61%
<b>Celkem</b>	<b>51</b>	<b>100.00%</b>

**Graf 14 – Zájem o vyslechnutí snu pacienta**



**Položka č. 19 – Co pro Vás znamená pojem smrt?**

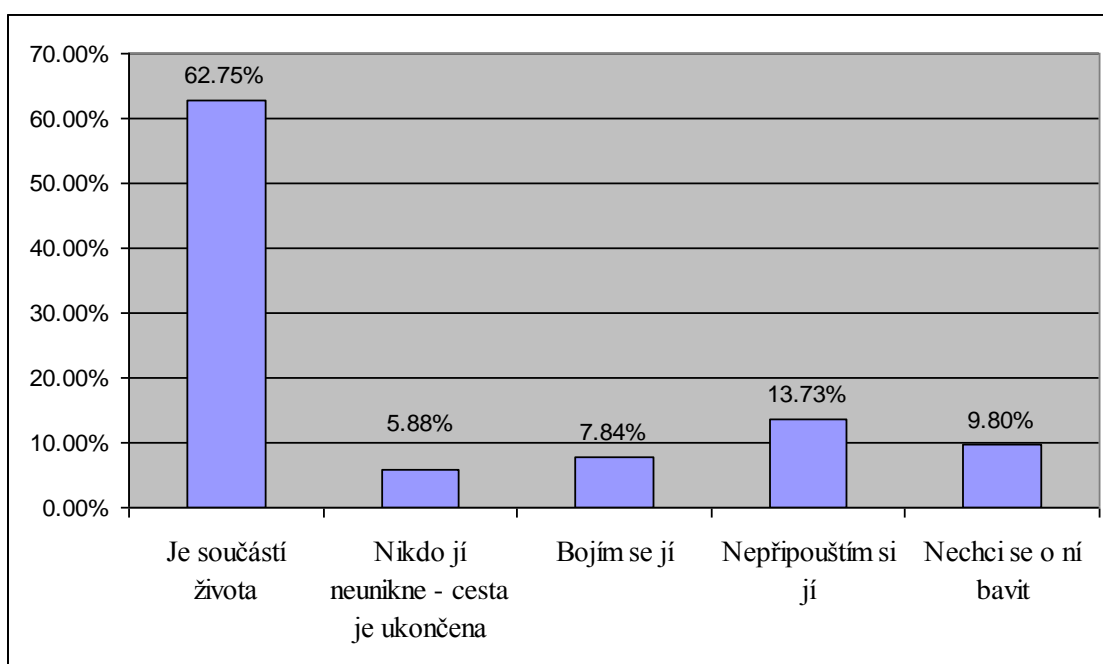
Na tuto položku odpovědělo všech 51 dotazovaných. Pro 32 (62,75%) osob je smrt součástí života. 3 (5,88%) si myslí, že jí nikdo neunikne, protože cesta je ukončena. 4 (7,84%) respondenti se smrti bojí, 7 (13,73%) si jí nepřipouští a 5 (9,80%) osob se o smrti nechce bavit.

**Tabulka 20 – Pojem smrt**

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Je součástí života	32	62.75%
Nikdo jí neunikne – cesta je ukončena	3	5.88%
Bojím se jí	4	7.84%
Nepřipouštím si jí	7	13.73%
Nechci se o ní bavit	5	9.80%
<b>Celkem</b>	<b>51</b>	<b>100.00%</b>



**Graf 15 – Pojem smrt**



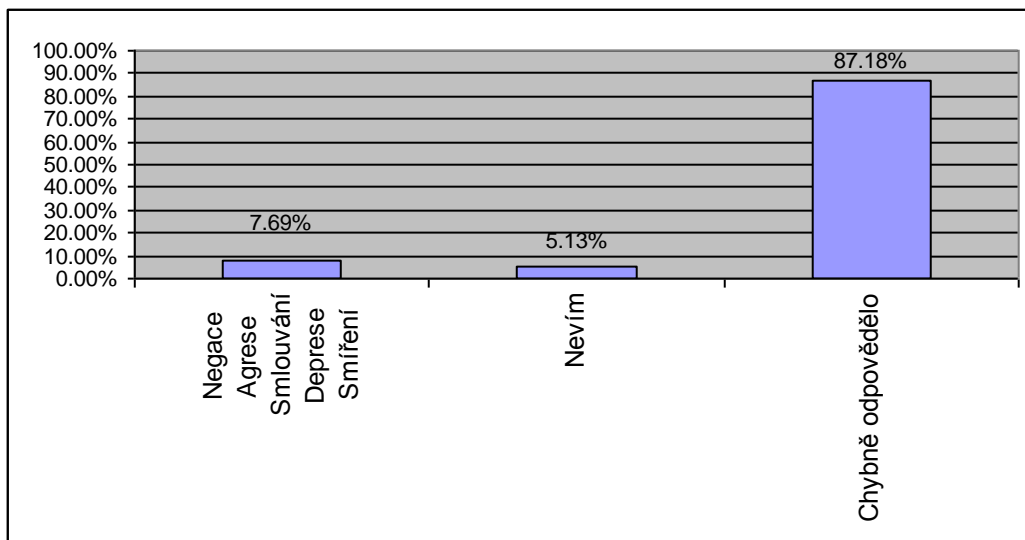
**Položka č. 20 – Jaké fáze podle Vás patří k procesu vyrovnávání se s umíráním?**

Na tuto položku odpovědělo z celého souboru 51 dotazovaných 39 (76,47%) a neodpovědělo 12 (23,53%) osob. Z 39 respondentů pouze 3 (7,69%) osoby věděly všech pět fází. 2 (5,13%) osoby uvedlo, že neví. Chybně a nedostatečně odpovědělo 34 (87,18%) osob.

**Tabulka 21 – Fáze procesu umírání**

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Negace Agrese Smlouvání Deprese Smíření	3	7.69%
Nevím	2	5.13%
Chybně odpovědělo	34	87.18%
<b>Celkem</b>	<b>39</b>	<b>100.00%</b>

**Graf 16 – Fáze procesu umírání**



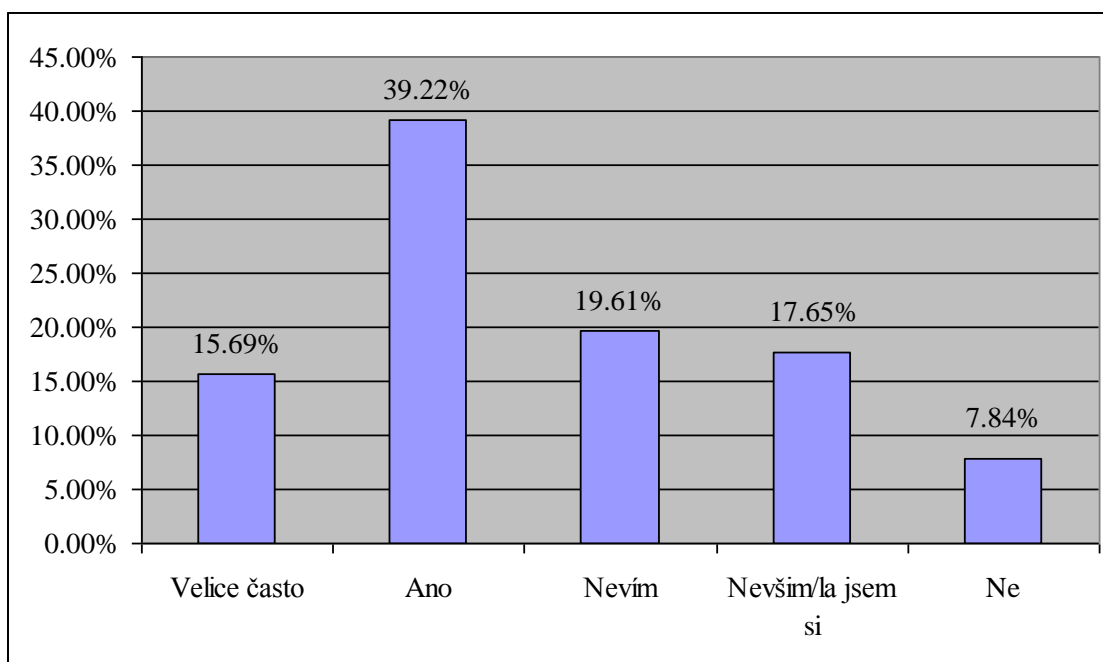
**Položka č. 21 – Máte zkušenosti s tím, že umírající pacient je silně dezorientován a hovoří nesouvisle?**

Všech 51 osob se vyjádřilo k této položce. 8 (15,69%) respondentů zvolilo možnost velice často, 20 (39,22%) osob odpovědělo kladně, 10 (19,61%) osob neví, 9 (17,65%) respondentů si nevšimlo a 4 (7,84%) osoby odpověděly záporně.

