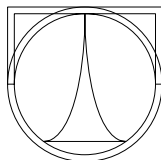


TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI

Ústav zdravotnických studií



Studijní program: B 5341 Ošetrovatelství

Studijní obor: 5341R009 Všeobecná sestra

Komunikace sestry s onkologicky nemocným pacientem
Communication of a Nurse with an Oncology Patient

Andrea Švábová

Bakalářská práce 2009

TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI

Technická univerzita v Liberci

Ústav zdravotnických studií

Akademický rok: 2007/2008

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Andrea ŠVÁBOVÁ**

Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Název tématu: **Komunikace sestry s onkologicky nemocným pacientem/klientem.**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Cíl:

Zmapovat a vyhodnotit míru specifických dovedností a znalostí sester v komunikaci s onkologicky nemocnými pacienty.

Analyzovat a zhodnotit zvládání stresové zátěže sester při práci a komunikaci s onkologicky nemocnými.

Předpoklady:

Předpokládám, že 50% sester absolvovala kurz komunikativních dovedností s onkologicky nemocnými.

U 30% dotazovaných sester očekávám komunikaci s onkologicky nemocnými za problémovou.

Domnívám se, že nadměrná psychická zátěž sester pracujících na onkologii, je jedním z nejčastějších důvodů vedoucích k migraci sester na jiná oddělení.

Metody:

Dotazníková metoda v podobě tvrzení určená pro sestry pracující s onkologicky nemocnými klienty/pacienty

Rozhovor

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

40-50 stran

Forma zpracování bakalářské práce:

tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

VODVÁŘKA, Pavel. Třiatdvacet dialogů o rakovině. 1.vyd. Praha: Galén, 2001. ISBN 807262086x

DOSTÁLOVÁ, Olga. Jak vzdorovat rakovině? 1.vyd. Praha: Grada – Avicenum, 1993.

ISBN 80-7169-040-6

KUTNOHORSKÁ, Jana. Etika v ošetrovatelství. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-2069-2

VORLÍČEK, J.; ABRAHÁMOVÁ, H.; VORLÍČKOVÁ, H. a kol. Klinická onkologie pro sestry. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2006.

ISBN 80-247-1716-6

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Hana Bláhová

Ústav zdravotnických studií

Datum zadání bakalářské práce:

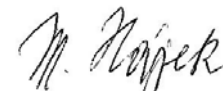
30. března 2008

Termín odevzdání bakalářské práce:

30. dubna 2009


prof. Ing. Vojtěch Konopa, CSc.
rektor




prof. MUDr. Miloš Hájek, DrSc.
pověřen vedením ústavu

V Liberci dne 28. března 2008

Prohlášení

Byl(a) jsem seznámen(a) s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědom(a) povinnosti informovat o této skutečnosti TUL. V tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracoval(a) samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím bakalářské práce a konzultantem.

Datum: 28.3.2008

Podpis: Štěpánka Ambrosová

Poděkování

Děkuji Mgr. Haně Bláhové za vstřícnost, trpělivost, odborné vedení, podněty a připomínky při zpracovávání bakalářské práce a všech náležitostí. Dále bych chtěla poděkovat všem zdravotním sestrám z onkologického oddělení v Liberci, Trutnově, Jičíně a Ústí nad Labem za ochotu při vyplňování dotazníků.

Anotace v českém jazyce

Bakalářská práce zjišťuje kvalitu komunikace mezi sestrami a onkologicky nemocnými pacienty. Teoretická část se zabývá širokou oblastí témat, které s danou problematikou úzce souvisí. Vymezení pojmů, ošetrovatelská péče, principy léčby, psychologický přístup a mimo jiné platná legislativa jsou hlavní témata teoretické části. Empirická část je tvořena kvantitativním výzkumným šetřením a to především formou dotazníku a rozhovorem zaměřeným na zdravotní sestry pracující pouze na onkologickém oddělení vybraných nemocnic. Analýza dotazníkového šetření a zhodnocení rozhovorů poukazuje na zjištěné nedostatky. Tato práce bude zpětnou vazbou přínosem pro zúčastněné respondenty, kteří si mohou deficitní znalosti vlastní iniciativou doplnit.

Klíčová slova: Komunikace
Onkologické onemocnění
Ošetrovatelská péče
Právní aspekty
Sdělování diagnózy

Anotace v anglickém jazyce

Bachelor thesis ascertains the quality of communication between nurses and patients sick. In the theoretical part, we are dealing with a wide area of topics, with the closely related issues. Definitions, nursing care, principles of treatment, psychological approach and, inter alia, current legislation are the main topics of the theoretical part. Empirical part consists of a quantitative research investigation and especially by means of a questionnaire and interviews aimed at nurses working only on the oncology department of the selected hospitals. Analysis of questionnaire survey and evaluation of the interviews points to the deficiencies found. This work will benefit from feedback on the respondents, who may own initiative, knowledge deficit supplement.

Keywords: Communications
 Oncological diseases
 Nursing care
 Legal Aspects
 Communication of diagnosis

OBSAH

1. ÚVOD.....	11
2. VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ	13
2.1 ONKOLOGICKY A TĚŽCE NEMOCNÍ PACIENTI	14
2.2 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O ONKOLOGICKY NEMOCNÉ	14
2.2.1 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE V OBLASTI BIOPSYCHOSOCIÁLNÍ	14
2.3 NÁDOROVÁ BOLEST	15
2.4 VÝŽIVA ONKOLOGICKÝCH PACIENTŮ	17
2.5 OŠETŘOVÁNÍ DEKUBITŮ	18
3. OBECNÉ PRINCIPY LÉČBY A JEJÍ PROBLEMATIKA	20
3.1 LÉČBA CHIRURGICKÁ	20
3.2 LÉČBA ZÁŘENÍM	21
3.3 LÉČBA FARMAKOLOGICKÁ	21
4. PSYCHOLOGICKÝ PŘÍSTUP SESTER K ONKOLOGICKY NEMOCNÝM	23
4.1 ZÁSADY KOMUNIKACE	23
4.2 ZPŮSOBY KOMUNIKACE	26
4.2.1 EMPATIE	27
4.2.2 NASLOUCHÁNÍ	27
4.3 KOMUNIKACE S RODINOU	28
5. PRÁVNÍ ASPEKTY PRÁCE ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNÍKŮ S ONKOLOGICKY NEMOCNÝMI LIDMI	30
5.1 ZÁSADY SDĚLOVÁNÍ ONKOLOGICKÉ DIAGNÓZY	31
5.2 KOMPETENCE SESTRY PŘI SDĚLOVÁNÍ ZÁVAŽNÉ NEPŘÍZNIVÉ DIAGNÓZY	32
5.3 DNR (DO NOT RESUSCITATION – NERESUSCITOVAT)	33
5.4 ETIKA UMÍRÁNÍ A SMRTI	33
6. EMPIRICKÝ VÝZKUM.....	35
6.1 VÝZKUMNÉ METODY	35
6.2 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO VZORKU	36
6.3 PRŮBĚH VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	36
7. VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKU	37
7.1 VYHODNOCENÍ IDENTIFIKAČNÍCH ÚDAJŮ	37
7.2 VYHODNOCENÍ SPECIÁLNÍ ČÁSTI DOTAZNÍKU	43
7.3 VYHODNOCENÍ ROZHOVORU	66
8. VYHODNOCENÍ HYPOTÉZ	68

HYPOTÉZA Č.1	68
HYPOTÉZA Č. 2	69
HYPOTÉZA Č. 3	70
9. NÁVRH NA ŘEŠENÍ ZJIŠTĚNÝCH NEDOSTATKŮ	73
10. ZÁVĚR.....	74
SEZNAM TABULEK	77
SEZNAM GRAFŮ	78
SEZNAM PŘÍLOH.....	79

SEZNAM ZKRATEK

P/K	pacient/klient
WHO	World Health Organization (světová zdravotnická organizace)
kcal/kg	kilokalorie/kilogram
GIT	gastrointestinální trakt
CNS	centrální nervová soustava
atd.	a tak dále
DNA	deoxyribonukleová kyselina
Str.	strana
Tab.	tabulka
Nem.	nemocnice

1. Úvod

Ve své bakalářské práci se věnuji problematice týkající se komunikace sestry s onkologicky nemocnými pacienty, specifiky ošetrovatelské péče a problematikou psychologického přístupu k onkologicky nemocným pacientům. Vysoká četnost výskytu nádorových onemocnění v ČR, neradostná statistická data, prvenství výskytu některých nádorových onemocnění v Evropě a vlastní zkušenost s danou problematikou mi byla důvodem volby tématu.

S nárůstem onkologických onemocnění se toto téma stává stále více aktuálnější a je důležité zdůraznit, že úmrtnost na toto onemocnění je na 2. místě. V průběhu života postihne maligní nádorové onemocnění každého 3. obyvatele ČR a každý 4. obyvateľ ČR zemře na zhoubné nádorové onemocnění. Z tohoto důvodu je potřeba zasvětit do problematiky nejen zdravotnický personál, ale i širokou veřejnost, protože onkologicky nemocné potkáváme téměř na každém oddělení. U mužů je nejvyšší incidence karcinomu plic a průdušek, tlustého střeva a konečníku a prostaty. U žen je to karcinom prsu, též tlustého střeva a konečníku a děložního hrdla. Nárůst je u nádorů vylučovacích cest, tlustého střeva a konečníku, prsu, plic u žen a melanomu.

Ze své vlastní zkušenosti vím, že kontakt s onkologicky nemocnými lidmi je velmi náročný, nejen z hlediska velké fyzické či psychické zátěže. Za obtížnou a velmi komplikovanou pokládám především komunikaci. Proto bych se chtěla s danou problematikou blíže seznámit, zdokonalovat se a především umět techniky a specifika komunikace využít v praxi.

Bakalářskou práci jsem členila na část teoretickou a část empirickou. V teoretické části se věnuji popisu základních pojmů týkající se specifík a problematiky ošetrovatelské péče o onkologicky nemocné pacienty. Svoji pozornost jsem zaměřila především na zásady a způsoby komunikace s takto nemocnými lidmi a na psychologický přístup. V závěru teoretické části věnuji svoji pozornost právním aspektům při práci s onkologickými pacienty, především sdělování diagnózy, etice

umírání a smrti. V empirické části analyzuji otázky z dotazníku, pomocí kterého jsem zjišťovala informace od zdravotních sester pracujících na onkologickém oddělení.

Rovněž jsem s některými sestrami vedla rozhovor, který upřesňuje výpovědi z dotazníkového šetření.

Ve své bakalářské práci jsem si zvolila tyto cíle:

- 1) Zmapovat a vyhodnotit míru specifických dovedností a znalostí sester v komunikaci s onkologicky nemocnými pacienty.
- 2) Analyzovat a zhodnotit zvládání stresové zátěže sester při práci a komunikaci s onkologicky nemocnými.

Dílčím cílem je komparace výsledků mezi jednotlivými onkologickými odděleními různých nemocnic.

Jako hypotézy jsem si stanovila tato tvrzení:

- H1** Předpokládám, že 50% sester absolvovala kurz komunikativních dovedností s onkologicky nemocnými.
- H2** U 30% dotazovaných sester očekávám komunikaci s onkologicky nemocnými za Problémovou
- H3** Domnívám se, že nadměrná psychická zátěž sester pracujících na onkologii, je jedním z nejčastějších důvodů vedoucích k migraci sester na jiná oddělení.

Je nutné si uvědomit, že rychlý vzestup výskytu onkologických onemocnění se stává celospolečenským problémem a týká se bohužel nás všech. Pomocí této práce bych ráda apelovala na nutnost věnovat se tomuto problému velmi intenzivně. Z těchto důvodů by neměla být tato oblast tabuizována a laická i odborná veřejnost by měla být vystavena účelné edukaci. Při jednání s onkologickými lidmi je důležité předcházet vzniku komunikačních bariér a sociální izolaci. Věřím, že výsledky průzkumného šetření budou prospěšné nejenom pro mě, ale i pro sestry z oddělení, kde jsem průzkumné šetření aplikovala.

2. Vymezení základních pojmů

Komunikace

Slovo komunikace je latinského původu. V latině se termínem *communico*, *communicare* rozumí sdělovati, učiniti to veřejným. Komunikaci rozdělujeme do dvou hlavních skupin. Ta, která je zprostředkovaná slovně se nazývá verbální a naopak komunikace, která není vyjádřena pomocí slov se nazývá neverbální. [3]

Zvládnutí komunikace a jejích úskalí je velmi složitým úkolem. Klade vysoké nároky jak na profesionalitu, tak i na osobní zralost a autoregulační mechanismy sestry. Nemocní se různým způsobem vyrovnávají s dlouhodobou zátěží. Snadno může dojít ke konfliktu mezi sestrou a pacientem, popřípadě rodinou. Nejbližší a nejdéle je s nemocným v kontaktu zdravotní sestra. Může mu poskytovat oporu již při ošetřování. Dojde-li však ke zhoršení nebo k objevení se dalších příznaků či bolesti, může pak pacient ve snaze najít viníka přičíst její špatné péči. [3]

Onkologické onemocnění

Nádor je patologický útvar tvořený tkání, jejíž růst se vymkl kontrole organismu a roste na něm autonomně. Maligní (zhoubný) nádor při svém růstu ničí okolní tkáň, zakládá dceřiná ložiska (metastázy) a má globální efekt na organismus. Benigní (nezhoubný) nádor roste ohraničeně a metastázy nezakládá; může však utlačovat okolní struktury (nebezpečné např. v mozku). Některé benigní nádory mohou být schopny zvrhnout se v nádory zhoubné (malignizace). Nádory mohou vzniknout v kterékoliv tkáni a orgánu, nejčastější jsou v oblastech, kde dochází za normálních okolností k významnému zmnožení buněk či k jejich stimulaci, např. pohlavními hormony (*trávicí ústrojí, průdušky, prsy, ženské pohlavní ústrojí, prostata apod.*). Nádory se určují koncovkou -om a nazývají se podle tkáně, z níž vznikají. Zhoubné epitelové nádory (karcinomy) patří k významným nádorům u lidí. Nezhoubný nádor vycházející ze žláзовého epitelu je adenom, zhoubný nádor se nazývá adenokarcinom. Zhoubné nádory vycházející z pojiva, svalů, cév krevetvorné a lymfatické tkáně (mezenchym) se nazývají sarkomy. Příčina vzniku nádoru byla do velké míry objasněna, stejně jako jejich původ. Primární nádor je nádor vzniklý prvotně v určitém orgánu (*primárním n. plic je bronchogenní karcinom*), jako sekundární nádor určitého orgánu se označují metastázy. [10]

2.1 Onkologicky a těžce nemocní pacienti

Jak v ambulantní, tak i v nemocniční péči se setkáváme s nemocnými, kteří jsou dlouhodobě nemocní. Specifickou skupinu tvoří onkologicky nemocní pacienti. Jejich onemocnění se může zhoršovat, postupně dochází k úbytku soběstačnosti a ke vzniku následků. Ošetřování těchto pacientů je někdy až letitou záležitostí, záleží však na typu onemocnění a jeho progresi. Zdravotnický personál si snadno vytvoří vztah jak k nemocnému tak i k jeho rodině. [3]

Péče o onkologicky a těžce nemocné pacienty je pro personál velmi zatěžující, je proto ohrožen „vyhořením“. Každý zdravotník by měl začít včas přemýšlet nad tím, jak dlouho je vhodné s těmito lidmi pracovat a je-li to potřeba, měl by navštívit psychologa. [3]

2.2 Ošetrovatelská péče o onkologicky nemocné

Z pohledu ošetrovatelské péče sester je nutné si uvědomit, že nemocní netrpí pouze fyzicky, ale mají také velké psychické a sociální problémy. Péče o nemocné s onkologickým onemocněním vyžaduje mnohostrannou spolupráci. Velmi důležitá je péče o bolest. Sestra by ji měla pravidelně monitorovat a dle potřeby podávat vhodná a účinná analgetika. Další důležitou součástí je výživa. Mnoho onkologických pacientů trpí nechutenstvím, zvrací a je proto důležité doplňovat základní složky potravy. Neměli bychom nutit pacienta do jídla, vždy jen jídlo a tekutiny nabízet. Ne každý pacient je nesoběstačný, ale trpí-li pacient deficitem v jakékoliv složce sebepéče, měla by mu být sestra nápomocná a zajistit aktivní ošetrovatelskou péči ve všech oblastech, především v hygieně. Velký význam klademe na polohování, neboť je zde velké riziko vzniku dekubitů, ať již z důvodu snížené soběstačnosti či nedostatečného příjmu potravy. Především by měl být brán zřetel na důstojnost pacienta, byť je v jakémkoli stavu a situaci.[9]

2.2.1 Ošetrovatelská péče v oblasti biopsychosociální

Biologická

Zaměřena na zvládnutí nežádoucích účinků onkologické léčby (cytostatika, radioterapie, ...), podávání léků dle ordinace lékaře na potlačení nežádoucích účinků

(antiemetika), prevenci rizik poškození orgánů (podávání různých látek – kardiotonik, hepatoprotektiv)

Psychologická

Nádorové onemocnění vyvolává v lidech strach a úzkost ze smrti, nikdo není připraven onemocnět tímto typem onemocnění. Zdravotnický personál by měl dobře znát psychický stav pacienta. K ruce by měl být i psycholog. Je důležité každého posuzovat individuálně. Je velice nutná psychická podpora v kterékoliv situaci.

Sociální

Zaměřena na pomoc klientovi i jeho rodině například v oblasti financí, pomoc rodině v terminálním stádiu onemocnění (například pobyt v Hospici) a začlenění P/K zpět do společnosti. [9]

2.3 Nádorová bolest

Podle statistik Světové zdravotnické organizace v době stanovení diagnózy trpí bolestí 30 % pacientů, v pokročilých stádiích nemoci udává bolest 80-90 % nemocných. Nejvíce bývají bolestivé nádory v kostech, slinivce břišní, žaludku a jícnu. Podstatně méně se bolest vyskytuje např. u pacientů s leukémií a lymfomy.

Termín nádorová bolest zahrnuje celou řadu bolestivých stavů, kterými mohou pacienti s onkologickou diagnózou trpět. Pacienti mohou pociťovat několik typů bolestí současně. [2]

Podle vztahu k nádorovému onemocnění dělíme bolest na:

- bolest vyvolanou nádorem
- bolest vyvolanou diagnostickou a protinádorovou léčbou
- bolest bez přímé souvislosti s nádorovým onemocněním [2]

Hodnocení nádorové bolesti

Velmi důležité pro hodnocení bolesti je pozorování projevů bolestivého chování. Významným parametrem je především pacientův údaj. Kdykoliv říká, že bolest má, měli bychom to brát v úvahu. Základem pro zhodnocení bolesti je odebrání podrobné anamnézy, klinické vyšetření a je-li potřeba, tak i laboratorní a zobrazovací vyšetření.

Hlavním faktorem je intenzita bolesti. Pro její měření používáme jednoduché nástroje jako je slovní škála, vizuální analogová škála a numerická škála (příloha č. 1). Pacient určuje intenzitu bolesti pomocí číselných stupnic většinou od 0 do 10, kde větší číslo znamená větší bolest. Takto můžeme monitorovat bolest během dne a pozorovat tak například i účinky analgetik. Pacienti mohou svou bolest zaznamenávat do deníku pacienta, kde v průběhu dne zaznamenávají intenzitu bolesti. Tato pomůcka je u onkologických pacientů užitečná.[2]

Orientační slovní hodnocení desetistupňové škály bolesti:

0 = P/K necítí bolest

1-2 = P/K cítí mírnou bolest, soustředí se na hovor, lze odvést pozornost od bolesti

3-5 = P/K cítí střední bolest, která dominuje nad snahou o soustředění

6-9 = P/K cítí silnou bolest, má bolestivou grimasu, soustředí se na bolest

10 = P/K trpí nesnesitelnou bolestí, neovládá své chování (mohou být přítomny i známky šoku, nesnesitelná bolest může vyvolat smrt!)[2]

Léčba nádorové bolesti

Léčba bolesti je součástí komplexní onkologické léčby. Dělíme ji na kauzální a symptomatickou.

Kauzální (protinádorová) léčba – principem je odstranění nebo zmenšení nádoru nebo snížení jeho aktivity. Největší význam mají metody chirurgické a radioterapie.

Symptomatická léčba bolesti – symptomatické postupy ovlivňují vznik, vedení a další zpracování bolestivé stimulace na různých úrovních periferního a centrálního nervového systému. Základem v léčbě nádorové bolesti je farmakoterapie.

Farmakoterapie nádorové bolesti – řídíme se „analgetickým žebříčkem WHO“.

První stupeň žebříčku WHO – léčba mírné bolesti pomocí

neopioidních analgetik (např. paracetamol, ibuprofen, indometacin).

Druhý stupeň žebříčku WHO – léčba silné bolesti pomocí kombinace

neopioidního analgetika a tzv. slabého opioidu (např. Kodein, Tramadol, Tildin).

Třetí stupeň žebříčku WHO – léčba silné bolesti pomocí silných opioidů (např.

Morfin, Fentanyl, Oxycodon, Buprenorfin). (příloha č. 2). Dávky je třeba zvyšovat [2].

Adjuvantní analgetika, koanalgetika

Kromě neopioidních (neopiátové analgetikum) a opioidních analgetik (opiátový typ analgetik) využíváme velkou škálu lékových skupin označených jako „adjuvantní“ analgetika, popř. koanalgetika. Tyto léky se primárně indikují u stavů jiných než bolest, ale mohou mít také analgetický účinek. Při léčbě onkologické bolesti je obvykle užíváme současně s analgetiky, kde se nedá bolest zvládnout uspokojivě analgetiky.