**Tabulka 22 – Zkušenost s dezorientovaným pacientem**

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Velice často	8	15.69%
Ano	20	39.22%
Nevím	10	19.61%
Nevšiml/a jsem si	9	17.65%
Ne	4	7.84%
<b>Celkem</b>	<b>51</b>	<b>100.00%</b>

**Graf 17 – Zkušenost s dezorientovaným pacientem**



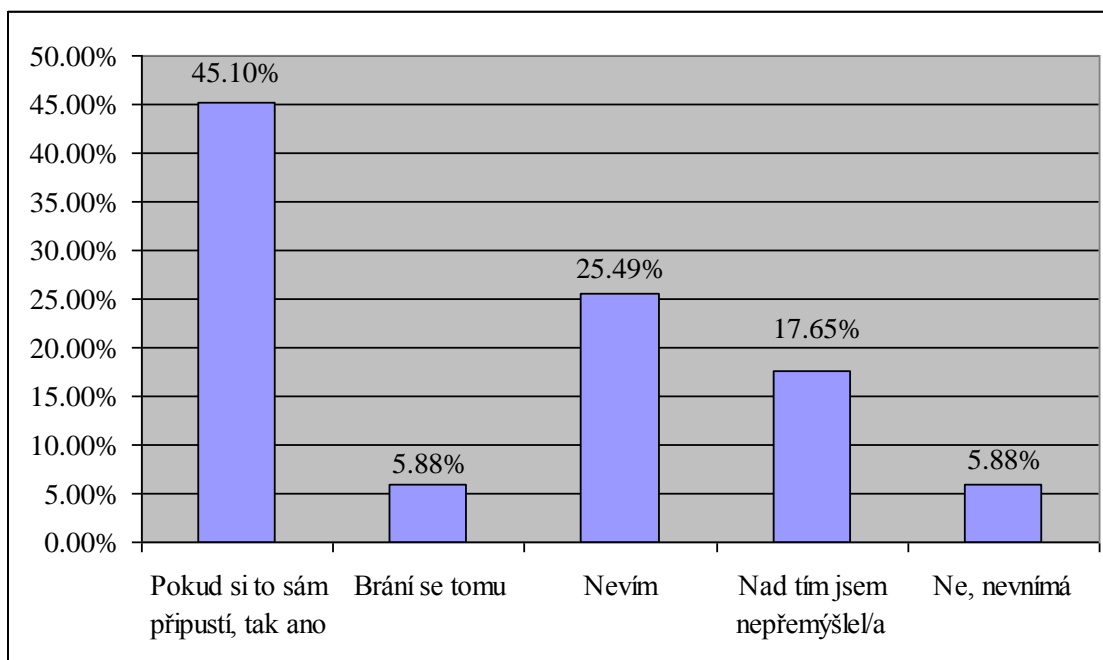
**Položka č. 22 – Myslíte si, že pacient v infaustním stádiu vnímá, v jakém úseku cesty se nachází?**

Všech 51 respondentů odpovědělo na tuto položku. 23 (45,10%) osob odpovědělo ano, pokud si to pacient sám připustí. 3 (5,88%) osoby si myslí, že se tomu pacient brání. 13 (25,49%) osob neví, 9 (17,65%) respondentů nad tím nepřemýšlelo a 3 (5,88%) osoby si myslí, že nevnímá.

**Tabulka 23 – Vnímání úseku cesty**

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Pokud si to sám připustí, tak ano	23	45.10%
Brání se tomu	3	5.88%
Nevím	13	25.49%
Nad tím jsem nepřemýšlel/a	9	17.65%
Ne, nevnímá	3	5.88%
<b>Celkem</b>	<b>51</b>	<b>100.00%</b>

**Graf 18 – Vnímání úseku cesty**



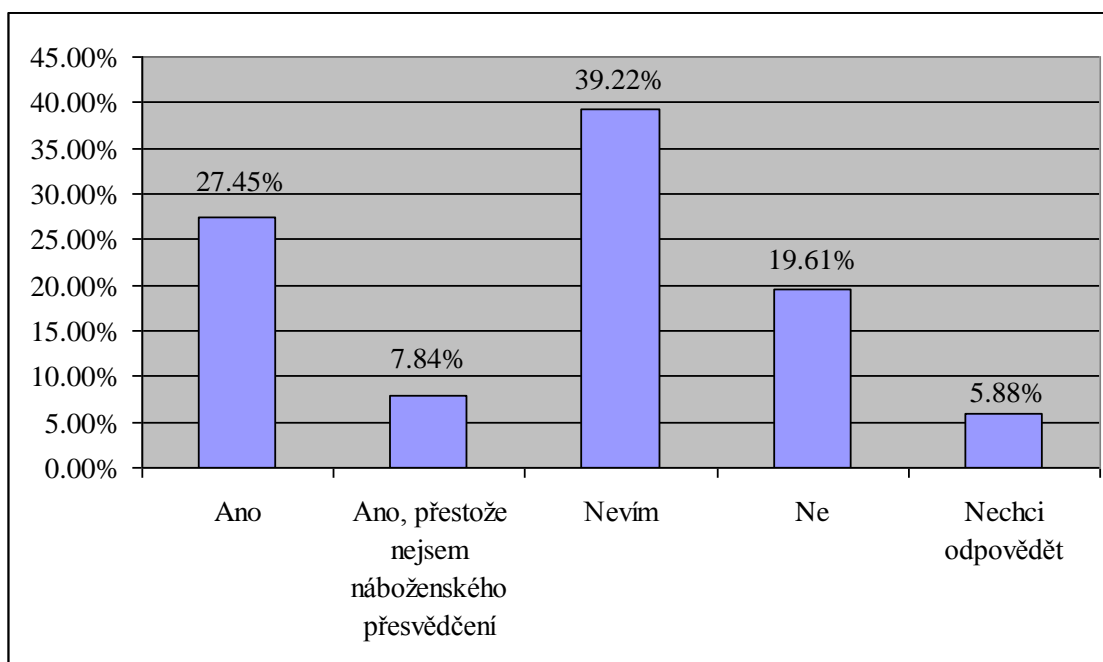
**Položka č. 23 – Považujete okamžik smrti za přechod branou jinam?**

Všech 51 osob se vyjádřilo k této položce. Ano odpovědělo 14 (27,45%) osob. Možnost ano, přestože není náboženského přesvědčení, zvolily 4 (7,84%) osoby. Nevím odpovědělo 20 (39,22%) osob. Ne zvolilo 10 (19,61%) respondentů a 3 (5,88%) nechtěli odpovědět.

**Tabulka 24 – Přechod branou jinam**

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	14	27.45%
Ano, přestože nejsem náboženského přesvědčení	4	7.84%
Nevím	20	39.22%
Ne	10	19.61%
Nechci odpovědět	3	5.88%
<b>Celkem</b>	<b>51</b>	<b>100.00%</b>

**Graf 19 – Přejít branou jinam**



## 7 DISKUZE

Výsledky našeho průzkumu bylo velice obtížné porovnávat s jinými autory s ohledem k tématu práce. Podle nám dostupných informací se tomuto tématu ještě nikdo nevěnoval, ačkoliv o tématu potřeby umírajících pacientů a psychika umírajících pacientů již několik prací pojednává.

Podobnému tématu se věnovala paní Mrg. Olga Kolegarová ve výzkumném šetření, které proběhlo na bohunickém pracovišti brněnské fakultní nemocnice v lednu 2005. Toto šetření zjišťovalo názory a postoje sester k umírajícím a jejich nejbližším a také zmapovalo možnost péče o pozůstalé v nemocničním zařízení. Při porovnání názorů a postojů na péči o umírající a pozůstalé došla autorka např. ke zjištění, že sestry, které absolvovaly kurz komunikace, mají větší tendenci si myslet (66,7%), že zapojovat se intenzivně do péče o umírajícího pacienta, sestru více vyčerpá, než kdyby se nezapojila. Autorka šetření ukazuje, že víc než polovina sester povzbuzuje příbuzné v péči o umírající, a že sestry cítí potřebu větší odborné péče o pozůstalé. Jelikož šetření paní Mgr. Olgy Kolegarové není úzce spjaté s konkrétní komunikací sester s pacienty v terminálním stádiu, výsledky našich prací nepovažujeme za porovnatelné.

### 7.1 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

Z prvního grafu v práci je patrná návratnost dotazníků, která činila v úhrnu 77,27%. Tuto poměrně nízkou návratnost připisujeme míře ochoty zaměstnanců se na průzkumu podílet a také danému tématu, které, jak jsme se již zmínili, je tabuizované a citlivé.

Z 51 dotazovaných osob bylo 7 (13,73%) mužů a 44 (86,27%) žen. Tento poměr souvisí jednak s převahou sester mezi respondenty, odpovídá ale také podmínkám v našem zdravotnictví, kde zejména na pozici všeobecných sester pracuje převaha žen.

Co se týče věkové struktury zkoumaného souboru, nejpočetnější skupinu tvoří kategorie 31 – 45 let a to s 19 (37,25%) respondenty, dalších 17 (33,33%) se nachází v kategorii do 30 let. 13 (25,49%) osob spadá do věkové kategorie 46 – 60 let a věku 61 let a více dosáhli 2 (3,92%) dotazovaní.

Podle vzdělání jsou nejvíce zastoupenou skupinou středoškolsky vzdělání respondenti, celkem 27 (52,94%). Následuje 14 (27,45%) respondentů s vyšším odborným vzděláním a 10 (19,61%) vysokoškoláků.

Co se týče pozice ve zdravotnickém týmu, soubor 51 respondentů tvoří 33 (64,71%) všeobecných sester, 15 (29,41%) zdravotních asistentek a 3 (5,88%) staniční sestry.

Průměrná délka praxe u mužů činí 13,4 let, z toho u lůžka 12,1 let. Průměrná délka praxe u žen činí 13,2 let, z toho u lůžka 10,6 let.

Z celkového počtu 51 respondentů odpovědělo na filtrační položku č. 6 všech 51 (100%) osob tak, že již několikrát pečovali o pacienta v terminálním stádiu.

Na položku č. 7, jaké druhy komunikace upřednostňujete, volí 37 (72,55%) osob verbální komunikaci, 22 (43,14%) osob preferuje komunikovat dotekem, 20 (39,22%) výrazem v obličeji, 18 (35,29%) preferuje neverbální komunikaci a 4 (7,84%) osoby volí kineziku. V převážné většině jde o kombinaci několika odpovědí u jednoho respondenta. Z těchto údajů je zřejmé, že velice malé procento, pouze 35,29%, volí v péči o křehkého pacienta neverbální komunikaci. Právě ta je však velice podstatnou složkou této specifické komunikace. Nutné je zde podotknout, že mezi neverbální komunikaci řadíme jak kineziku, tak komunikaci dotekem a výrazem v obličeji. Naopak velké procento 72,55% upřednostňuje verbální komunikaci, což nasvědčuje tomu, že se sestry komfortněji vyjadřují prostřednictvím slov.

Na položku č. 8, zda respondenti považují komunikaci za podstatnou, odpovědělo 22 (43,14%) osob, že ji chápou jako profesionální dovednost. Pro 21 (41,18%) osob je prostředkem k vyjádření a stejný počet osob volí možnost nelze nekomunikovat. 16-ti (31,37%) respondentům slouží k předávání informací a 15 (29,41%) osob je toho názoru, že když komunikuje, tak funguje. Zde opět v převážné většině jde o kombinaci několika odpovědí u jednoho respondenta. Ani ne polovina dotazovaných odpověděla správně a to tak, že komunikace je profesionální dovednost a je zároveň prostředkem k vyjádření.

Na položku č. 9, jakou formu komunikace volí respondenti nejčastěji v péči o pacienta v konečném stádiu života, odpovídá 29 (56,86%) osob verbální komunikaci. 25 (49,02%) osob komunikuje haptikou, 22 (43,14%) mimikou, 11 (21,57%) gestikou

a 3 (5,88%) proxemikou. Opět, v převážné většině jde o kombinaci několika odpovědí u jednoho respondenta. Z těchto výsledků je jednoznačné, že respondenti nevolí správnou formu komunikace při péči o křehkého pacienta. Až 56,86 % osob volí verbální komunikaci, která má být upozaděná při takové péči před komunikací neverbální. *Výše uvedené závěry nám potvrdily hypotetické tvrzení 1.*

Na položku č. 10, zda je komunikace s rodinou umírajícího pacienta důležitá, odpovídá 13 (25,49%) osob, že je pro ně neoddelitelnou součástí péče o pacienta. Pro 11 (21,57%) respondentů je důležitá, ale nevyhledává ji a stejný počet jí přikládá střední význam. Až pro 10 (19,61%) osob není komunikace s rodinou pacienta vůbec důležitá a 6 (11,76%) osob se věnuje pouze pacientovi. Komunikace s rodinou křehkého pacienta je nedílnou součástí péče o pacienta, tudíž správný výsledek pouze 25,49% nestačí. Je alarmující, že až pro 19,61% osob není tato komunikace vůbec důležitá.

Na otevřenou položku č. 11, co je podstatné v komunikaci s rodinou umírajícího pacienta, jsme získali celkem 24 různých odpovědí z celkového počtu 30 (58,82%). 21 (41,18%) respondentů se nevyjádřilo. Přehled odpovědí je zachycen v tabulce č. 12. Nejpočetnější zastoupení, 5 (16,67%), má empatie a pomoc. Dále 4 (13,33%) osoby volí stav pacienta. 3 (10,00%) osoby uvádí informovanost, spoluúčast, porozumění, čas, ochotu a časté návštěvy u pacienta. Stejný počet se vyjádřilo, že neví a také, že je to velice individuální. 2 (6,67%) osoby uvádí důvěru, soucit, vstřícnost, naslouchání, uklidnění, podání vysvětlení a spolupráci obou stran. Jenom 1 (3,33%) respondent uvádí toleranci, spirituální kontakt, rodinné vztahy, profesionalitu, pomoc se zapojením v péči o pacienta a vyptání se na zvyky pacienta. Z výše uvedených procent a údajů jsme došli k závěru, že většina sester nemá více méně ponětí o specifické oblasti komunikace s rodinou umírajícího pacienta. Odpovědi byly velice úzkého rozpětí a frekvence a nekorespondovaly s psychickými a emocionálními potřebami rodin.

Na otevřenou položku č. 12, jak se respondenti účastní kontaktu s rodinou umírajícího pacienta, jsme obdrželi 25 různých odpovědí z celkového počtu 30 (58,82%). 21 (41,18%) respondentů se nevyjádřilo. Přehled odpovědí je zachycen v tabulce č. 13. Pouze 5 (16,67%) osob se účastní blízkostí. 4 (13,33%) osoby komunikují s rodinou a naslouchají. 3 (10,00%) osoby jsou přítomni na návštěvě, uvedou rodinu na pokoj a volí vhodnou komunikaci. Stejný počet uvádí, že se kontaktu s rodinou neúčastní. 2 (6,67%) osoby spolupracují, psychicky rodinu podporují, snaží se o vysvětlení (nebylo



uvedeno čeho) a vytvoří tiché prostředí. Dále také se účastní dotekem, povzbuzením, rozhovorem s rodinou, ponecháním soukromí, osobním či telefonním kontaktem a dle přání rodiny. Stejný počet osob uvádí, že rodinu nevyhledává. 1 (3,33%) osoba volí neomezené návštěvy, nabídne duchovní pomoc a jedná dle individuální situace. Stejně také jedna osoba čeká, až ji rodina vyhledá a opět jedna osoba to nechává na ostatních. Uvážíme-li, že všichni dotazovaní již několikrát pečovali o pacienta v terminálním stádiu, pak jsou odpovědi na výše zmiňovanou položku zcela nedostačující. Komunikace s rodinou je nedílnou součástí péče o pacienta a je její proaktivní složkou.