Snažíme se analgetika podávat co nejdéle perorálně, transdermálně, subkutánně a až potom přistupujeme na podávání intravenózní [2]

2.4 Výživa onkologických pacientů

Nádorová onemocnění jsou v mnoha případech provázena porušeným stavem výživy, zejména malnutricí. Takováto malnutrice je označována jako nádorová kachexie. Znamky malnutrice se vyskytují téměř u poloviny onkologických nemocných již při zjištění diagnózy. Patří mezi ně anorexie, ztráta tělesné hmotnosti, ztráta svalstva a podkožního tuku, celková slabost a anémie. Výskyt závisí na typu maligního onemocnění. Porucha výživy většinou narůstá s pokračujícím růstem nádoru. Přítomnost poruchy výživy u onkologického onemocnění má negativní postoj na prognózu choroby. Pacienti s malnutricí ve většině případech hůře snášejí protinádorovou léčbu. [4]

Všichni pacienti, označení screeningovým vyšetřením jako malnutričtí, ale také nemocní s rizikem vzniku malnutrice v důsledku plánované onkologické léčby, by měli být vyšetřeni dietologem. Důležité je zjištění problémů omezujících příjem přirozené stravy, jako jsou nechutenství, polykací potíže, nevolnost, zvracení, zácpa, ale také bolest. Zásady dietních opatření by měly být pro každého vytvořeny individuálně. Ukázalo se, že 2/3 nemocných mohou udržet tělesnou hmotnost při úpravě diety perorálním příjmem. [4]

Vztah výživy a nádoru

Nádorová malnutrice představuje velmi silný negativní prognostický faktor, který je ve většině případech důležitější než histologický typ nádoru nebo stádium choroby. Neznamená to však, že zlepšení stavu výživy zlepší prognózu onemocnění. [4]

U nemocných, kde se nedaří pomocí dietní rady udržet perorální příjem a tělesnou hmotnost, mohou doplňovat stravu farmaceutickou enterální výživou, která je indikována formou popíjení malých dávek Nutridrinku (sipping). Toto popíjení slouží ke kalorickému obohacení. [4]

Umělá klinická výživa

Pacienti, u nichž se nedaří perorální výživou zlepšit nebo udržet nutriční stav, mohou být indikováni k enterální nebo parenterální výživě.

Enterální výživu můžeme podávat pomocí: nasogastrické nebo nasojejunální sondy, perkutánní endoskopické gastrostomie nebo katéetrové jejunostomie

K výživě se používají tekuté farmaceutické enterální přípravky podávané buď bolusově, intermitentně nebo kontinuálně. Uplatněním pro enterální výživu je zachovaná funkce gastrointestinálního traktu z hlediska trávení a resorpce živin. [4]

Parenterální výživa se využívá se především při selhání funkce trávicího ústrojí nebo po ozařování. V současné době se používá kompletní nutriční směs všech živin v jednom vaku, včetně vitamínů, stopových prvků a bazálního množství minerálů. U onkologických pacientů se doporučené množství energie pohybuje v rozmezí 25-35 kcal/kg tělesné hmotnosti. [4]

2.5 Ošetřování dekubitů

Dekubitus (proleženina) je komplikace, jenž ohrožuje život nemocného v celkově těžkém stavu bez schopnosti samostatného pohybu. Vzniká při upoutání nemocného na lůžko nebo při porušené hybnosti. Pacienty s větším nebezpečím vzniku proleženin lze identifikovat pomocí hodnotící stupnice. Široce využívaná je Waterlowova škála k výpočtu rizika vzniku dekubitu, ale někde preferují škálu Bradenové. Výsledek vyšetření pomůže při výběru preventivních prostředků, jedná se např. o specializované matrace a antidekubitární pomůcky. [2]

Proleženina vzniká, když tlak poruší místní krevní oběh, a tak zbaví tkáň kyslíku a živin. Tento proces poškozuje kůži a níže uložené struktury. U pacientů upoutaných na lůžko a relativně imobilních pacientů se rozvíjejí dekubity na páteři, lopatkách, loktech, kolenou a patách. [2]

Klasifikace proleženin

1. **stupeň – překrvení se zblednutím** – kůže je zarudlá, při mírném zatlačení erytém zbledne. Objevuje se mírný otok, jemné zarudnutí kůže.
2. **stupeň – neblednoucí překrvení** – kůže je zarudlá a mírně vystouplá, při zatlačení nebledne. Může dojít k povrchovému poškození i se zvředovatěním kůže. Objevuje se zarudnutí, zduření, někdy se objeví puchýř.
3. **stupeň – zvředovatění kůže** – ulcerace postupuje přes celou dermis až na podkožní fascii. Objevuje se poškození kůže.
4. **stupeň – zvředovatění subkutánní facie** – vřed zasahuje do podkoží, svalů, které jsou oteklé a zanícené. Objevuje se rozpadlá tkáň připomínající hlubokou otevřenou ránu.
5. **stupeň – nekróza svalu** – odumrtí svalové tkáně s infekcí – gangrenózní dekubitus. Objevuje se suchá černá nekróza nebo je tkáň rozbředlá. Mezi svaly jsou choboty vyplněné hnisem. [6]

Léčba moderní obvazovou technikou usnadňuje sestrám práci, urychluje hojení ran a zvyšuje komfort pacienta. Rána by měla zůstat vlhká, měla by mít optimální teplotu, neměla by být traumatizována a infikována při převazu. Používáme neadherentní kontaktní obvazy, antiseptické obvazy, obvazy s aktivním uhlím, hydrogelové obvazy, hydrokoloidní obvazy, filmové obvazy a další. Velmi úspěšná je také ozonoterapie, fototerapie pomocí bioptronové lampy a V.A.C. terapie využívající podtlak. [7]

3. Obecné principy léčby a její problematika

Léčba maligních chorob se významně liší od léčby ostatních chorob tím, že pro nemocného znamená podstatně větší zátěž, jelikož je zaměřena proti části člověka, proti jeho vlastním buňkám, které se přeměňovaly v nádorové buňky, a z tohoto důvodu dochází téměř vždy při ničení těchto nádorových buněk i k ničení nebo poškození některých fyziologických buněk a tkání, a tedy k značným nežádoucím účinkům. Vlivem léčby je dočasně a někdy i trvale zhoršována kvalita života nemocného. [4]

Onkologická léčba zahrnuje v podstatě čtyři oblasti (multidisciplinární léčba):

- léčbu operační
- léčbu radiační
- léčbu medikamentózní
- léčbu podpůrnou [2]

3.1 Léčba chirurgická

Chirurgická léčba je jedním z prvotních pilířů současné péče o onkologicky nemocné. V kooperaci s dalšími obory má chirurgie nenahraditelnou úlohu v diagnostice, profylaxi a terapii většiny solidních nádorů.

Výkony onkologické operativy

Profylaktické výkony slouží především k odstranění prekanceróz (konizace děložního čípku, odstranění adenomu tračníku, excize kožního névu, atd.).

Diagnostické výkony slouží ke zjištění klinického stádia, biopsie (v současnosti často využíváme endoskopii a punkci).

Radikální / kurativní výkony zajišťují kompletní odstranění nádoru, zpravidla s lemem a často i spádovými lymfatickými uzlinami.

Paliativní výkony používáme k odstranění obtíží či komplikací při nemožnosti radikálního zákroku (redukce nádorové hmoty, udržení průchodnosti GIT, krvácející ulcerace, chirurgické bolesti).

Rekonstrukční výkony se využívají k obnově nebo zlepšení funkce s důrazem na estetický efekt (zanoření stomie, rekonstrukce prsu po předchozí ablaci). [2]

3.2 Léčba zářením

V současnosti podstupuje radioterapii v průběhu nemoci asi 80% nemocných s maligními nádory. Radioterapie je léčba ionizujícím zářením, která má základ v tom, že většina nádorových buněk je na radiaci citlivější než normální buňky zdravé tkáně. [2]

Kurabilita v radioterapii

Kurativní záření používáme k vyléčení, zničení nádorové populace i za cenu dočasných nežádoucích efektů léčby, které snižují kvalitu života.

Adjuvantní = pooperační záření se používá tehdy, není-li operační výkon odložen, slouží ke stanovení přesného rozsahu nádorového onemocnění, stanovení histologie nádoru.

Neadjuvantní = předoperační záření slouží ke zmenšení nádoru před operačním výkonem, sleduje se dosažení operability tam, kde nejsou metastázy.

Paliativní záření sleduje odstranění obtíží (kašel, krvácení), bolesti a prevenci komplikací, zlepšení kvality života, prodloužení života nemocného. [2]

Radioterapie má nevýhodu v tom, že se téměř vždy objevují nežádoucí účinky. Objevují se nežádoucí účinky **celkové** jako je únava, malátnost, snížení chuti k jídlu, muzea, **lokální**, kam řadíme poškození kůže i sliznice v ozařované oblasti, **akutní** jako je poškození srdce a plic, CNS, reprodukčních orgánů, **pozdní** (chronické pneumonie, vznik druhého zhoubného nádoru, postradiační stenózy v GIT, odumírání kosti, atd.) [2]

3.3 Léčba farmakologická

Protinádorová farmakologická léčba obsahuje chemoterapii (cytostatika), hormonální léčbu a biologickou léčbu.

Chemoterapie

Léčba cytostatiky má jeden cíl – zasáhnout a porušit genetickou informaci nádorové buňky, která je obsažena v DNA. Nádorové buňky se rychleji a více dělí a množí → jsou poškozovány více než zdravé buňky.

Chemoterapie se nejčastěji aplikuje v cyklech v podobě monoterapie nebo i kombinace cytostatik. Aplikace je formou intravenózní nebo perorální. Při aplikaci intravenózní je důležité **přísné nitrožilní podání**, jinak hrozí poškození. [2]

Za nejvýznamnější vedlejší účinky chemoterapie považujeme útlum krvetvorby, kam patří především leukocytopenie, trombocytopenie, riziko anémie, nevolnost a zvracení, alopecie, nefrotoxicita, hepatotoxicita, kardiotoxicita, neurotoxicita, poškození gonád

Hormonální léčba

Přítomnost hormonů je důležitá pro růst takzvaných „hormon – dependentních“ nádorů. Nejvýznamnější je tato závislost na hormonech u karcinomu prsu a prostaty. Snížením hladiny hormonů nebo zablokováním receptorů se docílí zabránění dělení nádorových buněk. Při léčbě karcinomu prsu aplikujeme estrogeny a u léčby karcinomu prostaty podáváme testosteron, nejčastěji formou perorální. V druhé řadě podáváme kortikosteroidy například pro utišení zvracení po chemoterapii. [2]

Biologická léčba

Biologická léčba je založena na principu aplikace látek, které jsou chemicky shodné nebo jen velmi podobné látkám produkovaným buňkami lidského těla.

Aplikujeme tři skupiny : 1. krevní růstové faktory

2. látky působící na imunitu

3. látky působící přímo na nádorové buňky

Zavedení biologické léčby do praxe umožnily poznatky molekulární biologie.

4. Psychologický přístup sester k onkologicky nemocným

Při kontaktu s onkologickými pacienty je vhodné využít rad pro správný přístup k této specifické skupině osob, které jsou uvedeny v následujícím textu.

Mějme na mysli, že pacienti jsou lidé psychicky zdraví, kteří se nacházejí v mezní situaci ohrožení života a mohou se chovat neočekávaně a patologicky. Je vhodné zachovat klid v krizových situacích, kdy si na nás pacient vylévá své negativní emoce. Klidným chováním snížíme úzkost pacienta a můžeme tak zabránit nežádoucímu psychopatologickému stavu. Dotýkejme se svých pacientů jen na bezpečných částech těla (ruka, zápěstí, loket, rameno), těžce nemocní lidé potřebují ve zvýšené míře komunikaci dotykem a jejich blízcí většinou neumějí najít vhodný způsob jak se svým blízkým komunikovat dotykem (příloha č. 3). Udělejme si chvíli na naslouchání svým pacientům, jejich vyprávění nemusíme komentovat, pacientům jde zejména o sdělení svých pocitů. Nezapomínejme na pochvalu za každý i malý úspěch, povzbuzení jim dodá sílu a podporuje pocity potřebnosti, zpomaluje negativní emoce. Aktivně se pacientů ptajme, zda pro ně můžete něco udělat, zájem o jejich osobu jim dává naději, podporuje jejich aktivní spoluúčast na léčbě. Komunikujme s pacienty verbálně přiměřeně k jejich věku – s dospělými přímým, důstojným způsobem, vyhýbejme se tykání a zdvořilostem. Uvědomujme si, že pacienti k nám vzhlíží s nadějí na vyléčení, náš vzájemný vztah upevní, když připustíme, že o nás budou vědět nějakou nepatrnou drobnost z našeho osobního života. Pamatujme na to, že empatie není plně se někomu odevzdat, ale že je to vstřícnost, vnímavé vcítění a reagování na potřeby pacientů. Nemusíme trpět výčitkami, když nesplníme každé pacientovo přání. Pamatujme si, že své pacienty můžeme kvalitně ošetřovat jen tehdy, když budeme samy v dobré psychické a fyzické kondici, naučme se odpočívat, radovat se, dělat něco pro sebe. [2]

4.1 Zásady komunikace

Onemocnění je charakterizováno změnami sociálními, tělesnými a psychickými. Nemocný se často pohybuje mezi nemocnicí a domovem a většinou převládá pobyt v nemocnici. Dochází k odtržení od rodiny, ke změně sociální role. Chorobu doprovází řada nepříjemných symptomů, mezi něž patří především chronická bolest. Péče by se měla soustředit na oddálení zhoršení celkového stavu pacienta. Na psychický stav

působí také ztráta soběstačnosti, pobyt v izolaci především s podobně nemocnými lidmi. Očekávání nepříjemných projevů vyvolává úzkost, depresivní rozladění. Může nastat situace, kdy pacienti odmítají komunikovat a spolupracovat se zdravotníky. [3]

Při komunikaci s onkologicky nemocnými lidmi můžeme využít níže uvedených zásad.

Je důležité projevit osobní zájem o pacienta, jelikož nemocný vycítí z našeho projevu zájem a naopak lhostejnost. Měli bychom sdělit verbální a neverbální projev. Často dochází k rozporu mezi verbální a neverbální komunikací. Například když sestra dává verbálně najevo zájem o pacienta a je na odchodu z pokoje pacienta, vyhýbá se mu pohledem. Důvodem však nemusí být nezájem, ale strach z rozhovoru. Pro efektivitu rozhovoru je významné setrvat u tématu, který přináší pacient. Sestra často při rozhovoru uhýbá k méně závažným tématům. Ve finále dochází k planému rozhovoru o čemkoliv. Měli bychom respektovat, zda pacientovi vyhovuje dané téma, zda není vyčerpán. Zájem bychom měli upnout na nemocného, ne na jeho obtíže. Citlivou reakci poznáme podle přání pacienta dál pokračovat v komunikaci o daném tématu. Podstatné je především srozumitelně komunikovat. Měli bychom používat slova, kterým pacient rozumí, nepoužíváme odborná slova. Pokud termíny používá nemocný, musíme si nejdříve ověřit, zda jim správně rozumí. Není vhodné používat sugestivní manipulativní otázky ve snaze vyhnout se přímému pojmenování. [3]

Obavy vážně nemocných pacientů

Nemocní mají obavy z nedostatku zájmu, pocitu osamělosti, nedostatku kontaktů s nejbližšími, nemožnosti popovídat si, nejvíce mají strach z opuštěnosti a z průběhu nemoci. Největší obavy vznikají z vyšetření, zákroků, přibývajících symptomů, ze změn tělesného schématu a ztráty části těla. Dále obavy souvisejí s tím, jak je přijmou jejich blízcí, zda nebudou na obtíž, zda nebudou mít porušenou schopnost ovládat tělesné funkce. Nemocní někdy odmítají léky na tlášení bolesti v důsledku poruchy vědomí a omezeného sebeovládání. Opodstatněná je obava ze smrti. Míra strachu je rovná psychice nemocného, jeho přesvědčení. Nemocní se bojí spíše okolností spojených s umíráním než smrti samotné. [3]

Rozhovor s nemocným

Významnou roli hraje jak komunikace, tak i způsob, jakým vykonáváme činnosti spojené s ošetřováním nemocného. Ošetřovat bychom měli s úctou, s respektem k přáním nemocného. Vhodný způsob komunikace ukazuje na vysoký stupeň profesionality zdravotní sestry. Při rozhovoru může nastat nepřeberné množství situací a sestry uvádějí nejčastěji okamžik, kdy je nemocný „odchytí“ k rozhovoru na velmi závažné téma. Je to pravděpodobně odrazem současné péče, kdy nenabízíme aktivně dostatek prostoru pro rozhovor na citlivé téma. Například obavy z hovoru o smrti brání sestram navodit situaci důvěrného rozhovoru. [3]

Sestra může technikou nedirektivního rozhovoru posílit nemocného

Sestra by měla nemocnému dodat vůli k dalšímu životu, kdy pacient hledá určitý cíl, na který se může soustředit. Může se těšit například na setkání s blízkými, na narození vnoučete. Akceptace zdravotního postižení je pro nemocného velmi důležitá. Nemocní se často ptají „Proč zrovna já?“, „Čím jsem si to zasloužil?“. Jde o hledání dalších rozměrů v životě. Přiznání si situace poznáme tak, že se nemocný rozhodně dělat věci, které může zvládat i s ohledem na svou situaci a nebude se snažit o nemožné. Sestra může pomoci nemocnému přijmout svou změnu. Závažné onemocnění doprovází komplexy, narušení sebepojetí. [3]

Jak bychom měli reagovat

Měli bychom nemocného přijímat se všemi projevy. Nemocní nemusí být ochotní komunikovat nebo naopak vyhledávají přítomnost sestry se záměrem dávat sestře stálé dotazy a žádosti. Nemocný se snaží naplnit své potřeby, i když nemá mnoho možností. Neměli bychom hodnotit jeho projevy a chování. Nekritizujeme jeho chování, reakce, způsob hovoru s námi či rodinou. Dojde-li ke konfliktu, dáme nemocnému dostatek času na to, aby se uklidnil. Neměli bychom připomínat jeho chování v minulosti. Měli bychom slovně vyjádřit pochopení. Vhodné je použít formulace:

„To chápu“. „Asi vám teď rozumím“. „Snažím se vám porozumět“.

„To chápu, mám zkušenost s lidmi v podobné situaci“.

Reflektujeme sdělení nemocného, snažíme se porozumět sdělovanému. Reflexe (zrcadlení) je snaha vyjádřit pocity nemocného svými slovy. Princip je v tom, že nevkládáme vlastní představy o pocitech druhého.

Např.: *„Jestli vám dobře rozumím“. „Vy asi prožíváte....“*

Reagujeme autenticky. Nemusíme mít strach dát najevo své překvapení, nemusíme znát odpověď na všechny otázky [3]

Jak bychom neměli reagovat

Neměli bychom se chovat dominantně. Profesní úroveň nedává zdravotníkovi právo rozhodovat o nemocném bez jeho vůle. Dále záleží na naší osobní výbavě zvládat náročné situace. Neměli bychom přestat respektovat pacientovo přání. Některé otázky jsou zásadní (nepokračovat v léčbě, odmítnout operaci), jindy jde o běžné situace (nedodržování diety, nerespektování léčebného režimu, atd.) Naše reakce by měly být přiměřené ve všech situacích. Je lepší posilovat a motivovat nemocného, ne ho napomínat a kázat mu. Takové chování není profesionální.

Nevhodné reakce: „*Bylo by správné, kdybyste...*”

„*Vaše chování v tak vážné situaci je hrozné...*”

„*Takhle se mnou nesmíte mluvit!*”

„*Nesmíte...*” [3]

4.2 Způsoby komunikace

Komunikace s člověkem, který není v lehké situaci, má trápení a bolest, je nervózní a rozzlobený, není jednoduché. Podobně tak obtížné je domluvit se, získat a předat nejen informace, ale i povzbuzení a naději.

Komunikaci rozdělujeme na verbální a neverbální. Verbální znamená dorozumívání se pomocí slov, popřípadě jinými symboly. Dobře komunikovat neznamená pouze zvolit slova. Je na místě věnovat pozornost dalším prvkům: rychlost řeči, pomlky, hlasitost, výška hlasu, přítomnost embolických slov (slovních parazitů), délka projevu, intonace. Všeobecně platí, že nelze nekomunikovat a význam má i mlčení [3]

Neverbální komunikace je vymezena jako řeč těla. Patří k ní všechna vyjádření, která vysíláme, aniž bychom hovořili, a i ty, jimiž řeč doprovázíme. Používáme ji k tomu, abychom její pomocí řeč podpořili, nebo dokonce úplně nahradili. Pomocí ní vyjadřujeme emoce, své stanovisko. Řeč těla je pokládána za upřímnější než projev verbální. Podoba nonverbální „zakresluje obraz do duše” - postoje, nálady, pocity.

Do nonverbální komunikace řadíme:

- mimiku- výraz obličeje
- proxemiku- přiblížení a oddálení
- haptiku – dotek
- posturologii – fyzický postoj
- kineziku – pohyb
- gesta
- pohledy
- úpravu zevnějšku [3]

4.2.1 Empatie

Empatie znamená, že jsme schopni pochopit vnitřní svět druhého člověka a dívat se na vnější svět z jeho pohledu. Právě tato schopnost je nepostradatelná u zdravotníků. Každý člověk má potřebu lásky a porozumění. U sester se očekává, že budou empatické. Empatii zařazujeme mezi základní předpoklady efektivní komunikace. Ve svém smyslu empatie znamená umět rozpoznat, v jakém duševním stavu je druhý člověk, co právě prožívá, jakou má náladu. Empatie má složku emoční a kognitivní. Znamená to schopnost pochopit citové rozpoložení pacienta a potom schopnost o něm přemýšlet. Musíme však empatii rozlišit od sympatie. Jsme-li empatičtí, víme, co prožívá druhý člověk, jaké má vnitřní pocity, sami ale na druhou stranu nemáme stejné prožitky jako on. Empatii poznáme také podle toho, zda jsme schopni dokončit pacientovu započtenou větu. Z řeči sestry by měli pacienti vycítit jistotu a spolehlivost. [7]

4.2.2 Naslouchání

Z dovedností efektivní komunikace se uvádí naslouchání na prvním místě proto, že má určitý význam pro některé dovednosti další, především empatii. Umět naslouchat druhému znamená aktivně ho vnímat, vnímat nejen co pacient říká, ale také jak to říká, a sledovat přitom jeho mimiku a pohyby. O naslouchání se hovoří někdy jako o poslouchání „třetím uchem“, aby se rozpoznalo to, co je v pacientově sdělení skryto za přímým (manifestačním) sdělením.

Naslouchat neznamena jen slyšet, znamená to předně chápat a porozumět. Je to schopnost, které je třeba se naučit. Naslouchání není snadné, poněvadž jde o víc než o vnímání slov. Posluchač se musí soustředit, aby rozuměl mimice mluvícího, musí usilovat o kontakt očí, kterým ujišťuje mluvícího, že ho poslouchá. Bez očního kontaktu může dojít k vážné překážce v účinné komunikaci – k nedůvěře. Naslouchání řadíme

mezi nejdůležitější komunikační dovednosti a je hodnoceno jako aktivní složka rozhovoru. [7]

Nasloucháme třemi způsoby:

Ušima- slyšíme slova, tón řeči, její rychlost, pomlky a pauzy

Očima – vnímáme výraz obličeje, pohled mluvícího, jeho pohyby a postoj

Srdcem – schopnost zapojit pocity (emoce) [3]

Nesmíme však opomenout, že naslouchat můžeme také hlavou, rukama a celým tělem. Znamená to také umět klást správné otázky, protože jedině tehdy, budeme-li opravdu naslouchat, budeme schopni vhodně formulovat otázky. [2]

Ze své vlastní zkušenosti vím, že naslouchat není opravdu jednoduché. Člověk, který nám sděluje své pocity, nehledá vyhýbavé „tlachání“, ale především pochopení, podporu a zájem. Většina zdravotních sester si myslí, že když nám pacient s onkologickým onemocněním sdělí své obavy, je vhodné říci prosté „to bude dobré“, ale na tuto odpověď pacient zareaguje odtážením a ztrátou důvěry ve zdravotnický personál. Naslouchání není reagovat rychlou odpovědí, někdy je lepší mlčet a pacient pozná i z výrazu obličeje, že jsme s ním.

4.3 Komunikace s rodinou

Ve většině případech je rodina aktivním činitelem v zajištění léčby a podmínek pro uzdravení pacienta. Je zapotřebí, aby rodina byla spojencem zdravotníků. S rodinnými příslušníky je proto potřeba pravidelně vést rozhovor, abychom je získali pro vzájemnou spolupráci, a podpořili tím i spolupráci nemocných se zdravotníky.[1] Ze strany příbuzných směrem k nemocnému můžeme pozorovat několik rovin. Jedná se o zájem o nemoc a cíle jdoucí k uzdravení, četnost informací, které získali o chorobě a možnostech léčby, pozice pacienta v systému ošetřovatelské péče a v uskutečnění ošetřovatelského procesu, schopnost komunikace členů rodiny a personálu [1]

Pro zdravotnický personál by měli též platit určité **zásady při jednání s rodinou:**

Měli bychom ubezpečit rodinu, že je o nemocného dobře postaráno s využitím všech dostupných léčebných technik. Důležité je poskytovat vhodnou formou vhodné informace z diagnostické a terapeutické oblasti a dát příbuzným na vědomí, jak mohou

při léčbě spolupracovat. Snažíme se vhodnou komunikací získat dostatek anamnestických údajů, které mohou být užitečné v rámci léčebného procesu [1]

5. Právní aspekty práce zdravotnických pracovníků s onkologicky nemocnými lidmi

Povinná mlčenlivost zdravotnických pracovníků

Důvěra pacienta k ošetřujícímu lékaři i k dalším zdravotnickým pracovníkům je jedním z důležitých faktorů úspěšné zdravotní péče. Proto je na příslušníky zdravotnického povolání kladen nárok respektovat důvěrnost vztahu, který se při poskytování zdravotní péče rozvíjí, a dodržovat mlčenlivost o tom, co se při své práci dozvěděli. Tato povinnost byla zpočátku povinností morální, velmi brzy se z ní však stala povinnost právní. Tímto se zabývá **Zákon o péči o zdraví lidu** a **Zákon č. 256/1992 Sb., O ochraně osobních údajů v informačních systémech**. Podle zákona č. 20/1966 Sb., je každý zdravotnický pracovník povinen zachovávat mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozvěděl ve spojitosti s výkonem svého povolání. [5]

Povinnost poučit nemocného

Lékař má ze zákona právní povinnost poučit nemocného o povaze onemocnění a potřebných výkonech. Zákon uvádí, že poučení má být učiněno **vhodným způsobem**. Povinnost poučit nemocného je jednoznačně dána lékaři. Lékař není oprávněn tuto svou povinnost převést na jiného zdravotnického pracovníka. Zdravotní sestra by **neměla** vést s pacientem dialog o povaze jeho onemocnění, potřebných výkonech, rizicích a prognóze. [5]

Sdělování diagnózy

Platná právní úprava neukládá lékaři výslovně závazek sdělit nemocnému jeho přesnou diagnózu, ale poučit ho o povaze onemocnění. Zadržení informací o nepříhodné diagnóze a prognóze je možné individuálně v zájmu nemocného dle rozhodnutí a svědomí lékaře. V této situaci, by měl lékař, pokud nemocný neuvede jinak, informovat rodinné příslušníky pacienta nebo osoby jemu blízké. Někdy je nezbytně nutné pacienta pravdivě informovat, že jde o nádorové onemocnění. Informace lékaře o tom, že jde o tuto chorobu, by měla být spojena i s jistou nadějí pro nemocného. Snad více než právo na naprostou a vyčerpávající informaci bychom měli brát ohled na právo nemocného umírat bezbolestně nebo alespoň bez nesnesitelných bolestí, důstojně a ne-li ve

společnosti rodiny, v péči laskavého a k tomu psychologicky školeného personálu lékařů, zdravotních sester a ostatních zdravotnických pracovníků. [5]

5.1 Zásady sdělování onkologické diagnózy

Podle nejnovějších trendů by nemělo být sdělování diagnózy těžce nemocným a zvláště onkologicky nemocným pacientům zatajováno. Nemocný by měl dostávat informace pravdivé, ale pokaždé takové, jaké unese. Zpočátku mají být sděleny nemocnému a teprve poté s jeho souhlasem rodině. Je nutné zohlednit věk K/P, psychický stav a celkový stav P/K. Informace o tom, zda se pacient uzdraví, by lékaři podávat neměli. [7]

Desatero zásad sdělování onkologické diagnózy

1. Informace o nemoci by měly být poskytnuty všem nemocným se zhoubným onemocněním
2. Informace i diagnóze poskytuje vždy lékař, a to opakovaně, nestačí jednorázový rozhovor.
3. Informace podat napřed pacientovi, poté podle jeho přání rodině a dalším lidem. Nemocný sám určuje, koho informovat.
4. S podstatou nemoci a léčebnými metodami seznámit nemocného ještě před léčbou.
5. Zdůraznit možnost léčby, ale neslibovat uzdravení.
6. Odpovídat na otázky, věnovat čas naznačeným otázkám.
7. Informace o prognóze nemoci z hlediska doby přežití předkládat uvážlivě, pouze na podnět pacienta. Nikdy neříkat konkrétní datum, raději nastínit časový rámec vycházející ze znalosti tradičního průběhu konkrétního onemocnění.
8. Zajistit uniformní informovanost zdravotnickým personálem pečlivým předáváním informací navzájem.
9. Ujistit pacienta o připravenosti lékařů a všech zdravotníků vést léčbu v celém průběhu nemoci.
10. Zdravotnický personál by měl svým přístupem probouzet a udržovat v nemocném realistické naděje a očekávání. [7]

Psychické odezvy na sdělení závažné diagnózy podle Kübler-Rossově

Šok je emočně velmi intenzivní odezva na sdělení maligní diagnózy, která se může projevovat pláčem, ztíženým dechem, silným neklidem či strnulostí. Pacienti se tážou, proč se to stalo, proč právě mně, proč právě teď? Tato reakce trvá různě dlouhou dobu a většinou sama odezní. **Popření** je fáze, kdy se pacienti nechtějí smířit s diagnózou a vyhledávají rozumné vysvětlení a pochybnosti vyjadřují větami: to nemůže být pravda, určitě se jedná o omyl, nechte mne na pokoji, mně nic není. Tato etapa může v extrémních případech trvat po celou dobu léčby a popřípadě ji i zkomplikovat. **Agrese** znamená pro pacienty ocitnutí se v emoční pasti, manifestaci zlosti vůči všem zdravým lidem ve svém okolí. Podle své mentality buď přestávají komunikovat nebo jsou se vším nespokojeni, hádají se a odmítají podporu i léčebné zákroky. **Smlouvání** je etapa, ve které se pacienti uchylují k pomyslné autoritě boží, přírodní nebo k autoritě lékaře a pak od nich slyšíme věty: musím dostavět dům, chci své děti vychovat, vidět je dostudovat, atd. **Deprese** je nejtěžší etapou psychické odezvy, kdy se pacienti úplně ponoří do beznaděje, strachu, úzkosti a opět podle svého osobnostního založení trpí nezvladatelným psychomotorickým neklidem, přehnanou komunikací s okolím nebo strnulostí, stažením se do sebe a odmítáním spolupráce s okolím. Tato fáze je nebezpečná a je třeba užít psychofarmaka. **Smíření** signalizuje etapu psychického uvolnění, kdy vypjaté emoce převládnu rozumový přístup k nemoci i léčbě. Pacienti jsou klidní a jsou schopni účinně kooperovat na své léčbě. (příloha č. 4) [2]

5.2 Kompetence sestry při sdělování závažné nepříznivé diagnózy

Citlivé sdělování informací je nepochybným druhem umění. Někteří pacienti jsou ochotni vést rozhovoru na velmi intimní téma. Nicméně je obtížné mluvit např. na téma umírání. Závěry diagnostických výkonů, prognózy a eventualitu léčby probírá s nemocným vždy lékař. Po takovém rozhovoru pak nemocný vyhledává možnost radit se o situaci s dalším zdravotnickým personálem. Sestra může být přizvána lékařem, aby ulehčila přípravu pacienta pro přijetí závažné informace a podporovala ho i po skončení rozhovoru. Měla by být schopná zajistit kontakt s rodinou, je-li to přání pacienta. To samé platí i při sdělování diagnózy rodině nemocného, kde je vše pouze na rozhodnutí nemocného. [3]

5.3 DNR (do not resuscitation – neresuscitovat)

U terminálně nemocného pacienta, kde předpokládáme smrt, může lékař nebo, je-li to možné, i pacient, dát souhlas k neuskutečnění resuscitace (DNR – do not resuscitation). Tento pokyn by měl být obnovován každých 48-72 hodin. Jestliže tuto ordinaci zaznamená lékař do dokumentace pacienta, sestra v případě srdeční zástavy či zástavy dýchání resuscitovat nezačíná. Pokyny k DNR jsou právně respektované a sestra v tomto případě neponese žádnou odpovědnost za smrt pacienta. Podle současně uznávaných právních norem v ČR není sestra oprávněna určovat či jinak ovlivňovat ukončení resuscitace či podpory základních životních funkcí. To náleží výhradně lékaři. Je třeba zdůraznit, že se musí i v terminálním stadiu provést vše, aby poskytovaná péče byla lege artis a aby lékař nebyl osočen z eutanázie. [8]

5.4 Etika umírání a smrti

Sestra se v práci dostává do značně náročných situací, které musí zvládat odborně i lidsky. Jednou z nejnáročnějších je styk se smrtí a umíráním. Smrt je jediná samozřejmost, která je člověku udělena už od narození. Otázky ve vztahu s etikou umírání a smrti náleží k lidsky i profesně nejnáročnějším. Ať už je život dlouhý jakkoliv, na jeho závěru stojí smrt a ta by neměla být tabuizována. Jakékoliv umírání znamená loučení se vším, co měl člověk rád a se všemi, jenz měl rád. Bylo by rozhodně vhodné, kdyby toto rozloučení proběhlo důstojně a umírající se stačil nachystat na poslední cestu. Umírající by neměl být sám, doprovázení umírajícího je velmi důležité jak pro pacienta, tak i pro jeho rodinu. [7]

Umírání a smrt

Na smrt jako na čin, kterým končí život se člověk připravit nemůže. Nikdo z nás neví, kdy a jak nadejde. Budoucnost, která setrvává před umírajícím, tedy jeho smrt a bezmocnost jakýmkoliv způsobem tuto budoucnost změnit, ovlivňují výrazně lidské myšlení a jednání. Smrt se totiž pokládá za nejvyhrocenější mez lidské existence. Zatímco v minulosti byl umírající ve středu pozornosti své rodiny, v dnešní době je v nemocnici jen případem. Poskytuje se mu sice značná pozornost, je ale zaměřena profesionálně. Lidé se domnívají, že svým blízkým pomohou nejvíce tím, že jim zajistí

ty nejúčinnější a nejmodernější léčebné metody. Zdá se, jako by umírání bylo pouze odbornou záležitostí zdravotnického personálu. [7].

Sestra by měla v péči o umírající dodržovat následující zásady:

Od sestry se zejména vyžaduje empatie, mít porozumění pro potřeby nemocného. Uvedené zásady nejsou instrukcemi, chtějí jen upozornit, že umírající potřebuje zejména přítomnost člověka. Sestra by měla jednat opravdově a neskrývat nejistotu a bolest. Měla by se snažit chápat a respektovat přání nemocného, nic nepřehánět. Vždy s přihlédnutím na situaci zachovávat blízkost nebo odstup. Umírající pozná, kolik času jsme ochotni mu věnovat, a proto bychom si na něho měli udělat dostatek času. Není vždy vhodné verbálně komunikovat a z tohoto důvodu je důležité v dané chvíli mlčet s nadějí a nechat mluvit symboly. Umírající vyžaduje pochopení. [7]

Komunikace s umírajícím člověkem

Etickou péčí o umírající nelze izolovat od komunikace s umírajícím, poněvadž právě ona je projevem morální péče. Umírající potřebuje, aby mu někdo naslouchal, aby byla zachována důstojnost i v konečných hodinách života a aby byla akceptována jeho poslední tužba. Umírající člověk je člověk, který stále žije a potřebuje vnímat spřízněnost lidí a komunikovat se všemi, třeba jen očima a gesty. Jakýkoliv člověk, a to i umírající, má právo na informaci o vlastním zdravotním stavu. Tady je však třeba postupovat citlivě a s rozvahou. Na vyrovnání se s osudem potřebuje umírající vyjádření psychické opory založené na empatii. Pocit vyrovnanosti, podpory a sounáležitosti pomáhá vytvořit péči při vykonávání všech denních aktivit počínaje v tom biologické potřeby. Uklidňující projev, dotek, podání ruky pomohou přemoci strach z osamoceního kontaktu se smrtí a ulehčí přechod do bezvědomí. [7]

6. Empirický výzkum

Předmětem mého šetření je analýza komunikačních dovedností sester s onkologicky nemocnými lidmi. Cíly jsem si stanovila zmapovat a vyhodnotit míru specifických dovedností a znalostí sester v komunikaci s onkologicky nemocnými pacienty a analyzovat a zhodnotit zvládání stresové zátěže sester při práci a komunikaci s onkologicky nemocnými. Dílčím cílem je komparace výsledků mezi jednotlivými onkologickými odděleními různých nemocnic.

Ve své práci jsem si zvolila tyto hypotézy:

- H1** Předpokládám, že 50% sester absolvovala kurz komunikativních dovedností s onkologicky nemocnými.
- H2** U 30% dotazovaných sester očekávám komunikaci s onkologicky nemocnými za problémovou.
- H3** Domnívám se, že nadměrná psychická zátěž sester pracujících na onkologii, je jedním z nejčastějších důvodů vedoucích k migraci sester na jiná oddělení.

6.1 Výzkumné metody

Východiskem pro analýzu šetření jsem zvolila kvantitativní výzkum aplikovaný formou dotazníkového šetření. V dotazníku (příloha č. 5) jsem kladla otázky uzavřené škálovací, alternativní a výčtové a otázky polouzavřené. Na základě těchto otázek jsem sestavila nestandardizovaný dotazník, který jsem členila na 2 části a obsahoval 19 otázek. První část tvoří otázky identifikační a druhá část je orientována konkrétně na problematiku komunikace sester s onkologicky nemocnými lidmi. Respondenti volili pouze jednu správnou odpověď u každé jednotlivé otázky, pokud nebylo uvedeno jinak. Před zahájením samotného dotazníkového šetření jsem provedla pilotáž, které se zúčastnilo celkem 15 sester z onkologického oddělení v Trutnově. Tato sondáž měla za cíl analyzovat vhodnost a validitu dotazníku a poukázat na jeho případnou korekci. Jako další výzkumnou metodu jsem zvolila rozhovor, při kterém spolupracovalo celkem 30 sester z nemocnice v Trutnově a Ústí nad Labem.

6.2 Charakteristika výzkumného vzorku

Respondenty jsem si volila dle tématu bakalářské práce. Dotazníky jsem situovala do Krajské nemocnice v Liberci, Masarykovy nemocnice v Ústí nad Labem, Oblastní nemocnice v Trutnově a Oblastní nemocnice v Jičíně. Počet respondentů byl v nemocnicích Liberec a Ústí nad Labem 30 a v nemocnicích Trutnov a Jičín 20 respondentů, jelikož nemocnice Trutnov a Jičín jsou menšími zdravotnickými zařízeními. Celkový počet respondentů byl 120, ale návratnost byla pouze 83%, tedy 100 dotazníků. Výzkumný vzorek tvořily všeobecné sestry, kdy některé mají i následné vzdělání ve smyslu specializace, na které se také v dotazníku dotazují.

6.3 Průběh výzkumného šetření

Šetření probíhalo v období od prosince 2008 do ledna 2009. Dotazníky jsem do nemocnic Liberec a Trutnov dodala osobně a do nemocnic Jičín a Ústí nad Labem jsem dotazníky distribuovala formou zaslání. Do nemocnic Liberec a Ústí nad Labem jsem distribuovala po 30 dotaznicích a do nemocnic Trutnov a Jičín po 20 dotaznicích. Po mechanické kontrole dat jsem dotazníky zpracovala a následně vyhodnotila. Dotazníky byly vyhodnoceny pomocí počítačového programu Microsoft Office Excel.

7. Vyhodnocení dotazníku

Dotazník je rozdělen na dvě části. První část se věnuje identifikačním údajům a část druhá se orientuje na problematiku komunikace sester s onkologicky nemocnými lidmi. V prologu dotazníku jsou k dispozici údaje věnované cíli dotazníkového šetření a pokyny pro vyplňování dotazníku. Před celkovým zhodnocením výsledků jsem pro přehlednost zaokrouhlila desetinná čísla na celá a z tohoto důvodu nemusí hodnota absolutní četnosti vždy odpovídat hodnotě celkové. Výsledky výzkumu jsou zpracovány formou tabulek prostřednictvím absolutní a relativní četnosti. Každá tabulka je doplněna grafem pro zvýraznění přehlednosti výsledků výzkumu. V každé tabulce jsou barevně odlišena oddělení se stejným počtem respondentů, která jsou navzájem komparována. Otázky jsou komentovány v závislosti na nejvíce a nejméně volené odpovědi.

7.1 vyhodnocení identifikačních údajů

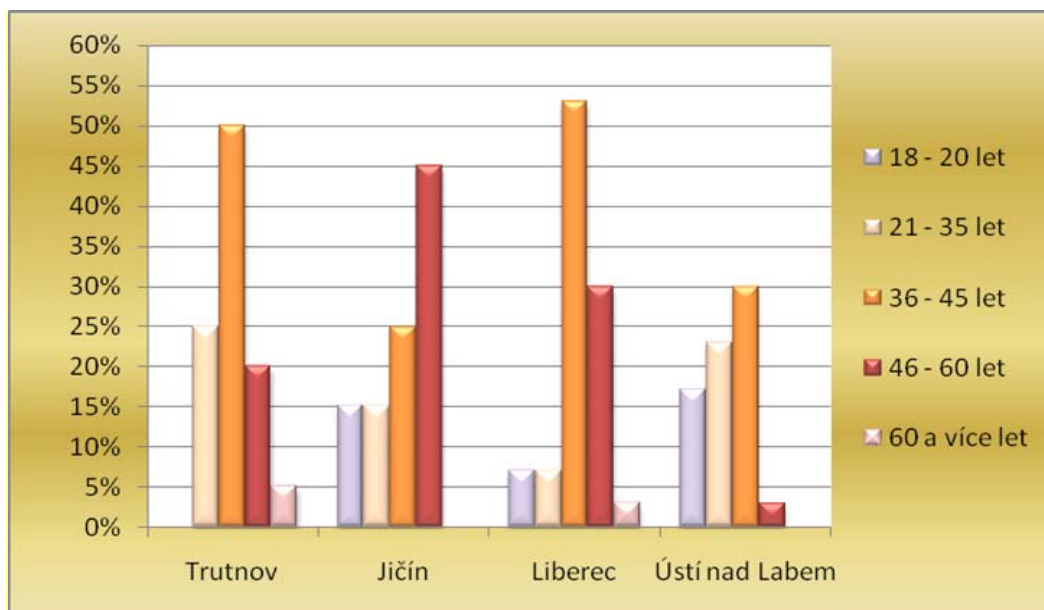
Vyhodnocení otázky č. 1

1. Kolik je Vám let?

- a) 18 – 25 let
- b) 26 – 35 let
- c) 36 – 45 let
- d) 46 – 60 let
- e) 60 a více let

Tabulka č. 1 Věk respondentů

Kolik je Vám let										
	Trutnov		Jičín		Liberec		Ústí nad L.		Celkem	
	Abs.č	Rel.č	Abs.č	Rel.č	Abs.č	Rel.č	Abs.č	Rel.č	Abs.č	Rel.č
18 – 20 let	0	0	3	15 %	2	7 %	5	17 %	10	10 %
21– 35 let	5	25 %	3	15 %	2	7 %	7	23 %	17	17 %
36 – 45 let	10	50 %	5	25 %	16	53 %	9	30 %	40	40 %
46 – 60 let	4	20 %	9	45 %	9	30 %	9	30 %	31	31 %
60 a více let	1	5%	0	0	1	3 %	0	0	2	2 %
CELKEM	20	100%	20	100 %	30	100 %	30	100%	100	100%



Graf č. 1 Věk respondentů

Nemocnice Trutnov a nemocnice Jičín

Nejpočetněji byla zastoupena věková kategorie sester ve věku 36 – 45 let (50%) v trutnovské nem. a sester ve věku 46 – 60 let (45%) v jičínské nem. Nejméně jsou zastoupeny sestry ve věku od 18-20 let (0) v trutnovské nem. a 60 a více let (0) v jičínské nem.