Na položku č. 13, zda respondenti považují kontakt s rodinou pacienta za přínosný pro svoji ošetrovatelskou intervenci, odpovědělo všech 51 dotazovaných. Určitě ano volí 16 (31,37%) osob. 11 (21,57%) osob odpovídá spíše ano. Až 9 (17,65%) osob nepovažuje kontakt za přínosný, 8 (15,69%) osob volí někdy a 7 (13,73%) uvádí, že neví. Z předchozího odstavce nám vysvětluje, že respondenti si pravděpodobně nevědí rady, jak s rodinou správně komunikovat, a proto jim kontakt nepřipadá přínosný v jejich ošetrovatelské intervenci. Může to také znamenat, že je kontakt s rodinou stresuje a neulehčuje jim práci, což by vedlo k vědomému vyhýbání se těchto situací. *Výše uvedené závěry nám nepotvrdily hypotetické tvrzení 2.*

Na otevřenou položku č. 14, jaké potřeby umírajícího pacienta řadí respondenti mezi klíčové, jsme získali 23 různých odpovědí, které jsou přehledně zobrazené v tabulce č. 15. Na položku odpovědělo 39 (76,47%) respondentů a 12 (23,53%) se vůbec nevyjádřilo. 20 (51,28%) uvádí bolest, 9 (23,08%) klid, 8 (20,51%) účast a ticho, 7 (17,95%) respondentů naslouchá a 6 (15,38%) uvádí potřebu nebýt sám, čistotu pacienta a vylučování. 5 (12,82%) osob řadí mezi klíčové potřeby tekutiny, 4 (10,26%) osoby stravu a potřebu klidu a soukromí. 3 (7,69%) osoby volí potřebu duchovní, potřebu zmírnit úzkost a spirituální potřeby. 2 (5,13%) respondenti uvádí dle přání pacienta, polohování, tiché prostředí, jemnou péči, potřebu komunikace, podporu, léky a základní potřeby. Pouze 1 (2,56%) osoba uvedla potřeby bio-psycho-spirituální. Pokud bychom vzali v úvahu, že výše zmíněných 12 respondentů neodpovědělo, protože položka byla otevřená, pak 39 osob, kteří odpověděli, si pravděpodobně mysleli, že mají co uvést. Tedy, že mají patřičné znalosti. Odpovědi jsme interpretovali z dotazníků doslovně. Jak je vidět, jen malý zlomek souboru se bylo schopno vyjádřit srozumitelně, např. *potřeba základní fyziologická, potřeba bezpečí a jistoty a spirituální*

*potřeba*. Většina odpovědí je zcela nedostačující. Vysvětlujeme si to tím, že zkoumaný soubor nemá základní znalosti o pyramidě potřeb, čímž je také nemůže rozpoznat při specifické péči o křehkého pacienta.

Na položku č. 15, zda-li i přes nedostatek času upřednostňují respondenti potřeby umírajícího člověka, odpověděli všichni dotazovaní, tedy 51 osob. 21 (41,18%) osob obvykle upřednostňuje potřeby pacienta. 13 (25,49%) osob tak činí, jak kdy a 12 (23,53%) respondentů uvádí, že ano. 4 (7,84%) osoby kontakt stresuje a 1 (1,96%) osoba uvádí, spíše ne. Zde je situace oproti předešlé položce vlídnější. Avšak je důležité podotknout, že i přestože 41,18 % osob obvykle upřednostňuje potřeby umírajícího pacienta, dokazatelně neví, o jaké potřeby se jedná.

Na otevřenou položku č. 16, co řadí respondenti mezi příznaky blížící se smrti, se vyjádřilo 40 (78,43%) osob a 11 (21,57%) respondentů na tuto položku nereagovalo. Celkem jsme získali 26 různých odpovědí, které jsme opět přehledně uvedli v tabulce č. 17. Studený pot uvedlo nejvíce respondentů, 8 (20,00%). 7 (17,50%) osob odpovědělo bledost, neklid a zlepšení zdravotního stavu. 6 (15,00%) osob uvádí příznaky lapaní po dechu, zmatenost a dezorientaci. 5 (12,50%) respondentů odpovídá agresí, zapadlé oči, nevolnost a otoky. 4 (10,00%) respondenti si myslí, že je to špatná srdeční činnost, zvýšená teplota, zápach, únik moči, pokles tepu, nechutenství a ztuhlost. 3 (7,50%) osoby uvádí záškuby, agonii, Hippokratovu tvář, vysoký tlak, postupné selhávání orgánů, změnu vědomí a bloudivý pohled. 2 (5,00%) respondenti mezi příznaky řadí poruchy příjmu potravy. Z těchto rozmanitých odpovědí nám vyplývá, že respondenti mají ponětí o příznacích blížící se smrti, avšak většina z nich uvedla velice málo příznaků, nejvíce do čtyř. Pouze jediná osoba uvedla celkem 11 příznaků.

Na položku č. 17, jak dlouho se obvykle zdržují respondenti u pacienta v terminálním stádiu, odpověděli všichni dotazovaní, tedy 51 osob. 25 (49,02%) z nich uvádí dle individuální situace, 14 (27,45%) dle časových možností, 5 (9,80%) osob raději co nejméně, 4 (7,84%) dle ordinace lékaře a 3 (5,88%) respondenti respektují přání rodiny. Ani polovina zkoumaného souboru neodpověděla správnou odpovědí, což je dle individuální situace. Důvodů může být více, avšak pokud je komplexní ošetrovatelská péče na profesionální úrovni, i tato intervence musí být realizována dle individuální situace.

Na položku č. 18, zda respondenti někdy projeví zájem si vyslechnout sny pacienta, který se nachází v terminálním stádiu života, odpověděli všichni dotazovaní, celkem tedy 51 osob. Až 22 (43,13%) osob nevytváří pro pacientovo sdělení situaci. 11 (21,57%) osob se pokouší porozumět sdělení pacienta a naopak 10 (19,61%) osob tak vůbec nenapadlo konat. 5 (9,80%) osob uvádí, že může naslouchat a někdy ano, dle toho, jak se sami cítí volí 3 (5,88%) osoby. Z výsledků této položky je zřejmé, že zhruba 20 % osob nikdy nenapadlo přimět pacienta ke sdělení jeho snu. Z těchto výsledků může vyplývat mnoho závěrů. Můžeme se domnívat, že respondenti nevědí, jak správně komunikovat s tímto pacientem, aby ho dokázali citlivě povzbudit k jeho sdělení. A nebo, že respondenti nevědí, že by tak měli učinit, což vede k tak vysokému procentu chybných odpovědí na tuto položku. Sny člověka, který bojuje s nevléčitelnou chorobou jsou naplněny velice silnými emocemi a proto se v nich dají nalézt stopy po specifických potřebách nemocného. Jsou také důležitými vodítky pro komunikaci s rodinou. *Výše uvedené závěry nám potvrdily hypotetické tvrzení 3.*

Na položku č. 19, co znamená pro respondenty smrt, odpovědělo všech 51 dotazovaných. 32 (62,75%) uvádí, že smrt je součástí života. 7 (13,73%) osob si ji nepřipouští, 5 (9,80%) se o ní nechce bavit, 4 (7,84%) osoby se jí bojí a 3 (5,88%) osoby uvádí, nikdo jí neunikne – cesta je ukončena. Vezmeme-li v potaz, že odpovědi, nikdo jí neunikne – cesta je ukončena a smrt je součástí života, jsou správné, pak celých 31,37% dotazovaných zvolilo špatnou odpověď. Což nasvědčuje tomu, že respondenti nemohou poskytovat patřičnou komplexní ošetrovatelskou péči o křehkého pacienta, protože sami v sobě nemají urovnaný vztah ke koncovému stádiu života.