Nemocnice Liberec a nemocnice Ústí nad Labem

53% sester z liberecké nem. je ve věkové kategorii 36-45 let a z ústecké nem. je 30% sester ve věku 36-45 a 45-60 let. Nejméně jsou zastoupeny sestry ve věku 60 a více let a to na obou odděleních.

Vzhledem k náročnosti práce na onkologickém oddělení mne překvapila skutečnost, že nejvíce sester je ve vyšší věkové kategorii a to seskupíme-li dvě nejčetnější kategorie dohromady, jsou to sestry ve věku 36 – 60 let. Dle mého názoru poukazuje toto zjištění na vytrvalost starších sester zvládat tolik náročné zaměstnání.

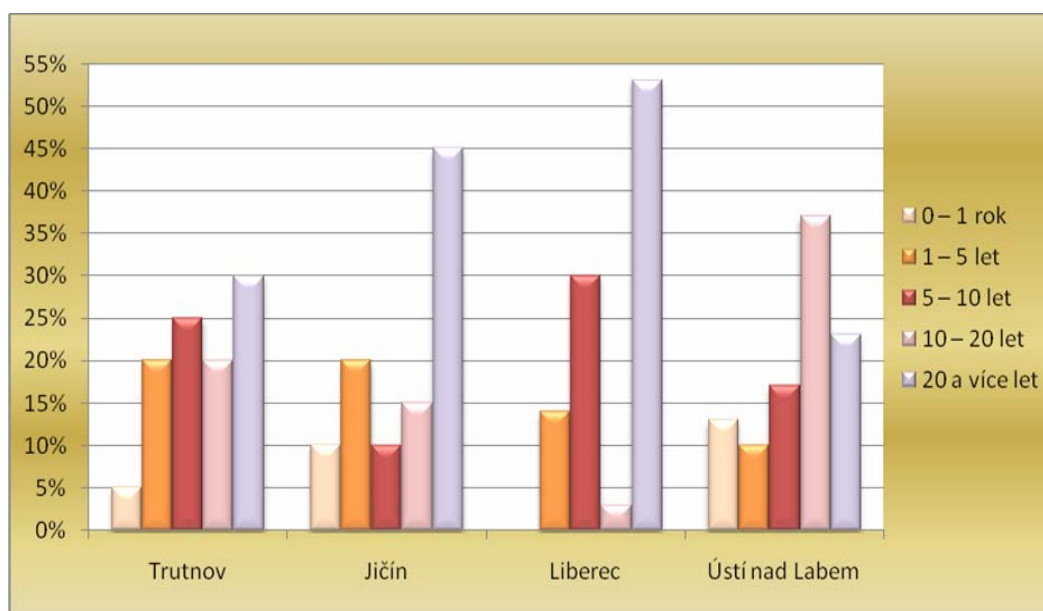
Vyhodnocení otázky č. 2

2. Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?

- a) 0 – 1 rok
- b) 1 – 5 let
- c) 5 – 10 let
- d) 10 – 20 let
- e) 20 a více let

Tabulka č. 2 Délka praxe ve zdravotnictví

Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví										
	Trutnov		Jičín		Liberec		Ústí nad L.		Celkem	
	Abs.č	Rel.č	Abs.č	Rel.č	Abs.č	Rel.č	Abs.č	Rel.č	Abs.č	Rel.č
0 – 1 rok	1	5 %	2	10 %	0	0	4	13 %	7	7 %
1 – 5 let	4	20 %	4	20 %	4	14 %	3	10 %	15	15 %
5 – 10 let	5	25 %	2	10 %	9	30 %	5	17 %	21	21 %
10 – 20 let	4	20 %	3	15 %	1	3 %	11	37 %	19	19 %
20 a více let	6	30 %	9	45 %	16	53 %	7	23 %	38	38 %
CELKEM	20	100%	20	100%	30	100%	30	100%	100	100%



Graf č. 2 Délka praxe ve zdravotnictví

Nemocnice Trutnov a nemocnice Jičín

20 a více let pracuje na onkologickém oddělení 30% sester v trutnovské nem. a 45% v jičínské nem. Nejméně sester pracuje na onkologickém oddělení v nem. trutnovské 0-1 rok (5%) a jičínské (10%) a dále v nem. jičínské 5-10 let (10%).

Nemocnice Liberec a nemocnice Ústí nad Labem

Nejvíce sester z liberecké nem. pracuje ve zdravotnictví 20 a více let (53%) a 37% sester z ústecké nem. pracující ve zdravotnictví 10 – 20 let. Nejméně sester pracuje ve zdravotnictví v liberecké nem. 0-1 rok (0) a v ústecké nem. 1-5 let (10%).

Celých 38% sester pracuje ve zdravotnictví 20 a více let. Toto zjištění pro mne není překvapující, jelikož jak ukazuje vyhodnocení otázky č. 1, nejvíce dotazovaných sester je věkové kategorie 36 – 45 let a to podle mého odpovídá délce praxe ve zdravotnictví.

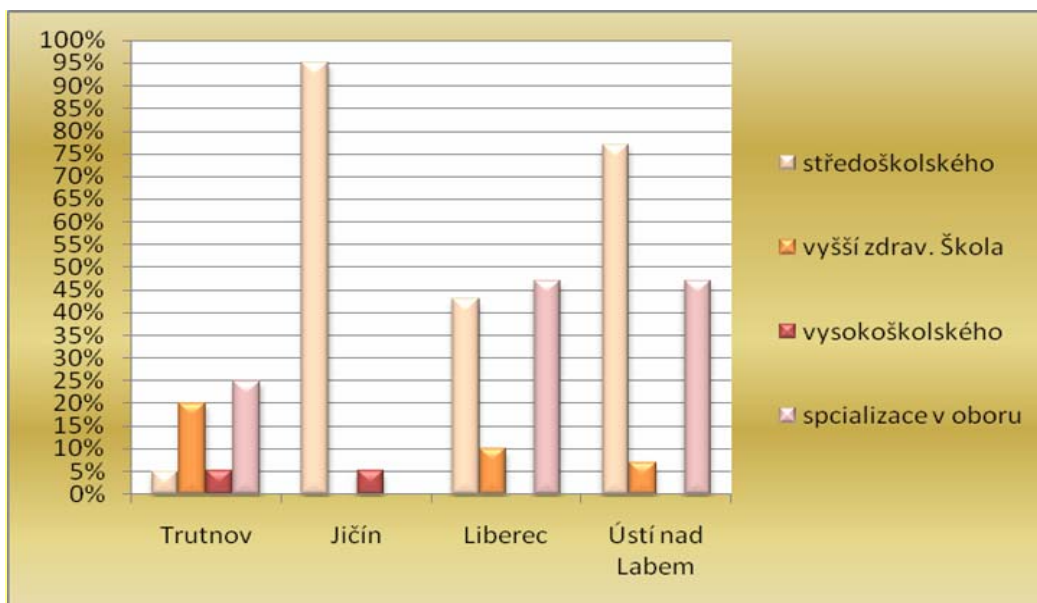
Vyhodnocení otázky č. 3

3. Jakého nejvyššího vzdělání jste dosáhl/a?

- a) středoškolského
- b) vyšší zdravotnická škola
- c) vysokoškolského
- d) specializace v oboru

Tabulka č. 3 Výše vzdělání respondentů

Jakého nejvyššího vzdělání jste dosáhl/a										
	Trutnov		Jičín		Liberec		Ústí nad L.		Celkem	
	Abs.č	Rel.č	Abs.č	Rel.č	Abs.č	Rel.č	Abs.č	Rel.č	Abs.č	Rel.č
Středoškolské ho	10	50 %	19	95 %	13	43 %	23	77 %	65	65 %
Vyšší zdrav. škola	4	20 %	0	0	3	10 %	2	7 %	9	9 %
Vysokoškolské ho	1	5 %	1	5 %	0	0	1	3 %	3	3 %
Specializace v oboru	5	25 %	0	0	14	47 %	4	13 %	23	23 %
CELKEM	20	100 %	20	100 %	30	100 %	30	100 %	100	100 %



Graf č. 3 Výše vzdělání respondentů

Nemocnice Trutnov a nemocnice Jičín

Středoškolského vzdělání dosáhlo v nem. jičínské 95% sester a v nem. trutnovské 50% sester. 5% sester v trutnovské nem. dosáhlo vysokoškolského vzdělání a žádná ze sester jičínské nem. nemá specializaci v oboru.

Nemocnice Liberec a nemocnice Ústí nad Labem

V ústecké nem. tvoří středoškolsky vzdělané sestry 77% a v liberecké nem. 43%. V liberecké nem. nedosáhla vysokoškolského vzdělání žádná sestra a v nem. ústecké 3%.

Z výsledků je patrné, že v České republice je malé procento sester, které se dále vzdělávají, a proto má drtivá většina středoškolské vzdělání. Je to patrně způsobeno tím, že se sestry ještě nepřizpůsobily nově přijaté legislativě o vzdělávání zdravotních sester po vstupu České republiky do Evropské unie.

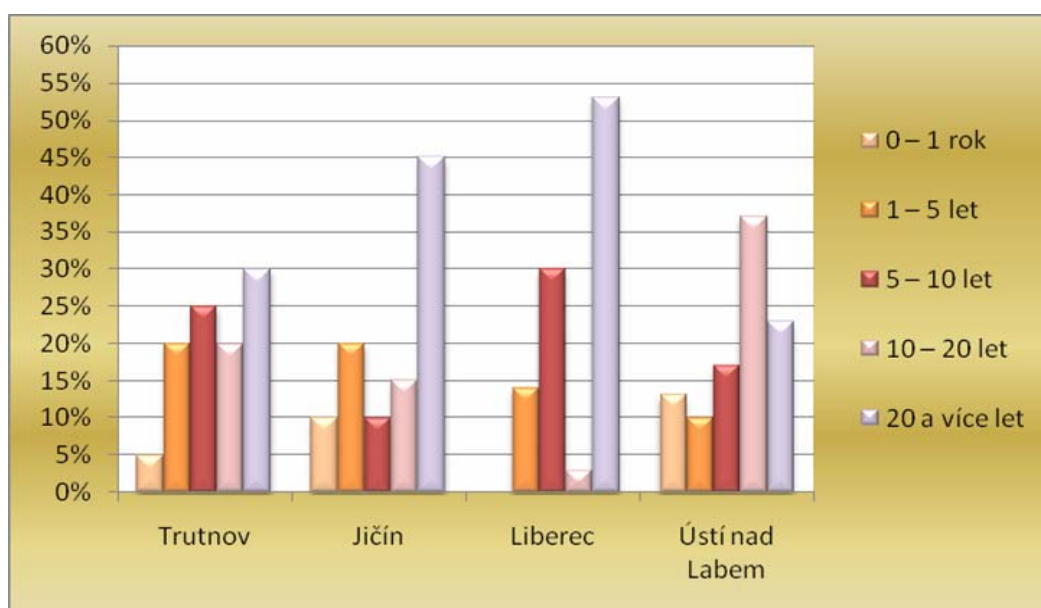
Vyhodnocení otázky č. 4

4. Jak dlouho pracujete na onkologickém oddělení?

- a) 0 – 1 rok
- b) 1 – 5 let
- c) 5 – 10 let
- d) 10 – 20 let
- e) 20 a více let

Tabulka č. 4 Délka praxe na onkologickém oddělení

Jak dlouho pracujete na onkologickém oddělení										
	Trutnov		Jičín		Liberec		Ústí nad L.		Celkem	
	Abs.č	Rel.č	Abs.č	Rel.č	Abs.č	Rel.č	Abs.č	Rel.č	Abs.č	Rel.č
0 – 1 rok	1	5 %	3	15 %	4	13 %	4	13 %	12	12 %
1 – 5 let	9	45 %	5	25 %	9	30 %	14	47 %	37	37 %
5 – 10 let	4	20 %	5	25 %	4	13 %	5	17 %	18	18 %
10 – 20 let	2	10 %	7	35 %	10	34 %	6	20 %	25	25 %
20 a více let	4	20 %	0	0	3	10 %	1	3 %	8	8 %
CELKEM	20	100%	20	100%	30	100%	30	100%	100	100%



Graf č. 4 Délka praxe na onkologickém oddělení

Nemocnice Trutnov a nemocnice Jičín

Nejvíce sester pracuje na onkologickém oddělení v nem. trutnovské 1-5 let (45%) a 10-20 let (35%) v nem. jičínské. Nejméně je zde zastoupena skupina sester pracujících na onkologickém oddělení v nem. trutnovské 0-1 rok (5%) a 20 a více let (0) v nem. jičínské.

Nemocnice Liberec a nemocnice Ústí nad Labem

Nejdelší dobu, tedy 20 a více let pracuje na onkologickém oddělení nejméně sester. V liberecké nem. je to 10% sester a v ústecké nem. 3% sester. Nejvíce sester z nem. ústecké pracuje na tomto oddělení mezi 1 – 5 lety (47%) a z nem. liberecké 10 – 20 let (34%).

Nejvíce sester, 37% pracuje na onkologickém oddělení 1 – 5 let a to je velmi překvapující, jelikož nejvíce sester, 38% pracuje celkově ve zdravotnictví 20 a více let. Zde musíme brát v potaz délku praxe sester ve zdravotnictví a jejich věk. Ne každá sestra začínala svou praxi ve zdravotnictví na onkologickém oddělení.

7.2 Vyhodnocení speciální části dotazníku

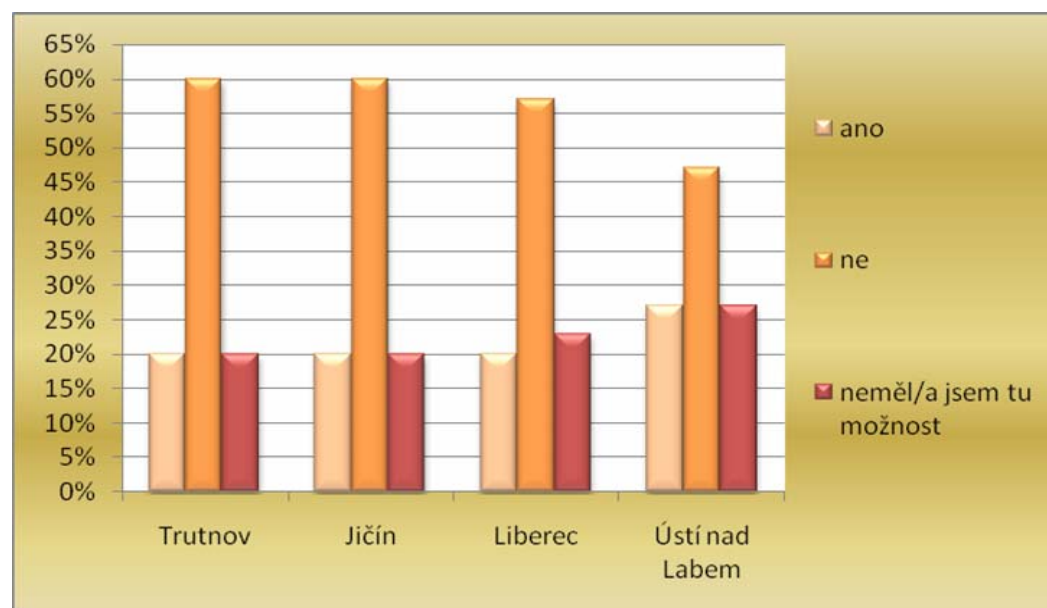
Vyhodnocení otázky č. 5

5. Absolvoval/a jste kurz komunikativních dovedností s onkologicky nemocnými?

- a) ano
- b) ne
- c) neměl/a jsem tu možnost

Tabulka č. 5 Absolvoování kurzu respondenty

Absolvoval/a jste kurz komunikativních dovedností										
	Trutnov		Jičín		Liberec		Ústí nad L.		Celkem	
	Abs.č	Rel.č	Abs.č	Rel.č	Abs.č	Rel.č	Abs.č	Rel.č	Abs.č	Rel.č
Ano	4	20 %	4	20 %	6	20 %	8	27 %	22	22 %
Ne	12	60 %	12	60 %	17	57 %	14	47 %	55	55 %
Neměl/a jsem možnost	4	20 %	4	20 %	7	23 %	8	26 %	23	23 %
CELKEM	20	100%	20	100%	30	100%	30	100%	100	100%



Graf č. 5 Absolvoování kurzu absolventy

Nemocnice Trutnov a nemocnice Jičín

Shodně 60% sester u obou nemocnic neabsolvovalo kurz komunikativních dovedností. Nejméně zastoupené (20%) jsou zbylé dvě možnosti, tedy, že sestry absolvovaly tento kurz nebo že neměly možnost ho absolvovat.

Nemocnice Liberec a nemocnice Ústí nad Labem

57% sester z nem. liberecké a 47% z nem. ústecké kurz komunikativních dovedností neabsolvovalo. V liberecké nem. je nejméně zastoupena skupina sester, které kurz absolvovaly (20 %) a v nem. ústecké tvoří tuto skupinu sestry, které neměly možnost kurz absolvovat (26%).

Na internetových stránkách jsem zjišťovala, jaká je nabídka těchto kurzů v rámci celé ČR. Nejvíce pořádaných kurzů je soustředěno do velkých měst. Každá nemocnice si podle mnou získaných informací může zajistit právě tento speciální kurz pro své zdravotnické zařízení. Ne však každý je ochoten investovat do svého vzdělávání finanční prostředky a proto se podle mého názoru těchto kurzů účastní tak malé procento sester.

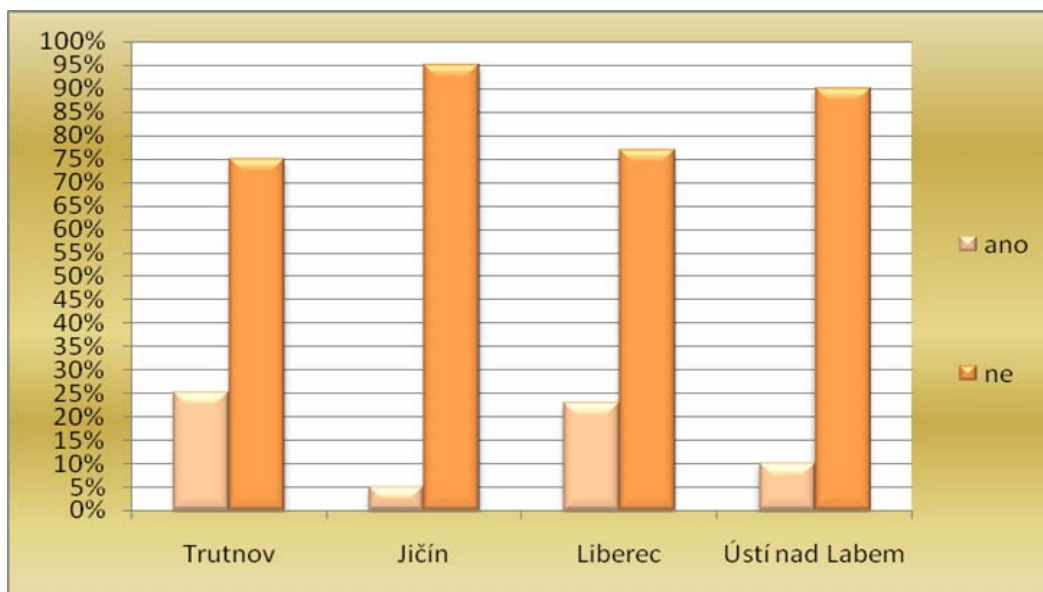
Vyhodnocení otázky č. 6

6. Vyžaduje Vaše oddělení takový kurz absolvovat?

- a) ano
- b) ne

Tabulka č. 6 Vyžadování kurzu oddělením

Vyžaduje Vaše oddělení takový kurz absolvovat										
	Trutnov		Jičín		Liberec		Ústí nad L.		Celkem	
	Abs.č	Rel.č	Abs.č	Rel.č	Abs.č	Rel.č	Abs.č	Rel.č	Abs.č	Rel.č
Ano	5	25 %	1	5 %	7	23 %	3	10 %	16	16 %
Ne	15	75 %	19	95 %	23	77 %	27	90 %	4	4 %
CELKEM	20	100%	20	100%	30	100%	30	100%	100	100%



Graf č. 6 Vyžadování kurzu oddělením

Nemocnice Trutnov a nemocnice Jičín

95% sester z jičínské a 75% z trutnovské nem. odpovědělo, že oddělení, na kterém pracují, absolvování tohoto kurzu nevyžaduje. 25% sester z nem. trutnovské a 5% z nem. jičínské zodpovědělo, že oddělení vyžaduje tento kurz absolvovat.

Nemocnice Liberec a nemocnice Ústí nad Labem

77% sester z nem. liberecké a 90% z nem. ústecké uvedlo, že oddělení nevyžaduje kurz absolvovat. 23% sester z nem. liberecké a 10% z nem. ústecké muselo kurz absolvovat.

Sestry nejsou ze zákona povinné kurz absolvovat a vedení jim jej může pouze doporučit. Každá sestra by měla sama za sebe zvážit potřebu tohoto kurzu a dle svého rozhodnutí kurz absolvovat.

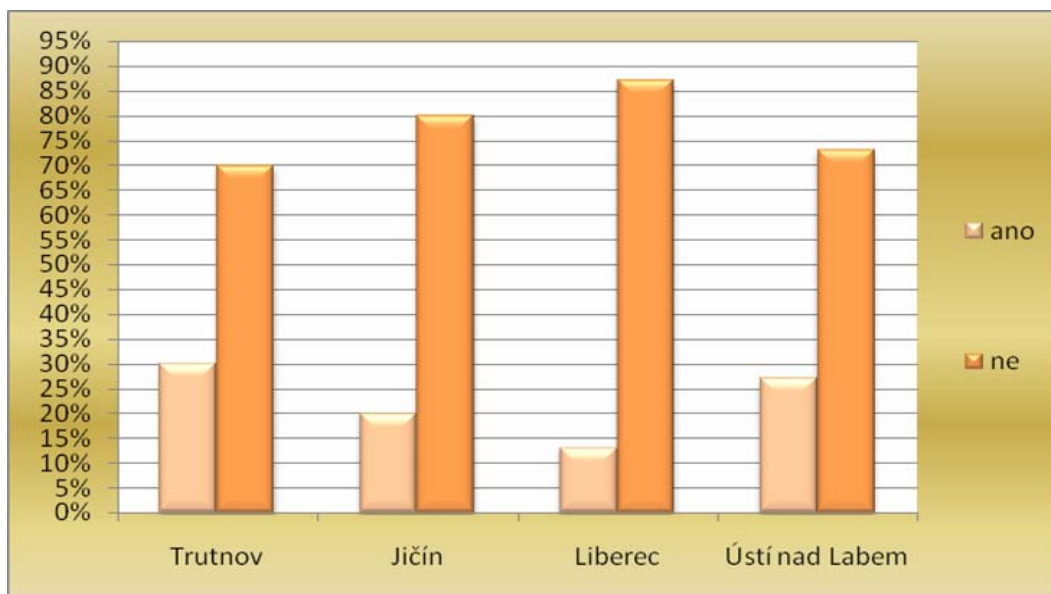
Vyhodnocení otázky č. 7

7. Domníváte se, že je pro Vás obtížná komunikace s onkologicky nemocnými nevléčitelně nemocnými pacienty?

- a) ano
- b) ne

Tabulka č. 7 Obtížnost komunikace

Je pro Vás obtížná komunikace s onkologicky nemocnými										
	Trutnov		Jičín		Liberec		Ústí nad L.		Celkem	
	Abs.č	Rel.č	Abs.č	Rel.č	Abs.č	Rel.č	Abs.č	Rel.č	Abs.č	Rel.č
Ano	6	30 %	4	20 %	4	13 %	8	27 %	22	22 %
Ne	14	70 %	16	80 %	26	87 %	22	73 %	78	78 %
CELKEM	20	100 %	20	100 %	30	100 %	30	100 %	100	100 %



Graf č. 7 Obtížnost komunikace

Nemocnice Trutnov a Nemocnice Jičín

Pro 70% sester z nem. trutnovské a 80% z nem. jičínské není komunikace s onkologicky a nevyléčitelně nemocnými lidmi obtížná. Pro 30% z nem. trutnovské a 20% z nem. jičínské je komunikace obtížná.

Nemocnice Liberec a nemocnice Ústí nad Labem

Šetření ukázalo, že pro 87% sester z nem. liberecké a 73% z nem. ústecké není komunikace obtížná. Pro 13% sester z nem. liberecké a 27% z nem. ústecké je komunikace s onkologicky nemocnými lidmi obtížná.

Myslím si, že sestry, které nepovažují komunikaci za obtížnou mají mnoho zkušeností s onkologicky nemocnými pacienty a našly vhodný způsob komunikace a z tohoto důvodu pro ně komunikace není obtížná.

Vyhodnocení otázky č. 8

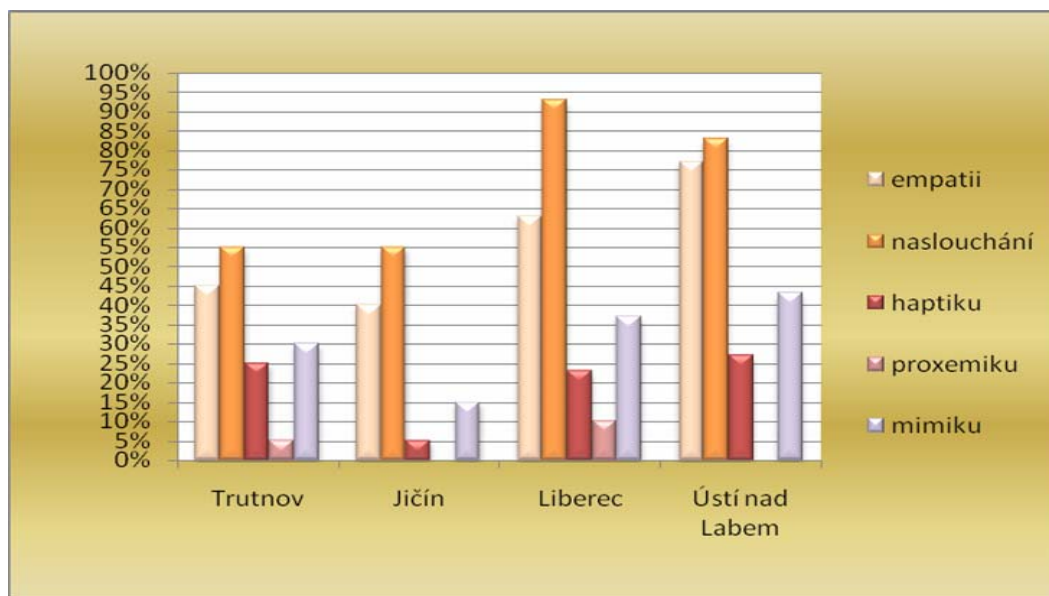
8. Jaké komunikační techniky ve své práci nejčastěji používáte?

(označte maximálně 3 možnosti)

- a) empatii (umění se vcítit)
- b) naslouchání
- c) haptiku (kontakt hmatem)
- d) proxemiku (vyjádření vztahu mezi lidmi prostřednictvím vzdálenosti, kterou k sobě komunikující subjekty zaujímají)
- e) mimiku (výraz obličeje)

Tabulka č. 8 Komunikační techniky

Jaké komunikační techniky ve své práci nejčastěji užíváte										
	Trutnov		Jičín		Liberec		Ústí nad L.		Celkem	
	Abs.č	Rel.č	Abs.č	Rel.č	Abs.č	Rel.č	Abs.č	Rel.č	Abs.č	Rel.č
Empatii	9	45 %	8	40 %	19	63 %	23	77 %	59	59 %
Naslouchání	11	55 %	11	55 %	28	93 %	25	83 %	75	75 %
Haptiku	5	25 %	10	50 %	7	23 %	8	27 %	30	30 %
Proxemiku	1	5 %	0	0	3	10 %	0	0	4	4 %
Mimiku	6	30 %	3	15 %	11	37 %	13	43 %	33	33 %



Graf č. 8 Komunikační techniky

Nemocnice Trutnov a nemocnice Jičín

Jak v trutnovské tak i v jičínské nem. sestry nejvíce využívají jako komunikační techniku naslouchání a to v obou nemocnicích 55% sester. Nejméně sester preferuje

proxemiku, kterou aplikuje při komunikaci s pacienty v nem. trutnovské 5% sester a v nem. jičínské žádná ze sester.

Nemocnice Liberec a nemocnice Ústí nad Labem

Nejpočetnější skupinu tvoří sestry, které preferují jako komunikační techniku naslouchání a to 93% sester z liberecké a 83% z ústecké nemocnice. Nejméně využívají sestry proxemiku (10%) v liberecké nem. a žádná sestra v ústecké nemocnici.

Naslouchání považují při komunikaci s onkologicky nemocnými za nejdůležitější spolu s empatií, která je zde zastoupena ve vysokém počtu. Tento fakt však neznamená, že ostatní techniky nejsou při komunikaci důležité. Každý preferuje jiné techniky.

Vyhodnocení otázky č. 9

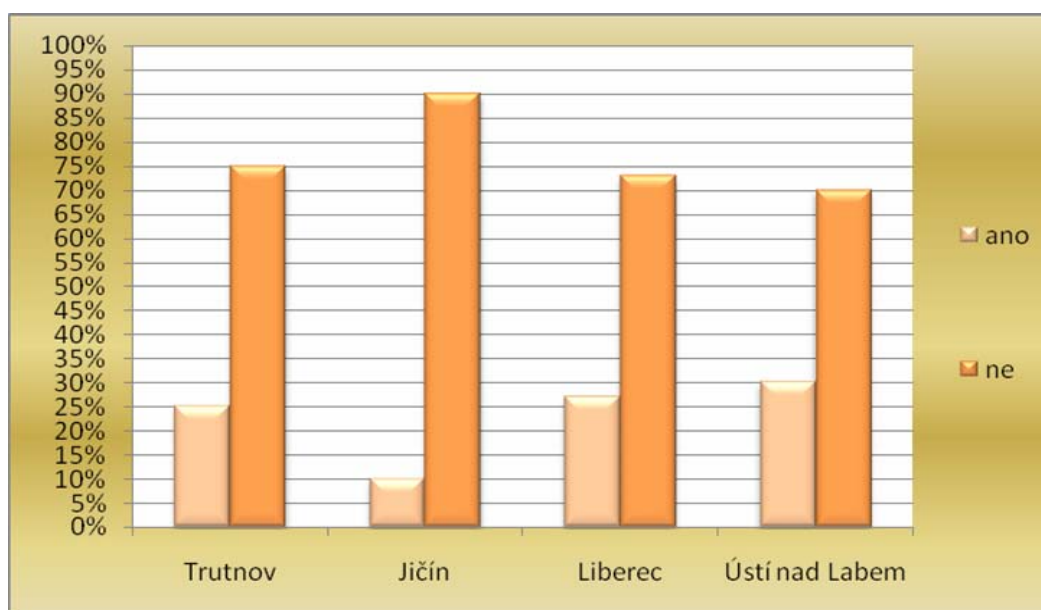
9. Myslíte si, že máte dostatek času na komunikaci s onkologicky nemocnými?

a) ano

b) ne

Tabulka č. 9 Čas na komunikaci s pacienty

Máte dostatek času na komunikaci s pacienty										
	Trutnov		Jičín		Liberec		Ústí nad L.		Celkem	
	Abs.č	Rel.č	Abs.č	Rel.č	Abs.č	Rel.č	Abs.č	Rel.č	Abs.č	Rel.č
Ano	5	25 %	2	10 %	8	27 %	9	30 %	24	24 %
Ne	15	75 %	18	90 %	22	73 %	21	70 %	76	76 %
CELKEM	20	100%	20	100%	30	100%	30	100%	100	100%



Graf č. 9 Čas na komunikaci s pacienty

Nemocnice Trutnov a nemocnice Jičín

Pro 90% sester z jičínské nem. a 75% z nem. trutnovské nemá na komunikaci s pacienty dostatek času. 25% sester z nem. trutnovské a 10% z nem. jičínské na komunikaci dostatek času má.

Nemocnice Liberec a nemocnice Ústí nad Labem

73% z nem. liberecké a 70% u nem. ústecké na komunikaci nemá dostatek času. 27% sester z nem. liberecké a 30% sester z nem. ústecké na komunikaci dostatek času má.

Celkem 76% sester uvedlo, že na komunikaci nemá dostatek času. Toto zjištění není příliš pozitivní a proto by sestra měla nalézt příčinu tohoto nedostatku. Sama z vlastní zkušenosti vím, jak je tomu na onkologickém oddělení s časovými rezervami. Sestra by měla být schopná spojit ošetrovatelskou činnost s komunikací s pacientem.

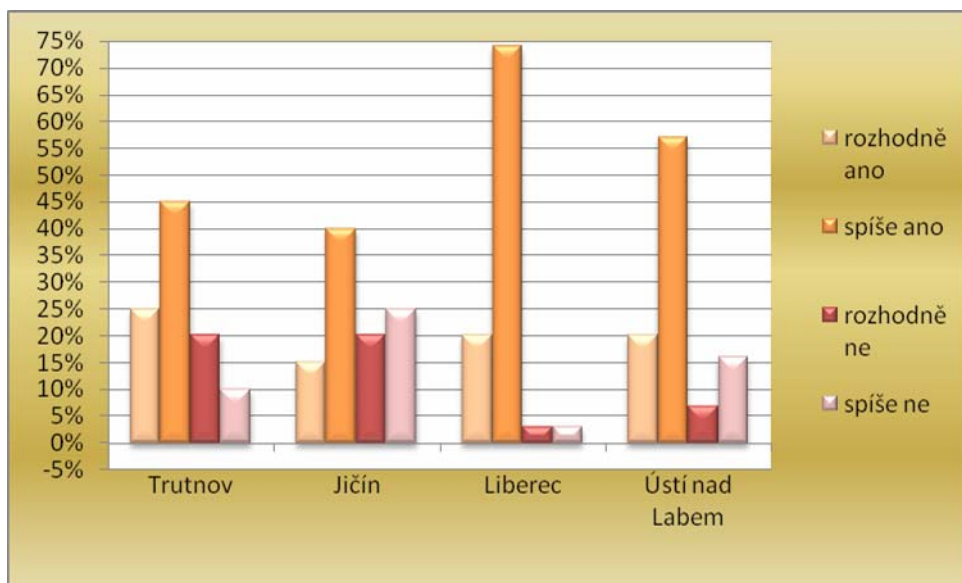
Vyhodnocení otázky č. 10

10. Domníváte se, že jsou pacienti přiměřeně a srozumitelně informováni o své diagnóze?

- a) rozhodně ano
- b) spíše ano
- c) rozhodně ne
- d) spíše ne

Tabulka č. 10 Informovanost pacientů o diagnóze

Jsou pacienti dostatečně informováni o své diagnóze										
	Trutnov		Jičín		Liberec		Ústí nad L.		Celkem	
	Abs.č	Rel.č	Abs.č	Rel.č	Abs.č	Rel.č	Abs.č	Rel.č	Abs.č	Rel.č
Rozhodně ano	5	25 %	3	15 %	6	20 %	6	20 %	20	20 %
Spíše ano	9	45 %	8	40 %	22	74 %	17	56 %	56	56 %
Rozhodně ne	4	20 %	4	20 %	1	3 %	2	7 %	11	11 %
Spíše ne	2	10 %	5	25 %	1	3 %	5	17 %	13	13 %
CELKEM	20	100%	20	100%	30	100%	30	100%	100	100%



Graf č. 10 Informovanost pacientů o diagnóze

Nemocnice Trutnov a nemocnice Jičín

10% sester z trutnovské nem. usuzuje, že pacienti spíše nejsou dostatečně informováni o onkologické diagnóze. V jičínské nem. si 15% sester myslí, že jsou pacienti rozhodně dostatečně informováni o své diagnóze. Celkem 45% sester z trutnovské nem. a 40% z nem. jičínské si myslí, že jsou pacienti spíše informováni o diagnóze.

Nemocnice Liberec a nemocnice Ústí nad Labem

74% sester z liberecké a 56% sester z ústecké nem. si myslí, že jsou pacienti spíše dostatečně informováni o své diagnóze. 3% sester z liberecké nem. se domnívá, že pacienti rozhodně nejsou a spíše nejsou informováni o své diagnóze. 7% sester z ústecké nem. se domnívá, že pacienti rozhodně nejsou dostatečně informováni o své diagnóze.

Celkem 76% sester uvedlo, že pacienti jsou dostatečně informováni o své diagnóze. Toto zjištění je celkem potěšující, ale procento dostatečně informovaných pacientů by se mělo i nadále zvyšovat.

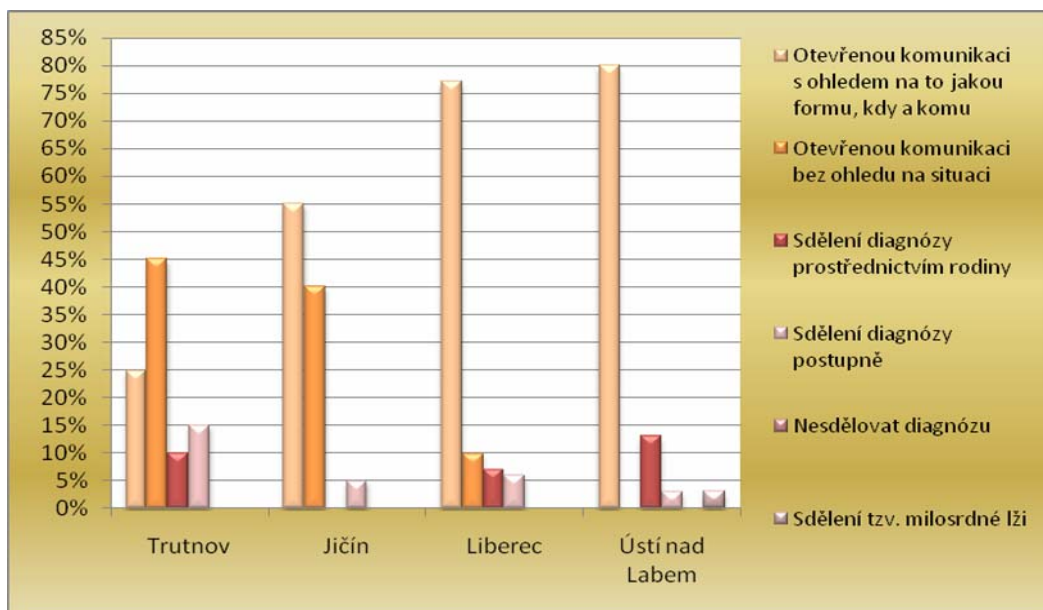
Vyhodnocení otázky č. 11

11. Jaké stanovisko považujete za humánní při sdělování onkologické diagnózy?

- a) otevřenou komunikaci s ohledem na to jakou formou, kdy a komu
- b) otevřenou komunikaci bez ohledu na situaci
- c) sdělení diagnózy prostřednictvím rodiny
- d) sdělení diagnózy postupně
- e) nesdělovat diagnózu
- f) sdělení tzv. milosrdné lži

Tabulka č. 11 Stanovisko sdělování onkologické diagnózy

Jaké stanovisko považujete za humánní při sdělování diagnózy										
	Trutnov		Jičín		Liberec		Ústí nad L.		Celkem	
	Abs.č	Rel.č	Abs.č	Rel.č	Abs.č	Rel.č	Abs.č	Rel.č	Abs.č	Rel.č
Otevřenou komunikaci s ohledem na to jakou formu, kdy a komu	15	75 %	11	55 %	23	77 %	24	80 %	73	73 %
Otevřenou komunikaci bez ohledu na situaci	0	0	8	40 %	3	10 %	0	0	11	11 %
Sdělení diagnózy prostřednictvím rodiny	2	10 %	0	0	2	7 %	4	14 %	8	8 %
Sdělení diagnózy postupně	3	15 %	1	5 %	2	6 %	1	3 %	7	7 %
Nesdělovat diagnózu	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sdělení tzv. milosrdné lži	0	0	0	0	0	0	1	3 %	1	1 %
CELKEM	20	100%	20	100%	30	100%	30	100%	100	100%



Graf č. 11 Stanovisko sdělování onkologické diagnózy

Nemocnice Trutnov a nemocnice Jičín

75% sester z nem. trutnovské a 55% z nem. jičínské preferuje sdělování diagnózy formou otevřené komunikace s ohledem na to jakou formou, kdy a kde. V trutnovské nem. jsou nejméně voleny možnosti sdělování diagnózy otevřenou komunikací bez ohledu na situaci, nesdělovat diagnózu a sdělovat tzv. milosrdnou lež (0). V nem. jičínské sestry nejméně volily možnosti nesdělování diagnózy a sdělování tzv. milosrdné lži (0).

Nemocnice Liberec a nemocnice Ústí nad Labem

77% z nem. liberecké a 80% sester z nem. ústecké upřednostňuje názor otevřené komunikace s ohledem na to jakou formou, kdy a kde. Žádná ze sester liberecké nem. neupřednostňuje možnost nesdělování diagnózy a sdělování tzv. milosrdné lži. V ústecké nem. tvoří nulové zastoupení sestry, které jsou pro variantu otevřené komunikace s ohledem na situaci a nesdělování diagnózy.

Ze všech čtyř onkologických oddělení si žádná ze sester nemyslí, že by P/K neměla být nesdělována diagnóza. K tomuto faktu se bezpochyby přikláním, jelikož P/K mají ze zákona právo znát svou diagnózu. V minulosti byl více preferován způsob sdělování milosrdné lži nebo nesdělovat diagnózu vůbec.