Na poslední otevřenou položku č. 20, jaké fáze patří k procesu vyrovnávání se s umíráním odpovědělo z celkového počtu 51 opět jen 39 (76,47%) respondentů. 12 (23,53%) osob se vůbec nevyjádřilo. U této položky jsme nepovažovali za předmětné vyhodnocovat nedostačující odpovědi. 34 (87,18%) osob uvedlo chybnou odpověď. Buď byla odpověď neúplná a nebo nesprávná. Pouze 3 (7,69%) osoby uvádí všech 5 fází správně. 2 (5,13%) respondenti vpisují, že neví. Jedna osoba dokonce uvádí, že 5 fází definovala Elisabeth Kübler-Rossová. Celkově jsou výsledky této položky žalostné. Pokud respondenti neznají fáze umírání, pak je logické, že nemají dobré komunikační dovednosti v péči o umírající pacienty a také, že nejsou schopni rozpoznat potřeby těchto pacientů a pečovat i o jejich rodiny, které těmito fázemi procházejí také

a často v nesouladu se jejich blízkým. Respondenti si tedy nemohou umět rady při takové péči, protože vůbec nevědí, v které fázi se umírající pacient nachází a také, či se tyto fáze mění, opakují a nebo jestli je již pacient smířen se stávající situací.

V položce č. 21 jsme se dotazovali, jestli respondenti mají zkušenosti s tím, že umírající pacient je silně dezorientován a hovoří nesouvisle. Zde odpovědělo všech 51 dotazovaných. 20 (39,22%) z nich uvádí, že ano. 10 (19,61%) osob neví, 9 (17,65%) respondentů si nevšimlo a naopak 8 (15,69%) osob udává, že velice často. 4 (7,84%) osoby vůbec nemá takovou zkušenost. Skoro 40% dotazovaných zaznamenalo, že křehký pacient hovoří nesouvisle, avšak dle našeho názoru a předešlých odpovědí, vůbec nevědí, co jim takový pacient sděluje.

Na položku č. 22, zda pacient v infaustním stádiu vnímá, v jakém úseku cesty se nachází, odpovědělo opět všech 51 dotazovaných. Překvapivě až 23 (45,20%) osob uvádí ano, pokud si to pacient sám připustí. 13 (25,49%) neví a 9 (17,65%) osob nad tím nepřemýšlelo. 3 (5,88%) osoby si myslí, že se tomu pacient brání a stejný počet respondentů uvádí ne, pacient nevnímá v jakém úseku se nachází. S ohledem na přechodí odpovědi, poněkud velké procento uvádí u této položky správnou odpověď. Domníváme se, že respondenti pravděpodobně nepochopili hloubku této otázky. Pokud totiž nejsou schopni s umírajícím pacientem správně komunikovat, rozpoznat v jaké fázi umírání se nachází a saturovat jeho klíčové potřeby, tak ani nejsou schopni se vcítit do duše takového pacienta.

V poslední položce č. 23 dotazníku, jsme se ptali, jestli respondenti považují okamžik smrti za přechod branou jinam. Opět se vyjádřilo všech 51 dotazovaných. 20 (39,22%) osob neví. Oproti tomu 14 (27,45%) respondentů považuje tento okamžik za přechod branou jinam. 10 (19,61%) osob si myslí, že ne. 4 (7,84%) respondenti se vyjadřují ano, i když nejsou náboženského přesvědčení. 3 (5,88%) osoby nechtěly odpovědět. Domníváme se, že výsledky nám ukazují na nevyzrálou respondentů v dané tématice. Až skoro 40% osob neví, což znamená, že se vnitřně ještě touto otázkou nezabývali. Poněkud méně osob, necelých 28,00%, odpovědělo kladně na tuto položku, což nám může naznačovat, že se tímto tématem již zaobírali. Získané údaje jsou však nedostačující k zaujmutí celkově kladného stanoviska, neboť ani polovina všech dotazovaných se nevyjádřila správně. *Výše uvedené závěry nám nepotvrdily hypotetické tvrzení 4.*

## **7.2 VYHODNOCENÍ HYPOTETICKÝCH TVRZENÍ**

### **Hypotetické tvrzení 1**

Předpokládáme, že sestry neřadí profesionální komunikaci s umírajícím pacientem mezi priority v ošetrovatelské péči ve vybraných zařízeních.

*Toto hypotetické tvrzení se nám potvrdilo.*

### **Hypotetické tvrzení 2**

Předpokládáme, že sestry považují komunikaci s rodinou za nedílnou součást péče o umírajícího pacienta.

*Toto hypotetické tvrzení se nám nepotvrdilo.*

### **Hypotetické tvrzení 3**

Předpokládáme, že sestry nedokáží identifikovat specifické bio-psycho-spirituální potřeby pacientů v terminálním stádiu.

*Toto hypotetické tvrzení se nám potvrdilo.*

### **Hypotetické tvrzení 4**

Předpokládáme, že sestry mají odborné znalosti o terminálním stádiu a fázích procesu umírání.

*Toto hypotetické tvrzení se nám nepotvrdilo.*

## 7.3 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Vzhledem k výše zmíněným výsledkům našeho průzkumu, doporučujeme pro praxi následující.

### Doporučení pro náměstkyně ošetrovatelství ve zdravotnických zařízeních

- vytvořit stručnou a přehlednou interní příručku do kapsy na téma „*Profesionální komunikace s pacientem v terminálním stádiu, aneb člověk člověku lékem*“. Příručka by měla obsahovat: cíl příručky, komunikační formy, fáze umírání definované Elisabeth Kübler-Rossovou s typickým příkladem chování a reakce pacienta a jeho rodiny, specifické příklady potřeb umírajících pacientů, kontakty na podpůrné osoby ve zdravotnickém zařízení, kontakty na informační a diskusní portál [www.umirani.cz](http://www.umirani.cz) a [www.cestadomu.cz](http://www.cestadomu.cz) a tipy na odreagování v zaměstnání. Příručka by neměla být většího formátu než je A5. Měla by být komponována ve spolupráci s výše zmíněnými portály za finanční podpory ministerstva zdravotnictví;
- kaskádovat příručku hlavní sestře, která bude zodpovědná za distribuci vrchním sestřám;
- sestavit interní školicí materiál na téma „*Profesionální komunikace s pacientem v terminálním stádiu a jeho rodinou v komplexní ošetrovatelské péči*“. Obsah školicího materiálu by měl být oproti příručce obohacen a rozšířen o: nabídky vzdělávacích kurzů, specifickou odlišnost péče, holistické pojetí péče, proces umírání, duchovní aspekt doprovázení, psychickou stránku pacienta a rodiny a měl by také zahrnovat výstupní test. Čerpat je možné i z *Manuálu paliativní péče o umírající pacienty* od pana MuDr. Kavlača. Délka školení by neměla i s dotazy přesáhnout 2x2 hodiny. Výstupní test by měl být složen do 14-ti dní od absolvování obou školicích bloků;
- proškolit vrchní sestry, předat jim školicí materiál a kompetence k proškolení členů v jejich týmu;
- zkontrolovat, zda školení proběhli do pěti měsíců od zadání kompetence a zpracovat zpětnou vazbu;

### **Doporučení pro vrchní sestry**

- předat příručku „*Profesionální komunikace s pacientem v terminálním stádiu, aneb člověk člověku lékem*” staničním sestram a delegovat jejich distribuci na jednotlivá oddělení;
- sestavit časový harmonogram školení se staničními sestrami;
- monitorovat plnění školení;
- být oporou členům týmu;

### **Doporučení pro staniční sestry**

- obeznámit ošetrovatelský personál s novou příručkou a předat ji;
- naplánovat školení stávajících a nově příchozích členů ošetrovatelského týmu;
- monitorovat plnění školení;
- být oporou členům v týmu v případě nejasností v dané tématice;
- být mentorkou jednotlivých členů týmu při péči o takového pacienta či jeho rodinu;

### **Doporučení pro ošetrovatelský personál/ sestry/zdravotnický tým**

- pročíst si příručku „*Profesionální komunikace s pacientem v terminálním stádiu, aneb člověk člověku lékem*”;
- proaktivně si hledat podpurnou literaturu, prohlédnout a přečíst si internetové stránky [www.umirani.cz](http://www.umirani.cz) a [www.cestadomu.cz](http://www.cestadomu.cz) a zjistit potřebné informace;
- účastnit se školení a připravit se samostatně na výstupní test;
- navádět a informovat rodinu pacienta o podpurných sdruženích;
- projevit zájem o samovzdělávání, vhodný zdroj je např. kniha *Poslední dary: jak porozumět zvláštnímu vnímání a potřebám umírajících* od autorek paní Maggie Callananové a Patricie Kelleyové;
- účastnit se veřejných přednášek na dané téma;