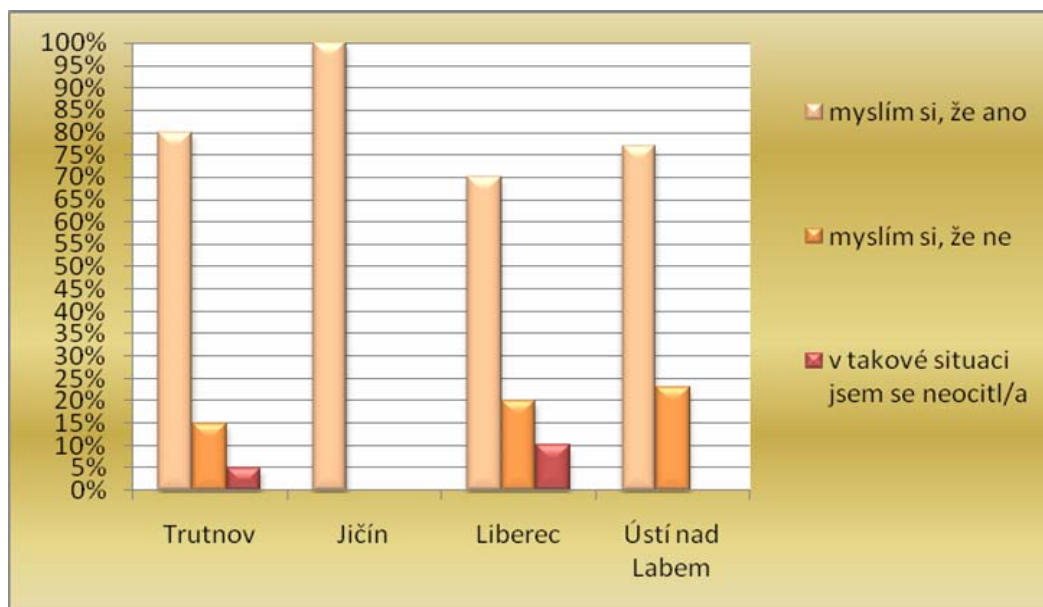
Vyhodnocení otázky č. 12

12. Myslíte si, že nesdělení diagnózy nemocnému může způsobit sestře obtíže v komunikaci s nemocným?

- a) myslím si, že ano
- b) myslím si, že ne
- c) nikdy jsem se v takové situaci neocitl/a

Tabulka č. 12 Obtíže v komunikaci

Může nesdělení diagnózy způsobit sestře obtíže při komunikaci s pacientem										
	Trutnov		Jičín		Liberec		Ústí nad L.		Celkem	
	Abs.č	Rel.č	Abs.č	Rel.č	Abs.č	Rel.č	Abs.č	Rel.č	Abs.č	Rel.č
Myslíte si, že ano	16	80 %	20	100%	21	70 %	23	77 %	80	80 %
Myslím si, že ne	3	15 %	0	0	6	20 %	7	23 %	16	16 %
V takové situaci jsem se neocitl/a	1	5 %	0	0	3	10 %	0	0	4	4%
CELKEM	20	100%	20	100%	30	100%	30	100%	100	100%



Graf č. 12 Obtíže v komunikaci

Nemocnice Trutnov a nemocnice Jičín

100% sester z nem. jičínské a 80% sester z nem. trutnovské si myslí, že nesdělení diagnózy pacientovi může sestře způsobit obtíže při komunikaci. 5% sester z nem. trutnovské a 0 z nem. jičínské se v takové situaci nikdy neocitla. Žádná ze sester jičínské nem. si nemyslí, že by nesdělení diagnózy mohlo způsobit sestře problémy při komunikaci s pacientem.

Nemocnice Liberec a nemocnice Ústí nad Labem

70% sester v nem. liberecké a 77% sester v nem. ústecké si myslí, že nesdělení diagnózy pacientovi může způsobit sestře obtíže v komunikaci. 10% sester z nem. liberecké a žádná ze sester nem. ústecké tvrdí, že se v této situaci nikdy neocitly.

80% sester si myslí, že nesdělení diagnózy P/K může sestře způsobit obtíže v komunikaci. S tímto souhlasím, jelikož v této oblasti má sestra „svázané ruce“, protože sdělení diagnózy je právem výhradně lékařů. Jak ukazuje otázka č. 10, 76% pacientů je dostatečně informováno o své diagnóze a zdravotním stavu, a proto by se sestra neměla v této situaci ocitat příliš často.

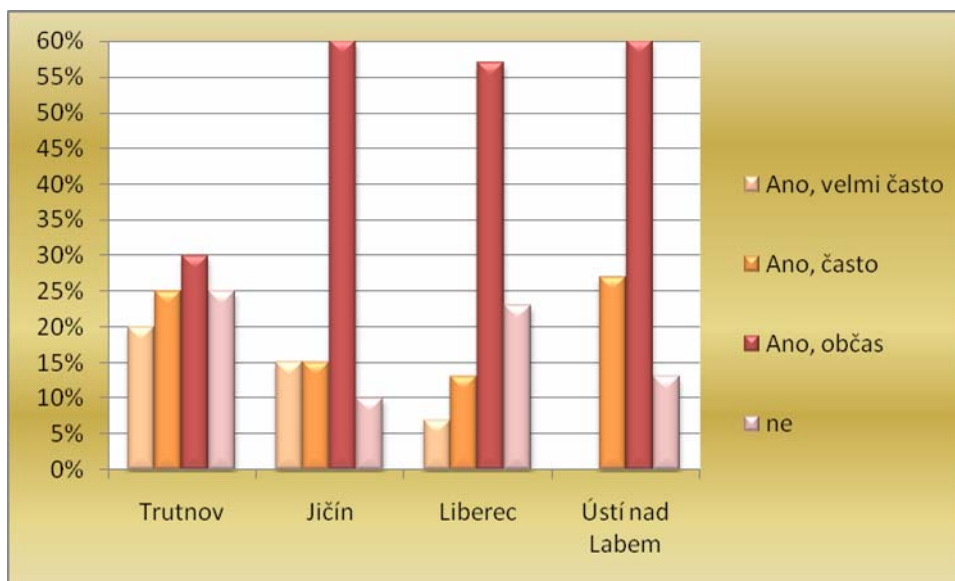
Vyhodnocení otázky č. 13

13. Dostáváte se často do situace, kdy nemocný nezná pravdu o svém zdravotním stavu a diagnóze?

- a) ano, velmi často
- b) ano, často
- c) ano, občas
- d) ne

Tabulka č. 13 Neznalost diagnózy pacienty

Dostáváte se do situace, kdy nemocný nezná pravdu o svém stavu a diagnóze										
	Trutnov		Jičín		Liberec		Ústí nad L.		Celkem	
	Abs.č	Rel.č	Abs.č	Rel.č	Abs.č	Rel.č	Abs.č	Rel.č	Abs.č	Rel.č
Ano, velmi často	4	20 %	3	15 %	2	7 %	0	0	9	9 %
Ano, často	5	25 %	3	15 %	4	13 %	8	27 %	20	20 %
Ano, občas	6	30 %	12	60 %	17	57 %	18	60 %	53	53 %
Ne	5	25 %	2	10 %	7	23 %	4	13 %	18	18 %
CELKEM	20	100%	20	100%	30	100%	30	100%	100	100%



Graf č. 13 neznalost diagnózy pacienty

Nemocnice Trutnov a nemocnice Jičín

30% sester z nem. trutnovské a 60% sester z nem. jičínské se do této situace dostává občas. 20% sester z trutnovské nem. se do této situace dostává velmi často a 10% nem. jičínské se v této situaci neocitlo.

Nemocnice Liberec a nemocnice Ústí nad Labem

57% sester z liberecké nem. a 60% z ústeckou nem. se v této situaci ocitá občas. 7% sester a v nem. liberecké a žádná ze sester z nem. ústecké se ocitá v této situaci velmi často.

53% sester se občas dostalo do situace, kdy P/K neznal svou diagnózu. Toto zjištění je velmi znepokojující vzhledem k faktu, že P/K mají ze zákona právo na informace pravdivé, ale pokaždé takové, jaké unese. Zadržení informací o závažné diagnóze a prognóze je možné individuálně v zájmu nemocného a podle rozvahy a svědomí lékaře. V této situaci by měl lékař, pokud nemocný neurčí jinak, informovat rodinné příslušníky pacienta nebo blízké osoby.

Vyhodnocení otázky č. 14

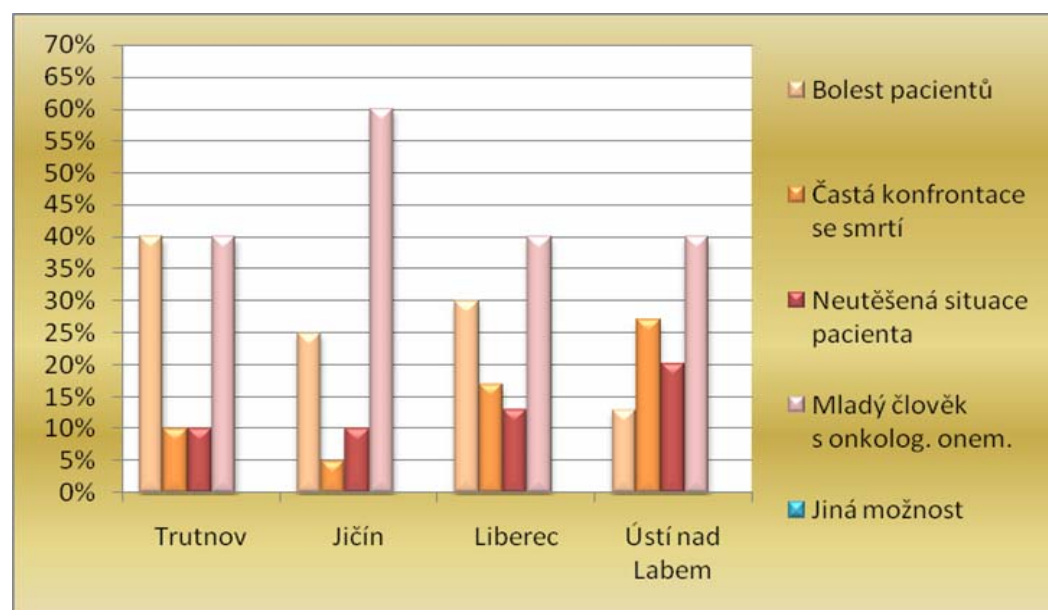
14. Co je pro Vás největší psychickou zátěží při práci na onkologickém oddělení?

(možno doplnit volnou odpověď)

- a) bolest pacientů
- b) častá konfrontace se smrtí
- c) neutěšená situace pacienta
- d) mladý člověk s onkologickým onemocněním
- e)

Tabulka č. 14 Největší psychická zátěž

Co je pro Vás největší psychickou zátěží										
	Trutnov		Jičín		Liberec		Ústí nad L.		Celkem	
	Abs.č	Rel.č	Abs.č	Rel.č	Abs.č	Rel.č	Abs.č	Rel.č	Abs.č	Rel.č
Bolest pacientů	8	40 %	5	25 %	9	30 %	5	17 %	27	27 %
Častá konfrontace se smrtí	2	10 %	1	5 %	5	17 %	8	23 %	15	15 %
Neutěšená situace pacienta	2	10 %	2	10 %	4	13 %	6	20 %	14	14 %
Mladý člověk s onkolog. onem.	8	40 %	12	60 %	12	40 %	12	40 %	44	44 %
Jiná možnost	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CELKEM	20	100%	20	100%	30	100%	30	100%	100	100%



Graf č. 14 Největší psychická zátěž

Nemocnice Trutnov a nemocnice Jičín

Pro 40% sester je největší psychickou zátěží bolest pacientů a mladý člověk s onkologickým onemocněním a pro 60% sester v jičínské nem. je největší psychickou zátěží mladý člověk s onkologickým onemocněním. Pro 10% sester z trutnovské nem. je nejmenší psychickou zátěží častá konfrontace se smrtí a neutěšená situace P/K. Pro 5% sester z nem. jičínské je nejmenší zátěží častá konfrontace se smrtí.

Nemocnice Liberec a nemocnice Ústí nad Labem

Stejně procentuelní zastoupení má položka mladý člověk s onkologickým onemocněním, kterou zvolilo celkem 40% sester. 13% sester z liberecké nem. volilo jako nejméně zatěžující neutěšenou situaci pacienta a 17% z nem. ústecké zvolilo bolest pacientů.

Je velmi překvapující, že pro pouhých 15% sester je zatěžující častá konfrontace se smrtí. Na onkologických odděleních je vysoké procento pacientů, kteří právě zde umírají a zdravotní sestry jsou proto velmi často svědky tohoto aktu. Na druhou stranu jsem byla přesvědčena o tom, že je pro sestry nejvíce zatěžující mladý člověk s onkologickým oddělením. Myslím si, že tito pacienti jsou největší zátěží především pro sestry ve stejné věkové kategorii. Takto vnímám tuto oblast sama osobně.

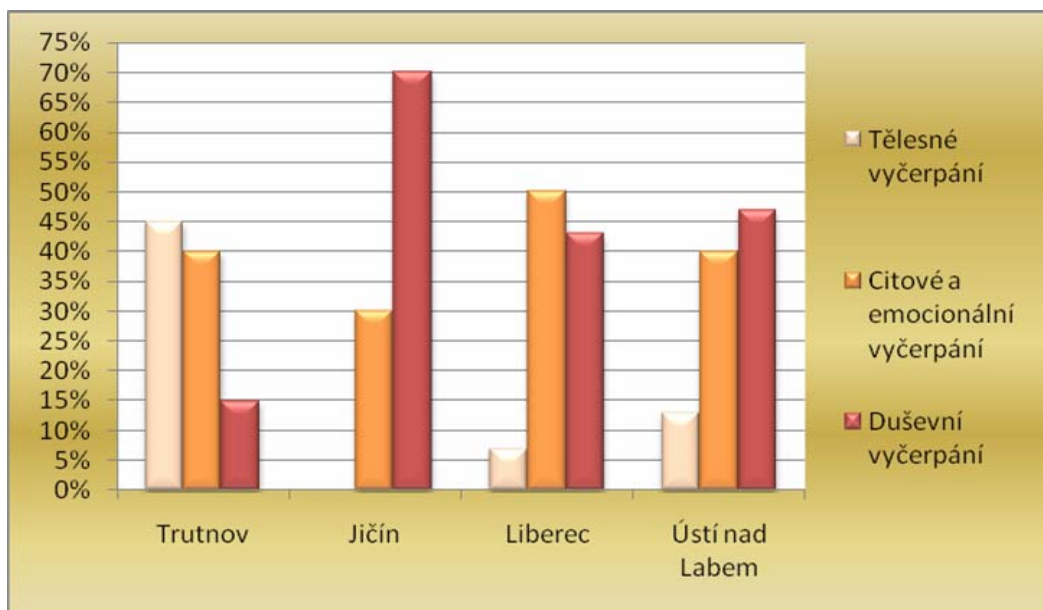
Vyhodnocení otázky č. 15

15. Kterou z těchto oblastí považujete pro Vás za nejvíce zatěžující?

- a) tělesné vyčerpání
- b) citové a emocionální vyčerpání
- c) duševní vyčerpání

Tabulka č. 15 Nejvíce zatěžující oblast

Kterou z těchto oblastí pokládáte pro Vás za nejvíce zatěžující										
	Trutnov		Jičín		Liberec		Ústí nad L.		Celkem	
	Abs.č	Rel.č	Abs.č	Rel.č	Abs.č	Rel.č	Abs.č	Rel.č	Abs.č	Rel.č
Tělesné vyčerpání	9	45 %	0	0	2	7 %	4	13 %	15	15 %
Citové a emocionální vyčerpání	8	40 %	6	30 %	15	50 %	12	40 %	41	41 %
Duševní vyčerpání	3	15 %	14	70 %	13	43 %	14	47 %	44	44 %
CELKEM	20	100%	20	100%	30	100%	30	100%	100	100%



Graf č. 15 Nejvíce zatěžující oblast

Nemocnice Trutnov a nemocnice Jičín

45% sester z trutnovské nem. považuje za nejvíce zatěžující tělesné vyčerpání. V jičínské nem. je pro sestry nejvíce zatěžující duševní vyčerpání (70%). Nejméně zatěžující je pro sestry trutnovské nem. duševní vyčerpání (15%) a pro sestry z jičínské nem. tělesné vyčerpání (0).

Nemocnice Liberec a nemocnice Ústí nad Labem

50% sester z liberecké nem. zatěžuje nejvíce citové a emocionální vyčerpání a pro 47% sester z nem. ústecké je největší zátěží vyčerpání duševní. Nejméně zatěžující je pro sestry tělesné vyčerpání, kde v liberecké nem. tuto možnost zvolilo 7% sester a v nem. ústecké 13% sester.

Při zhodnocení výsledků této otázky mne překvapilo, že pouze pro 15% sester je nejvíce zatěžující tělesné vyčerpání. Na onkologických odděleních jsou ve vysokém procentu hospitalizovaní pacienti, kteří mají do jisté míry omezenou soběstačnost a vyžadují aktivní ošetrovatelskou péči, která je fyzicky velice náročná.

Vyhodnocení otázky č. 16

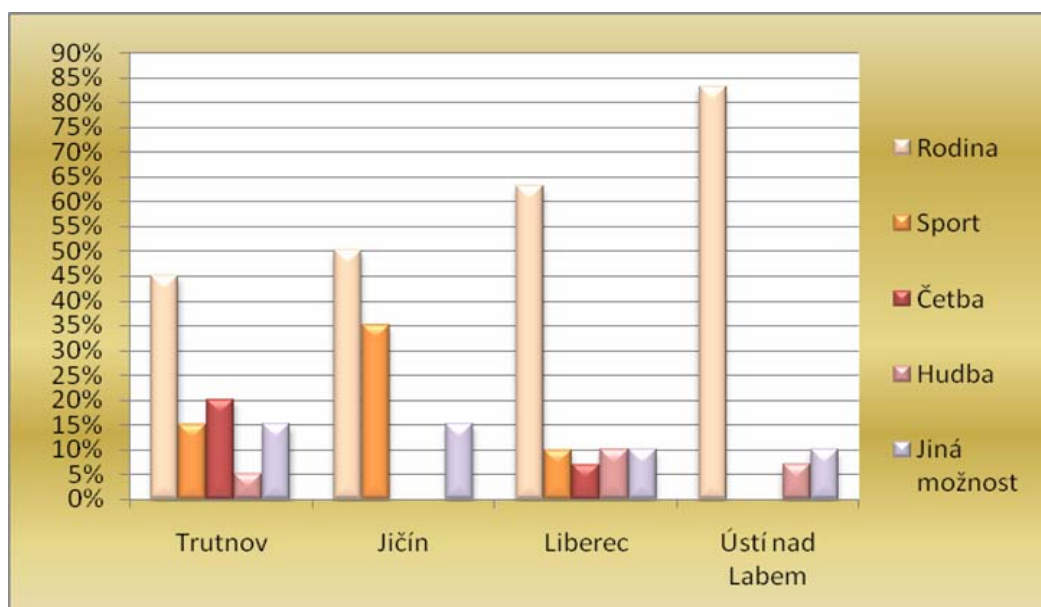
16. Jakým způsobem zvládáte psychickou zátěž?

(možno doplnit volnou odpověď)

- a) rodina
- b) sport
- c) četba
- d) hudba
- e)

Tabulka č. 16 Zvládání psychické zátěže

Jakým způsobem zvládáte psychickou zátěž										
	Trutnov		Jičín		Liberec		Ústí nad L.		Celkem	
	Abs.č	Rel.č	Abs.č	Rel.č	Abs.č	Rel.č	Abs.č	Rel.č	Abs.č	Rel.č
Rodina	9	45 %	10	50 %	19	63 %	25	83 %	64	64 %
Sport	3	15 %	7	35 %	3	10 %	0	0	12	12 %
Četba	4	20 %	0	0	2	7 %	0	0	6	6 %
Hudba	1	5 %	0	0	3	10 %	2	7 %	6	6 %
Jiná možnost	3	15 %	3	15 %	3	10 %	3	10 %	12	12 %
CELKEM	20	100%	20	100%	30	100%	30	100%	100	100%



Graf č. 16 Zvládání psychické zátěže

V této otázce mohly sestry doplnit svou odpověď, kde uváděly, jakým způsobem zvládají psychickou zátěž.

Nemocnice Trutnov a nemocnice Jičín

Pro 45% sester z trutnovské a 50% sester z jičínské nem. je největší oporou rodina. Sestry mohly doplnit i svou variantu, kde nejčastěji byla uvedena příroda, zahrada a domácí zvíře. Nejméně byla volena hudba, sport, četba.

Nemocnice Liberec a nemocnice Ústí nad Labem

63% sester z nem. liberecké a 83% z nem. ústecké je největší oporou rodina. Nejméně zastoupena byla možnost četba a sport (0) v ústecké nem. a v liberecké nem. je sestrami nejméně volen jako způsob zvládnání psychické zátěže četba (7%). Jako jinou možnost volily sestry nejčastěji divadlo, volný čas, zahradu.

Myslím si, že rodina by měla být pro sestry oporou a vytvoření dobrého zázemí a rodinných vztahů může sestře pomoci při zvládnání psychické zátěže. Neměli bychom však zapomenout ani na ostatní možnosti a techniky, jak se vypořádat s psychickou zátěží.

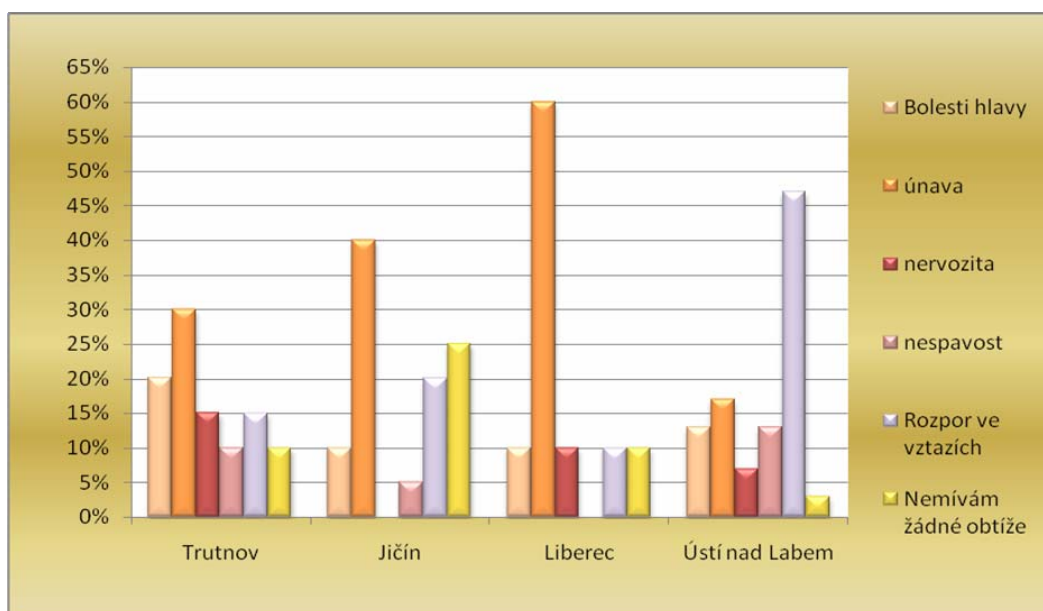
Vyhodnocení otázky č. 17

17. Jaké problémy Vám psychická zátěž nejvíce činní?

- a) bolesti hlavy
- b) únava
- c) nervozita
- d) nespavost
- e) rozpory v mezilidských vztazích
- f) nemívám žádné obtíže

Tabulka č. 17 Problémy způsobující psychická zátěž

Jaké problémy Vám psychická zátěž nejvíce činní										
	Trutnov		Jičín		Liberec		Ústí nad L.		Celkem	
	Abs.č	Rel.č	Abs.č	Rel.č	Abs.č	Rel.č	Abs.č	Rel.č	Abs.č	Rel.č
Bolesti hlavy	4	20 %	2	10 %	3	10 %	4	13 %	13	13 %
Únava	6	30 %	8	40 %	18	60 %	5	17 %	37	37 %
Nervozita	3	15 %	0	0	3	10 %	2	7 %	8	8 %
Nespavost	2	10 %	1	5 %	0	0	4	13 %	7	7 %
Rozpory ve vztazích	3	15 %	4	20 %	3	10 %	14	47 %	24	24 %
Nemívám žádné obtíže	2	10%	5	25%	3	10%	1	3%	11	11%
CELKEM	20	100%	20	100%	30	100%	30	100%	100	100%



Graf č. 17 Problémy způsobující psychická zátěž

Nemocnice Trutnov a nemocnice Jičín

30% sester z trutnovské a 40% sester z jičínské nem. uvádělo nejčastěji únavu jako následek psychické zátěže. Mezi nejméně volenou variantu v jičínské nem. patří nervozita (0) a v trutnovské nem. nespavost (10%) a sestry bez obtíží (10%).

Nemocnice Liberec a nemocnice Ústí nad Labem

V liberecké nem. se sestry nejvíce potýkají s únavou (60%), v nem. ústecké činní psychická zátěž potíže v mezilidských vztazích 47% sester. Žádná ze sester liberecké nem. nezvolila nespavost, v ústecké nem. uvedly 3% sester, že v souvislosti s psychickou zátěží nemají žádný problém.

Celých 89% sester trpí v souvislosti s psychickou zátěží nějakým problémem. Zde bychom mohli navázat na předchozí otázku, protože jsem toho názoru, že pokud umí sestra zvládat psychickou zátěž, je u ní potenciálně menší riziko, že se vyskytne problém související s touto zátěží.

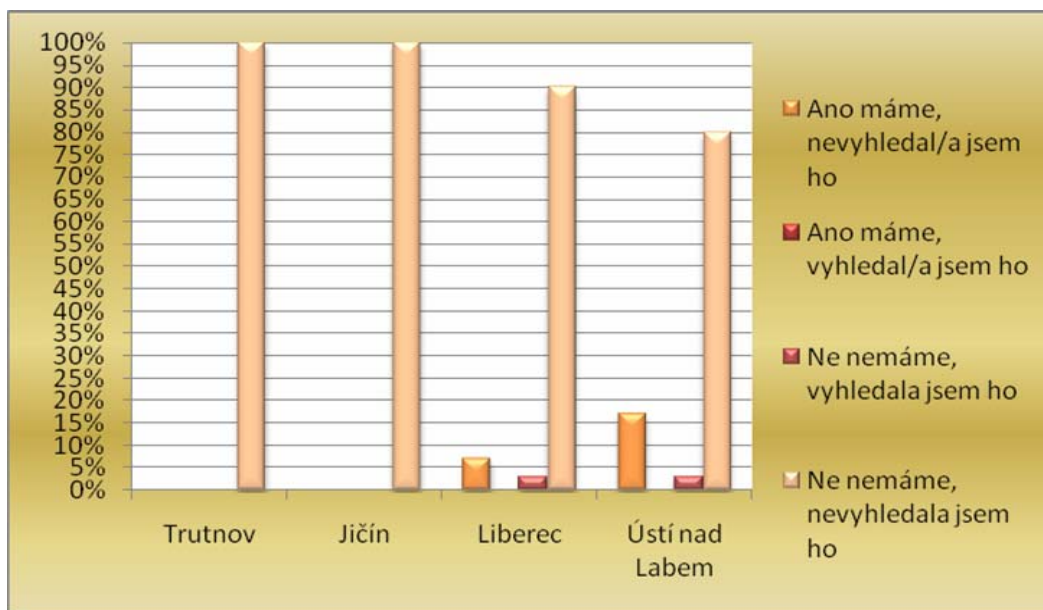
Vyhodnocení otázky č. 18

18. Máte na pracovišti k dispozici odborného pracovníka (psychologa)? Pokud ano, vyhledal/a jste jeho pomoc?

- a) ano, máme k dispozici psychologa, ale nevyhledal/a jsem jeho pomoc
- b) ano, máme k dispozici psychologa a vyhledal/a jsem jeho pomoc
- c) ne, nemáme k dispozici psychologa, ale vyhledala jsem jeho pomoc
jinde
- d) ne, nemáme k dispozici psychologa, ani jsem nevyhledala jeho pomoc
jinde

Tabulka č. 18 Přítomnost psychologa na oddělení

Máte na Vašem pracovišti k dispozici psychologa										
	Trutnov		Jičín		Liberec		Ústí nad L.		Celkem	
	Abs.č	Rel.č	Abs.č	Rel.č	Abs.č	Rel.č	Abs.č	Rel.č	Abs.č	Rel.č
Ano máme, nevyhledal/a jsem ho	0	0	0	0	2	7 %	5	17 %	7	7 %
Ano máme, vyhledal/a jsem ho	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ne nemáme, vyhledala jsem ho	0	0	0	0	1	3 %	1	3 %	2	2 %
Ne nemáme, nevyhledala jsem ho	20	100%	20	100%	27	9 %	24	80 %	91	91 %
CELKEM	20	100%	20	100%	30	100%	30	100%	100	100%



Graf č. 18 Přítomnost psychologa na oddělení

Nemocnice Trutnov a nemocnice Jičín

100% sester uvedlo, že nemají k dispozici psychologa a ani nevyhledaly jeho pomoc jinde. Z toho vyplývá, že zbylé 3 odpovědi, které v celém znění nalezneme v tabulce nad textem nevyužila ani jedna sestra. Výsledky těchto dvou nemocnic jsou naprosto identické.

Nemocnice Liberec a nemocnice Ústí nad Labem

90% sester v liberecké a 80% sester v ústecké nem. uvedlo, že nemají k dispozici psychologa a ani nevyhledaly jeho pomoc jinde. Žádná ze sester těchto dvou nemocnic neuvedla, že by měla k dispozici psychologa a vyhledala by jeho pomoc.

Na žádném ze všech čtyř oslovených onkologických odděleních nemají sestry k dispozici psychologa a nevyhledaly jeho pomoc jinde. Myslím si, že vzhledem k vysoké psychické zátěži zdravotních sester pracujících na onkologickém oddělení je přítomnost psychologa více než vhodná a potřebná.

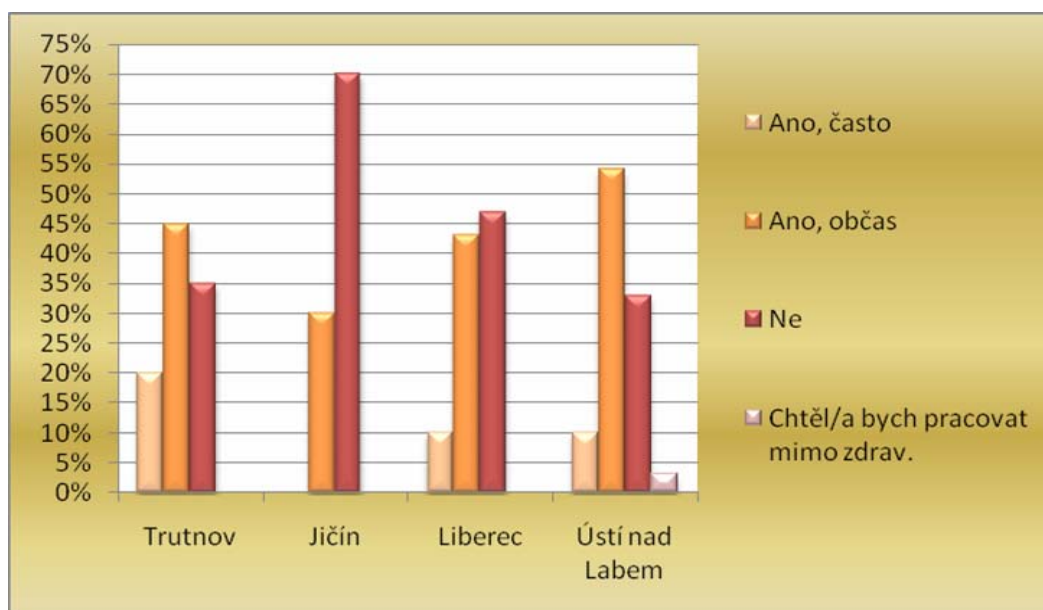
Vyhodnocení otázky č. 19

19. Přemýšlel/a jste někdy o změně zaměstnání?

- a) ano, často
- b) ano, občas
- c) ne
- d) chtěl/a bych pracovat mimo zdravotnictví

Tabulka č. 19 Změna zaměstnání

Přemýšlel/a jste někdy o změně zaměstnání										
	Trutnov		Jičín		Liberec		Ústí nad L.		Celkem	
	Abs.č	Rel.č	Abs.č	Rel.č	Abs.č	Rel.č	Abs.č	Rel.č	Abs.č	Rel.č
Ano, často	4	20 %	0	0	3	10 %	3	10 %	10	10 %
Ano, občas	9	45 %	6	30 %	13	43 %	16	54 %	44	44 %
Ne	7	35 %	14	70 %	14	47 %	10	33 %	45	45 %
Chtěl/a bych pracovat mimo zdrav.	0	0	0	0	0	0	1	3%	1	1%
CELKEM	20	100%	20	100%	30	100%	30	100%	100	100%



Graf č. 19 Změna zaměstnání

Nemocnice Trutnov a nemocnice Jičín

Žádná ze sester těchto dvou oddělení nikdy nepřemýšlela o tom, že by pracovala mimo zdravotnictví. Žádná ze sester jičínské nem. o této změně nepřemýšlela často. 45% sester z trutnovské nem. přemýšlelo o změně zaměstnání občas. 70% sester z nem. jičínské o změně nepřemýšlelo.

Nemocnice Liberec a nemocnice Ústí nad Labem

3% sester z nem. ústecké a žádná ze sester z nem. liberecké by mimo zdravotnictví pracovat nechtěla. V liberecké nem. o tom 47% sester nepřemýšlelo. V ústecké nem. přemýšlelo o změně zaměstnání občas 54% sester.

Velmi uspokojující je fakt, že pouhé 1% sester by chtělo pracovat mimo zdravotnictví. Myslím si, že lidé pracující ve zdravotnictví jsou o vykonávání své práce přesvědčeni a je pro ně životní náplní. Každý člověk by se měl věnovat tomu, co ho těší a co je podle něho přínosné.

7.3 Vyhodnocení rozhovoru

Rozhovor byl proveden ve spolupráci celkem 30 sester z nemocnice trutnovské a ústecké. Kladla jsem sestrám otázky č. 6, 8, 9, 15, 19 ze speciální části dotazníku. Tato metoda byla použita pro upřesnění informací získaných dotazníkem.

Otázka č. 6: Vyžaduje Vaše oddělení kurz komunikativních dovedností absolvovat?

Většina sester při rozhovoru uvedla, že absolvování kurzu oddělení nevyžaduje. Pouze některé sestry se setkaly s tím, že by kurz absolvovat měly. Nemělo to ale žádnou návaznost na výši vzdělání či jiná kritéria, byl to spíše jen návrh.

Otázka č. 8: Jaké komunikační techniky ve své práci nejčastěji používáte?

Při rozhovoru sestry vypověděly, že záleží na způsobu komunikace pacienta a podle toho pak volí sami techniku, jakou budou u pacienta preferovat. Podle sester se nedají vždy použít u jednoho pacienta všechny komunikační techniky. Záleží také na celkovém a psychickém stavu nemocného.

Otázka č. 9: Myslíte si, že máte dostatek času na komunikaci s onkologicky nemocnými?

Většina sester si myslí, že nemají na komunikaci s pacienty dostatek času. Je to ale dáno především celkovým počtem pacientů na oddělení a náročností ošetrovatelské péče. Od této skutečnosti se odvozují ostatní činnosti a právě tak i komunikace s pacienty. Sestry, které si myslí, že nemají na komunikaci dostatek času, většinou uvedly fakt, že pracují na oddělení krátkou dobu a jejich způsob práce není tak organizovaný.

Otázka č. 15: Kterou z těchto oblastí pokládáte pro Vás za nejvíce zatěžující?

Podle sester záleží především na počtu odpracovaných služeb, počtu pacientů, jejich stavu a závažnosti stavu. Čím intenzivnější ošetrovatelskou péči pacienti vyžadují, tím více jsou sestry tělesně, ale i duševně vyčerpané.

Otázka č. 19: Přemýšlel/a jste někdy o změně zaměstnání?

Sestry uváděly, že by v případě změny zaměstnání volily taková oddělení, kde by nebyly v tak časté konfrontaci se smrtí. Volily oddělení typu pediatrie, chirurgie, interna, kožní, oční, ale pouze standardního typu, nikoli jednotky intenzivní péče. Sestry, které odpovíděly, že by chtěly pracovat mimo zdravotnictví, by volily tuto možnost jen z toho důvodu, že se smrtí se mohou setkat na kterémkoli oddělení.

Při rozhovoru sestry poukazovaly na vysokou úroveň své práce a ujaly se své role velice zodpovědně.

8. Vyhodnocení hypotéz

Hypotéza č.1

„Předpokládám, že 50% sester absolvovala kurz komunikativních dovedností s onkologicky nemocnými.“

Pro vyhodnocení první hypotézy jsem zvolila 2 otázky ze speciální části dotazníku. Jsou to otázky č. 5 a 6, které se věnují kurzu komunikativních dovedností. Porovnávám vždy výsledky mezi trutnovskou a jičínskou nemocnicí a dále mezi libereckou a ústeckou nemocnicí.

Otázka č. 5 Absolvoval/a jste kurz komunikativních dovedností s onkologicky nemocnými? (viz. graf a tab. č. 5)

Z celkového počtu 100 sester jich 22% kurz absolvovalo, 55% kurz neabsolvovalo a 23% nemělo možnost. V trutnovské a jičínské nem. jsou výsledky identické a prezentují skutečnost, že 20% sester kurz absolvovalo a mělo možnost kurz absolvovat a zbylých 60% kurz neabsolvovalo. V liberecké nem. 20% kurz absolvovalo, 57% neabsolvovalo a 23% nemělo možnost. V nem. ústecké 27% kurz absolvovalo, 47% neabsolvovalo a 26% nemělo možnost.

Otázka č. 6 Vyžaduje Vaše oddělení takový kurz absolvovat?

(viz. graf a tab. č. 6)

Ze souhrnného počtu 100 sester 16% uvádí, že oddělení vyžaduje absolvování kurzu a 84% sester prezentuje, že oddělení nevyžaduje tento kurz absolvovat. 25% sester z trutnovské a 5% z jičínské nem. tvrdí, že tento kurz musí absolvovat. 75% z trutnovské a 95% z jičínské nemocnice tento kurz absolvovat nemusí. 23% sester z nem. liberecké a 10% z nem. ústecké konstatuje, že kurz absolvovat musejí a 77% sester z nem. liberecké a 90% z nem. ústecké prezentuje názor, že kurz absolvovat nemusejí.

Hypotéza 1: Předpokládám, že 50% sester absolvovala kurz komunikativních dovedností s onkologicky nemocnými, se **nepotvrdila**.

Hypotéza č. 2

„U 30% dotazovaných sester očekávám komunikaci s onkologicky nemocnými za problémovou.“

Pro prozkoumání tohoto tvrzení jsem vybrala otázky č. 7, 9, 12 ze speciální části dotazníku.

Otázka č. 7 Domníváte se, že je pro Vás obtížná komunikace s onkologicky nemocnými a nevyléčitelně nemocnými pacienty?

(viz. graf a tab. č. 7)

Z kompletního počtu, tedy 100 sester se 22% domnívá, že je pro ně komunikace s onkologicky nemocnými lidmi obtížná a 78% sester si myslí, že komunikace pro ně obtížná není. Pro 30% sester z trutnovské a 20% z jičínské nem. je komunikace obtížná, naproti tomu pro 70% z trutnovské nem. a 80% z jičínské nem. není komunikace obtížná. 13% sester z liberecké a 27% sester z ústecké nem. se domnívá, že pro ně komunikace obtížná je a 87% sester z nem. liberecké a 73% z nem. ústecké považuje komunikaci s pacienty za bezproblémovou.

Otázka č. 9 Myslíte si, že máte dostatek času na komunikaci s onkologicky nemocnými? (viz. graf a tab. č. 9)

Ze 100 sester si 24% myslí, že má na komunikaci s pacienty dostatek času, naproti tomu 76% si myslí, že na komunikaci dostatek času nemá. 25% sester z trutnovské a 10% z jičínské nem. se domnívá, že na komunikaci dostatek času má. Naopak 75% sester z nem. trutnovské a 90% z nem. jičínské je toho názoru, že na komunikaci nemají dostatek času. 27% sester z nem. liberecké a 30% z nem. ústecké si myslí, že má na komunikaci dostatek času, zatímco 73% sester z nem. liberecké a 70% z nem. ústecké se domnívá, že na komunikaci dostatek času nemá.

Otázka č. 12 Myslíte si, že nesdělení diagnózy nemocnému může způsobit sestře obtíže v komunikaci s nemocným?

(viz. graf a tab. č. 12)

V této oblasti si 80% sester myslí, že nesdělení diagnózy pacientovi může sestře způsobit obtíže při komunikaci s ním, 16% si myslí, že tomu tak není a pouhá 4% se domnívají, že se v takové situaci nikdy neocitla. 80% sester z nem. trutnovské si myslí, že nesdělení diagnózy může sestře způsobit obtíže v komunikaci, 15% si myslí, že tomu tak není a 5% se v takové situaci nikdy neocitlo. V jičínské nem. si 100% z celkového počtu 20 sester myslí, že nesdělení diagnózy může sestře způsobit obtíže při komunikaci s pacientem. 70% sester v liberecké a 77% v ústecké nem. se domnívá, že nesdělení diagnózy může sestře způsobit obtíže v komunikaci s pacientem. 20% sester v liberecké a 23% v ústecké nem. si myslí, že nesdělení diagnózy nezpůsobuje sestře obtíže v komunikaci s pacientem. 10% sester z liberecké nem. se v takové situaci neocitlo a žádná ze sester ústecké nem. nezvolila rovněž tuto možnost.

Hypotéza 2: U 30% dotazovaných sester očekávám komunikaci s onkologicky nemocnými za problémovou se **potvrdila** v trutnovské nemocnici, v ostatních nemocnicích se hypotéza **nepotvrdila**.

Hypotéza č. 3

„Domnívám se, že nadměrná psychická zátěž sester pracujících na onkologii, je jedním z nejčastějších důvodů vedoucích k migraci sester na jiná oddělení“.

Pro prozkoumání třetí hypotézy jsem zvolila otázku č. 19 ze speciální části dotazníku. Otázky č. 14, 15, 16, 17 jsem uvedla jen jako doplňující, jelikož se týkají psychické zátěže, kterou se zabývám v této hypotéze.

Otázka č. 19 Přemýšlel/a jste někdy o změně zaměstnání? (viz graf a tab. č. 19)

Z celkového počtu 100 sester jich 45% o změně zaměstnání nepřemýšlelo, 44% občas, 10% často a 1% by chtělo pracovat mimo zdravotnictví. 45% sester z trutnovské nemocnice o změně zaměstnání přemýšlelo občas, 35% o tom nepřemýšlelo, 20% často a žádná ze sester neuvedla, že by chtěla pracovat mimo zdravotnictví. 70% sester z jičínské nemocnice o změně zaměstnání nepřemýšlelo, 30% občas a žádná ze sester neuvedla, že by o změně zaměstnání přemýšlela často nebo že by chtěla pracovat mimo

zdravotnictví. Z liberecké nemocnice uvedlo 47% sester, že o změně zaměstnání nepřemýšlelo, 43% občas, 10% často a žádná ze sester by nechtěla pracovat mimo zdravotnictví. Z ústecké nemocnice sdělilo 54%, že o změně zaměstnání přemýšlelo občas, 33% o tom nepřemýšlelo, 10% často a 3% sester by chtěla pracovat mimo zdravotnictví.

Otázka č. 14 Co je pro Vás největší psychickou zátěží při práci na onkologickém oddělení? (viz graf a tab. č. 14)

Ze 100 sester jich 27% uvádí jako nejvíce zatěžující bolest pacientů, 15% častou konfrontaci se smrtí, 14% neutěšenou situaci pacienta, 44% mladého člověka s onkologickým onemocněním a žádná ze sester nezvolila jinou možnost.

Otázka č. 15 Kterou z těchto oblastí považujete pro Vás za nejvíce zatěžující? (viz. graf a tab. č. 15)

Pro 15% sester je nejvíce zatěžující tělesné vyčerpání, pro 41% citové a emocionální vyčerpání a pro 44% duševní vyčerpání. Toto procentuelní zastoupení vyjadřuje vzorek 100 sester.

Otázka č. 16 Jakým způsobem zvládáte psychickou zátěž? (viz. graf a tab. č. 16)

V celkovém měřítku lze v 64% uvést jako způsob zvládání psychické zátěže rodinu, v 12% sport a jinou možnost, kde sestry nejvíce uváděly zahradu, divadlo, zvíře a v 6% četbu a hudbu.

Otázka č. 17 Jaké problémy Vám psychická zátěž nejvíce činní? (viz. graf a tab. č. 17)

Z celkového počtu 100 sester jich 11% uvedlo, že jim psychická zátěž nečinní žádné obtíže. U 37% sester způsobuje únavu, 24% rozpory v mezilidských vztazích, 13% bolesti hlavy, 8% nervozitu a 7% nespavost.

Hypotéza 3: Domnívám se, že nadměrná psychická zátěž sester pracujících na onkologii, je jedním z nejčastějších důvodů vedoucích k migraci sester na jiná oddělení, se **nepotvrdila**.