- ohleduplně, důstojně, šetrně, profesionálně a lidsky pečovat o křehkého pacienta a jeho rodinu;
- pečovat o své fyzické a duševní zdraví. Pomocná literatura např. od pana Jaro Křivohlavého a paní Jaroslavy Pečenkové, *Duševní hygiena zdravotní sestry*;
- být si vědom/a svého poslání a uvědomovat si, že ve stejné životní fázi se jednou bude nacházet každý z nás;

### **Doporučení pro rodinu/blízké/jednotlivce**

- vyhledat pomocnou literaturu *Hospice a umění doprovázet* od paní MuDr. Marie Svatošové, která je zakladatelkou a vůdčí osobností českého hospicového hnutí. Dále knihy *O smrti a umírání*, *Rozhovory s umírajícími* od autorky paní Elisabeth Kübler-Rossové;
- navštívit Hospicové občanské sdružení Cesta domů na Praze 7, pokud se rodina nachází v Praze. Pokud ne, může využít telefonické bezplatné poradny dostupné na stránkách <http://www.cestadomu.cz/poradna.html>. Poradna je pro ty, kdo hledají informace, podporu a kontakty pro své nevléčitelně blízké a umírající, ale také pro ty, kterým někdo zemřel. Součástí poradny je i knihovna, půjčovna pomůcek, odlehčovací služba, dobrovolnická činnost a diskuse;
- prohlédnout si informační a diskusní portál Umírání.cz, [www.umirani.cz](http://www.umirani.cz);
- nebát se požádat ošetrovatelský personál o radu, nasměrování a podporu;



## ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo zjistit úroveň komunikace sester s pacienty v terminálním stádiu a také, zda sestry rozumí potřebám těchto pacientů. Výsledky jasně poukazují na nevyhnutelnost prohloubení vzdělání v oblasti profesionální komunikace v dané tématice. Jedině edukací může být zajištěna kvalitní specifická ošetrovatelská péče.

Vytyčené cíle byly zjištěny anonymní dotazníkovou metodou, sběr dat proběhl v Praze ve třech různých zdravotnických zařízeních. Až 72,55% respondentů uvedlo, že upřednostňuje verbální komunikaci, což není vhodná forma pro komunikaci s křehkým pacientem. Takový pacient, zbaven sil, potřebuje, aby mu byl někdo nablízku, uměl přečíst jeho gesta, aby mu rozuměl, udělal si na něj a jeho rodinu potřebný čas a aby byl respektován. 87,18% respondentů uvedlo chybnou odpověď na položku, která se týkala fáze vyrovnávání se s umíráním. Jestliže sestry nerozumí v jaké fázi se křehký pacient a jeho rodina nachází, nemohou správně vykonávat své poslání. Nejsou také schopny rozpoznat specifické potřeby těchto pacientů. Ani ne polovina všech dotazovaných, jen 43,14% odpověděla, že vnímá komunikaci jako profesionální dovednost a pro celých 19,61% respondentů není komunikace s rodinou důležitá při péči o pacienta. Až 43,13% osob nevytváří situaci pro vyslechnutí snů pacienta. Nízký podíl správných odpovědí bohužel svědčí o nesprávné komunikaci při poskytování péče. Vybavujeme si např. jen jednu osobu, která uvedla, že je nutné saturovat bio-psycho-spirituální potřeby.

Je nezbytně nutné, aby se do zdravotnických zařízení zahrnula školení na danou tematiku. Podrobnější návrhy jsme uvedli v doporučení pro praxi (viz kapitola doporučení pro praxi 7.3, s. 61-63).

Čím dříve se sestry vyrovnají se svou vlastní konečností a se svou vlastní smrtelností, budou schopné poskytovat důstojnou a profesionální péči a pochopí, že doprovázení jim sice ubere kus sil, ale také kus moudrosti a zralosti přidá.

Přejeme si, aby naše práce byla využita jako informační zdroj pro sestry všech profesí a také pro jednotlivce a rodiny pacientů v terminálním stádiu života. Dále bychom chtěli naše výstupy zveřejnit v odborném časopise *Sestra* za účelem rozšíření povědomí o této problematice.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

### MONOGRAFIE

BOROŇOVÁ, Jana. 2010. *Kapitoly z ošetrovatelství I*. Praha : Maurea, 2010. 196 s. ISBN 978-80-902876-4-8.

BLECHOVÁ, Zdenka. 2009. *O smrti a umírání aneb přechod do jiné dimenze*. Plzeň : Zdenka Blechová, 2009. 160 s. ISBN 978-80-87413-13-5.

BYOCK, Ira. 2005. *Dobré umírání: možnosti pokojného konce života*. Z angl. orig. přel. Ladislav Šenkyřík, Vyšehrad : Cesta domů. 2005. 328 s. ISBN 80-7021-797-9.

CALLANANOVÁ, Maggie; KELLEYOVÁ, Patricia. 2005. *Poslední dary: jak porozumět zvláštnímu vnímání a potřebám umírajících*. Z angl. orig. přel. Vlasta Hesounová a Alžběta Slavíková Hesounová. Orlová Vyšehrad : Cesta domů. 2005. 224 s. ISBN 80-7021-819-3.

GROF, Stanislav. 2009. *Lidské vědomí a tajemství smrti*. Praha : Argo, 2009. 373 s. ISBN 978-80-257-0177-5.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. 2007. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. Praha : Galén, 2007. 244 s. ISBN: 978-80-7262-471-3.

HONZÁK, Radkin. 1999. *Komunikační pasti v medicíně*. Praha : Galén, 1999. 165 s. ISBN 80-7262-032-0.

HOUGHAM, Paul. 2008. *Atlas duše, těla a ducha: jedinečný pohled na souměřitelnost hmotných i nehmotných systémů lidského těla*. Z angl. orig. přel. Kateřina Orlová. Praha : Metafora, 2008. 224 s. ISBN 978-80-7359-120-5.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES, 2009. *Notes on nursing: a guide for today's caregivers*. Elsevier, 2009. 177 s. ISBN 978-0-7020-3423-7.

KAVLACH, Zdeněk. 2010. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty: pomoc při rozhodování v paliativní nejistotě*. Vyšehrad : Cesta domů, 2010. 133 s. ISBN 978-80-904516-4-3.

KAVLACH, Zdeněk et al. 2011. *Křehký pacient a primární péče*. Praha : Grada Publishing, 2011. 400 s. ISBN 978-80-247-4026-3.

KELNAROVÁ, Jarmila. 2007. *Tanatologie v ošetrovatelství*. Brno : Littera, 2007. 112 s. ISBN: 978-80-85763-36-2.

KELNAROVÁ, Jarmila; MATĚJKOVÁ, Eva. 2009. *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty 4. ročník*. Praha : Grada, 2009. 140 s. ISBN 978-80-247-2831-5.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro; KACZMARCZYK, Stanislav. 1995. *Poslední úsek cesty*. Praha : Návrat domů, 1995. 93 s. ISBN: 80-85495-43-0.

KUTNOHORSKÁ, Jana. 2007. *Etika v ošetrovatelství*. Praha : Grada, 2007. 163 s. ISBN 978-80-247-2069-2.

KÜBLER-ROSSOVÁ, Elisabeth. 1992. *Hovory s umírajícími*. Z něm. orig. přel. Bohumil Dvořáček .Nové Město nad Metují : Signum unitatis, 1992. 135 s. ISBN 80-85439-04-2.

KYMROVÁ, Eva. 2011. *Holistické přístupy v psychologii*. Praha : Maurea, 2011. 186 s. ISBN 978-80-904955-0-0.

LEPIEŠOVÁ, Emília. et al. 1996. *Manažment v ošetrovatelstve*. Osveta : Martin, 1996. 146 s. ISBN 80-217-0352-0.