9. NÁVRH NA ŘEŠENÍ ZJIŠTĚNÝCH NEDOSTATKŮ

Z výsledků praktické části této práce vyplývá, že zkoumané oblasti nejsou vždy dostatečné a právě na ně se v této části práce zaměřím a pokusím se nastínit jejich řešení.

1. Věnovat komunikaci při studiu na střední zdravotnické škole, vysoké škole více času. Zapojit tuto oblast do všech možných předmětů, kde by studenti mohli využít vědomosti zpětně.
2. Sebevzdělávat se v oblasti komunikace s onkologicky nemocnými pacienty.
3. Využít možnost navazujícího studia na vysoké škole nebo specializace v oboru.
4. Absolvovat praxi i na jiných odděleních, kde se může sestra setkat s onkologicky nemocnými lidmi a předávat si informace o této problematice.
5. Věnovat dostatek času odpočinku a volnočasovým aktivitám a snažit se zmírnit působení zátěže na organismus.
6. Zajistit přítomnost psychologa na onkologických odděleních.
7. Absolvovat kurz komunikativních dovedností s onkologicky nemocnými lidmi.
8. Rozvrhovat pracovní směny dle potřeb provozu daného oddělení, ale nepřetěžovat zdravotnický personál přesčasovými směny.

10. ZÁVĚR

Ve své bakalářské práci jsem se věnovala komunikaci sester s onkologicky nemocnými lidmi. Mým cílem bylo zmapovat a vyhodnotit míru specifických dovedností a znalostí sester v komunikaci s onkologicky nemocnými pacienty, analyzovat a zhodnotit zvládání stresové zátěže sester při práci a komunikaci s onkologicky nemocnými.

V teoretické části jsem se snažila nastínit nejdůležitější obecná témata jako je ošetrovatelská péče, léčba onkologických onemocnění, právní aspekty práce s onkologicky nemocnými lidmi se specifickým zaměřením především na psychologický přístup sester k těmto pacientům a na specifika komunikace.

Prostřednictvím dotazníkového šetření a rozhovoru bylo zjištěno, jak sestry vnímají komunikaci s onkologicky nemocnými lidmi a jak je pro ně práce s touto skupinou osob náročná. Sestry nepovažují komunikaci s pacienty za obtížnou a to ve značně vysokém procentu. Dále bylo zjištěno, že většina sester trpí v souvislosti s psychickou zátěží nějakým problémem, nejvíce únavou. Značně zatěžující oblastí při práci s onkologickými pacienty je pro sestry duševní vyčerpání. Náročnost práce na onkologickém oddělení jsem ověřovala otázkou týkající se případné změny zaměstnání. Velmi malé procento sester by chtělo pracovat mimo zdravotnictví. Frekvenci absolvování kurzu komunikativních dovedností jsem též zjišťovala dotazníkem a zjistila jsem, že tento kurz absolvovala méně než polovina dotazovaných sester.

V bakalářské práci jsem dospěla k následujícím závěrům:

H 1: Předpokládám, že 50% sester absolvovala kurz komunikativních dovedností s onkologicky nemocnými, se nepotvrdila.

H 2: U 30% dotazovaných sester očekávám komunikaci s onkologicky nemocnými za problémovou se potvrdila v trutnovské nemocnici, v ostatních nemocnicích se hypotéza nepotvrdila.

H 3: Domnívám se, že nadměrná psychická zátěž sester pracujících na onkologii, je jedním z nejčastějších důvodů vedoucích k migraci sester na jiná oddělení, se nepotvrdila.

V průběhu tvorby této práce jsem se mohla poučit z chyb a nedostatků v komunikaci, které jsou uváděny v publikacích a to je pro mne velkým přínosem pro praxi. Volba tématu pro mne byla velmi inspirující a poučná a vzhledem k aktuálnosti tématu hodnotím výběr jako vhodný. Komunikace s onkologicky nemocným pacientem pro mne odevzdáním bakalářské práce nekončí a chtěla bych se tomuto tématu věnovat i nadále v navazujícím magisterském studiu, především pro své vlastní využití v praxi. Svou práci bych doporučila všem zdravotním sestřám, ať už jako materiál k nastudování či pro inspiraci.

SOUPIS BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ

Monografie

- 1) Zacharová, E., Hermanová, M., Šrámková, J., *Zdravotnická psychologie – teorie a praktická cvičení*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-2068-5
- 2) Vorlíček, J., Abrahámová, J., Vorlíčková, H., *Klinická onkologie pro sestry*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1716-6
- 3) Venglářová, M., Mahrová, G., *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1262-8
- 4) Tomíška, M., Vorlíček, Jiří. *Nutriční podpora onkologických nemocných*. Postgraduální medicína, 2002, roč. 4, číslo 2,
- 5) Stolínová, J., Mach, J., *Právní odpovědnost v medicíně*. Praha: Galén, 1998., ISBN 80-85824-88-4
- 6) Mikešová, Z., Fraňková, M., Hernová, R., Zajíčková, M., *Kapitoly z ošetrovatelské péče I*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1442-6
- 7) Kutnohorská, J. *Etika v ošetrovatelství*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-2069-2
- 8) Kapounová, G. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. s. 185 ISBN 978-80-247-1830-9
- 9) Juřeníková, P., Hůsková, J., Tománková, D., *Ošetrovatelství*, Středisko služeb školám Uherské Hradiště, 2000,

Elektronické zdroje

- 10) Velký lékařský slovník [online]. [cit. 31.3.2009]. Dostupné z: <http://www.maxdorf.cz/maxdorf/ls.html>

Legislativa

- 11) Zákon č. 20/1966 Sb. O péči o zdraví lidu
- 12) Zákon č. 256/1992 O ochraně osobních údajů v informativních systémech

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 Věk respondentů	37
Tabulka č. 2 Délka praxe ve zdravotnictví	39
Tabulka č. 3 Výše vzdělání respondentů	40
Tabulka č. 4 Délka praxe na onkologickém oddělení.....	42
Tabulka č. 5 Absolvování kurzu respondenty	43
Tabulka č. 6 Vyžadování kurzu oddělením	44
Tabulka č. 7 Obtížnost komunikace	46
Tabulka č. 8 Komunikační techniky	47
Tabulka č. 9 Čas na komunikaci s pacienty	48
Tabulka č. 10 Informovanost pacientů o diagnóze	49
Tabulka č. 11 Stanovisko sdělování onkologické diagnózy	51
Tabulka č. 12 Obtíže v komunikace	53
Tabulka č. 13 Neznalost diagnózy pacienty	54
Tabulka č. 14 Největší psychická zátěž	56
Tabulka č. 15 Nejvíce zatěžující oblast	57
Tabulka č. 16 Zvládání psychické zátěže	59
Tabulka č. 17 Problémy způsobující psychická zátěž	60
Tabulka č. 18 Přítomnost psychologa na oddělení	62
Tabulka č. 19 Změna zaměstnání	64

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1 Věk respondentů	38
Graf č. 2 Délka praxe ve zdravotnictví	39
Graf č. 3 Výše vzdělání respondentů	41
Graf č. 4 Délka praxe na onkologickém oddělení	42
Graf č. 5 Absolvování kurzu absolventy	43
Graf č. 6 Vyžadování kurzu oddělením	45
Graf č. 7 Obtížnost komunikace	46
Graf č. 8 Komunikační techniky	47
Graf č. 9 Čas na komunikaci s pacienty	48
Graf č. 10 Informovanost pacientů o diagnóze	50
Graf č. 11 Stanovisko sdělování onkologické diagnózy	52
Graf č. 12 Obtíže v komunikaci	53
Graf č. 13 neznalost diagnózy pacienty	55
Graf č. 14 Největší psychická zátěž	56
Graf č. 15 Nejvíce zatěžující oblast	58
Graf č. 16 Zvládání psychické zátěže	59
Graf č. 17 Problémy způsobující psychickou zátěž	61
Graf č. 18 Přítomnost psychologa na oddělení	63
Graf č. 19 Změna zaměstnání	64

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Škály bolesti

Příloha č. 2: Přehled silných opioidů

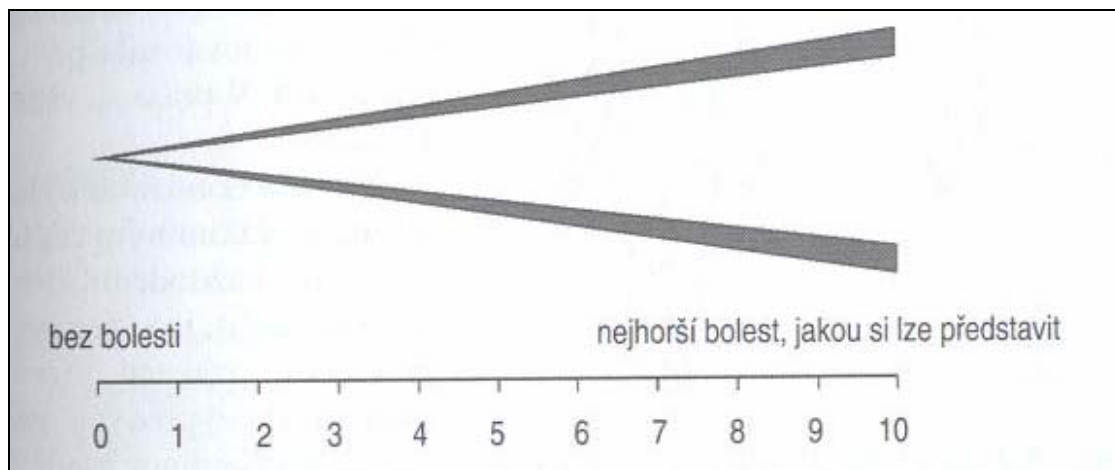
Příloha č. 3: Místa dotyků

Příloha č. 4: Fáze přijetí závažného onemocnění

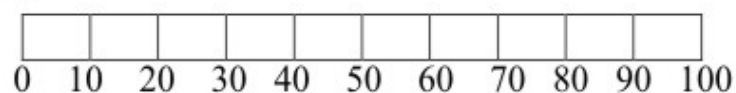
Příloha č. 5: Dotazník

Přílohy

Příloha č. 1: Škály bolesti



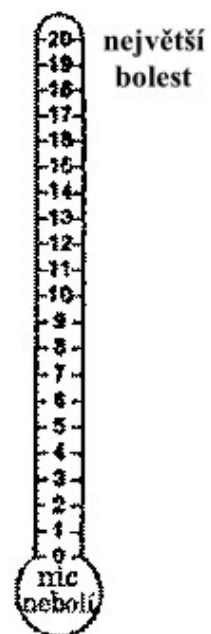
A



B



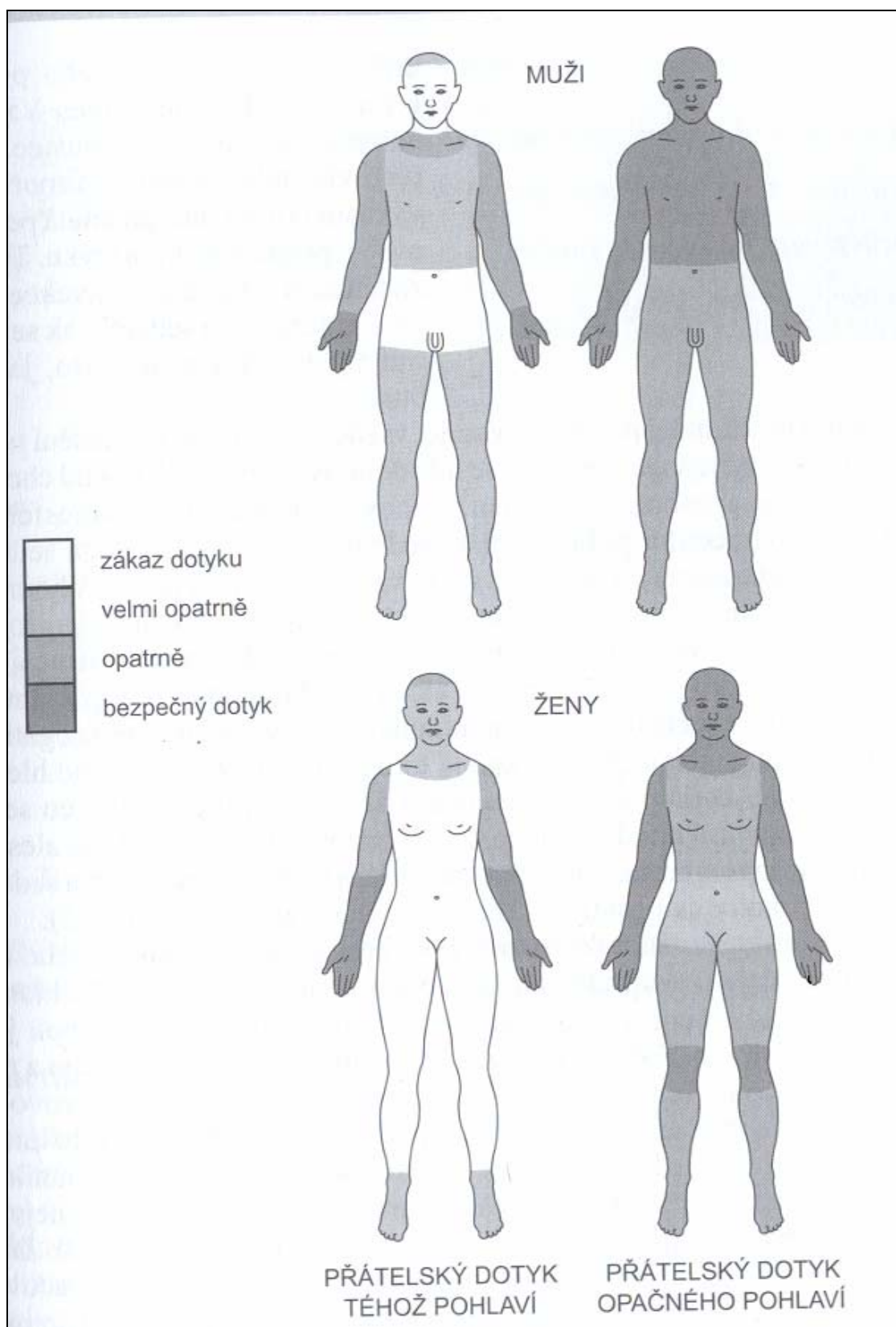
C



Příloha č. 2: Přehled silných opioidů

Látka	Aplikace	Nástup účinku	Trvání účinku	Obvyklá počáteční dávka	Max. denní dávka
Morfin s rychlým uvolňováním	p.o., p.r., s.c., i.v.	20 – 30 min	4 – 6 h	10 mg á 4 hod	není stanovena
Morfin s řízeným uvolňováním	p.o., p.r.	3 - 5 h	12 h	30 mg á 12 hod	není stanovena
Fentanyl TTS	náplast	8-12 h	72 h	25µg/h	není stanovena
Oxycodon s řízeným uvolňováním	p.o., p.r.	1-3 h	8-12 h	10 mg á 12 hod	není stanovena
Buprenorfin TDS	náplast	10-12 h	72 h	35µg/h	140µg/h
Hydromorfon s řízeným uvolňováním	p.o.	3-5 h	12 h	4 mg á 12 hod	není stanovena
Silné opioidy , které nejsou vhodné k léčbě chronické nádorové bolesti, nebo s jejich užitím v této indikaci nejsou dostatečné zkušenosti: Pethidin, Piritramid, Sufentanil, Remifentanil					

Příloha č. 3: **Místa dotyků**



Příloha č. 4: **Fáze přijetí závažného onemocnění**

	Fáze	Projevy	Co s tím?
1.	Negace Šok, popírání	„Ne, já ne, pro mne to neplatí. To není možné. „To je určitě omyl.“ „Zaměnili výsledky.“	Navázat kontakt, získat důvěru.
2.	Agrese Hněv, vzpoura	„Proč zrovna já?“ „Čí je to vina?“ „Vždyť mi nic nebylo.“ Zlost na zdravotníky, zlost na zdravé lidi. Vyčítá nespravedlnost.	Dovolit odreagování, nepohoršovat se.
3.	Smlouvání vyjednávání	Hledání zázračných léků, léčitelů, diet, pověr. Ochoten zaplatit cokoliv. Činí velké sliby.	Maximální trpělivost, pozor na podvodníky.
4.	Deprese smutek	Smutek z utržené ztráty. Smutek z hrozící ztráty. Strach o zajištění rodiny.	Trpělivost naslouchat, pomoci urovnat vztahy, pomoci hledat řešení (zajištění rodiny apod.)
5.	Smíření souhlas	Vyrovnání, pokora, skončil boj, je čas loučení. „Dokonáno jest.“ „Do tvých rukou.“	Mlčenlivá lidská přítomnost, držet za ruku, utřít slzu. Pozor! Rodina možná potřebuje více pomoci než pacient.



TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI
Ústav zdravotnických studií

DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ

Dobrý den,

jmenuji se Andrea Švábová a jsem studentkou 3. ročníku Ústavu zdravotnických studií na Technické univerzitě v Liberci oboru všeobecná sestra.

Vypracování tohoto dotazníku pro mne bude nápomocné při zpracovávání bakalářské práce na téma **Komunikace sestry s onkologicky nemocným pacientem.**

Cílem mého výzkumu je zhodnotit komunikativní dovednosti zdravotních sester při kontaktu s onkologickými pacienty.

Dotazník je anonymní a bude využit pouze pro účely bakalářské práce. Rozhodnete-li se jej vyplnit, děkuji Vám za spolupráci a čas, který jste mu věnovali.

Zaškrtněte prosím vždy jednu vyhovující odpověď, pokud není uvedeno jinak.

OBECNÁ ČÁST

1. Kolik je Vám let?

- a) 18-25 let
- b) 26-35 let
- c) 36-45 let
- d) 46-60 let
- e) 60 a více let

2. Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?

- a) 0-1 rok
- b) 1-5 let
- c) 5-10 let
- d) 10-20 let
- e) 20 a více let

3. Jakého nejvyššího vzdělání jste dosáhl/a?

- a) středoškolského
- b) vyšší zdravotnická škola
- c) vysokoškolského
- d) specializace v oboru

4. Jak dlouho pracujete na onkologickém oddělení?

- a) 0 – 1 rok
- b) 1-5 let
- c) 5-10 let
- d) 10-20 let
- e) 20 a více let

II. SPECIÁLNÍ ČÁST

5. Absolvoval/a jste kurz komunikativních dovedností s onkologicky nemocnými?

- a) ano
- b) ne
- c) neměl/a jsem tu možnost

6. Vyžaduje Vaše oddělení takový kurz absolvovat?

- a) ano
- b) ne

7. Domníváte se, že je pro Vás obtížná komunikace s onkologicky nemocnými a s nevléčitelně nemocnými pacienty?

- a) ano
- b) ne

8. Jaké komunikační techniky ve své práci nejčastěji používáte?

(označte maximálně 3 možnosti)

- a) empatii (umění se vcítit)
- b) naslouchání
- c) haptiku (kontakt hmatem)
- d) proxemiku (vyjádření vztahu mezi lidmi prostřednictvím vzdálenosti, kterou k sobě komunikující subjekty zaujímají)
- e) mimiku (výraz v obličeji)

9. Myslíte si, že máte dostatek času na komunikaci s onkologicky nemocnými?

- a) myslím si, že ano
- b) myslím si, že ne

10. Domníváte se, že jsou pacienti přiměřeně a srozumitelně informováni o své diagnóze?

- a) rozhodně ano
- b) spíše ano
- c) rozhodně ne
- d) spíše ne

11. Jaké stanovisko považujete za humánní při sdělování onkologické diagnózy?

- a) otevřenou komunikaci s ohledem na to jakou formou, kdy a komu
- b) otevřenou komunikaci bez ohledu na situaci
- c) sdělení diagnózy prostřednictvím rodiny
- d) sdělení diagnózy postupně
- e) nesdělovat diagnózu
- f) sdělení tzv. milosrdné lži

12. Myslíte si, že nesdělení diagnózy nemocnému může způsobit sestře obtíže v komunikaci s nemocným?

- a) myslím si, že ano
- b) myslím si, že ne
- c) nikdy jsem se v takové situaci neocitl/a

13. Dostáváte se často do situace, kdy nemocný nezná pravdu o svém zdravotním stavu a diagnóze?

- a) ano, velmi často
- b) ano, často
- c) ano, občas
- d) ne

14. Co je pro Vás největší psychickou zátěží při práci na onkologickém oddělení?

(možno doplnit volnou odpověď)

- a) bolest pacientů
- b) častá konfrontace se smrtí
- c) neutěšená situace pacienta
- d) mladý člověk s onkologickým onemocněním
- e)

15. Kterou z těchto oblastí pokládáte pro Vás za nejvíce zatěžující?

- a) tělesné vyčerpání
- b) citové a emocionální vyčerpání
- c) duševní vyčerpání

16. Jakým způsobem zvládáte psychickou zátěž *(možno doplnit volnou odpověď)*

- a) rodina
- b) sport
- c) četba
- d) hudba
- e)

17. Jaké problémy Vám psychická zátěž nejvíce činní?

- a) bolesti hlavy
- b) únava
- c) nervozita
- d) nespavost
- e) rozpory v mezilidských vztazích
- f) nemívám žádné obtíže

18. Máte na Vašem pracovišti k dispozici odborného pracovníka (psychologa)?

Pokud ano, vyhledal/a jste jeho pomoc?

- a) ano, máme k dispozici psychologa, ale nevyhledal/a jsem jeho pomoc
- b) ano, máme k dispozici psychologa a vyhledal/a jsem jeho pomoc
- c) ne, nemáme k dispozici psychologa, ale vyhledal/a jsem jeho pomoc jinde
- d) ne, nemáme k dispozici psychologa, ani jsem nevyhledala jeho pomoc jinde

19. Přemýšlel/a jste někdy o změně zaměstnání?

- a) ano, často
- b) ano, občas
- c) ne
- d) chtěl/a bych pracovat mimo zdravotnictví