LINHARTOVÁ, Věra. 2007. *Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetrující personál*. Praha : Grada, 2007. 152 s. ISBN- 978-80-247-1784-5.

LUGTON, Jean. 2002. *Communication with dying people and their relatives*. Radcliffe Medical Press Ltd, 2002. 184 s. ISBN 1-85775-584-7.

NĚMCOVÁ, Jitka; MAURITZOVÁ, Ilona. 2011. *Manuál k úpravě písemných prací*. Praha : Maurea, 2011. 84 s. ISBN 978-80-902876-8-9.

SVATOŠOVÁ, Marie. 2008. *Hospice a umění doprovázet*. Kostelní Vydří : Karmelitánské nakladatelství, 2008. 151 s. ISBN 978-80-7195-307-4.

ŠPATĚNKOVÁ, Naděžda; KRÁLOVÁ, Jaroslava. 2009. *Základní otázky komunikace: komunikace (nejen) pro sestry*. Praha : Galén, 2009. 135 s. ISBN 978-80-7262-599-4.

TRACHTOVÁ, Eva. et al. 2004. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2004. 185 s. ISBN 80-7013-324-4.

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

VORLÍČEK, Jiří. et al. 2006. *Klinická onkologie pro sestry*. Praha : Grada Publishing, 2006. 328 s. ISBN 80-247-1716-6.

## ČASOPISY

DUBCOVÁ, Iva. 2011. Etika umírání a smrti. In *Sestra*. ISSN 1210-0404, 2011, č. 10, s. 44-46.

DUČAIOVÁ, Jarmila; LITVÍNOVÁ, Blažena. 2011. Úloha sestry v péči o smrtelně nemocného. In *Sestra*. ISSN 1210-0404, 2011, č.10, s. 49-50.

KLEVERTOVÁ, Dana. 2011. Být tím, kdo dokáže provázet na sklonku života. In *Sestra*. ISSN 1210-0404, 2011, č. 10, s. 47-48.

KOLEGAROVÁ, Olga. 2006. Komunikace sester s umírajícími a jejich nejbližšími. In *Sestra*. ISSN 1210-0404, 2006, č. 9, s. 26.

### **INTERNETOVÉ ZDROJE**

Stupnice dle Nortonové. [online]. [cit. 2012-02-24]. Dostupné z WWW:<  
<http://ose.zshk.cz/media/p5821.pdf>>.

Vizuální analogová škála bolesti. [online]. [cit. 2012-02-24]. Dostupné z WWW:<  
<http://ose.zshk.cz/media/p5835.pdf>>.

Seznam literatury je zpracován dle normy ISO 690-2:1997

## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha A – Dotazník .....	I
Příloha B – Protokol k provádění sběru podkladů pro zpracování bakalářské práce .....	V
Příloha C – Pyramida potřeb.....	VIII
Příloha D – Vizuální analogová škála bolesti .....	IX
Příloha E – Hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové .....	X

## Příloha A – Dotazník

Vážená paní/slečno, vážený pane,

Jmenuji se Zuzana Grygárková a jsem studentkou bakalářského studijního oboru Všeobecná sestra na Vysoké škole zdravotnické v Praze 5. Dotazník, který se Vám dostává do rukou, je součástí mé bakalářské práce na téma *Komunikace sester s pacienty v terminálním stádiu*. Dotazník je zcela anonymní a dobrovolný. Jeho výstupy budou použity výhradně pro účely průzkumu. Obracím se proto na Vás s prosbou o jeho svědomité vyplnění.

Odpovědi prosím zaškrtněte křížkem tak, aby co nejvíce odpovídaly skutečnosti. Prosím, zvolte vždy tolik možností, kolik uznáte za vhodné. Pokud se zmýlíte, správnou odpověď ještě zakroužkujte.

Děkuji Vám za Vaše cenné podněty, čas a trpělivost.

### DOTAZNÍK

#### ČÁST A – Informativní otázky

**1. Pohlaví:**  žena  muž

**2. Věk:**  do 30 let  31 – 45 let  46 – 60 let  61 a více let

**3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?**

základní  středoškolské  vyšší odborné  vysokoškolské

**4. Jaká je Vaše pozice ve zdravotnickém týmu?**

sanitář/ka  ošetřovatel/ka  zdravotní asistent/ka

všeobecná sestra  jiné: \_\_\_\_\_

**5. Jaká je délka Vaší praxe ve zdravotnictví?**

Uveďte počet let: \_\_\_\_\_ Z toho u lůžka: \_\_\_\_\_

**6. Pečoval/a jste již o pacienta v terminálním stádiu?**

ano, již několikrát

ano, pouze jednou

nevím

ne

ne, odmítla jsem

## ČÁST B – Komunikace

### 7. Jaké upřednostňujete druhy komunikace?

- kineziku
- verbální komunikaci
- výraz obličeje
- neverbální komunikaci
- dotekem

### 8. Považujete komunikaci za podstatnou?

- komunikaci chápu jako profesionální dovednost
- je pro mě prostředek k vyjádření
- slouží k předávání informací
- nelze nekomunikovat
- komunikuji = funguji

### 9. Jakou formu komunikace volíte nejčastěji v péči o pacienta v konečném stádiu života?

- haptiku
- verbální komunikaci
- mimiku
- gestiku
- proxemiku

### 10. Jak důležitá je pro Vás komunikace s rodinou umírajícího pacienta?

- je pro mě neoddelitelnou součástí péče o pacienta
- je pro mě důležitá, ale nevyhledávám ji
- přikládám jí střední význam
- věnuji se pouze pacientovi
- není

### 11. Co je podle Vás podstatné v komunikaci s rodinou umírajícího pacienta? (můžete uvést konkrétně)

---

---

---

---

---

### 12. Jak se účastníte kontaktu s rodinou pacienta v konečném stádiu života? (můžete uvést konkrétně)

---

---

---

---

---



**13. Považujete kontakt s rodinou pacienta v terminálním stádiu nemoci za přínosný pro Vaši ošetrovatelskou intervenci?**

- určitě ano
- spíše ano
- nevím
- někdy
- ne

### **ČÁST C – Vztah pacient a sestra**

**14. Jaké potřeby umírajícího pacienta řadíte mezi klíčové?**

---

---

---

---

---

---

**15. Přestože máte hodně práce, upřednostňujete potřeby umírajícího pacienta?**

- ano
- obvykle ano
- jak kdy
- spíše ne
- kontakt mně stresuje

**16. Co podle Vás patří mezi příznaky blížící se smrti?**

---

---

---

---

---

---

**17. Jak dlouho se obvykle zdržujete u pacienta v terminálním stádiu?**

- dle individuální situace
- dle časových možností
- dle ordinace lékaře
- raději co nejméně
- respektuji přání rodiny

**18. Projevil/a jste někdy zájem si vyslechnout sny pacienta, který se nachází v konečném stádiu života?**

- pokouším se porozumět jeho sdělení
- mohu naslouchat
- nevytvářím pro pacientovo sdělení situaci
- někdy, jak se sama cítím
- nenapadlo mně to

## ČÁST D – Terminální stádium

### 19. Co pro Vás znamená pojem smrt?

- je součástí života
- nikdo jí neunikne – cesta je ukončena
- bojím se jí
- nepřipouštím si jí
- nechci se o ní bavit

### 20. Jaké fáze podle Vás patří k procesu vyrovnávání se s umíráním? (prosím odpovězte jednoslovně)

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

### 21. Máte zkušenost s tím, že umírající pacient je silně dezorientován a hovoří nesouvisle?

- velice často
- ano
- nevím
- nevšiml/a jsem si
- ne

### 22. Myslíte si, že pacient v infaustním stádiu vnímá, v jakém úseku cesty se nachází?

- pokud si to připustí, tak ano
- brání se tomu
- nevím
- nad tím jsem nepřemýšlel/a
- ne, nevnímá

### 23. Považujete okamžik smrti za přechod branou jinam?

- ano
- ano, i když nejsem náboženského přesvědčení
- nevím
- ne
- nechci odpovědět

**Děkuji Vám ještě jednou za Váš čas a ochotu.**

Zdroj: Dotazník vlastní konstrukce

## Příloha B – Protokol k provádění sběru podkladů pro zpracování bakalářské práce

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.  
Duškova 7, 150 00 Praha 5



### PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ SBĚRU PODKLADŮ PRO ZPRACOVÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(součástí tohoto protokolu je, v případě realizace, kopie plného znění dotazníku,  
který bude respondentům distribuován)

Příjmení a jméno studenta	GRYGÁRKOVÁ ZUZANA	
Studijní obor	Všeobecná sestra	Ročník 3.
Téma práce	Komunikace sester s pacienty v terminálním stádiu	
Název pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů	Nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze	
Jméno vedoucího práce	PhDr. Eva Kynurová	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum: <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím (with signature) podpis	
Souhlas náměsíkyňe pro ušerbovateľskou peči	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím Mgr. Šarka Štegrová nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze Mláčská 33 Praha 1 ústavní seštra	

V Praze dne 5. 12. 2011

Z. Gygarková  
podpis studenta

## Příloha B – Protokol k provádění sběru podkladů pro zpracování bakalářské práce

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.  
Dušková 7, 150 00 Praha 5



### PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ SBĚRU PODKLADŮ PRO ZPRACOVÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(součástí tohoto protokolu je, v případě realizace, kopie plného znění dotazníku,  
který bude respondentům distribuován)

Příjmení a jméno studenta	GRYGÁRKOVÁ ZUZANA	
Studijní obor	Všeobecná sestra	Ročník 3.
Téma práce	Komunikace sester s pacienty v terminálním stádiu	
Název pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů	Fakultní nemocnice v Motole, Praha	
Jméno vedoucího práce	PhDr. Eva Kymrová	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	
Souhlas náměstkyně pro ošelfovatelskou péči	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	

*Eva Kymrová*  
podpis

Mgr. Jana Nováková, MBA  
náměstkyně pro oš. péči FN Motol

*Zuzana Gygářková*  
v Motole dne 5.12.2011

*Zuzana Gygářková*  
podpis studenta

## Příloha B – Protokol k provádění sběru podkladů pro zpracování bakalářské práce

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.  
Dušková 7, 150 00 Praha 5



### PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ SBĚRU PODKLADŮ PRO ZPRACOVÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(součástí tohoto protokolu je, v případě realizace, kopie plného znění dotazníku,  
který bude respondentům distribuován)

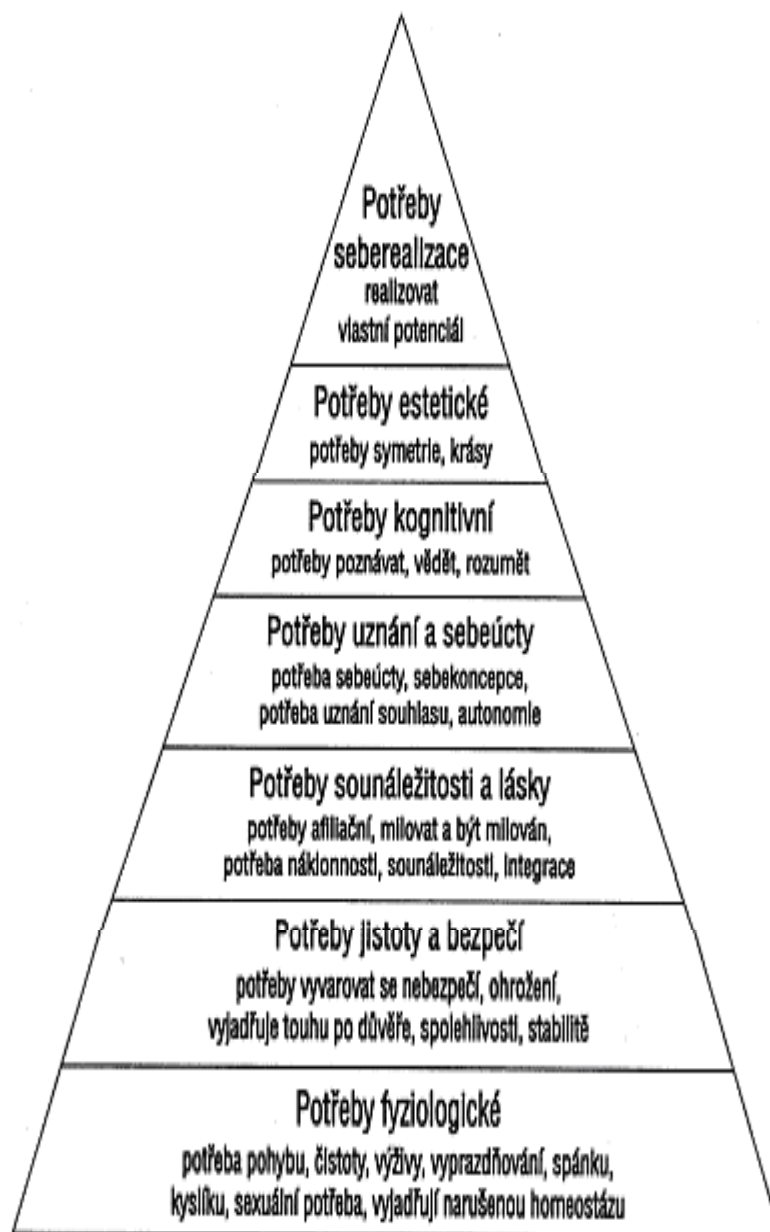
Příjmení a jméno studenta	GRYGÁRKOVÁ ZUZANA	
Studijní obor	Všeobecná sestra	Ročník 3.
Téma práce	Komunikace sester s pacienty v terminálním stádiu	
Název pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů	Nemocnice Na Františku, Praha	
Jméno vedoucího práce	PhDr. Eva Kymrová	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	
Souhlas náměstkyně pro ošetrovatelskou péči	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	

NEMOCNICE NA FRANTIŠKU  
Na Františku 84/73, 150 00 Praha 5  
Mg. *[Podpis]*  
Náměstek řešitelé pro ošetrovatelskou péči  
Tel.: 222 801 244

v *Průšce* dne *5. 12. 2011*

*Z. Gygarková*  
podpis studenta

## Příloha C – Pyramida potřeb

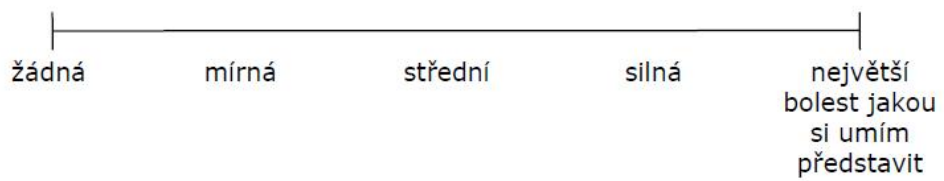


Zdroj: TACHTOVÁ, 1999, s. 15

**Obrázek 1 – Pyramida potřeb**

**Příloha D – Vizuální analogová škála bolesti**

Vizuální analogová škála bolesti



Zdroj: [www.ose.zshk.cz](http://www.ose.zshk.cz)

**Obrázek 2 – Vizuální analogová škála bolesti**

## Příloha E – Hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové

### Stupnice dle Nortonové

- slouží k posouzení rizika vzniku dekubitů

Schopnost spolupráce	Věk		Stav pokožky		Každé další onemocnění		Fyzický stav		Stav vědomí		Aktivita		Pohyblivost		Inkontinence		
úplná	4	< 10	4	normální	4	žádné	4	dobrý	4	dobrý	4	chodí	4	úplná	4	není	4
malá	3	< 30	3	alergie	3	DM, anemie	3	zhoršený	3	apatický	3	doprovod	3	částečně omezená	3	občas	3
částečná	2	< 60	2	vlhká	2	kachexie, ucpávání tepen	2	špatný	2	zmatený	2	sedačka	2	velmi omezená	2	převážně moč	2
žádná	1	> 60	1	suchá	1	obezita, karcinom	1	velmi špatný	1	bezvědomí	1	leží	1	žádná	1	moč + stolice	1

**NEBEZPEČÍ DEKUBITŮ VZNIKÁ PŘI 25 BODECH A MÉNĚ**

Zdroj: [www.ose.zshk.cz](http://www.ose.zshk.cz)

**Obrázek 3 – Hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové**