

Empatie sester v péči o umírající

Veronika Nedbalová

Bakalářská práce
2017



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd
akademický rok: 2016/2017

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Veronika Nedbalová**
Osobní číslo: **H14576**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Empatie sester v péči o umírající**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium literatury.
Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti empatie sester v péči o umírající.
Příprava metodiky výzkumné části.
Realizace kvantitativního výzkumu formou dotazníku.
Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.
Vyvození výsledků výzkumu, jejich shrnutí pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

GERINGOVÁ, J. Pomáhající profese. Praha:Triton, 2010. ISBN 978-80-7387-394-3.

SLAMĚNÍK, I. Emoce a interpersonální vztahy. Praha:Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3311-1.

SPIRO, H. Empathy and the Practice of Medicine: Beyond Pills and the Scalpel. New Haven: Ysia University Presa, 1993. ISBN 0-300-06670-8.

KOŠKOVÁ, K., K. HEIDOVÁ, R. MÁTHÉ, E. HRDLIČKOVÁ, Y. KAŠTANOVÁ a E. SZABOÓVÁ, Empatia: psychológia vcítenia vžitia sa do druhého. Nové Zámky: Psychoprof, 1994. ISBN 80-967148-0-5.

Vedoucí bakalářské práce:

doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.

Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce:

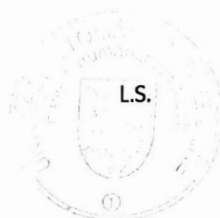
9. prosince 2016

Termín odevzdání bakalářské práce:

19. května 2017

Ve Zlíně dne 9. prosince 2016


doc. Ing. Anežka Lengalová, Ph.D.
děkanka




Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE


Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci – nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 25.4.2019

.....


¹⁾ zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělěčně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlášení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdaním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užíje-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).*

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst. 3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užití či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlídí k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Tato práce je zaměřena na problematiku empatie v profesi sestry. V části teoretické je vymezen pojem empatie, zabývá se rovněž problematikou umírání a smrti, přijetím diagnózy pacientem, který je v terminálním stadiu svého života. Praktická část se zaměřuje na pojetí empatie u všeobecných sester, její projevy a postoj ošetřujících k péči o umírajícího.

Klíčová slova: empatie, umírání, stadium přijetí diagnózy, komunikace

ABSTRACT

This work is focused on issues of empathy in nursing care. The theoretical part defines the term empathy, and summarizes concerns surrounding dying, death and acceptance of the diagnosis by the patient in the terminal phase of his life. The practical part addresses the concept of empathy by nurses, manifestations of empathy and their approach to palliative nursing care.

Keywords: empathy, dying, acceptance of the diagnosis, communication

Poděkování

Chtěla bych na tomto místě poděkovat paní doc. PhDr. Janě Kutnohorské, CsC. za vedení mé práce, její obdivuhodnou trpělivost a péči, kterou má o své studenty. Spoustu výborných námětů a věcných připomínek. Také mým dětem, Lili, Kateřině, Báře, Gabriele, Matyášovi, Danielovi a Priyi, kteří mě podrželi, když jsem to moc potřebovala při psaní mé práce. Manželovi za zázemí při mém studiu. Janě Bruthansové, mé přítelkyni, za to, že byla se mnou. Lidem, kteří ovlivnili můj přístup ke smrti a umírání. Pacientům, u nichž jsem v jejich posledních chvílích byla a držela je za ruku a snažila se vnímat, co potřebují. Každý z nich mě něčemu naučil a učím se stále. Jeden z nich má v mé mysli zvláštní místo. Člověk, který mi byl velice blízký. Pan Antonín Vaňhara, jehož životní pout' skončila 16. 12. 2015. Měla jsem tu čest být s ním od prvních kroků umírání až téměř do poslední chvíle. Byl to on, kdo mi otevřel oči a dal najevo, že být nablízku umírajícím má smysl. Děkuji i jeho rodině, nejvíce jeho synovi Jiřímu.

motto

„Být, jenom být, nechat srdce bít“ Tomáš Klus

OBSAH

Prohlášení autora bakalářské práce	4
Abstrakt	6
Poděkování	7
Úvod	10
I. Teoretická část	12
Empatie	13
1.1 Historie a vymezení pojmu empatie	13
1.2 Specifika empatie v práci s umírajícími	14
1.3 Komunikace - rodina - umírající - ošetřující	16
1.3.1 Komunikace	16
1.3.1.1 Dělení komunikace	18
1.3.2 Komunikace s člověkem v terminálním stádiu	20
1.2.2.1 Biografický příběh	22
1.2.3 Komunikace s rodinou a blízkými	24
2. Doprovázení	27
2.1 Postoje ke smrti a umírání	27
2.1.1 Stadia přijetí diagnózy	27
2.1.2 Naděje	32
2.1.3 Dystanazie	32
2.2 Sociálně inteligentní doprovázení v pomáhajících profesích	33
2.3 Vztahy mezi pomáhající sestrou a její klientelou	35
2.3.1 Ošetřovatelská teorie Hildegardy Peplauové	35
2.3.2 Koncept psychosomatického přístupu zdravotníka k nemocnému	37
3. Rizika pro sestru pečující o umírající	38
II. Praktická část	40
4. Empatie sester v péči o umírající	41
4.1 Výzkumný problém	41
4.2 Výzkumné cíle	41
4.3 Výzkumné otázky	42
4.4 Stanovení hypotéz	42
4.5 Výzkumná metoda	42
4.6 Charakteristika výzkumného vzorku	43

4.7 Způsob vyhodnocení dat	43
4.8 Výsledky výzkumu a jejich interpretace	44
5. Diskuse	66
Závěr	70
Doporučení pro praxi	71
Seznam použité literatury	72
Seznam grafů	74
Seznam obrázků	74
Seznam tabulek	74
Seznam příloh	76
Příloha P I: Dotazník empatie sester v péči o umírající	77
Příloha P II: Volné odpovědi na otázku dotazníku č. 15 – Co Vás nejvíce na jeho biogra- fickém příběhu zajímá?	82
Příloha P III: Volné odpovědi na otázku dotazníku č. 20 – Myslíte si, že Vás práce s umí- rajícími změnila? Ano – jak?	87

ÚVOD

Předložená bakalářská práce se věnuje tématu empatie u všeobecných sester, které pečují o umírající nemocné. Její součástí jsou také výsledky kvantitativního výzkumu zaměřeného na míru empatie sester v péči o terminálně nemocné pacienty.

Naše práce je rozdělena na dvě části, část teoretickou a část praktickou.

Jako cíl teoretické části jsme si vytyčili nejen nastínění empatie jako takové, ale také zmapování umírání a smrti, jak jej prožívají nemocní, jak jejich příbuzní a blízcí lidé po sdělení diagnózy. Jedna z kapitol se také věnuje komunikaci, verbální i nonverbální. V závěru je krátká kapitola věnující se krátkému zamyšlení nad riziky, kterými prochází sestra při péči o umírající.

V praktické části Vám poté představíme kvantitativní výzkum, kterým jsme se pokusili odpovědět na otázky, zda jsou sestry s vysokoškolským vzděláním více empatické, než sestry, které mají vzdělání středoškolské, a také zda má na míru empatie vliv délka praxe sestry.

Uvedené téma jsem si vybrala, protože je mi blízké. Od roku 1998 pracuji na gerontologickém centru jako zdravotní sestra. Celý svůj profesní život se věnuji problematice péče o pacienty na sklonku života. Ať již se jedná o vážně nemocné v mladším věku, nebo lidi s demencí či jinými psychiatrickými nemocemi, pacienty ve velmi vysokém věku odkázané na péči okolí. Svou práci mám ráda, přijímám ji spíše jako poslání, a proto mi přišlo přirozené věnovat se tématu umírání i ve své bakalářské práci.

Povolání zdravotní sestry je řazeno mezi pomáhající profese. Má spoustu svých specifik a může jej vykonávat pouze zralá osobnost či člověk, který je ochoten dál pracovat na svém osobním i psychickém rozvoji. Sestra by měla být nejen zručná, měla by umět pracovat přesně, bezchybně, rychle a pohotově, ale také být oporou nemocným a jejich blízkým. Důležitou a nedílnou součástí její práce je i dávání sebe sama.

V základní osobnostní výbavě zdravotní sestry nesmí chybět schopnost empatie, vnímání a vcítění se do potřeb nemocného, které dokáže odhalit a také naplnit do co největší míry. K tomu patří i schopnost komunikace s problematickými nemocnými nebo s pacienty v depresi. Zdravotní sestra je často štítem pro fáze vzteku, když pacient prožívá zklamání, tiší bolest nejen fyzickou, ale i duševní. Sestra ve své profesi dává sebe, svou bytost. V ošetrovatelství je důležitá nejen fyzická zdatnost, ale i psychická odolnost. Pro hospitalizovaného nemocného je důležitější lidský přístup sestry, zda je příjemná, cítí se s ní bezpečně, spokojeně, než jestli je

zručná a rychlá. Sestra pracuje se všemi potřebami člověka – biologickými, psychickými, sociálními i spirituálními. Musí se orientovat ve všech těchto oblastech, být tolerantní a chápavá vůči různým projevům nemocného.

Nedílnou součástí péče o umírající je i psychická podpora blízké rodiny umírajícího. Jsou často zmateni, nejsou si jisti tím, co mají dělat, prožívají úzkost a obavy. Je to mnohdy právě sestra, která provází nejen nemocného, ale také jeho blízké a má zásadní vliv na přijetí celé této životní etapy. Jen s empatií se dokáže vcítit do jejich bolesti.

Empatie je proto základním předpokladem výkonu práce všeobecné sestry ve všech klinických oborech. Sestra by měla být profesionál, s dobrou znalostí komunikačních technik, akceptovat etické normy společnosti, respektovat etické kodexy pro práci sester. Pokud je emocionálně a sociálně zralou osobností, pak je pro nemocné a jejich blízké velice efektivní oporou.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 EMPATIE

1.1 Historie a vymezení pojmu empatie

Pojem empatie není dodnes jednotně vymezen. Jeho význam v překladu znamená „soucítění, vcítění“. V minulosti byl pojem vcítění se spojován s úvahami nad mírou přejícnosti, pochopením druhého člověka, porozuměním mu a také s emocionální spoluúčastí. Před termínem empatie byl používán významově velice blízký pojem – sympatie.

Za autora konceptu empatie je považován Theodor Lipps, který se narodil v roce 1851 v Německu. Věnoval se problematice vcítění, pro něž používal německý termín „Einfühlung“ - volně přeložený jako „empatie“. Theodor Lipps rozpracoval pojem vcítění. Myslel jím tendenci vnímajícího promítnout sebe sama do vnímaného objektu a zažívat pocity bytí v objektu. Domníval se, že empatie slouží především k sociální percepci a interakci a vychází z procesu projekce, imitace a imaginace. Podle něj je založena na pozorování a uvědomování druhého člověka, napodobováním některých projevů jeho chování a myšlení, na snaze představit si v něm vlastní prožitky. (Křivohlavý, 2007, s. 48)

Anglický psycholog Edward Bradford Titchener zavedl pojem empatie do praxe. Za její podstatu považuje vytvoření si vědomé představy o emocích druhého. Podle něj je to určitý typ vazby mezi lidmi. Tím vlastně hlásal dvě různá pojetí empatie – jako způsob vědění o emocích druhých a jako druh sociálně kognitivního svazku. (Slaměník, 2011, s. 139)

Tématu empatie – a jeho posouzením vůči sympatii - se věnoval také filozof a ekonom Adam Smith, který žil v 18. století. V díle „Teorie mravních citů“ (Smith, 1759) se zamýšlí nad pojmy přirozené sympatie. Smith chápe člověka jako bytost společenskou. Pokud lidé obdivují stejný obraz, smějí se stejném vtipu nebo jsou smutní z téže nešťastné události, znamená to, že se shodují ve vyhodnocení událostí. Projevené emoce se stávají ukazatelem pro posuzování vzájemné názorové shody, respektive neshody – jde o sympatie. Sympatie je soucítěním s jiným člověkem, je základním předpokladem morálního usuzování. Podle Slaměníka (2011, s. 137-138) se u děl Smithe (1759/2005, s. 6-10) skýtá otázka, nakolik je jeho pojetí sympatie s ohledem na prosociální chování blízké empatii, nebo zda není sympatie totožná s empatií. (Slaměník, 2011, s. 137-138)

Psychologickým slovníkem (Hartl, Hartlová, 2015, s. 127) je empatie definována jako „umění dovedně zacházet s emocemi, vcítovat se do situace druhé osoby. Jedná se také o emocionální ztotožnění se s jejím viděním, cítěním, chápáním, schopnost číst i neslovní projevy druhého, chápat oč usiluje, čemu se chce vyhnout, co skrývá. Souvisí se schopností naslouchat a vnímat neverbální komunikaci“.

Soucítění je tedy jednou z charakteristických projevů chování člověka. Je zřejmé, že k základní lidské genetické výbavě patří vcítění se do utrpení jiného člověka, ztotožnění (identifikace) se s ním. Člověk je schopen cítit osamělost trpícího (Křivohlavý 2004, s. 159). Jde o citlivost ke všemu, co může narušovat kteroukoliv stránku jiné osoby.

Empatie jde vysvětlit i jako pocit, že osoby nebo věci se v nás zobrazují jako projekce našich pocitů a myšlenek. Je evidentní, že „já“ se stane „ty“, nebo alespoň se pokusí vycítit pocity druhé osoby. (Spiro, 1993, volně přeloženo z anglického originálu, s. 7). Jedná se o emocionální ztotožněním s viděním, slyšením i chápáním jednání druhých. Je to kognitivní schopnost porozumět, poznat a pochopit důvod, příčinu a účel jednání, verbálních i neverbálních projevů druhých. (Křivohlavý, Pečenková, 2004, s. 41)

Prožívat stav empatie či být empatický znamená vnímat vnitřní referenční rámec druhého člověka s přesností, emocionálními složkami a významy, které k němu patří, být oním člověkem, ale bez ztráty dimenze „jako by“. Znamená to cítit bolest, radost druhého tak, jak ji cítí on, vnímat jejich příčiny stejně, ale bez ztráty vědomí toho, že je to „jako by“ (potom se by jednalo o identifikaci). (Rogers, 2014, s. 144). Stejný názor na vymezení pojmu vcítění má i Géringová (2011). Vcítění neboli empatie je chápání druhého, porozumění jeho pocitům a motivaci.

1.2 Specifika empatie v práci s umírajícími

V této kapitole je věnován prostor pro specifikaci empatie, potřeb a jejich vycítění v péči o nemocné v terminálním stadiu života, při umírání a ve chvíli, kdy zemřou.

Umírání, závěr života patří v naší společnosti stále ještě k velice tabuizovaným tématům. Je to stále neprobádaná a přitom tak důležitá část našeho bytí. Tím, že došlo v posledních desetiletích k odosobnění péče o těžce nemocné, umírající lidi, kdy byla tato fáze života až na výjimky přenesena za zdi nemocnic, došlo také ke změně pohledu na umírání. Není již přijímáno jako přirozená součást života, ale jako patologie. Donedávna, před rozvojem paliativní péče, byla

považována (a i v dnešní době, jen v menší míře, ještě považována je) za selhání péče. Tento jev je nazýván FENOMÉNEM TABUIZOVANÉ SMRTI. (Haškovcová, 2000, s. 21-22)

Prakticky denně se zdravotníci setkávají s nepochopením rodiny nebo přátel, že jejich blízký člověk umírá. Ve chvíli, kdy se blízcí dozvědí pravdu o infaustní prognóze, nepřijímají ji s klidem a jejich postoj ke zdravotníkům se změní, přichází nedůvěra, vztek. Je hledán viník. Zdravotník je v některých případech odmítán, protože rodina vnímá to, že jejich blízký již je na konci svého života, jako neschopnost zdravotníků. Je těžké odmítavost zvládnout, ale díky empatii by měl zdravotník umět pracovat i s těmito pocity a chápat je. Sestra nebo jiný profesionál by měli být schopni sebehodnocení. Je potřeba, aby pečující osoba uměla identifikovat své vlastní pocity a rozumět jim, pochopit své nálady, uvědomit si své pocity a pracovat s nimi. Mít schopnost ovlivnit své pocity, řídit je a ve stresových situacích mít sílu se sám uklidnit, zůstat vnitřně v klidu. Současně dát rodinným příslušníkům možnost vyjádřit co cítí. Být otevřená vůči emociálním pochodům druhého, pozitivně a dobře s nimi zacházet, uvědomovat si je. (Kanitiz, 2008, s. 61-68)

U lůžka nemocného, který umírá, je potřebná empatie nejen k umírajícímu, ale také schopnost vcítit se do potřeb jeho blízkých, kteří jsou vyděšeni, neví, co si počít, nejsou dostatečně edukováni, netuší, jaké fáze umírání má, jak dlouho to může trvat a jak přistupovat k umírajícímu. Nejistoty, které prožívají lidé blízcí, vycítí rychle i umírající, a tím se jeho situace ještě zhorší. Specifikem empatie v této oblasti je právě vycítit, co potřebují blízcí terminálně nemocného, zároveň uchopit potřeby pacienta a vytvořit most mezi ním, personálem a jeho rodinou. Zdravotník by měl dát rodině i nemocnému prostor k vyjádření (nejvíce se používá nonverbální stránka). Už jen přítomnost profesionála je pro nemocného, stejně jako jeho rodinu, většinou úlevou, neb je jejich jistotou. (Spiro, 1993, s. 34-76)

Aktivita ošetrovatelského personálu vzhledem k rodině a nemocnému jsou směřovány spíše k doprovázení, vycítění a zhodnocení potřeb a vrácení jistot. Sestra musí počítat s tím, že její interakce bude bez odezvy. Nemocný umírá, nemá možnost reagovat na podněty vzešlé ze strany okolí, proto je potřeba věřit vlastní intuici. Je běžné, že pečující, doprovázející osoba se setkává s agresí vůči sobě. Příčinou této agrese je strach, ztráta jistot, budoucnosti – a to jak ze strany umírajícího člověka, tak ze strany jeho blízkých. (Kübler-Ross, 1992, s. 15-72)

Každé umírání je specifické loučením. Člověk se loučí se vším, co měl rád, se všemi, které měl rád. Přání člověka můžou pečující zaskočit, ale měla by být (pokud je to možné) splněna, aby k rozloučení došlo důstojně. (*Cesta domů* [online]. [cit. 2017-03-22])

K této fázi života patří, stejně jako k jiným důležitým mezníkům žití, rituály. Ať už jsou to rituály církevní nebo světské. Ve vysoce emotivních situacích, ke kterým patří vážná nemoc, strach ze ztráty, rozloučení se zemřelým, je nabídka rituálu vděčně přijímána (Haškovcová, 2000, s. 24).

1.3 Komunikace – rodina – umírající – ošetřující

Komunikace je slovo latinského původu – znamená něco spojovat. V psychologii není komunikace považována jen za pouhý přenos informací mezi sdělujícím a příjemcem, jde o působení na druhého člověka, vyjádření se (Mikuláščík, 2003, s. 18-19).

Empatická komunikace je základním stavebním kamenem pro pouto mezi tím, kdo péči poskytuje a jejím příjemcem. Proto jí věnujeme další z kapitol, zamyslíme se nad jejími funkcemi, pokusíme se ji rozdělit dle možností a zmapovat různé způsoby komunikace.

1.3.1 Komunikace

Komunikace má spoustu funkcí - informativní, instruktivní, přesvědčovací, posilovací a motivační, zábavnou, vzdělávací a výchovnou, socializační a společensky integrující, osobní identitu, poznávací funkce, funkce svěřovací, únikové. Hranice mezi jednotlivými funkcemi komunikace nejsou jednoznačné, prolínají se. V péči o umírající je používáme prakticky všechny:

- informativní - předáváme informace o zdravotním stavu nemocnému i jeho rodině, nasloucháme informacím nemocného
- poznávací – můžeme nemocnému umožnit, aby nám sdělil své zážitky, názory, pocity, vnímáme jeho reakce na události kolem něj, reakce na vyšetření, chování lidí
- funkce osobní identity – pomáhá nám i nemocnému si ujasnit spoustu věcí o sobě i okolí, už jen tím, že to nahlas vyslovíme a třeba slyšíme názor protistrany
- funkce vzdělávací a výchovná – využíváme ji pro osvětu příbuzných, i nemocných samotných, pomáháme poznávat nemoc, kterou jejich blízký prochází a tím i přijetí toho, že umírá

- funkce úniková – je mnohdy v péči o terminálně nemocné velice důležitá, kdy si nemocný, který je již velice zatížený svou nemocí, okolím, může na chvíli povídat o něčem jiném, něčem úplně běžném, odreagovat se a odklonit tak myšlenky, které jej zatěžují
- funkce svěřovací – jedna z primárních, kterou zdravotní sestry používají. Nemocný se sestře často otevře více než lékaři, protože pro něj není takovou autoritou. Sestra je s nemocným více času a pro svěření se má tak více prostoru. (Mikuláščík, 2003, s. 20–22)

Komunikace není jen o mluvení, ale je také o naslouchání, pohybech těla, činech, psaném projevu. Při komunikaci vnímáme samozřejmě i řeč těla, citové zabarvení řeči, zaujatý pohled z očí do očí aj. I zde je nutná empatie, vycítit, jak nejlépe informaci podat, aby byla efektivní, a přitom co nejvíce výtěžná.

Pro zdravotníky je současně důležité pochopit proces kódování a dekodování. Ten záleží na znalosti jazyka, problematiky, kterou se člověk zabývá, jak s kým komunikuje. Zdravotník by neměl zapomínat na to, s kým hovoří, že nemůže s laikem mluvit odborně, používat jemu neznámé výrazy, ale naopak s jiným zdravotníkem, nebo kolegou lékařem je zase žádoucí hovořit odborně, specifikovat sdělované v termínech. (Mikuláščík, 2003, s. 26)

Žijeme v době, kdy je smrt vytlačována, nepovažujeme ji za něco důležitého, naopak děláme kroky k „zastavení času“. Smrt popíráme, tváříme se, že není. Odvěká touha po nesmrtelnosti nás provází daleko intenzivněji než kdykoliv před tím. Potlačujeme strach ze smrti, nenazýváme smrt a umírání přímo, ale jinými názvy – odešel, vydechl naposledy. (Haškovcová, 2000, s. 22)

V ideálním případě je možné nemocného a jeho rodinu na blížící se konec života připravovat. Ještě v době, kdy je nemocný v dobré kondici, je schopen komunikace, rozhovoru, je dobré toto téma otevřít. Je možné využít čas k pozvolnému získávání důvěry nemocného i jeho lidí, rodiny, přátel. Nemocný i jeho blízcí vycítí, že se sestra nebrání komunikaci o smrti, nemá z ní strach a může to být pro ně úlevné, neb se tak pomalu bourá zeď, kterou vystavěla tabuizace smrti. Znalost komunikačních metod a asertivity je pro sestru výhodou, neboť téma smrti a umírání vyvolává velice vášnivé emoce. Nežádá se stává, že nemocný nebo jeho blízcí jsou k tématu nepřístupní, můžou popírat svou diagnózu, být ve fázi vzteku, apatie. Je vždy potřeba vycítit, jakou potřebu aktuálně mají. Vyžaduje to čas, umění naslouchat nebo jen být nablízku, opěrným bodem. (Kübler-Ross, 1993a, s. 1-50)

1.3.1.1 Dělení komunikace

Základní dělení komunikace, které nejvíce vystihuje potřeby komunikačního procesu, je dělení na verbální a neverbální. Tyto formy se doplňují, prolínají, jedna může být nahrazena druhou. (Mikuláščík, 2003, s. 112)

VERBÁLNÍ KOMUNIKACE

Verbální komunikací rozumíme vyjadřování pomocí slov-či jazyka. Její význam je nepopíratelný, je nezbytnou součástí sociálního života. Specifičnost užívání jazyka je dána i osobnostními rysy:

- introvert mluví málo, klidně, tiše
- extrovert mluví hodně
- egoista mluví hlavně o sobě
- autokrat prosazuje tvrdě své názory a myšlenky
- submisivní osobnost se naopak poddává, nestaví se do opozice
- liberál je nestranný, lhostejný (Mikuláščík, 2003, s. 113-115)

Ve verbálním projevu využíváme paralingvistické aspekty, které musíme přizpůsobit okolnostem. To, zda bude projev pro poslouchajícího příjemný nebo ne, určuje hlasitost verbálního projevu, rovněž vyjadřuje, jak moc je hovořící pro věc zaujat. Tichá řeč může být projevem neshledlosti, strachu, obav. Vnímání rozhovoru ovlivňuje rovněž plynulost řeči. Při mluveném projevu měníme tempo řeči, používáme pomlky, frázování. Pomlka může být znakem únavy, deprese, ale také obav, zpomaleného psychického tempa. Frázování řeči zase drží posluchačovu pozornost. Melodie hlasu vyjadřuje emoční stav mluvícího, můžeme díky ní vyjádřit své pocity. Při komunikaci s oslabeným člověkem je velice důležité dbát i na kvalitu a přiléhavost vyjádření, aby nebyl ještě více vyčerpáván. (Mikuláščík, 2003, s. 119-122)

NEVERBÁLNÍ KOMUNIKACE

Neverbální komunikace zahrnuje vše, co vyjadřujeme mimoslovně, jde o projevy těla. Většina se odehrává na nevědomé úrovni. Neverbální komunikace doplňuje slovní projev, ale může být

také použita samostatně, beze slov, k vyjádření emocí. Největší význam je kladen na oblast obličeje a hlavy, druhé místo pak mají pohyby rukou a paží. (Mikuláščík, 2003, s. 100 - 132)

Neverbální komunikaci můžeme rozdělit na několik druhů:

- **Mimiku** – pohyby svalů obličeje. Vyjadřují momentální psychický stav, ale také relativně stálý emoční výraz. Citlivý člověk dokáže velice dobře z mimiky člověka vyčíst jeho aktuální nastavení.
- **Gestiku** – zahrnuje pohyby rukou, hlavy, případně i nohou. Používáme gesta záměrná, ale také gestikulujeme nevědomky, jedná se o řeč těla. Známe tři druhy gest:
 - ilustrace – gesta, kterými dokreslujeme verbální výklad ve vzduchu, např. ukazujeme směry
 - gesta jako regulátory – např. ukazujeme na někoho nebo na něco prstem
 - znaky – palec dolů znamená, že je něco špatné, nahoru, že dobré
- **Posturiku** – je to držení těla, poloha těl dvou lidí, kteří spolu komunikují. V jaké vzdálenosti jsou, kdo se krčí nebo jde zpřímá
- **Pohledy** – oči jsou sdělovačem, ale také přijímají informace. Lze v nich hodnotit zacílení pohledu, délku doby pohledu, počet mrkání, pootvření víček, zornic, napnutí svalů kolem očí
- **Proxemiku** – neboli vzdálenost při komunikaci. Každý člověk potřebuje svůj prostor, aby se cítil pohodlně. Vzdálenost dělíme od čtyř skupin:
 - intimní vzdálenost – od úplného dotyku do 50 cm.
 - osobní vzdálenost – od 50 cm do přibližně 2 metrů
 - skupinová vzdálenost – od 1 do 10 metrů – promluva například ke skupině nemocných, kteří se nacházejí ve stejné místnosti
 - veřejná vzdálenost – od 2 m do 100 m – koncert zpěváka ve sportovní hale

Proxemika se zabývá také vertikální vzdáleností – např. když hovoří menší člověk s vysokým, nebo člověk ležící a stojící. Ideální je stejná výška komunikujících, ale nelze jí vždy dosáhnout. Proto je žádoucí, aby si sestra k nemocnému, pokud leží, nemůže vstát nebo sedat, alespoň sedla, nemocného dle jeho možností posadila, aby jejich komunikační výška byla podobná.

- **Haptiku** – doteky. Doteky mají různý význam. Máme doteková pásma, která jsou respektována v rámci dotekové komunikace. Rozeznáváme pásmo společenské a zdvořilostní (paže a ruce), pásmo osobní, přátelské (paže, ramena, obličej, vlasy) a pásmo intimní (neomezené). (Mikuláščík, 2003, s. 123-132)

1.3.2 Komunikace s člověkem v terminálním stádiu

Komunikace s člověkem, jehož život je na konci, je jedním z nejtěžších úkolů doprovázejících. Je nutné brát v potaz potřeby umírajícího nemocného, respektovat a přijímat je.

Základní potřeby umírajícího člověka:

- nebýt sám – samota, opuštění, strach, to vše pramení z nejistot, nikdo neumírá dvakrát a nemůže si to vyzkoušet, proto není dobré, aby člověk, pokud to vyloženě sám nevyžaduje, nezůstával sám déle, než je nutné
- sdílení současnosti, rekapitulace minulosti - hodně umírajících chce hodnotit svůj život, ať už jen pro sebe, tak už rekapituluje s okolím, hledá, co bylo správné a co ne, co by udělal jinak. Pokud své zkušenosti sdílí, je žádoucí, aby sestra byla empatická, vnímala jeho radosti, obavy, smutky, přijímala jeho sdělení
- moci projevit své city – ať už je to zklamání, hněv, pláč, euforie, může se radovat z dobře odvedeného života, cítit vztek k sobě i okolí. Může být i agresivní. To vše patří k projevům citů. Pacientovi je umožníme, pokud chce, ventilovat (když nevedou k sebepečování), nezesměšňujeme je, vyslechneme, jsme trpěliví
- být informován o svém zdravotním stavu – je důležité, aby byl nemocný informován pravdivě, v plném rozsahu. Lidé blízcí umírajícímu mají často tendence tuto zásadu porušovat, ale vzniká tím nedůvěra mezi nemocným, který toto zapření vycítí, pečujícími a rodinou. Sestra se poté dostává do role, kdy neví, co je správně a co ne, bojí se, že řekne něco, co nemělo být nikdy vysloveno, a tím je její úloha těžší
- mít útěchu a oporu od nejbližších a dostat svolení zemřít – tento moment je pro člověka podstatný. Vědomí, že blízcí jsou se stavem nemocného srozuměni, přijali jej, zvládnou to i po jeho odchodu, je pro člověka důležitým mezníkem. Vede k jeho vnitřnímu klidu, nabývá jistoty, daleko lépe přijímá konec svého života, když vidí, že to okolí chápe

- obdržet uznání a podporu od zdravotníků – mnohdy stačí jen pochvala, že to nese statečně, vyslovit obdiv. Od sestry, která již viděla takto nemocných desítky, nebo stovky, je to přijímáno s velikou váhou, je to povzbuzením
- být respektován ve své kultuře, zvycích, spirituálních rituálech – reagujeme na jeho potřeby, zavoláme kněze nebo jiného duchovního, když si to nemocný přeje, respektujeme, pokud má potřebu mít u sebe oltářík, nebo žádá předčítání textu, nebo naopak nechce vůbec nic
- dokončit nehotové, rozloučit se – může se nám kolikrát zdát, že splnění snu, nebo něčeho nehotového, vzhledem ke zdravotnímu stavu nemocného, není vhodné, ale když jsme si vědomi toho, že člověk, kterého máme v péči, končí svůj život, tak je dobré jeho přání splnit, pokud to alespoň trochu jde. Najít cestu k navštívení vysněného místa, osoby, nebo osobu zavolat k jeho lůžku, aby tu možnost měl. Jde stále o potřebu jistoty, potřebu, že vše je již hotovo a může zemřít bez toho, aby zanechal dluhy.
(*Cesta domů* [online]. [cit. 2017-03-22])

V komunikaci s umírajícím člověkem je vhodné dávat nabídky. Nabízet pomoc (v rámci možností), ale seznámit člověka s tím, že je řešení, nabízet možnost rozhovoru. Není výjimkou, že se nemocný bojí hovořit, aby personál nezdržoval, nebo mu nepřijde vhodné, aby zatěžoval někoho svými problémy. Dávat nemocnému dostatečný prostor k vyjádření se, nepřerušovat jej, neskákat do řeči, trpělivě nechat nemocného hovořit. Dle nemoci a léčby může být unavený, pod vlivem opioidů apod. a může tak hovořit pomaleji, potřebuje větší pauzy. To je potřeba respektovat. Také použití nonverbální komunikace – vzít nemocného za ruku, čímž mu dáme najevo svůj opravdový zájem, dovolit proudit energií mezi ním a pečujícím. Když to nemocný žádá, sednout si k němu na lůžko a naslouchat mu. Důležitější než mnoho jiných věcí je osobní názor sestry vůči smrti a umírání. Přijetí smrti jako součást života, bez negativních emocí, jen prosté přijetí. (Kübler-Ross, 1993b, s. 108)

Zásady chování sester v komunikaci s nemocným musí vycházet z pravidel společenského chování. Je důležité nebýt direktivní, nadřazený, přijmout roli doprovázejícího. Při vstupu do pokoje je užitečné klepání, je to slušné a také tím nemocný dostává prostor se připravit, že někdo přichází do „jeho prostoru“. Nemocný by měl znát jméno, ev. funkci, osoby, která o něj pečuje, neměla by pro něj být anonymní, aby mohl svému pečujícímu důvěřovat. Takže se po vstupu do pokoje se ošetřující představí, nebo připomene. Pracuje tak s jistotami nemocného. Když se

nemocný cítí jistě, je sdílnější, vnímá vše pozitivněji, má důvěru se svěřit. Vždy je dobré použít iniciační dotek, který vychází z konceptu bazální stimulace. Sám nemocný jej může pomoci určit. Nejčastěji se jedná o dotek na ramenu, někteří lidé preferují dotek na hřbet ruky, či ve vlasech. Nemocného v terminálním stadiu, kdy již je jeho vnímání světa sníženo, tolik nevydělá, pokud se k němu přiblíží jiná osoba, je to součást jistoty. Ve chvílích, kdy je ještě schopen plného vnímání a komunikace, je iniciační dotek součástí projevu důvěry, toho, že na něj má pečující čas a prostor nemocnému naslouchat aktivně. Pokládat otázky, je možné zdůraznit některé z myšlenek, které sám přednesl. I v terminálním stadiu lidské existence je nutné zachovávat maximum soukromí, chránit jeho intimitu. Všechny informace považovat na přísně důvěrné, nesdělovat je jiným lidem, pokud s tím člověk neprojeví souhlas. Ve fázi umírání, kdy již není schopen aktivní komunikace, je velkou výhodou, pokud pečující je dobře naladěný na umírajícího. Když zná jeho potřeby, které měl ve fázi zdraví, nebo pokročilejší nemoci, priority, životní schopnosti. Lze tak lépe reagovat na jeho potřeby a zajistit je. Naplnění potřeb je základem jistoty, předcházíme tak hospitalismu a různým projevům frustrace (Kapounová, 2007, s. 170-176). Jestliže čas na poznání se s nemocným byl velice krátký, je velkou výhodou zmapování a poznání jeho biografického příběhu, pomůže nám rozkrýt jeho život a být více empatický.

V čase kdy nemocný odchází ze světa, upadá do smrtelného kómatu, je nutné k němu přistupovat stále jako k bytosti plnocenné. Jako by byl při plném vědomí. Mluvit s ním, dotýkat se jej, jak byl během svého života a ve fázi, kdy došlo k jeho onemocnění zvyklý. Dávat si pozor na nevhodné projevy, hlasitou mluvu či hovoření o nemocném, jako by v pokoji nebyl. V této fázi se již nemůže bránit projevům, protože už není schopen komunikace. Proto na něj bereme ohled při jakémkoli zákroku. (Haškovcová, 2000, s. 67-68)

1.3.2.1 Biografický příběh

Vychází z modelu profesora Erdwina Böhma. (Böhm, 2015) Tento model je zaměřen na podporu ošetřování starých nemocných nebo zmatených. Přispívá k poznání souvislosti mezi aktuálním chováním nemocného a tím, co prožil. Zkoumá sociální, ekonomické vazby, povolání člověka, jeho způsob života, aktivity, oblíbené činnosti. Dává tak pečujícímu návod, jak se nejlépe se vcítit do jeho potřeb. Cílem péče v tomto modelu je oživení duše starého člověka (kuble, 2015, s. 18).

Původ tohoto modelu pramení z touhy autora změnit komplexně a zásadně péči o seniory. Dříve chyběla celostní koncepce, která pozoruje potřeby nemocných. Přichází v praxi na to, že člověk nepotřebuje jen jídlo, čisté lůžko, ale i něco navíc. Chce v lidech rozpochybovat duši, chce zabránit regresi. Ve stáří se člověk vrací do svého dětství, k rituálům, které mu dávají jistoty, pocit domova. Většina reakcí nastupujících ve stáří pochází z doby, kdy se utvářela osobnost člověka. Byly v člověku vždy přítomné, jen v latentní formě. (Böhm, 2015, s. 20-24)

Profesor E. Böhm pojímá tedy člověka z pohledu biografického. Zabývá se jeho životním příběhem. Nabádá, aby se sestry zamyslely, co opravdu ví o svých pacientech, když tvrdí, že rády pečují o staré lidi. Měly by znát jejich historii, prožitky, úspěchy, neúspěchy, prostředí, ze kterého vzešly.

Obecně se má se za to, že staří lidé se stahují z ruchu současnosti a žijí více ve vzpomínkách. Vzpomínka je něco jiného než paměť, za kterou ji často zaměňujeme. Obojí se vztahuje k minulosti, ale paměť má člověk na něco, co se dá naučit nazpaměť. Jedná se o „racionální výkon“. Vzpomínka vychází z větší hloubky. Je součástí vlastního života, dává smysl životním souvislostem. Vzpomínání je vztahem k vnitřnímu světu. Jedná se o emocionální akci. To, co se člověk naučil ve spojení se vzpomínkou, tvoří dohromady životní souvislosti z příběhů. Posloucháním příběhů, skládáním toho, co klient nebo pacient prožil, si můžeme vytvořit obraz klientova prožívání, a tím se mu přiblížit a pochopit jej. Může mít pozitivní a negativní vzpomínky, které jsou samozřejmě přikrášlené, nebo je může více zatížené negací. Například vše, co člověk spojuje s domovem, je většinou ve vzpomínkách velice krásné, až nereálně. Pro paliativní péči je důležité vcítění do prožitého života pacientů. Poznat jejich základní životní filosofii, směr, kterým v životě šli. (Böhm, 2015, s. 29-100)

Práce s biografii:

- **PŘÍBĚH** – každý člověk vypráví příběhy a naslouchá příběhům jiných. Představuje si příběh, když jej poslouchá i když je vypravěčem – ze slov tvoří jeho obraz. Z osobního naladění, lidových moudrostí, základních vzorů bytí je tvořen popis bytí člověka. Sestra naslouchá nemocnému, aktivně jej vyzývá, aby povídal a vzpomínal
- **INTERPRETACE JAKO TVORBA HYPOTÉZY** – z příběhu si sestra formuluje volně formulovanou ošetrovatelskou diagnózu – zjišťování příběhu i jeho interpretace vyžadují od personálu rozhodnost a odbornou kompetenci (Böhm, 2015, s. 143-145). Je

nutné se ptát – co nemocnému chybí? Co je jinak než dříve? Co vytváří symptomy jako je strach nebo neklid? Z této analýzy lze interpretovat, kterým směrem se zaměřit v péči.

- **IMPULZY** – jsou to opatření, která mají spustit psychické procesy obnovy v duševní péči. Jsou výrazem komplexního chápání péče. Mají směřovat ke snížení obtíží, reaktivovat nemocného ve fázi útlumu, znovu oživit jeho psychiku, zmírnit symptomy nemoci. Jsou náročné pro osobnost pečujícího, jeho schopnost využít zvláštnosti nemocného. Správné kladení impulzů znamená řešit problémy nemocného.
- **OPĚTOVNÉ POZOROVÁNÍ – EVALUACE** – všímáme si, jestli je nějak změnilo chování nemocného – může se zlepšit, nebo zhoršit. Proto je evaluace velice důležitá. Poskytuje nám informaci, zda zvolené impulzy, interpretace příběhu a hypotéza jsou správně postavené. V případě zhoršení potíží nemocného, jeho uzavření, je vhodné se zamyslet nad zpracováním biografického plánu.

Tento model je náročný na vnímavost pečujících, na jejich schopnost empatie, jejich pozorovací schopnosti a časové možnosti. Vyžaduje od personálu osobní zapojení. Jeho využitelnost je ale maximální díky tomu, jak komplexně se staví k člověku jako k bytosti, která má biologické, psychické a sociální potřeby, spolu s potřebami duchovními. (Böhm, 2015, s. 173-175)

1.3.3 Komunikace s rodinou a blízkými

Rodina prožívá nezřídka trauma z toho, že její blízký člověk odchází, ať už jsou to obavy o jeho stav, zda bude mít nebo má bolesti, nebo je to odraz psychického stavu nemocného, ale i samotných členů rodiny. Jsou to nejistoty plynoucí z neexistující budoucnosti, mnohdy i nejistoty sociální, ekonomické. I rodina nemocného se potýká s jeho nemocí, nemohoucností, prožívá stavy úzkosti, výčitek, že nejsou schopni zajistit péči o svého blízkého, nemají možnost mu navrátit zdraví a životní elán, je to pro ně zátěžová situace. (Kübler-Ross, 1993a, s. 138-140)

Role zdravotníků je zde velice důležitá. Pravidla pro komunikaci s blízkými umírajícího jsou přibližně stejná jako v komunikaci s umírajícím. Je to právě rodina, která může přiblížit pečujícím biografický příběh, pomoci jim pochopit některé z projevů nemocného. Pokud je nemocný již ve fázi, kdy není schopen se vyjádřit stran svého zdraví, historie, jsou to příbuzní, kdo jsou pojítkem mezi zdravotníkem a umírajícím. Díky znalosti jeho anamnézy, předchozího stavu, poskytují zdravotníkům cenné informace. Nemělo by docházet k omezování návštěv, naopak

měli by být k návštěvám nemocného vybízeni. Příbuzní se bojí hovorů o smrti, které jsou pro nemocného důležité, o jeho nemoci, negacích. Proto by dobrý pečovatel měl rodinu nabádat, aby se těchto témat neobávali, aby byli oporou. Sám jim k tomu pomůže tím, že o smrti a umírání mluví jako o přirozené součásti života. (Kübler-Ross, 1992, s. 123-126)

Časté návštěvy jsou sice náročné, ale kontaktem s nemocným, jeho aktuálním prostředím, vnímáním postupného pokračování umírání, nedochází ve finálním stadiu k takovému psychickému nárazu. Prožívají strach, že nebudou umět s nemocným komunikovat, že mu něčím ublíží, prožívají také svou nejistotu. Chtějí být součástí péče o nemocného, zdravotníci jim v tom nesmí bránit, ba naopak by je měli motivovat. Sestra má správně edukovat příbuzné stran vyšetření, která jejich blízký má podstoupit, naučit rodinu například pečovat o stomii, pokud je založena, dietě, pohybových opatřeních. Je to sestra, která učí příbuzné používat kompenzační pomůcky, nebo je seznámí s možnostmi pomoci ve chvíli, kdy je nemocný připravován na pobyt doma. Získáním dovedností v péči o pacienta získají jistotu, nebudou si na návštěvách připadat nepatřičně a tím, že poznají i sestry a ostatní pečující, budou vše zvládat s větším klidem. (Kapounová, 2007, s. 174-176)

Zdravotníci by měli doprovázet i příbuzné, vysvětlit jim fáze umírání, nastítnit situace, které mohou přijít. Když se podaří podat blízkým kvalitní informace, lépe nesou celou situaci. Profesionál by měl s příbuznými komunikovat jasně, srozumitelně a jistě. Je výhodou, pokud je klidný, vyrovnaný, hovoří tiše, pokorně a s respektem. Cílem komunikace s příbuznými je přijmout stav nemocného, lépe potom budou na všechny projevy reagovat. Práce s jistotami je náročná pro obě strany, zdravotníka, i pro blízké. Je potřeba osobnostní výbavy profesionála, kvalitní přípravy. Ze strany blízkého umírajícímu schopnost přijímat informace a situace, které přicházejí. Když si je člověk jist, reaguje daleko racionálněji, než když prochází nejistotou. Vztýčným bodem pro všechny zúčastněné je často právě sestra, lékař a ostatní personál. Jistota se dá vybudovat na důvěře. Pokud příbuzní i nemocný důvěřují pečujícím, je to základ. Od důvěry je možné odrazit se k dalším cílům – přijetí diagnózy, přijetí faktu smrtelnosti, až po vlastní prožitek samotného umírání a konce života. Dnešní společnost tím, že došlo k popření smrtelnosti, zavření smrti za zdi nemocnic, kde většina lidí umírá opuštěných, připustila proniknutí mnoha nepravdivých informací o umírání a smrti. Došlo ke zvýšení strachu ze smrti, která není přijímána jako přirozená součást života, ale jako tragédie i v případech, kdy člověk umírá spontánně na následky těžké nemoci nebo stářím. (Haškovcová, 2000, s. 64-69)

Pro každého blízkého člověka je velice těžké spojit podíl na péči o umírajícího spolu s nejasným očekáváním. Nikdo z nás neví, kdy zemře, zda pozná, že umírá, jaké fáze má umírání a co se bude dít po jeho smrti. Spousta lidí v dnešní době nikdy neviděla nikoho umírat. Proto vytvoření jistoty mezi zdravotníkem, osvětlení fází umírání, průběhu těchto fází, zklidněním blízkých, lze dosáhnout napojení tohoto klidu i na umírajícího, tím k velikému zkvalitnění jeho vlastních prožitků, zbavení se strachu a přijetí svého stavu. Proto jsou blízcí lidé velice důležití pro doprovázení umírajícího, jsou vodítkem pro zdravotníky a pomáhají ke klidnému konci života nemocného. (Haškovcová, 2000, s. 64-69)

Komunikace s rodinou však nekončí smrtí blízkého člověka, ale pokračuje i po ní. Ve chvíli smrti příbuzní pocítují bezradnost. Ať jsou na přicházející smrt připraveni nebo ne, tak první pocit je, že neví, jak budou dále bez něj žít. Je proto dobré využít rituálů např. otevření okna „aby vylétla duše zemřelého“, či se pomodlit. Nechat rodinu o samotě s tělem zemřelého, nebo pokud si to přejí, být jim na blízku. (Haškovcová, 2000, s. 80)

Nejeden příbuzný se noří do vzpomínek, mluví k zemřelému, jako by ještě žil, brání se vnitřně přijmout realitu smrti. Je vhodné nechat příbuzné plakat, křičet, je-li to potřeba, nechat jim prostor, aby mohli mluvit o svých pocitech. (Kübler-Ross, 1992, s. 138-158)

2. DOPROVÁZENÍ

Doprovázení je obecné pojmenování vysoce humánní sociální aktivity. Doprovázení nemocného a umírajícího člověka je nejtěžším úkolem zdravotní sestry. Každý zdravotník přistupuje k umírajícím podle toho, jak on sám vnímá smrt. (Haškovcová, 2000, s. 144)

Péče o pacienta musí být osobní. Studující zdravotní sestry, které jsou poprvé konfrontovány se smrtí, teprve dospívají. Je potřeba od jejich učitelů otevřenou a reflektující komunikaci, aby se naučily řešit tyto náročné situace. Jen psychicky vyrovnaná sestra nebo jiná pečující osoba bude umět vést k potřebné duševní hygieně i rodinu umírajícího, která je vystavena extrémní psychické zátěži.

2. 1 Postoje ke smrti a umírání

Aby bylo možné nastínit možnosti doprovázení nemocných v terminálním stadiu nemoci, je potřeba vědět, jak lidé prožívají toto životní období, jak přijímají diagnózu i jak to vnímá okolí člověka. Smrt je specifická v tom, že nikdo nemůže podat svědectví o pocitech. Lze je jen vypořádat, přijmout a pochopit.

Tématu smrti a umírání se celý život věnovala Elisabeth Kübler-Ross. Lékařka, která zpracovávala stadia přijetí diagnózy, věnovala se umírajícím, naslouchala jim a analyzovala jejich potřeby. Již v roce 1969 vyšla její první legendární kniha “O smrti a umírání”, tři roky poté vyšla její druhá kniha “Otázky a odpovědi o smrti a umírání”. Jejím dílem byl položen základní kámen k detabuizaci umírání a smrti.

2. 1. 1 Stadia přijetí diagnózy

Většina lidí smrt jako takovou a umírání popírá. Je to dáno strachem. Strachem z neznámého, obav z bolesti, máme potřebu se jí bránit. Není přijímána její konečnost a definitivita. Když už to není tím, že je popřena psychicky, tak alespoň se jí lidé pokouší zvládnout, mít pocit, že si smrt podrobili.

Klasickou ukázkou pokusu podrobení si smrti je riskantní jízda po silnici. Řidič má pocit, že je nesmrtelný. Pokud tento svůj subjektivní pocit konfrontuje s informací, že se někdo jiný stal

obětí dopravní nehody, třeba na motorce a zemřel, tak cítí pocit sebeuspokojení, že on dojel do cíle bez problémů, že to zvládl a vyhnul se smrti.

V případě vážné nemoci si pacient často uvědomí, že smrt musí přijít. Tak ji ovládne alespoň tím, že se jí postaví, tím, že nechce zemřít a bude ze všech sil, které má, se smrtí bojovat.

Dalším směrem, kterým člověk před přijetím smrti utíká, je víra v posmrtný život. Za starých časů lidé věřili beze všech pochybností v Boha. Věřili v posmrtný život, který zbaví lidi trápení a bolesti. Odměna byla v nebi, a pokud lidé za pozemského života hodně trpěli, měli dostat po smrti odplatu v závislosti na tom, jak byli pokorní a odvážní (Kübler-Ross, překlad Jiří Královec, 2015). Život po smrti je ale de facto projevem popření smrtelnosti, protože je očekáván další život.

Sdělit nemocnému zprávu o tom, že se blíží konec jeho života, je umění. Vyžaduje velikou dávku empatie, pozorování sdělujícího a adekvátní reakce sdělujícího směrem k nemocnému. Je nezbytně nutné zvolit vhodné prostředí – klidnou místnost, kde bude mít jak lékař i nemocný komfort, soukromí a dostatečný prostor pro takové sdělení. Důležité pro každého člověka je nepřijít o všechny jistoty. Například ujištění jeho lékaře, že pro něj udělá vše, co se dá dělat. V další fázi přichází otázky. Někdy mlčky, jindy s pláčem, křikem, je možné, že se zdravotník setká i s agresí. Tato stádia přijetí diagnózy na základě vlastních zkušeností, pozorování a interview s nemocnými zpracovala doktorka Kübler-Ross.

První stádium přijetí diagnózy – popírání a izolace

Majorita terminálně nemocných se po sdělení diagnózy snaží najít cestu pro své bytí. Nevěří, že se diagnóza týká jich samých. Myslí si, že se lékaři spletli nebo se spletli v laboratoři, či zaměnili pacienta, oni jsou přece zdraví. V té době potřebují kolem sebe empatické pečující, kteří je přijímají a chápou. Terminálně nemocný člověk může chtít měnit lékaře, vyžadovat další a další vyšetření v jiných laboratořích, než uvěří, že se to opravdu týká jeho. Jsou chvíle, kdy nemocní dokáží krátce a realisticky zhodnotit svůj stav, ale hned vzápětí dají najevo, že si takto realistický pohled nejsou schopni udržet trvale (Kübler-Ross, 1992, s. 35-40) Je vhodné si v této fázi k nemocnému sednout, popovídat si s ním, nebo jen sedět a být s ním, pokud je to nemocnému příjemné. Může mít otázky, na které pacient potřebuje odpovědi, a pečující je může zodpovědět, nebo na ně může zjistit odpovědi, pokud je nezná. Je důležité být nemocnému k dispozici, informovat jej o tom, že má někoho, kdo je tady pro něj. Na to, jak přistupovat k

nemocnému v této chvíli, neexistuje jednoznačná odpověď. Není vhodné jej v naprostém popření podporovat, ale také jej v tom utvrzovat. Pečující musí vycítit potřeby pacienta ve své péči. Vše se odvíjí od empatie a citlivého přístupu. Důležitým výchozím bodem k vycítění potřeb je pozorování reakcí pacienta. Koho odmítá, nebo si naopak pouští k sobě a respektovat to. (Kübler-Ross, 1992, s. 35-40)

Druhé stádium přijetí diagnózy – zlost

Když nemocný dojde ke zjištění, že je zde nemoc, přestane ji popírat a přijde fáze vzteku. Zlost na všechno a všechny okolo. Toto stádium je velice náročné i pro okolí. Zatím co nemocný v první fázi jen popíral realitu, žil ve svém světě, kde nebyl nemocný, hledal cesty k potvrzení toho, že nemocný není, tak v této fázi se zlobí. Zlobí se na rodinu, sestřičky, lékaře. Nemocní nechtějí sestřičku pustit ven z pokoje, často zvoní, třeba proto, že nemohou spát, tak proč by nemohla být u lůžka. Obořují se kvůli každému vyšetření a ošetření, které je potřeba provést, takže postupně personál k takovému nemocnému chodí nerad. Pokud není sestřička nebo jiný ošetřující dostatečně empatický, nemá zvládnuty regulační mechanismy jak tento stres zvládnout, tak je to pro ně velice náročná situace. Jsou tendence přestat na pokoj chodit nebo tam chodit co nejméně, nikdo takového pacienta nechce mít v péči, což následně vede k další zlobě nemocného. Stejně jako k pečujícím nemocný většinou přistupuje i ke své rodině. Není příjemný, vše zkritizuje, vylévá na ně svůj vztek. Často své blízké osočuje pro věci dávno minulé, které byly zapomenuty, obviňuje je ze své nemoci. Příbuzní po návštěvě neví, jak se k nemocnému chovat, mají problémy smířit se s jeho náladami, s tím, co nemocný říkal. Většinou i oni prochází fázemi přijetí diagnózy svého blízkého. Je to pro ně těžká situace a zlost to jen zhorší. Nechtějí chodit dále na návštěvy, nemocný se ocitá sám, a to ještě navyšuje pacientovu zlobu, protože se cítí opuštěný a nechápe to. Ke zlosti jej potom přivádí prakticky vše, hlas sestry, nahlas zavřené dveře pokoje můžou ústít do vzteku. Tady je potřeba velké schopnosti vcítění, ale také notné dávky profesionality. Je potřeba dosáhnout toho, aby si tyto výlevy nebrali pečující osobně. Je potřeba dokázat i zlo oplácet dobrem, empatií a zachovat si vstřícnost a pochopení. Zlo není namířeno na pečující, ani na blízké. Je to vztek na život, nemoc, projev toho, že nemocný se učí žít s tím, že jeho život končí. Pokud pečující nezvládne své emoce, zareaguje vztahovačně a začne zlobu oplácet, zhorší tím nepřátelské chování nemocného. K výbavě zdravotníka by mělo patřit umění naslouchat a přijímat i hněv, který je vůči němu nespravedlivý, nepřipouštět si jej k tělu. Lze to ustát jen díky tomu, že je ošetřovatel vyrovnán s vlastní obavou ze smrti a přijetím smrti jako takové. (Kübler-Ross, 1992, s. 45-73)

Třetí stadium přijetí diagnózy – smlouvání

Toto stadium je již klidnější než předchozí dvě. Nemocný již pomalu přijal fakt své nemoci, nemoc tady je, nepopírá ji, je si vědom její nezvratnosti. Zároveň prošel obdobím pocitů nespravedlnosti, vzteku, agresivních výpadů, kdy jím zmítaly pocity nesnášenlivosti, zloby a vzteku. Smlouvání je prosba o odklad. O odklad bolestí, tělesných deformit. Samozřejmě i o odklad smrti jako takové. Například „kdybych ještě mohla zažít svatbu své dcery“ apod. Nemocný také slibuje „něco za něco“, když se dožiji jara, tak budu poctivě chodit do kostela. Více se obrací k víře – víře v Boha. Hledají vyšší moc, která by jejich osud zvrátila. Často v tomto stadiu nemocní vyhledávají pomoc duchovního, nemocničního kaplana. Tomu svěří i svá provinění. Mnohdy je kaplan tím, kdo dokáže odhalit a poznat potřeby nemocného. Nemocný mu odhalí své volání o pomoc a může v komunikaci s nemocným dál nasměrovat ošetrovatelský tým. Fáze smlouvání nebývá dlouhá, ale je hodně potřebná. Nemocný má za sebou už kus cesty. (Kübler-Ross, 1992, s. 74-76)

Čtvrté stadium přijetí diagnózy – deprese

Jak nemoc postupuje, je čím dál těžší pro nemocného přijímat symptomy nemoci. Nelze už nemoc popírat, protože se denně setkává s dalšími a dalšími komplikacemi, které vyžadují operativní řešení, nebo další a další chemoterapie, ozařování, jsou spojeny s tělesnými změnami. Pacient je unavený z narkóz, bolesti, nemá svůj komfort. Chemoterapie a ozařování působí nevolnosti. Cítí se také unavený a nemůže si odpočinout tak, aby se cítil v kondici. Pokud je to člověk v produktivním věku, snižuje se mu i jeho životní úroveň, nemůže chodit do práce, je závislý na příjmu z dávek sociálního zabezpečení. Nemůže si dopřát, co by chtěl. A to jak pro sebe, tak i pro své okolí. Je-li to muž, který živí rodinu, jeho rodinu nemoc samozřejmě citelně zasáhne. Když onemocní žena, manžel se musí starat o děti, omezí svou práci... V tomto směru je vhodné pomoci rodině, ať už pomocí sociální sestry nebo programů pro nemocné rodiny, zajištění péče o děti. Pacienta je nutné o těchto krocích informovat, aby cítil jistotu pro sebe i okolí.

Umírajícího může pečující povzbuzovat, aby si všímal i pozitivních věcí kolem sebe. Například: operační rána se hojí či manželka dostala grant nadace „Dobrý anděl“, kterým se vyrovná ztráta financí způsobená manželovou pracovní neschopností. Většina nemocných však upadá ještě do jiného druhu deprese, a to do smutku z loučení.

Nemocný cítí smutek z vědomí toho, že se blíží jeho loučení se světem, se životem, svými blízkými, a to jednou pro vždy. Často je tento fakt ošetřujícími opomíjen. Přitom je tento smutek vcelku zásadní. Přichází o všechny, koho miluje. Nejde jen o jednoho člověka, ale o celé jeho nejbližší okolí. Myslí na to, jak budou jeho blízcí na jeho odchod reagovat, představuje si, jak budou smutní.

Pečující by měl vycítit, který druh smutku zrovna nemocný prožívá a dle toho postupovat. V případě obav ze sociální situace, zdravotního stavu, je potřeba, aby o svých potřebách mluvil. Pacient chce znát názory sester, lékařů, ošetřovatelů. Pokud se jedná o smutek z loučení, někdy slova nestačí a je dobře, když může jen sdílet své pocity. Posezení beze slov, pláč v náručí někoho, kdo je mu blízký a s kým se cítí bezpečně, dotek ruky, pohlazení, chápavý pohled. Není dobré se vyhýbat očnímu kontaktu pro projev důvěry a posílení jistoty. Nemocný stojí o klid kolem sebe, sám v sobě pracuje s emocemi, které někdy chce a někdy nechce ventilovat.

Deprese způsobená uvědoměním si přibližujícího se loučení bývá velice prospěšná pro přijetí své nemoci a nadcházející smrti. Pomáhá, aby nemocný mohl zemřít ve stavu klidu a smířený. Pokud se podaří, aby tento fakt přijali i příbuzní nemocného, velice mu tím usnadní proces umírání a sobě spoustu bolesti z odchodu blízkého člověka. (Kübler-Ross, 1992, s. 77-98)

Páté stadium přijetí diagnózy – akceptace

„Jestliže měl pacient dostatek času (nejde tedy o náhlou, neočekávanou smrt) a pomohl-li mu někdo prožít a zvládnout ona dříve popsaná stádia, dosáhne stavu, kdy není ani deprimován, ani necítí zlost na svůj osud.“ (Kübler-Ross, 1992, s. 99).

V této fázi přijde přijetí nemoci a okolností, které jsou nevyhnutelné. Člověk již nebojuje, ale nepocituje psychickou bolest, jak tomu bylo v předchozích fázích. Nachází vnitřní pokoj. Jeho zájmy se zúží jen na ty podstatné. Již vyhledává více klid, nezajímá jej svět kolem, nečte noviny, nesleduje televizi. Většina nemocných, kteří se dostali do této fáze, již vyhledává jen bytí, společné procítění. Pokud k němu přijde návštěva, tak nepotřebuje říkat mnoho slov, více ocení sdílení v tichu. Jen aby někdo seděl vedle lůžka, držel jej za ruku a nechal čas plynout. Je důležité nechat člověku pocítit, že není sám, ale zároveň nevstupovat do jeho klidové fáze hlasitě. Snaha nejbližších lidí i personálu za každou cenu prodlužovat život nemocného může být negativní. Pacient už o tuto službu nestojí, je smířen, bojovat nechce a zatěžují jej další a další vyšetření. Nemocní dávají najevo svou nevoli, nemoc i umírání přijali a nechtějí už dále bojovat

a podstupovat bolestivé zákroky. Pokud pacient nemá dost síly, aby se bránil, dochází k procesu dystanazie. (Kübler-Ross, 1992, s. 99-120)

2. 1. 2 Naděje

Naděje je základní potřebou každého člověka. Záblesk naděje prosvětluje dny, týdny nebo měsíce utrpení nemocných lidí. Pro někoho je to v jistém smyslu slova racionalizace jeho utrpení, pro jiné je to forma dočasného popírání. Každý člověk si jistý díl naděje ponechává ve všech částech své nemoci. I ten nemocný, který nejsnáze přijímá svůj osud, je nejrealističtější ze všech, si ponechává naději (Kübler-Ross, 1992, s. 121-137)

Kategorie naděje je odvozena z kategorie možností, může být

- **naděje reálná** – je možné ji poskytnout tam, kde je možnost léčit, kde jsou možnosti léčby dostupné
- **naděje částečně reálná** – využívá se tam, kde je možné dosáhnout remise stavu, dočasného zlepšení, nebo subjektivní úlevy. Praktikuje se i u dlouhodobě a nevléčitelně nemocných
- **iracionální naděje** – když nelze odvrátit smrt, je vhodné ponechat iracionální naději. Je to velice náročná situace. Je vhodné tiše sedět u nemocného a naslouchat mu. Není vhodné nemocnému jeho představy nějakým způsobem vymlouvat. Je vhodné přistoupit na hru, kterou nám nemocný nabízí. Přijmout ji a empaticky se jí zúčastnit. (Haškovcová, 2000, s. 71-74)

Zvláštní formu naděje poskytuje víra. Dává člověku obraz posmrtného života. Takto se smrt stává jen nějakou dělicí čarou pro nemocného, za kterou pokračuje život věčný. Lidé věřící mají předpoklady pro lepší zvládnání extrémní zátěže, kterou umírání bezesporu je, ale není to nikdy zárukou, že se tak stane. (Haškovcová, 2000, s. 74)

2. 1. 3 Dystanazie

Tato kapitola je řazená do bakalářské práce, protože je v poslední době čím dál více probírána odborníky. Lékaři se přou, zda a proč je někdy vhodné nebránit smrti. Patří do postojů ke smrti.

Nesamozřejmost života je vystřídána nesamozřejmostí smrti, cituje prof. Haškovcová ve své knize Thanalogie. Nauka o umírání a smrti z knihy „die Kunst des Sterbens einst und heute. (Haškovcová, 2000, s. 31)

Dystanázie, neboli zadržaná smrt je pojem, který zaznívá čím dál častěji. Oddalování smrti je věc ušlechtilá, velice hodnocená, ale nebrat na vědomí konečnost lidského osudu je projevem lidské a profesionální nezodpovědnosti. Mnoha profesionálům a také laikům je pojem „paliativní forma péče“ zcela neznámá. Paliativní péče bývá často zahajovaná pozdě nebo vůbec. (Haškovcová, 2000, s. 31-32)

Veřejnost často očekává, že zdravotníci budou bojovat za zabránění smrti u nemocného. Nemocného zatěžují další léčbou, která přináší více utrpení než prospěchu. Smrt je již neodvratná, ale není akceptována, proto je stále dosti namáhavě a nákladně oddalována. (Haškovcová, 2000, s. 32-33)

2. 2 Sociálně inteligentní doprovázení v pomáhajících profesích

Koncept sociálně inteligentního doprovázení je zaměřený na vztah mezi doprovázejícím a doprovázeným. Na doprovázejícího pracovníka – ať už je to sestra nebo kdokoliv jiný pečující, jsou kladeny vysoké nároky. Měl by dostatečně znát sociální složení společnosti, sociální skupiny a zákonitosti v interpersonálních vztazích. Stále si být vědom pomíjivosti života a mít k životu respekt. Nikdy se nenadřazovat. Jsou zdravotníci, pro které je doprovázení přirozenou součástí profese, dokáží jej přijmout za své a být doprovázejícím. Existují rovněž lidé, kteří potřebují větší prostor naučit se doprovázet, projít výcviky, kterými se správnému doprovázení naučí. Nejlepší zkušeností je zkušenost osobní. Ta je velmi ceněná, protože je po ní člověk více empatický. Díky vlastnímu prožitku ví, jak se v dané situaci cítil, jak ji hodnotil a pracoval s ní. Samozřejmě i v tomto případě potřeba respektovat to, že ne každý jej prožívá stejně. (Vávrová, 2012, s. 97-124)

Koncept sociálně inteligentního doprovázení v sobě zahrnuje klíčové sociální, emoční i praktické kompetence. Ty by si měli všichni pracovníci v pomáhajících profesích osvojit a používat je při výkonu své profese. Ve vzdělávání k sociálně inteligentnímu doprovázení rozlišujeme čtyři kultury:

- kultura expertů – klíčovým slovem tohoto pojetí je pravda. Cílem této kultury je vychovávat racionálně uvažující odborníky
- kultura inženýrů – klíčovým slovem je profesionalita. Cílem je praktické využití získaných poznatků a jejich účinnost
- kultura proroků – klíčovým slovem je poznání, kdy učitel je jakýmsi duchovním vůdcem, předává poznání
- kultura mediátorů – cílem je předcházení konfliktům, výchova k rovnocennému spoluzití všech aktérů každodenního života. (Vávrová, 2012, s. 110-117)

„Nejvyšší hodnotou u všech typů vzdělávání je právě schopnost empatie,“ říká Vávrová (Vávrová, 2012). Na prvním místě je komunikace mezi lidmi, sdílení jejich každodenních radostí i strastí, poskytování podpory a pomoci založené na pochopení jejich životní situace. Mělo by jít o komunikaci kvalitní a funkční. Existuje deset principů sociálně inteligentní komunikace:

1. Přistupovat „zdravě“ k sobě i druhým lidem – já jsem OK, ty jsi OK.
2. Chovat se vstřícně k druhým lidem s pochopením a empatií, avšak zůstávat zásadový a „čitelný“. Umět identifikovat pocity druhých, a to i na základě nonverbálních sdělení.
3. Být naladěný na kooperaci a nebýt rivalem vůči kolegům a doprovázeným.
4. Umět pozorně naslouchat druhým a rozhodovat se až na základě úplných informací.
5. Nereagovat impulzivně a zkratkovitě. Raději si tvrzení promyslet a zvážit. Neobviňovat ostatní. Umět zvládat svoji špatnou náladu a nepřenášet ji na druhé.
6. Nalézat kompromisy, neprosazovat výhradně svoji vlastní pravdu, hledat konsenzus. Být vstřícný k názorům druhých.
7. Být schopen řídit směr komunikace, ale také mlčet a nechat se řídit.
8. Umět říci oprávněnou kritiku vhodným způsobem a na vhodném místě tak, aby nesnižovala hodnotu druhých lidí. Umět kritiku přijímat.
9. Nemanipulovat s druhými lidmi. Neříkat záměrné polopravdy a nepravdy, nezamlčovat podstatné informace.

10. Být přirozený a optimistický. Vidět na lidech a věcech spíše jejich pozitivní vlastnosti. Nepředvídat katastrofické scénáře, ale na možné negativní dopady vhodně upozornit. (Vávrová, 2012, s. 118-119)

Tyto body by měly být pro pečující návodem k efektivní komunikaci nejen s umírajícím a jeho rodinou, ale platí i pro život obecně. Při změně názoru je žádoucí tuto změnu lidem, kterých se ta změna týká, vysvětlit. Objasnit, proč došlo k takovému rozhodnutí, jakými pochody k tomu pečující dospěl, než svůj názor pozměnil. Zejména v oblasti tak citlivé jako je doprovázení umírajícího a jeho rodiny. (Vávrová, 2012, s. 119)

Ze zkušeností doprovázení rodin umírajících je známo, že jejich chování může být pro pečujícího matoucí. Jednou jsou milí, podruhé arogantní a zdravotník musí tyto změny tolerovat, být tím, kdo tyto situace v klidu ustává. (Vávrová, 2012, s. 118-120)

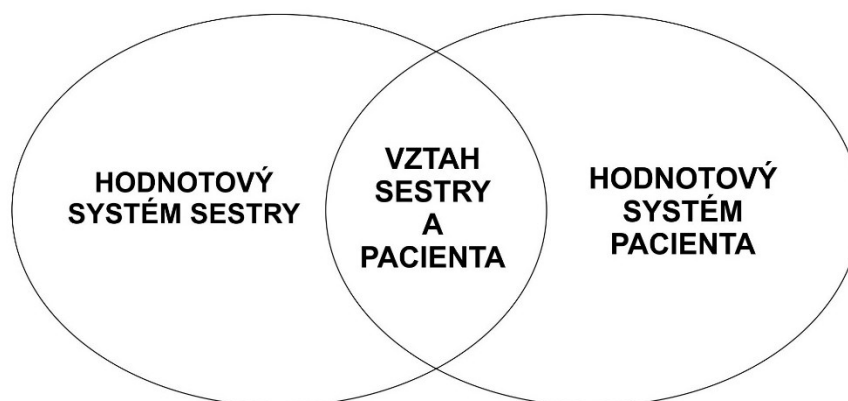
Jedním z ukazatelů vyzrálé osobnosti, jakou by měl každý ošetřovatel být, je potlačení impulsivity. Jen tak ustojí složitější situace, kdy je potřeba se vnitřně zklidnit a uchovat racionální myšlení a postup. (Vávrová, 2012, s. 119-122)

2. 3 Vztahy mezi pomáhající sestrou a její klientelou

Vztahy jdou napříč všemi pomáhajícími profesemi. (Špirudová, 2015a, s. 51) V této kapitole bychom chtěli nastínit několik modelů a teorií, které se věnují vztahu sestry a nemocného.

2. 3. 1 Ošetřovatelská teorie Hildegardy Peplauové

Autorka nazývá ošetřovatelství „uměním, které hojí“. Péči sestry chápe jako proces mezi lidmi, jehož nedílnou součástí je diadický vztah sestra- pacient – interakce mezi dvěma lidmi. Hovoří o něm jako o profesionální blízkosti (viz. Obr. 1). Sestra napomáhá nemocnému porozumět vlastním zdravotním problémům, poznat své potřeby a reakce. Pojetí je holistické. Pacient je středovým bodem ošetřovatelské péče a sestra se přizpůsobuje jeho potřebám. (Špirudová, 2015b, s. 51-52)



Obrázek č. 1: *Prolnutí osobností ve vztahu pacient-sestra*

Terapeutický vztah mezi sestrou a nemocným má 4 fáze:

- **ORIENTAČNÍ FÁZE** – je klíčová pro kvalitu a rozvíjení další interakce. Sestra s pacientem diskutuje o důvodech, proč vyhledal zdravotnickou péči. Sestra mapuje potřeby nemocného, nastavují se pravidla pro interakci a spolupráci.

- **IDENTIFIKAČNÍ FÁZE** – nemocný si uvědomí, že dochází k formování jejich vzájemného vztahu. Známe tři druhy identifikace:

Pacient se stane závislý na sestře – je pasivní, není schopen si se svým problémem konstruktivně poradit. Sestra pak přebírá vedení, rozhoduje a plánuje sama, pacient nemusí být schopen identifikovat svůj problém.

Pacient je středně závislý na sestře – pracují ve všech fázích vztahu společně, zapojí se do péče o sebe.

Pacient je nezávislý na sestře – snaží se pracovat na problému sám a sestra poté nezasahuje nebo zasahuje jen minimálně.

- **EXPLOATAČNÍ FÁZE** – je realizován plán péče o nemocného, jsou shromažďovány hodnotící údaje, aby bylo možné posouzení plnění dohodnutých cílů.

- **REZOLUČNÍ FÁZE** – chvíle, kdy jsou dosaženy cíle, vyřešeny pacientovy problémy a terapeutický vztah může být přesušený, nebo ukončen. (Špirudová, 2015b, s. 52)

ŠEST ROLÍ SESTRY PODLE PEPLAUOVÉ

- ROLE NEZNÁMÉ OSOBY - přijímá pacienty stejně jako se setkává s jinými lidmi, vzbuzuje důvěru
- ROLE UČITELE – předává znalosti podle potřeb a zájmu klienta
- ROLE PORADCE – pomáhá nemocnému rozumět a integrovat aktuální životní situace, poskytuje rady a podporu při realizaci změn
- ROLE ZÁSUPCE – pomáhá pacientovi v oblasti jeho závislosti, vzájemné závislosti a nezávislosti a jedná za klienta v roli advokáta
- ROLE AKTIVNÍHO VŮDCE – pomáhá klientovi převzít maximum odpovědnosti za naplnění cílů léčby, a to oboustranně uspokojivým způsobem
- ROLE TECHNICKÉHO EXPERTA – poskytuje somatickou péči, ve které se ukazují její klinické dovednosti, používá různá zařízení a přístroje. (Špirudová, 2015b, s. 52-53)

2. 3. 2 Koncept psychoterapeutického přístupu zdravotníka k nemocnému

PSYCHOLOGICKÝ PŘÍSTUP – představuje lidsky citlivé chování s nemocným i jeho blízkými – respektování soukromí, studu, zájem o prožívání nemocného. Vyžaduje od zdravotníka komunikační dovednosti.

PSYCHOTERAPEUTICKÝ PŘÍSTUP – přispívá k záměru léčby. Zdravotník využívá znalosti z oboru psychoterapie. Má dva základní modely – orientovaný na zdravotníka a na onemocnění (u nás stále velice zastoupeno – zdravotník vystupuje direktivně, nevytváří osobní vztah, usiluje o věcný a racionální přístup.

- orientovaný na pacienta (zdravotník má s pacientem vztah partnerský, vystupuje nedirektivně, pracuje i s rodinou). (Špirudová, 2015a, s.61-6)

3. RIZIKA PRO SESTRU PEČUJÍCÍ O UMÍRAJÍCÍ

Tato kapitola je věnována nejen sestřím, které pečují o terminálně nemocné. Osobnosti, duševní hygieně a psychickému růstu a nastavení, jak může sestra pracovat se svými emocemi, jak je předávat dále, svým nemocným. Téma je velice obsáhlé, proto uvádíme jen pár odstavců k zamyšlení.

Co vede člověka k tomu, aby strávil svůj čas s nešťastnými, zoufalými či duševně nemocnými lidmi? Proč chce potkávat lidi nasáklé strachem, obavami, nebo vídat rozpadlá lidská těla? Na otázku vnitřní motivace k výkonu profese zdravotní sestry si musí odpovědět každá sestřička sama. Syndrom pomocníka – veliké riziko pro všechny sestry. Projevuje se třeba neschopností vyjádřit vlastní pocity, potřeby. Člověk si nepřipustí vlastní slabosti a bezmoc, nepřizná si vlastní emocionální problémy. V jeho projevech převažuje kontrolované chování, které orientuje na výkon a vnitřní touha po jeho perfektním provedení. Pracovník se syndromem pomocníka může působit jako neradostný, ale spolehlivý, mrzoutský, ale obětavý, nemilosrdný vůči vlastnímu já, ale svědomitý vůči druhým. K problematice syndromu pomocníka patří také nedostatečná ohraničenost pracovního výkonu, problémy z práce si nosí člověk domů, ovlivňují jej v mimopracovním čase. (Géringová, 2011, s. 91 - 102)

Když dostane život člověka dobrý smysl, může se člověk radovat z každého daru života. Z toho, že kvetou květiny, svítí slunce, i z toho, že prší. Potom je možné si život vychutnávat, život má jas a dodává každému vnitřní energii. (Křivohlavý, Pečenková, 2004, s. 23) Pro zdravotní sestru velice důležité uvědomění umět se radovat ze života. Potom má vnitřní sílu, kterou může dávat druhým. Radost je spojena s celkovou zvýšenou aktivitou, zájem je spojen se zvýšenou obecnou pozorností a spokojenost se snoubí s klidem, odpočinkem a uvolněnou činností. (Křivohlavý, 2007, s. 62 – 63)

Sestry často pracují v trvalém stresu. Výsledkem je vyčerpání a člověku nezbývají žádné rezervy. Plíživě přijde rezignace. Trvalý stres prokazatelně urychluje stárnutí. Veliký vliv na jeho zvládání má založení člověka, osobnost a povaha. (Kallwass, 2007, s. 88-93)

Osobnost, která se utvoří v raném věku, zůstává po celý život člověka relativně nezměněna. Jsme naprogramováni k tomu, abychom v různých situacích reagovali určitým způsobem. Situace, kdy jsme pod velkým tlakem odhalí naše osobnostní rysy. (Jones, Moorhouse, 2010, s. 68 – 69) Pokud člověk vědomě vnímá emoce, možností jak ovládat se své emoce je myšlen-

kově je přezkoumat pomocí high road (rozumové zpracování emocí) a přizpůsobit je aktuálnímu stavu. Člověk má potom více šancí v určité situaci reagovat. Člověk potom může zvětšit aktivní prostor k jednání a sebekontrolu. (Kanitz, 2008, s. 20 – 21) V práci sestry je sebekontrola a ovládání emocí jednou z nejdůležitějších vlastností.

Sestra ve své profesi působí jako terapeut nejen tím, že převléká nemocnému lůžko a ošetřuje jeho fyzické rány, ale také na něj působí psychicky. Dle Rogerse je podmínkou terapie to, že terapeut prožívá přesné, empatické chápání klientova světa viděného zevnitř. Cítit klientův soukromý svět, jako kdyby byl váš vlastní, ale s tím, že se nikdy neztratí onen rys „jako by“ - to je empatie, která se zdá být pro terapii zásadní. Cítit klientovu zlost, strach nebo zmatek, jako by byl náš vlastní, aniž by se k němu však připojila vlastní zlost. (Rogers, 2015, s. 304)

Spolehlivým základem veškeré motivace je směřování organismu k naplnění. Tato motivace může být vyjádřena v té nejpestřejší škále vzorců chování a v odpovědích na širokou paletu potřeb. Některé základní potřeby musejí být alespoň částečně uspokojeny dříve, než se stanou naléhavými další potřeby. Člověk potřebuje fungování celého systému, nejen jeho částí. Potřebuje být naplněn, potřebuje aktualizace, zdokonalování. (Rogers, 2014, s. 127 – 128) Toto platí v pomáhajících profesích o to více, o č více sestra, lékař a jiní ze sebe dávají.

Psychická odolnost je proto nespornou základnou každé sestry. Zejména sestry pracující na odděleních, kde lidé umírají, ji potřebují. Dle Jones, Moorhouse stojí psychická odolnost na čtyřech pilířích:

- **schopnost neztrácet ve stresu hlavu** – činit důležitá rozhodnutí s rozvahou
- **schopnost nepřestávat si věřit** – silný zdroj sebejistoty a sebedůvěry ve vlastní schopnosti a přednosti.
- **schopnost nechat motivaci pracovat pro sebe** – touha a odhodlání uspět má vycházet z pozitivních a konstruktivních pohnutek, které člověku zajistí optimální motivaci a umožní mu vzpamatovat se z nezdarů, které mohou ohrozit dlouhodobější cíle
- **schopnost soustředit se na věci, na kterých mi záleží** – směřovat pozornost tak, aby velké množství nároků, kterým člověk čelí, jej neodvádělo od hlavních priorit (Jones, Moorhouse, 2010, s. 51 - 66)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4. EMPATIE SESTER V PÉČI O UMÍRAJÍCÍ

V této kapitole praktické části bakalářské práce se pokusíme objasnit míru empatie zdravotních sester, jejich možnosti vcítění, znalosti pojmu empatie, pro kterou jsme zvolili metodu kvantitativního výzkumu pomocí dotazníkové metody. Specifikujeme zde výzkumný problém, výzkumné cíle a otázky. Předem stanovené hypotézy potvrzujeme nebo vyvracíme. Charakterizujeme skupinu zvolených respondentů a poskytujeme zde údaje výzkumného vzorku. Popisujeme také zvolené metody a techniky sběru dat, taktéž způsoby vyhodnocení výzkumu.

4. 1 Výzkumný problém

Jsou sestry, které pečují o umírající nemocné empatické, nebo nikoliv? Jsou sestry, které jsou absolventkami vysoké školy více empatické než sestry se středoškolským vzděláním? Má na míru empatie vliv délka praxe v oboru?

4. 2 Výzkumné cíle

Hlavní výzkumný cíl:

Zjistit míru empatie a její projevy sester při péči o umírající pacienty

Dílčí výzkumné cíle:

Zjistit, zda sestry se středoškolským vzděláním jsou více empatické, než sestry vzdělávané středoškolsky, zda má na míru empatie vliv délka praxe v oboru.

Cíl č. 1: Zjistit zda mají vyšší míru empatie sestry s vysokoškolským vzděláním než sestry se středoškolským vzděláním.

H0: Přepokládáme, že vzdělání nemá vliv na míru empatie.

HA: Přepokládáme, že vzdělání má vliv na míru empatie.

Cíl č. 2: Míra empatie je závislá na délce praxe.

H0: Míra empatie je závislá na délce praxe.

HA: Míra empatie není závislá na délce praxe.

4. 3 Výzkumné otázky

Některé výzkumné otázky jsou čistě popisné, jiné se vztahují k jednotlivým hypotézám. Byly voleny tak, aby vystihly pojem empatie, projevy empatie.

4. 4 Stanovení hypotéz

H01: Předpokládáme, že vzdělání nemá vliv na míru empatie.

HA1: Předpokládáme, že vzdělání má vliv na míru empatie.

H02: Míra empatie je závislá na délce praxe.

HA2: Míra empatie není závislá na délce praxe.

4. 5 Výzkumná metoda

Jako výzkumnou metodu jsme zvolili kvantitativní výzkum. Provedli jsme jej pomocí výzkumné techniky dotazníkového šetření. Dotazník byl vytvořen tak, abychom z malého množství položek získali co nejvíce informací. Byl konstruován na podkladě dlouholeté sesterské praxe. Představujeme Vám ve formě tabulek a grafů výsledky jednotlivých položek v dotazníku zaměřených na empatii sester a jejich přístup k umírání a smrti. Dotazník byl anonymní, do jeho úvodu jsme zařadili otázky stran věku, délky praxe obecně a na odděleních, kde je pracováno s umírajícími lidmi, také otázku na výši dosaženého zdravotnického vzdělání. Byl sestaven tak, aby respondenti odpověděli na všechny otázky. Bylo vyplněno 102 dotazníků v období měsíce března a dubna 2017. Žádný z dotazníků nebyl vyřazen, všechny byly vyplněny kompletně.

4. 6 Charakteristika výzkumného vzorku

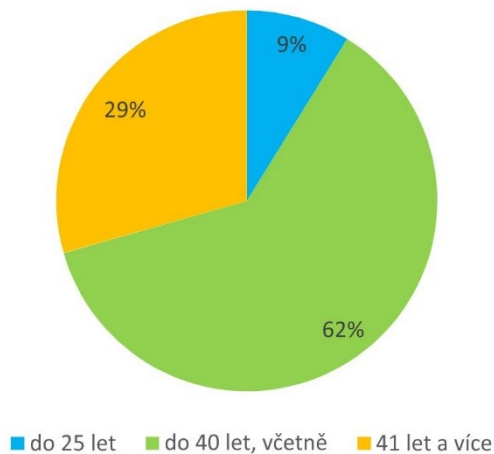
Výzkumným vzorkem byly zdravotní sestry, které pracují s umírajícími. Dotazník byl umístěn na serveru survio.com a respondenti byli osloveni odkazem na dotazník e-mailem, prostřednictvím sociální sítě a osobně. K jeho vyplnění byly vyzvány sestry, jež studují specializaci v oboru interním, sestry z gerontologického centra v Krajské nemocnici T. Bati, a. s. ve Zlíně, stejně jako sestry z ostatních oborů této nemocnice. Nejvíce respondentů tvoří absolventi středních zdravotnických škol, 44,1% byli respondenti s praxí delší než 15 let.

4. 7 Způsob vyhodnocení dat

Data byla vyhodnocena ze vzorku statisticky pomocí výpočtu trojčlenky. Základní koláče byly spočítány v programu survio.com, který vyhodnotil dotazník do základních schémat. Tam, kde bylo potřeba porovnat data systematicky, byla použita selekce otázek a spočítány jejich vazby. Výsledky byly umístěny do srovnávacího grafu.

4. 8 Výsledky výzkumu a jejich interpretace

Otázka č. 1. Prosím, uveďte svůj věk

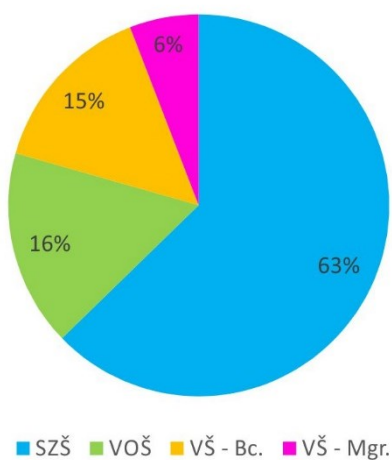


Graf 1: Prosím uveďte svůj věk

Tabulka 1: Prosím uveďte svůj věk

do 25 let	9	9%
do 40 let, včetně	63	62%
41 let a více	30	29%
celkem	102	

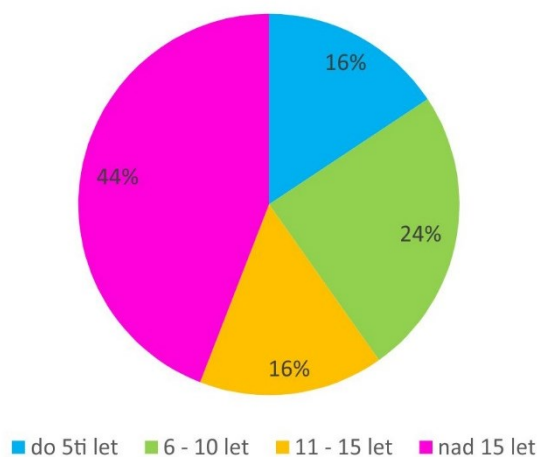
Největší zastoupení v dotazníku mají sestry, kterým je mezi 25 a 40 lety. Tudíž na vrcholu svých sil.

Otázka č. 2 – Jaké je Vaše vzdělání?*Graf 2: Jaké je Vaše vzdělání?*

Tabulka 2: Jaké je Vaše vzdělání?

SZŠ	64	63%
VOŠ	17	16%
VŠ - Bc.	15	15%
VŠ - Mgr.	6	6%
celkem	102	

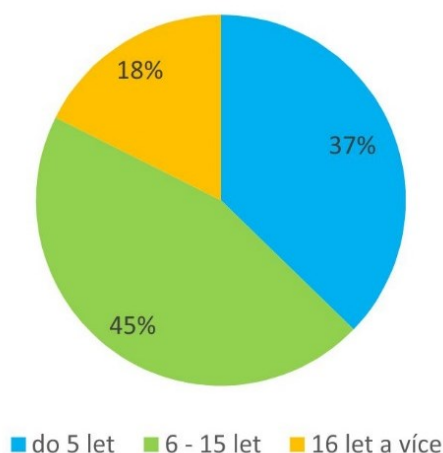
Největší zastoupení v dotaznících měly sestry, které absolvovaly střední zdravotnickou školu. Na druhé pozici jsou sestry po absolutoriu vyšší odborné školy. Sestry s bakalářským vzděláním vyplnily 15 dotazníků a šest dotazníků vyplnily sestry se vzděláním magisterským.

Otázka č. 3 – Délka Vaší praxe*Graf 3: Délka Vaší praxe je?*

Tabulka 3: Délka Vaší praxe je?

do 5ti let	16	16%
6 - 10 let	25	24%
11 - 15 let	16	16%
nad 15 let	45	44%
celkem	102	

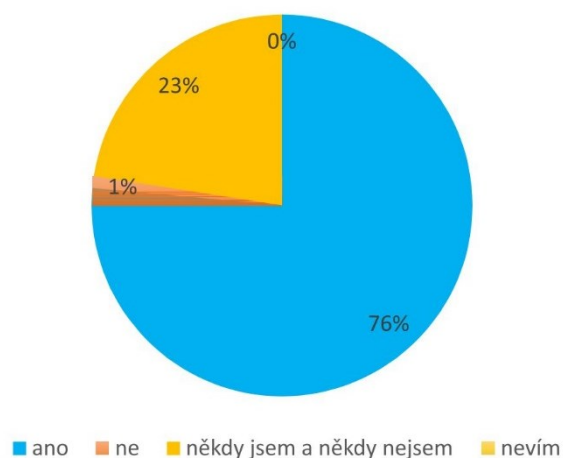
Nejvíce respondentek udává délku praxe nad 15 let. Tudíž na dotazníky odpovídaly nejvíce zkušené sestry s dlouholetou praxí v oboru. Nejmenší vzorek tvoří sestry s praxí do 5ti let a zároveň sestry s praxí 11 – 15 let.

Otázka č. 4 – Délka Vaší praxe na oddělení, kde je pečováno o umírající je*Graf 4: Délka Vaší praxe na oddělení, kde je pečováno o umírající je*

Tabulka 4: Délka Vaší praxe na oddělení, kde je pečováno o umírající je?

do 5 let	38	37%
6 - 15 let	46	45%
16 let a více	18	18%
celkem	102	

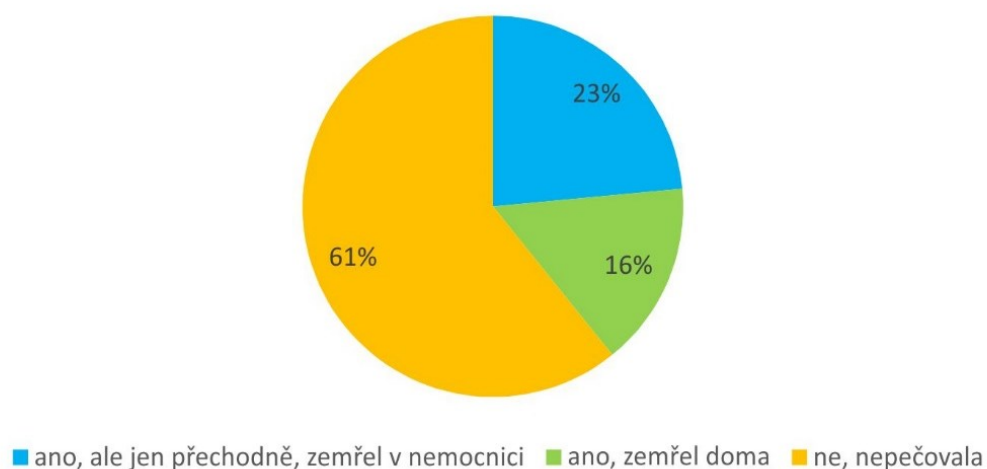
Nejvíce respondentek odpovědělo, že na oddělení, kde je pečováno o umírající, pracují 6 – 15 let, a to v počtu 46. Nejméně (jen 18 z celkových 102 respondentek) odpovědělo, že na oddělení, kde je pracováno s umírajícími, pracují déle než 16 let. Vzhledem k tomu, že délka praxe nad 15 let čítá 45 respondentek, je nejvíce zastoupenou, tak praxe mezi umírajícími je výrazně kratší. Nejspíše je důležitým faktorem pro výběr oddělení také fakt vysoké náročnosti této práce. A proto sestry po čase oddělení, kde je pečováno o umírající, opouští. Důvodem je nejčastěji vysoká psychická a fyzická náročnost. Jedná se také o práci „neprestížní“ a často je jak ostatními sestrami, tak i ostatními lidmi snižována její hodnota.

Otázka č. 5 – Myslíte, že jste empatická?*Graf 5: Myslíte si, že jste empatická?*

Tabulka 5: Myslíte si, že jste empatická?

ano	78	76%
ne	1	1%
někdy jsem a někdy nejsem	23	23%
nevím	0	0%
celkem	102	

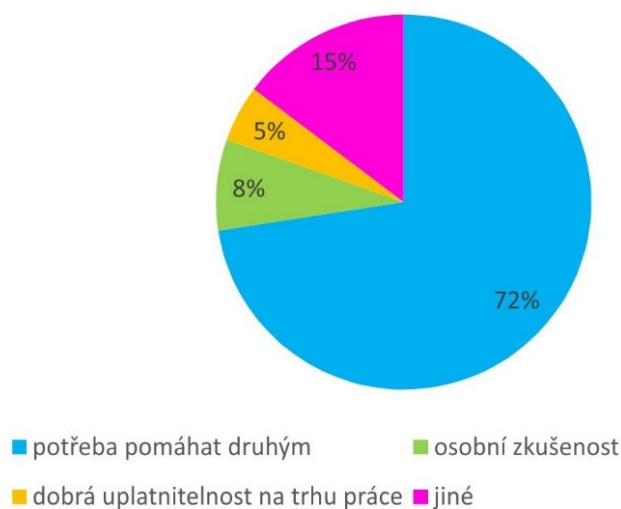
Největší podíl tvoří odpověď ano – 78 respondentek. Jen jedna odpověděla ne. Myslíme si, že empatie je nutnou základní výbavou osobnosti, která se má stát zdravotní sestrou, proto by měla být samozřejmostí u každé ze sester odpověď ano. Jistou roli v odpovědích zde může sehrát syndrom vyhoření, který je v pomáhajících profesích častým jevem.

Otázka č. 6. - Pečovala jste někdy o svého blízkého umírajícího v domácí péči?*Graf 6: Pečovala jste někdy o svého blízkého umírajícího v domácí péči?*

Tabulka 6: Pečovala jste někdy o svého blízkého umírajícího v domácí péči?

ano, ale jen přechodně, zemřel v nemocnici	24	23%
ano, zemřel doma	16	16%
ne, nepečovala	62	61%
celkem	102	

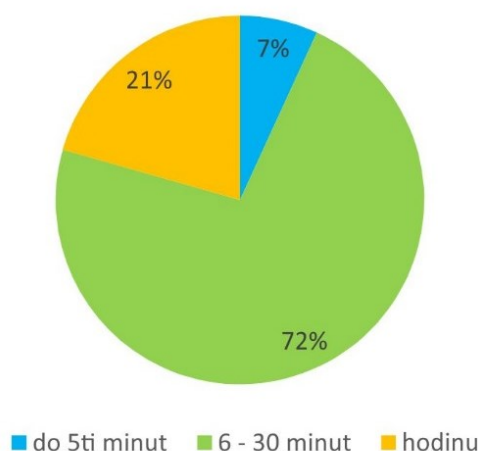
Většina sester uvedla, že doma o nemocného blízkého nepečovala. 24 sester uvedlo, že doma o svého blízkého nemocného pečovala, ale zemřel v nemocnici, což je v dnešní době velice častý jev. 16 sester uvedlo, že pečovaly o svého blízkého doma a tam i zemřel. Tato odpověď, i když je zastoupena nejméně, je však pozitivní, protože ukazuje, že smrt není odsunuta do institucí absolutně. Že stále jsou lidé, o které je pečováno rodinou a kteří zemřou doma.

Otázka č. 7 – Co Vás motivovalo k práci s umírajícími?*Graf 7: Co Vás motivovalo k práci s umírajícími?*

Tabulka 7: Co Vás motivovalo k práci s umírajícími?

potřeba pomáhat druhým	74	72%
osobní zkušenost	8	8%
dobrá uplatnitelnost na trhu práce	5	5%
jiné	15	15%
celkem	102	

Nejvíce respondentek – a to 74, motivovala k práci s umírajícími potřeba pomáhat druhým. Potřeba pomáhat druhému je jedním ze základních ukazatelů empatie. Stejně jako osobní zkušenost, kterou uvedlo 8 respondentek. Dobrá uplatnitelnost na trhu práce by neměla být kritériem pro výběr povolání v pomáhající profesi, přesto ji zde uvedlo 5% respondentek.

Otázka č. 8 – Kolik času věnujete jednomu nemocnému během služby?*Graf 8: Kolik času věnujete jednomu nemocnému během služby?*

Tabulka 8: Kolik času věnujete jednomu nemocnému během služby?

do 5ti minut	7	7%
6 - 30 minut	74	72%
hodinu	21	21%
celkem	102	

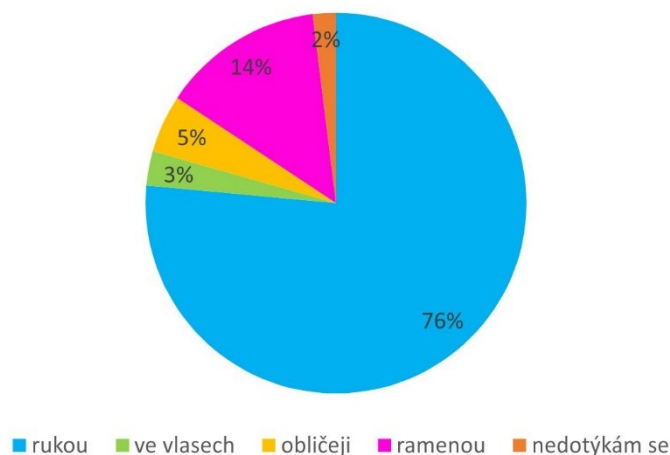
Nejvíce sester odpovědělo, že ve službě věnuje jednomu nemocnému cca 6 – 30 minut, a to 72%. Výsledek by se mohl jevit jako neempatický – že sestry věnují svým pacientům málo času, ale když přihlédneme k tomu, že většina sester slouží ve dvanáctihodinovém režimu, má na starosti v průměru 12 – 25 nemocných, tak je to vlastně maximální čas, který nemocnému může věnovat. I kdyby sestry chtěly věnovat jednomu nemocnému více času, tak bohužel jej nemají k dispozici. Každý nemocný potřebují mít svou sestru pro sebe alespoň na chvíli, proto musí sestra vycítit, kdo má jakou potřebu jejího času.

Otázka č. 9 – Dotýkáte se nemocných?*Graf 9: Dotýkáte se nemocných?*

Tabulka 9: Dotýkáte se nemocných?

ano - při každém kontaktu	80	78%
méně často - jen když je to nezbytné	20	20%
nedotýkám - striktně se dotekům vyhýbám	2	2%
celkem	102	

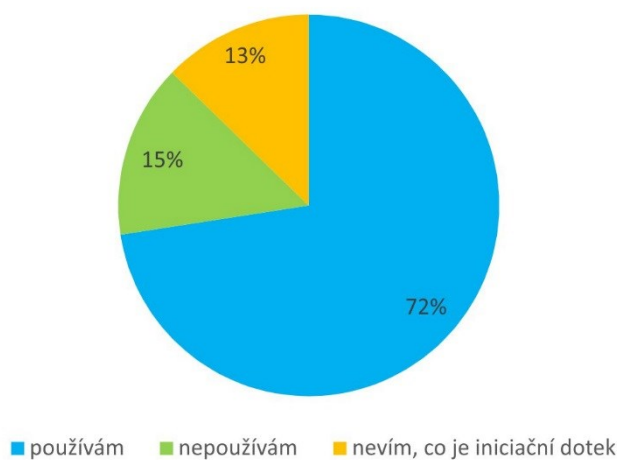
Odpověď ano, při každém kontaktu uvedlo 78% respondentů. Méně často, jen když je to nutné odpovědělo 20% respondentů – jsou to sestry, které nemají k umírajícím vztah. 2 sestry, které uvedly, že se striktně dotekům vyhýbají, jsou vyhořelé a měly by zaměstnání změnit.

Otázka č. 10 – Dotýkáte se nejčastěji na*Graf 10: Nejčastěji se dotýkáte na?*

Tabulka 10: Nejčastěji se dotýkáte na?

rukou	78	76%
ve vlasech	3	3%
obličej	5	5%
ramenou	14	14%
nedotýkám se	2	2%
celkem	102	

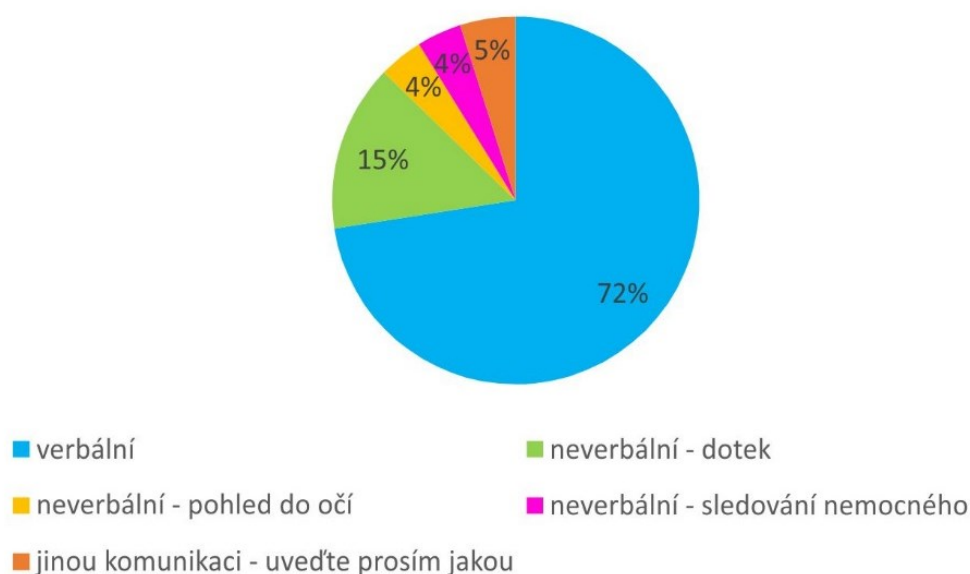
Nejvíce respondentů odpovědělo na otázku, kde se nejčastěji nemocných dotýkají, na rukou - a to 76% - ruce jsou nejčastějším komunikačním nástrojem. Do kontaktu s rukama přicházejí zdravotníci nejčastěji, ať už se jedná o spoustu výkonů zdravotnických, při provádění hygieny, ale co se týče empatie, je ruka nejbližší nástroj pro pohlazení, dodání jistoty, iniciační dotek. Při doteku na rukou nemusí sestra tolik do intimní zóny nemocného, ani on do zóny sestry. Je to dotek bezpečný. Pokud se sestra naladí, má na nemocného čas, může mu právě stisknutím ruky, klidným a jistým dovolit, aby vyjádřil své pocity, i když není schopen jiné komunikace. Může se naladit na pacientovy energetické vlny a vycítit, co potřebuje. Tady můžeme mluvit o doteku empatickém. Druhou nejčastější odpovědí byl dotek na ramenou. Ramena spolu s rukama patří do nejčastěji používaných míst, která slouží pro iniciační dotek a také pro navázání hlubšího kontaktu mezi ošetřujícím a nemocným.

Otázka č. 11 – Iniciační dotek*Graf 11: Iniciační dotek*

Tabulka 11: Iniciační dotek

používám	74	72%
nepoužívám	15	15%
nevím, co je iniciační dotek	13	13%
celkem	102	

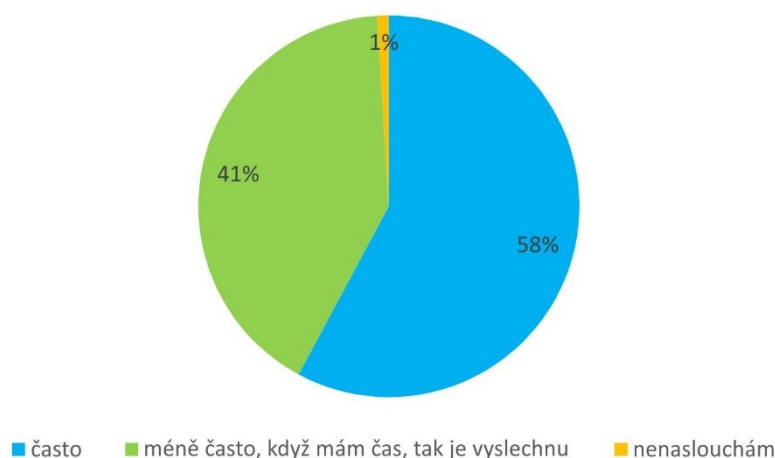
Na otázku, zda sestry používají iniciační dotek, odpovědělo 72% respondentů, že jej používá. Iniciační dotek je důležitá součást bazální stimulace a obecně je velice důležitý pro navození důvěry a jistoty u nemocných. Toto procento snad bude stoupat a postupně se zkvalitňováním školství ve zdravotnictví se dostane ke 100%. Je s podivem, že stále 13% sester neví, co je iniciační dotek. 15% sester uvedlo, že jej nepoužívá. Pokud jej znají a nepoužívají jej, svědčí to o jejich snížené schopnosti empatie.

Otázka č. 12 – Preferujete komunikaci*Graf 12: Preferujete komunikaci*

Tabulka 12: Preferujete komunikaci

verbální	74	72%
neverbální - dotek	15	15%
neverbální - pohled do očí	4	4%
neverbální - sledování nemocného	4	4%
jinou komunikaci - uveďte prosím jakou	5	5%
celkem	102	

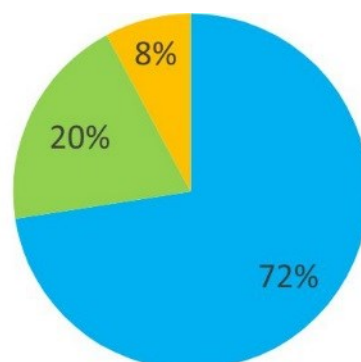
Největší díl respondentů preferuje komunikaci verbální a to 72%. Verbální komunikace je nej-jednodušší komunikací mezi lidmi. Verbálně si dokážeme sdělit spoustu informací. 15% dotázaných preferuje komunikaci neverbální – dotek. Dotek je velice důležitým prvkem empatie, pokud je správně vycítěný. Pět respondentů odpovědělo, že preferuje jinou komunikaci – a to kombinaci obou komunikací – jak verbální, tak neverbální. Shodlo se na tom všech pět respondentů. Každou verbální komunikaci doprovází prvky neverbální, ať je to haptika, gestika, mimika a jiné projevy. Umět v nemocného identifikovat podle neverbální složky komunikace jeho potřeby je úkol, který denně empatická sestra má.

Otázka č. 13 – Nasloucháte nemocným?*Graf 13: Nasloucháte nemocným?*

Tabulka 13: Nasloucháte nemocným?

často	59	58%
méně často, když mám čas, tak je vyslechnu	42	41%
nenaslouchám	1	1%
celkem	102	

58% sester uvedlo, že nemocným naslouchá často. Je to projev empatie sestry. Pro naslouchání potřebuje sestra čas a trpělivost. 41% sester v dotazníku odpovědělo, že naslouchá méně často, jen když má čas. Může to být způsobeno stresovým faktorem, který v práci sester v péči o umírající je – časem. Zátěž na sestru ve většině lůžkových oddělení, kde je o umírající pečováno, je vysoká. Jak časová, tak fyzická. Sestry na naslouchání svým pacientům nemají čas, protože priority přesouvají do jiných sfér – vyplňování dokumentací apod. Jen 1 sestra uvedla v dotazníku, že nemocným nenaslouchá.

Otázka č. 14 – Zajímáte se o biografický příběh pacienta (jeho minulost)?

- ano, zajímá mě to, dává mi to vysvětlení k různým projevům chování nemocného
- ano, ale jen zběžně, nedávám mu žádnou váhu
- ne, nezajímám se

Graf 14: Zajímáte se o biografický příběh pacienta?

Tabulka 14: Zajímáte se o biografický příběh pacienta?

ano, zajímá mě to, dává mi to vysvětlení k různým projevům chování nemocného	74	72%
ano, ale jen zběžně, nedávám mu žádnou váhu	20	20%
ne, nezajímám se	8	8%
celkem	102	

V dotazníku uvedlo 72% sester, že se o biografickou minulost nemocného zajímá. Biografický příběh dává sestře možnost zmapovat vysvětlení pro možné chování pacienta, například proč pláče, proč se směje, nebo reaguje jinak, než očekávala. Může jí zjednodušit práci s ním, navést, co je potřeba udělat jinak, aby se nemocný cítil dobře. V případě pacientů s demencí pomůže znalost a respekt biografického příběhu pomoci sestře vycítit, jak se má k nemocnému chovat a snížit tak riziko jeho stresu z hospitalizace, či změny prostředí. Sestry, které uvedly, že se o biografický příběh nezajímají – tato odpověď byla zastoupena v 8% odpovědí - by neměly o umírající nemocné pečovat, jsou vyhořelé.

Otázka č. 15 – Co Vás nejvíce na jeho biografickém příběhu zajímá?

Otázka byla volně položená, odpovědi na tuto otázku naleznete v příloze č. 1. této práce. Z odpovědí vyplývá, že nejčastěji zajímají na biografickém příběhu ošetřovatelky vztahy v rodině nemocného:

- jeho sociální zázemí
- rodinný život
- děti
- životní zkušenosti
- jeho mládí
- jestli má něco nedořešeného
- jeho práce
- kouření či konzumace alkoholu.

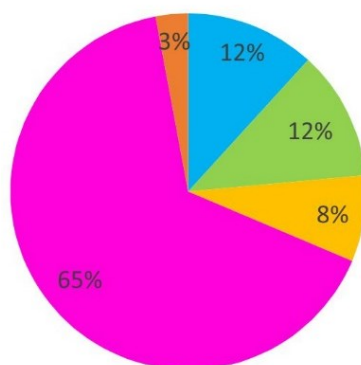
Z uvedeného vyplývá, že sestry se opravdu v biografickém příběhu zaměřují na správné oblasti, že uvažují nad tím, jak získat nejhodnotnější informace.

Otázka č. 16 – Domníváte se, že vykonáváte svou práci stereotypně?*Graf 15: Domníváte se, že pracujete stereotypně?*

Tabulka 15: Domníváte se, že pracujete stereotypně?

ano, každý den	16	16%
nepřemýšlím o tom	44	43%
nemám možnost zavádět nové věci, tak jsem rezignovala	10	10%
ne, jsem kreativní, snažím se inovovat zaběhnutý režim a zlepšovat jej	32	31%
celkem	102	

43% respondentek uvedlo, že o tom nepřemýšlí. 31% sester uvádí, že jsou kreativní, snaží se inovovat zaběhnutý systém a zlepšovat jej – takové sestry jsou i více empatické, protože je práce baví, mají ji rády a vidí v ní smysl. 10% sester uvedlo, že nemá možnost zavádět nové věci, proto rezignovaly – jsou to sestry, které již vyhořely, nemají sílu svou práci vykonávat.

Otázka č. 17 – Jak dlouho myslíte na zemřelého člověka?

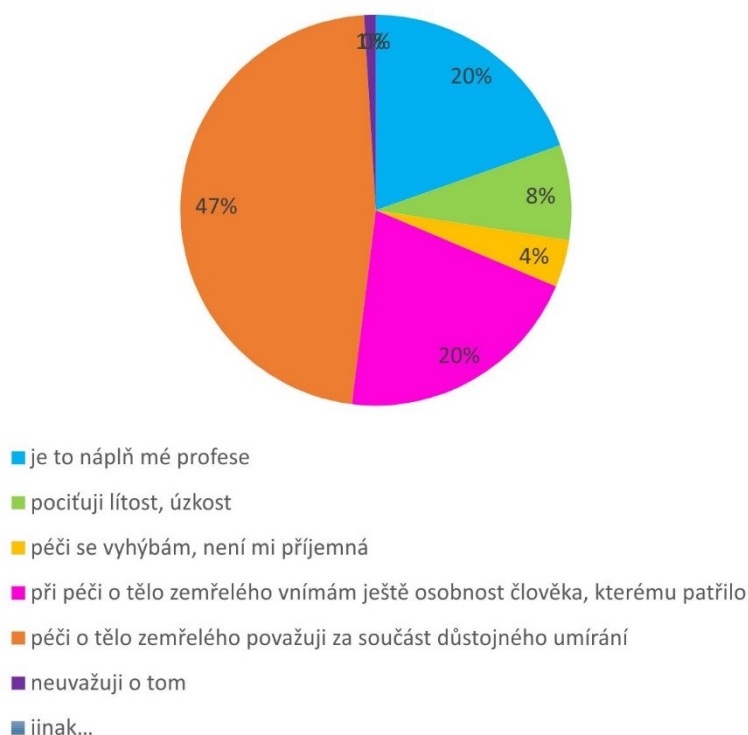
■ po dobu služby ■ ještě po příchodu domů ■ delší dobu ■ je to individuální ■ Jiná....

Graf 16: Jak dlouho myslíte na zemřelého člověka?

Tabulka 16: Jak dlouho myslíte na zemřelého člověka?

po dobu služby	12	12%
ještě po příchodu domů	12	12%
delší dobu	8	8%
je to individuální	67	65%
Jiná....	3	3%
celkem	102	

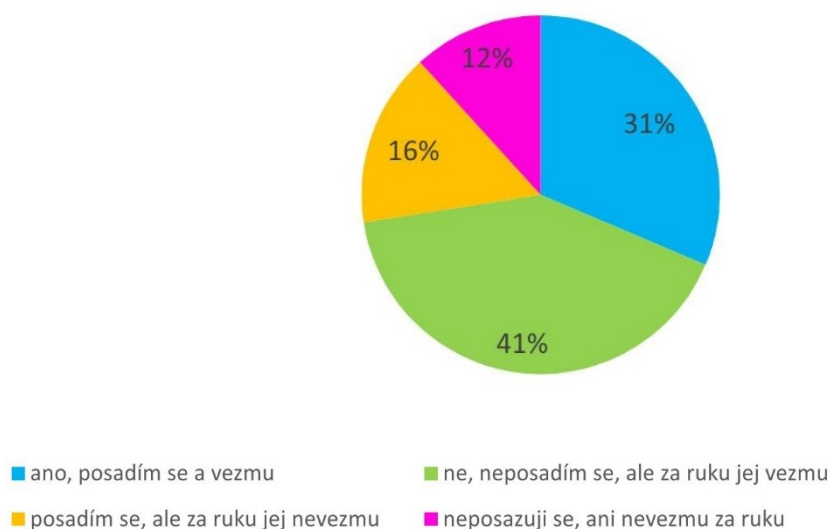
Nejvíce sester odpovědělo, že je to individuální, a to v 65%. Stejně – tzn. 12% uvedlo, že na nemocného myslí ještě po dobu služby a po příchodu domů. Je to projev empatie, že jim nebyl ten člověk lhostejný, proto na něj myslí.

Otázka č. 18 – Jak reaguji na péči o tělo zemřelého člověka*Graf 17: Jak reaguji na péči o tělo zemřelého?*

Tabulka 17: Jak reaguji na péči o tělo zemřelého?

je to náplň mé profese	20	20%
pociťuji lítost, úzkost	8	8%
péči se vyhýbám, není mi příjemná	4	4%
při péči o tělo zemřelého vnímám ještě osobnost člověka, kterému patřilo	21	20%
péči o tělo zemřelého považuji za součást důstojného umírání	48	47%
neuvažuji o tom	1	1%
jinak...	0	0%
celkem	102	

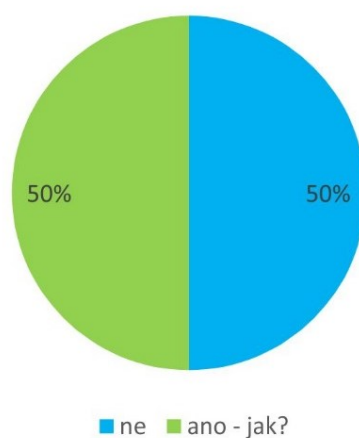
47% sester uvedlo, že péči o tělo zemřelého považuje za součást důstojného umírání. Je to empatické. 20% sester vnímá při péči o tělo zemřelého ještě osobnost člověka, kterému tělo patřilo. Jsou to rovněž sestry empatické. 4 sestry – 4% - uvedly, že jim péče o tělo zemřelého není příjemná a vyhýbají se jí. Jak taková sestra může pracovat s umírajícími?

Otázka č. 19 – Když s nemocným hovoříte, posadíte se k němu a vezmete jej za ruku?*Graf 18: Když s nemocným hovoříte, posadíte se k němu a vezmete jej za ruku?*

Tabulka 18: Když s nemocným hovoříte, posadíte se k němu a vezmete jej za ruku?

ano, posadím se a vezmu	32	31%
ne, neposadím se, ale za ruku jej vezmu	42	41%
posadím se, ale za ruku jej nevezmu	16	16%
neposazují se, ani nevezmu za ruku	12	12%
celkem	102	

Největší část respondentů uvedla, že se neposadí k nemocnému, ale za ruku jej vezme. Korelace doteku a verbálního projevu je náročná pro sestru i nemocného. Sestra má z profesních důvodů (hygienická pravidla) dbát na to, aby neusedala k nemocnému na lůžko, takže je pro ni náročnější najít si čas, vzít si židli k lůžku, aby mohla s nemocným hovořit a zároveň jej držet za ruku. Pokud sestra u nemocného sedí, snižuje tak mezi nimi výškový rozdíl, nemocný nevnímá sestru jako nadřazenou, ale více na jeho úrovni. Pokud je k tomu ještě držena za ruku sestrou, otevírá se důvěrný prostor pro jejich komunikaci a společné prožívání. Sestra tak budí v nemocném větší důvěru.

Otázka č. 20 – Myslíte, že Vás práce s umírajícími změnila?*Graf 19: Myslíte si, že Vás práce s umírajícími změnila?*

Tabulka 19: Myslíte si, že Vás práce s umírajícími změnila?

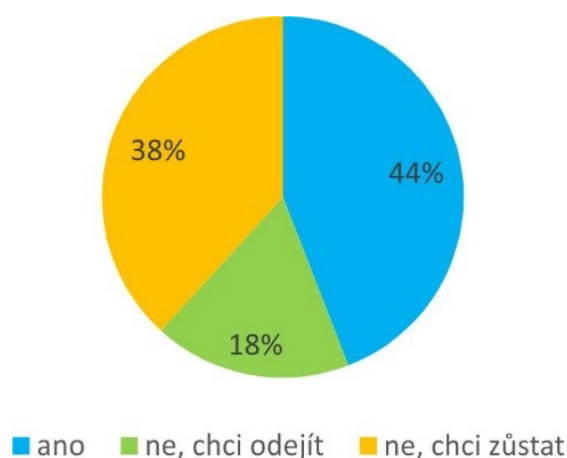
ne	51	50%
ano - jak?	51	50%
celkem	102	

Odpověď respondentů byla 50% ano, změnila a 50% ne, nezměnila. V odpovědi ano byli respondenti vyzváni, aby napsali, jak je práce změnila.

Samotné odpovědi uvádíme v příloze č. 2

Nejvíce odpovědí uvádí, že si více váží života, lidí, mají větší respekt k životu, jsou citlivější, vnímavější k potřebám okolí. Pochopení nevyhnutelnosti konce života.

Otázka č. 21 – Přináší Vám práce s umírajícími uspokojení? Chcete se péči o umírající ve svém profesním životě dále věnovat?

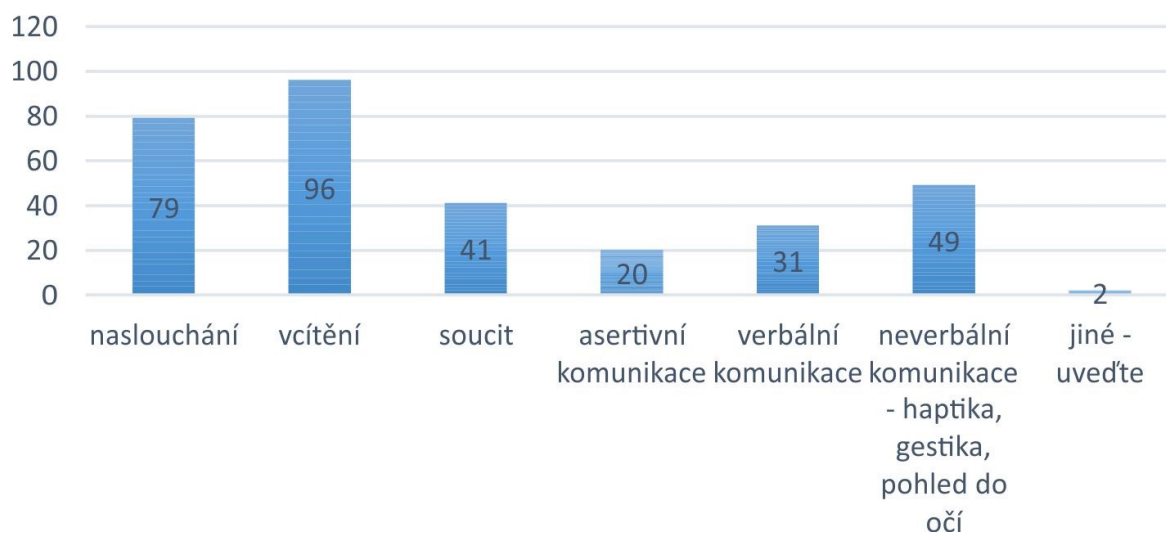


Graf 20: Přináší Vám práce s umírajícími uspokojení? Chcete se péči o umírající ve svém profesním životě dále věnovat?

Tabulka 20: Přináší Vám práce s umírajícími uspokojení? Chcete se péči o umírající ve svém profesním životě dále věnovat?

ano	45	44%
ne, chci odejít	18	18%
ne, chci zůstat	39	38%
celkem	102	

44% sester uvedlo, že se chce dále své práci věnovat a práce jim přináší uspokojení. 38% respondentů uvedlo, že jim práce uspokojení nepřináší, ale přesto chtějí zůstat. Toto zjištění je frustrující, protože sestra, které povolání nepřináší uspokojení, ale chce v něm dále zůstat ať již z jakéhokoliv důvodu, nebude empatická, nejspíše prochází některou fází syndromu vyhoření, není sama v psychické pohodě, protože její potřeby nejsou naplněny, a tím pádem nemůže ani ona kvalitně naplňovat potřeby svých nemocných. 18% respondentů uvedlo, že je práce neuspokojuje a chce z ní odejít. Těmto respondentům přejeme, aby našli brzy práci jinou.

Otázka č. 22 – Co je podle Vás empatie? Můžete zvolit více odpovědí*Graf č. 21: Co je podle vás Empatie sester?*

Tabulka 21: Co je podle Vás empatie sester?

naslouchání	79
vcítění	96
soucit	41
asertivní komunikace	20
verbální komunikace	31
neverbální komunikace - haptika, gestika, pohled do očí	49
jiné - uveďte	2
celkem	318

Respondenti měli možnost volit více odpovědí najednou. Jejich maximální množství nebylo definováno, nejnižší množství byla jedna odpověď. Nejvíce – 96 respondentek uvedlo, že empatie je vcítění, 79 respondentek uvedlo, že naslouchání, 49 respondentek uvedlo, že neverbální komunikace. Sestry jsou dobře informovány, co vystihuje pojem empatie.

5. DISKUSE

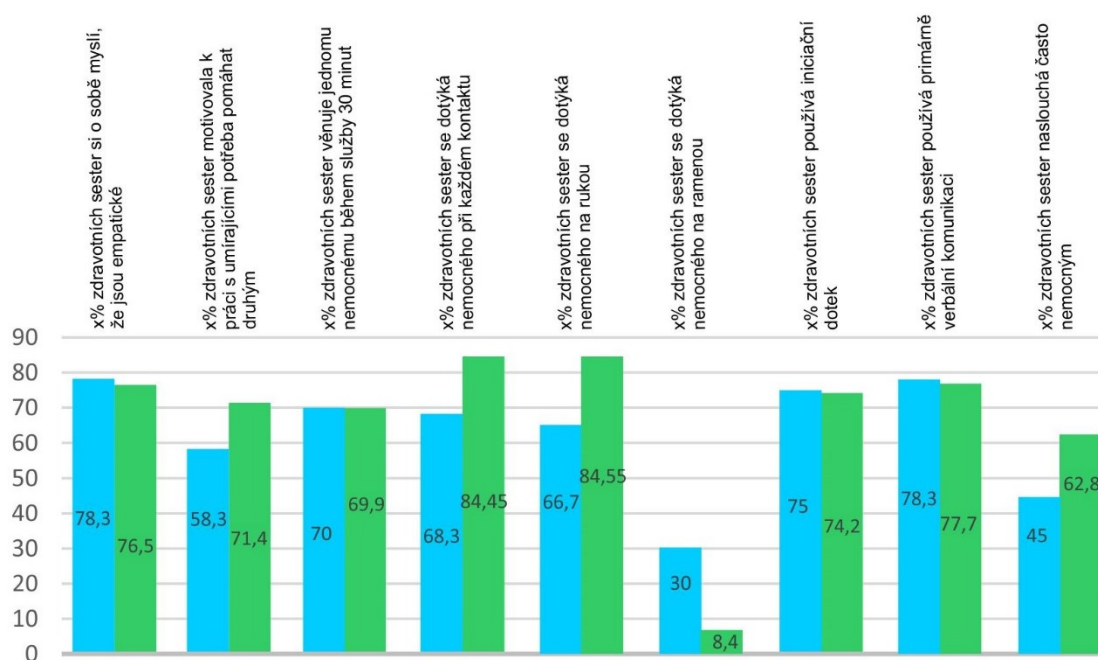
Dílčí cíle práce:

Cíl č. 1: Zjistit zda mají vyšší míru empatie sestry s vysokoškolským vzděláním než sestry se středoškolským vzděláním.

H0: Přepokládáme, že vzdělání nemá vliv na míru empatie.

HA: Přepokládáme, že vzdělání má vliv na míru empatie.

VYHODNOCENÍ HYPOTÉZY Č. 1



Obrázek č. 2: Grafické znázornění výsledků hypotézy č. 1. Modrá barva reprezentuje odpovědi zdravotních sester s vysokoškolským vzděláním a barva zelená odpovědi sester se středoškolským vzděláním.

78,3% sester s vysokoškolským vzděláním o sobě tvrdí, že jsou empatické

76,5% sester se středoškolským a vyšším odborným vzděláním o sobě tvrdí, že jsou empatické

58,35% sester s vysokoškolským vzděláním motivovala k práci s umírajícími potřeba pomáhat druhým

71,4% sester se středoškolským a vyšším odborným vzděláním motivovala k práci s umírajícími potřeba pomáhat druhým

70% sester s vysokoškolským vzděláním věnuje jednomu nemocnému během služby 30 minut

69,9% sester se středoškolským a vyšším odborným vzděláním věnuje jednomu nemocnému během služby 30 minut času

68,3% sester s vysokoškolským vzděláním se dotýká nemocného při každém kontaktu

80,45% sester se středoškolským a vyšším odborným vzděláním se dotýká nemocného při každém kontaktu

66,7% sester s vysokoškolským vzděláním se dotýká nemocného na rukou a 30% se dotýká na ramenou

84,55% sester se středoškolským vzděláním a absolventek vyšších odborných škole se dotýká nemocného na rukou a 8,4% se dotýká na ramenou

75% vysokoškolsky vzdělaných sester používá iniciační dotek

74,2% středoškolsky a vyšším odborným vzděláním vzdělaných sester používá iniciační dotek

78,3% vysokoškolsky vzdělaných sester používá primárně verbální komunikaci

77,7% sester se středoškolským a vyšším odborným vzděláním primárně používá verbální komunikaci

45% vysokoškolsky vzdělaných sester naslouchá často nemocným.

62,8% sester se středním a vyšším odborným vzděláním naslouchá často nemocným.

Z uvedených výsledků vyplývá, že empatictější se chovají sestry se středoškolským vzděláním. Ze své praxe usuzují, že je tomu tak, protože sestry se středoškolským vzděláním častěji pracují ve směnném provozu a na lůžkových standartních jednotkách, kde jsou více propojeny s pacienty. Sestry se vzděláním vyšším v této době pracují častěji jako manažerky, nebo na jednotkách intenzivní péče, kde není kontakt s nemocným, což se týká navázání vztahu tak intenzivní. Potvrzuje se HA: vzdělání má vliv na míru empatie

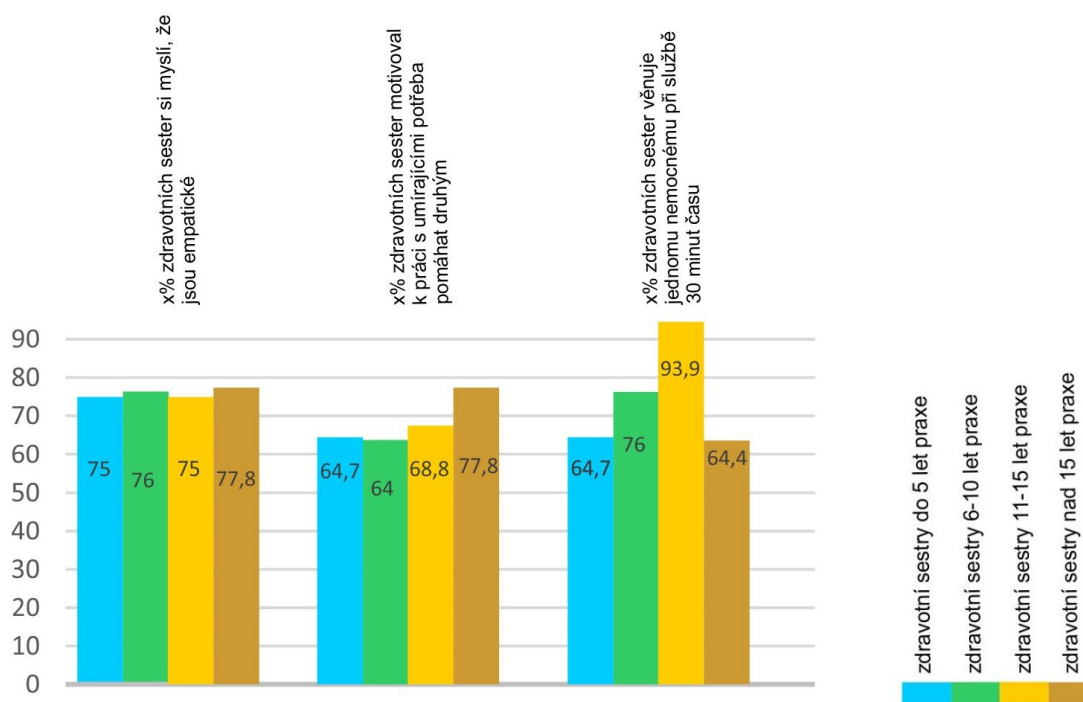
Cíl č. 1. splněn

Cíl č. 2: Míra empatie je závislá na délce praxe.

H0: Míra empatie je závislá na délce praxe.

HA: Míra empatie není závislá na délce praxe.

VYHODNOCENÍ HYPOTÉZY Č. 2



Obrázek č. 3: Grafické znázornění výsledků hypotézy č. 2.

Do pěti let praxe – si myslí 75% sester, že jsou empatické

6 – 10 let praxe – si myslí 76% sester, že jsou empatické

11 – 15 let praxe – si myslí 75% sester, že jsou empatické

nad 15 let praxe – si myslí 77,8% sester, že jsou empatické

64,7% sester pracujících do 5ti let motivovala k práci s umírajícími potřeba pomáhat druhým

64% sester pracujících 6 - 10 let motivovala k práci s umírajícími potřeba pomáhat druhým

68,8% sester pracujících 10 – 15 let motivovala k práci potřeba pomáhat druhým

77,8% sester pracujících déle než 15 let motivovala k práci potřeba pomáhat druhým

64,7% sester s praxí do 5ti let věnuje jednomu nemocnému při službě 30 minut času

76% sester s prací 6 – 10 let věnuje jednomu nemocnému při službě 30 minut času

93,9% sester s praxí 10 – 15 let věnuje jednomu nemocnému při službě 30 minut času

64,4% sester s praxí nad 15 let věnuje jednomu nemocnému při službě 30 minut času

Z uvedených výsledků vyplynulo, že délka praxe není rozhodujícím faktorem pro empatii. Z vlastních zkušeností si myslím, že empatie je osobnostní složkou, která je daná, lze rozvíjet, ale nelze získat. Potvrdila se tak HA: míra empatie není závislá na délce praxe.

Cíl č. 2. splněn

ZÁVĚR

Naše bakalářská práce je zaměřena na empatii sester v péči o umírající. V naší práci jsme v teoretické části nastínili význam pojmu empatie, historii jeho vzniku a také souvislosti, které k ucelení pojmu vedly. Nastínili jsme komunikaci mezi sestrou a umírajícím nemocným, také stadia přijetí diagnózy dle Kübler-Ross, která se celý život věnovala péči o umírající. Zmínili jsme rovněž důležitost doprovázení jak rodiny, tak nemocného. V závěru jsme se krátce věnovali osobnosti sestry.

V praktické části jsme interpretovali výsledky kvantitativního výzkumu, který jsme provedli mezi sestrami, které s umírajícími pracují. Výzkum byl proveden formou dotazníkového šetření. Jeho výsledky nám nastínily, že větší míra empatie je u sester, které mají středoškolské a vyšší odborné vzdělání, než sestry vzdělané vysokoškolsky a také, že není důležitá délka praxe, nemá vliv na její empatii.

Co je však důležité, je fakt, že empatie by měla tvořit základní osobnostní výbavu každé zdravotní sestry. Bez ohledu na její věk, délku praxe, či oddělení nebo ambulanci kde pracuje. Pokud má v této oblasti nedostatky, není empatická, nebo se staví mezi ni a nemocného bariera, kdy nedokáže vnímat jeho potřeby, měla by včas odejít. Často si totiž my sestry nepřipustíme, že jsme již svou prací unavené a ztratily jsme cit. Ublížíme pak lidem, o které pečujeme. Většina našich nemocných se bohužel nemůže bránit, nemají zpravidla možnost volby. My sestry tu volbu máme... pečujeme-li o nemocné v konečné fázi jejich života, měly bychom všechny být sebekritické a včas odejít.

Bakalářskou práci jsem psala hlavně srdcem, práce s literaturou mi prohloubila znalosti, potvrdila to, co jsem vyzorovala za svou praxi ve svém oboru (gerontologie). Byla mi velikým přínosem, donutila mě zamyslet se nad spoustou témat. Některé kapitoly byly pro mě obtížné, hodně myšlenek jsem si brala osobně, ale i to slouží k osobnostnímu růstu a jsem za tuto lekci moc ráda.

DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Tato bakalářská práce by měla sloužit sestřičkám, aby se zamyslely. Zamyslely se nad tím, jak vykonávají svou práci, co cítí při doprovázení nemocných, zda chápou a přijímají projevy nemocného, nebo je odmítají. Není psaná direktivně, ale spíše jako zamyšlení, možná by mohla motivovat.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- BÖHM, Erwin, 2015. *Psychobiografický model péče podle Böhma*. Přeložil Petra SOCHOVÁ. Praha: Mladá fronta, 2015. Sestra (Mladá fronta). ISBN 978-80-204-3197-4.
- Cesta domů* [online]. © 2001. Praha: Cesta domů [cit. 2017-03-22]. Dostupné z: <https://www.cestadomu.cz/>
- GÉRINGOVÁ, Jitka, 2011. *Pomáhající profese: tvořivé zacházení s odvrácenou stranou*. Praha: Triton, 2011. Psyché (Triton). ISBN 978-80-7387-394-3.
- HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ, 2015. *Psychologický slovník*. Třetí, aktualizované vydání. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0873-0.
- HÁŠKOVCOVÁ, Helena, 2000. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. Praha: Galén, 2000. ISBN 80-7262-034-7.
- JONES, Graham, Adrian MOORHOUSE, 2010. *Jak získat psychickou odolnost: strategie vítězů, které změni váš pracovní výkon*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3022-6.
- KALLWASS, Angelika, 2007. *Syndrom vyhoření v práci a v osobním životě*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-299-7.
- KANITZ, Anja von, 2008. *Jak rozvíjet svou emoční inteligenci*. Praha: Grada, 2008. Poradce pro praxi. ISBN 978-80-247-2582-6.
- KAPOUNOVÁ, Gabriela, 2007. *Ošetřovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada, 2007. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-1830-9.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2004. *Pozitivní psychologie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004, s. 200, ISBN 80-7178-835-X.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2007. *Psychologie vděčnosti a nevděčnosti: [kudy vede cesta k přátelství?]*. Praha: Grada, 2007. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1838-5.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro a Jaroslava PEČENKOVÁ, 2004. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2004. Sestra (Grada). ISBN 80-247-0784-5.
- KÜBLER-ROSS, Elisabeth, 1992. *Hovory s umírajícími*. Přeložil Bohumil DVOŘÁČEK, ilustroval Eva BUREŠOVÁ. Nové Město nad Metují: Signum unitatis, 1992. ISBN 80-85439-04-2.
- KÜBLER-ROSS, Elisabeth, 1993a. *O smrti a umírání*. Přeložil Jiří KRÁLOVEC a agentura Lingua. Turnov: Arica, 1993. ISBN 80-900134-6-5.
- KÜBLER-ROSS, Elisabeth, 1993b. *Otázky a odpovědi o smrti a umírání*. Přeložil Jiří KRÁLOVEC. Turnov: Arica, 1993. ISBN 80-85878-12-7.

- KÜBLER-ROSS, Elisabeth, 2015. *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících*. Přeložil Jiří KRÁLOVEC. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0911-9.
- MIKULÁŠTÍK, Milan, 2003. *Komunikační dovednosti v praxi*. Praha: Grada, 2003. Manažer. ISBN 80-247-0650-4.
- ROGERS, Carl Ransom, 2014. *Způsob bytí: klíčová témata humanistické psychologie z pohledu jejího zakladatele*. Přeložil Jiří KREJČÍ. Praha: Portál, 2014. Klasická díla psychologie. ISBN 978-80-262-0597-5.
- ROGERS, Carl Ransom, 2015. *Být sám sebou: terapeutův pohled na psychoterapii*. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0796-2.
- SLAMĚNÍK, Ivan, 2011. *Emoce a interpersonální vztahy*. Praha: Grada, 2011. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3311-1.
- SMITH, ADAM, 1759. *Teorie mravních citů*. Praha: Liberální institut, 2005. Rogalewiczová, Hana. ISBN 80-86389-38-3.
- SPIRO, HOWARD M., 1993. *Empathy and the Practice of Medicine*. Ed. Spiro, Howard, M., Curnen, Mary G. M. Peschel, E. a St. James, Deborah. New Haven [u.a.]: Yale Univ. Press, 1993. ISBN 0300066708.
- ŠPIRUDOVÁ, Lenka, 2015a. *Doprovázení v ošetrovatelství I: pomáhající profese, doprovázení a systém podpor pro pacienty*. Praha: Grada Publishing, 2015. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5710-0.
- ŠPIRUDOVÁ, Lenka, 2015b. *Doprovázení v ošetrovatelství II: doprovázení sester sestrami, mentorování, adaptační proces, supervize*. Praha: Grada Publishing, 2015. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5711-7.
- VÁVROVÁ, Soňa, 2012. *Doprovázení v pomáhajících profesích*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0087-1.

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1: Prosím uveďte svůj věk	45
Graf 2. Jaké je vaše vzdělání?	46
Graf 3: Délka vaší praxe je.....	47
Graf 4: Délka vaší praxe na oddělení, kde je pečováno o umírající.....	48
Graf 5: Myslíte že jste empatická?	49
Graf 6: Pečovala jste někdy o svého blízkého umírajícího v domácí péči?	50
Graf 7: Co vás motivovalo k práci s umírajícími?	51
Graf 8: Kolik času věnujete jednomu nemocnému během služby?	52
Graf 9. Dotýkáte se nemocných?	53
Graf 10: Nejčastěji se dotýkáte na?	54
Graf 11: Iniciační dotek?	55
Graf 12: Preferujete komunikaci?	56
Graf 13: Nasloucháte nemocným?	57
Graf 14: Zajímáte se o bibliografický příběh pacienta?	58
Graf 15: Domníváte se, že pracujete stereotypně?	59
Graf 16: Jak dlouho myslíte na zemřelé?	60
Graf 17: Jak reagují na péči o tělo zemřelého?	61
Graf 18: Při rozhovoru s nemocným	62
Graf 19: Myslíte si, že vás práce s umírajícími změnila?	63
Graf 20: Přináší vám práce s umírajícími uspokojení?	64
Graf 21: Co je podle vás empatie sester?	65

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek č. 1: Prolnutí osobností ve vztahu pacient-sestra	35
Obrázek č. 2: Grafické znázornění výsledků hypotézy č. 1	65
Obrázek č. 3: Grafické znázornění výsledků hypotézy č. 2	67

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Prosím uveďte svůj věk.....	43
Tabulka 2: Jaké je Vaše vzdělání	44

Tabulka 4: Délka Vaší praxe je	45
Tabulka 4: Délka Vaší praxe na oddělení, kde je pečováno o umírající	46
Tabulka 5: Myslíte, že jste empatická?	47
Tabulka 6: Pečovala jste někdy o svého blízkého umírajícího v domácí péči?	48
Tabulka 7: Co Vás motivovalo k práci s umírajícími?	49
Tabulka 8: Kolik času věnujete jednomu nemocnému během služby?	50
Tabulka 9: Dotýkáte se nemocných?	51
Tabulka 10: Nejčastěji se dotýkáte na?	52
Tabulka 11: Iniciační dotek?	53
Tabulka 12: Preferujete komunikaci?	54
Tabulka 13: Nasloucháte nemocným?	55
Tabulka 14: Zajímáte se o bibliografický příběh pacienta?	56
Tabulka 15: Domníváte se, že pracujete stereotypně?	58
Tabulka 16: Jak dlouho myslíte na zemřelé?	59
Tabulka 17: Jak reaguji na péči o tělo zemřelého?	60
Tabulka 18: Při rozhovoru s nemocným	61
Tabulka 19: Myslíte si, že Vás práce s umírajícími změnila?	62
Tabulka 20: Přináší vám práce s umírajícími uspokojení?	63
Tabulka 21: Co je podle vás empatie sester?	64

SEZNAM PŘÍLOH

P1 – dotazník Empatie sester v péči o umírající dostupný z

P2 - Volné odpovědi na otázku dotazníku č. 15 – Co Vás nejvíce na jeho biografickém příběhu zajímá?

P3 – Volné odpovědi na otázku dotazníku č. 20 – Myslíte si, že Vás práce s umírajícími změnila? Ano – jak?

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK EMPATIE SESTER V PÉČI O UMÍRAJÍCÍ

Empatie sester v péči o umírající

Empatie sester v péči o umírající

Vážené sestry, zdravotničtí asistenti, prosím Vás o vyplnění dotazníku na téma „Empatie sester v péči o umírající“. Dotazník je součástí praktické části mé bakalářské práce. Jmenuji se Veronika Nedbalová, jsem studentkou 3. ročníku oboru všeobecná sestra, kombinovaná forma na Ústavu zdravotnických věd, Fakulta humanitních studií, UTB ve Zlíně. Cely svůj profesní život se věnuji péči o umírající, a proto jsem si toto téma zvolila i jako téma bakalářské práce. Děkuji Vám za Váš čas.

1. Prosím, uveďte svůj věk

- do 25 let
 do 40 let, včetně
 41 let a více

2. Jaké je Vaše vzdělání?

- SZŠ
 VOŠ
 VŠ - Bc.
 VŠ - Mgr.

3. Délka Vaší praxe je

- do 5ti let
 6 - 10 let
 11 - 15 let
 nad 15 let

4. Délka Vaší praxe na oddělení, kde je pečováno o umírající je

- do 5 let
 6 - 15 let
 16 let a více

Empatie sester v péči o umírající

5. Myslíte si, že jste empatická?

- ano
- ne
- někdy jsem a někdy nejsem
- nevím

6. Pečovala jste někdy o svého blízkého umírajícího v domácí péči?

- ano, ale jen přechodně, zemřel v nemocnici
- ano, zemřel doma
- ne, nepečovala

7. Co Vás motivovalo k práci s umírajícími?

- potřeba pomáhat druhým
- osobní zkušenost
- dobrá uplatnitelnost na trhu práce
- jiné

8. Kolik času věnujete jednomu nemocnému během služby?

- do 5ti minut
- 6 - 30 minut
- hodinu

9. Dotýkáte se nemocných?

- ano - při každém kontaktu
- méně často - jen když je to nezbytné
- nedotýkám - striktně se dotekům vyhýbám

Empatie sester v péči o umírající

10. Dotýkáte se nejčastěji na

- rukou
- ve vlasech
- obličeji
- ramenou
- nedotýkám se

11. Iniciační dotek

- používám
- nepoužívám
- nevím, co je iniciační dotek

12. Preferujete komunikaci

- verbální
- neverbální - dotek
- neverbální - pohled do očí
- neverbální - sledování nemocného
- jinou komunikaci - uveďte prosím jakou

13. Nasloucháte nemocným?

- často
- méně často, když mám čas, tak je vyslechnu
- nenaslouchám

14. Zajímáte se o biografický příběh pacienta (jeho minulost)?

- ano, zajímá mě to, dává mi to vysvětlení k různým projevům chování nemocného
- ano, ale jen zběžně, nedávám mu žádnou váhu
- ne, nezajímám se

Empatie sester v péči o umírající

15. Co Vás nejvíce na jeho biografickém příběhu zajímá?

16. Domníváte se, že vykonáváte svou práci stereotypně?

- ano, každý den
- nepřemýšlím o tom
- nemám možnost zavádět nové věci, tak jsem rezignovala
- ne, jsem kreativní, snažím se inovovat zaběhnutý režim a zlepšovat jej

17. Jak dlouho myslíte na zemřelého člověka

- po dobu služby
- ještě po příchodu domů
- delší dobu
- je to individuální
- Jiná...

18. Jak reaguji na péči o tělo zemřelého člověka?

- je to náplň mé profese
- pociťuji lítost, úzkost
- péči se vyhýbám, není mi příjemná
- při péči o tělo zemřelého vnímám ještě osobnost člověka, kterému patřilo
- péči o tělo zemřelého považuji za součást důstojného umírání
- neuvažuji o tom
- jinak...

Empatie sester v péči o umírající

19. Když s nemocným hovoříte, posadíte se k němu a vezmete jej za ruku?

- ano, posadím se a vezmu
- ne, neposadím se, ale za ruku jej vezmu
- posadím se, ale za ruku jej nevezmu
- neposazuji se, ani nevezmu za ruku

20. Myslíte si, že Vás práce s umírajícími změnila?

- ne
- ano - jak?

21. Přináší Vám práce s umírajícími uspokojení? Chcete se péči o umírající ve svém profesním životě dále věnovat?

- ano
- ne, chci odejít
- ne, chci zůstat

22. Co je podle Vás empatie? Můžete zvolit více odpovědí

- naslouchání
- vcítění
- soucit
- asertivní komunikace
- verbální komunikace
- neverbální komunikace - haptika, gestika, pohled do očí
- jiné - uveďte

PŘÍLOHA P II: VOLNÉ ODPOVĚDI NA OTÁZKU DOTAZNÍKU Č. 15 – CO VÁS NEJVÍCE NA JEHO BIOGRAFICKÉM PŘÍBĚHU ZAJÍMÁ?

Rodina, životní postoje

Jaký mají pohled na věc oni... a třeba to můžu danému příbuznému i přetlumočit, jaký má nemocný pocit. Také mě zajímá zlomová věc v životě člověka.

Zaměstnání, rodina

Průběh nemoci

Jeho přístup k životu

Celkově jeho život ...

Rodina a blízké okolí

Vztahy v rodině

Jakým způsobem žil, jak přistupoval k potížím, jak žít chtěl a jestli je spokojený, jestli má něco nedořešeno..

Počet dětí, manželství

Sociální zázemí, rodina (2x)

Všechno, anamnéza, návyky, potřeby, co má pacient rád nebo naopak atd.

Povolání, rodina, zájmy

Návyky, rituály,

Jeho lásky, strasti, radosti, rodina....

Celkový život

Mládí

Zaměstnání jaké měl

Průběh života

Jeho rodina

Sociální situace, vazby v rodině, zdravotní stránka - anamnéza

Jaké bylo jeho povolání a jeho minulost (kolik měl dětí, úspěchy ... atd.)

Zkušenosti

Zázemí, rodina, práce

Život (2x)

Všechno

Všechno od diagnostiky onemocnění

Zdravotní anamnéza

Rodinný život

Co ve svém životě prožil.

Život jako celek

Rodinný život, děti

Profese, rodina, děti, zážitky, vzpomínky, spíše ty pozitivní

Věci, na které byl pacient zvyklý

Nejvíce mě zajímá, jaký měl život, jakou měl práci, zda měl spokojený život, jestli žil s manželkou nebo žil sám. Také jeho neřesti: kouření, alkohol. Kde bydlel? Jestli měl domácí zvířátka. Jestli má děti, Jak se k němu chovají jeho děti? Navštěvují ho? Navštěvuje ho vůbec někdo?

Jeho život, rodina, děti, kde pracoval

Nezajímám se

Záleží na tom, co potřebuji zjistit. Většinou rodina, bydlení...

Vše, co mi pomůže bojovat s jeho onemocněním, stresem, smutkem...

Mládí, životní problémy, děti,...

Rodina, záliby, zaměstnání.....

Každý má svůj příběh a každý byl pro mne velkým přínosem a možností nemocného pochopit a podle toho se i k němu chovat. A téměř každý člověk potřebuje v určitých momentech mít vedle sebe někoho, kdo ho nejen vyslechne, ale i pochopí, uklidní, pohladí, posedí u něho až do posledního dechu

Životní cesta, která vedla až k nám a získání nemoci.....

Nevím

Vztahy v rodině, zjištění nemoci, reakce na ni jeho i jeho okolí

Jaký měl život.

Jeho rodina, vztahy v ní i jeho práce.

Vše, co lze, v rámci možností pacienta, ale jen do té míry, aby to nemocného neobtěžovalo nebo se ho to nedotklo, abychom tak mohli ze všech stran kompletně pomoci nemocnému

Pracovní profese, vzdělání, rodina, sociální zázemí

Nechám pacienta mluvit, on se postupně svěří s celým průběhem jeho života, nekladu v úvodu cílené otázky, nechám na něm, o čem chce mluvit. Každý životní příběh je jedinečný a něčím zajímavý a poučný. Pak se snadněji pochopí jeho chování a jednání.

Životní zkušenosti

Nezajímá mě

Zkušenosti

Nevím (2x)

Jak a kde pracoval, čemu se věnoval, poznám blíže rodinu, co v životě zažil, na co vzpomíná
Povolání, rodinné zázemí

Jak žil, zda dosáhl všeho, co chtěl.

Rodinná minulost, vztahy v rodině

Nic (2x)

Zaměstnání, rodina, děti

Nezajímám se.

Aktuální stav - (3x)

Zajímám se o přítomnost, aktuální stav pacienta

Jeho rodina, povolání, zajímavý příběh

Životní příběh

Jaké měl zaměstnání

Životní prožitky, osobní zkušenosti, rodinné vztahy

Je to individuální

Baví mě člověku naslouchat

Vztahy

Zázemí rodiny

Chování

Osud člověka

Zajímavé příběhy

Nezajímá

Rodinné vztahy, momentální situace v rodině

Minulost, co prožil špatného a co hezkého

Zaměstnání, kouření, alkohol

Dětství

Odkud pochází, rodina, dřívější zaměstnání

Ovlivnění jeho psychiky a tělesného stavu

Jak žil, co má rád

Děti, sociální status

Rodinní příslušníci

Jak přišel ke svému onemocnění

Rodina

Rodinná anamnéza u rodičů dětí

Jaký život měl. Kde pracoval. Rodinné vztahy. Životní zkušenosti.

Odkud pochází, dětství, práce, co dělali, jaké mají záliby

Historiky a pěkné zážitky a doba ve které vyrůstali, zaměstnání...

Celkové život, profese, rodina

Život

Práce, rodina

Jak kdy, někdy důvod onemocnění a někdy to, jak ho nemoc změnila.

Všechno, dětství, mládí, partnerský vztah, děti....záliby, zkušenosti, jak vnímali svět kolem sebe, jak ho vnímají teď...čeho chtěli v životě dosáhnout,co z toho se jim podařilo...

**PŘÍLOHA P III: VOLNÉ ODPOVĚDI NA OTÁZKU DOTAZNÍKU Č. 20
– MYSLÍTE SI, ŽE VÁS PRÁCE S UMÍRAJÍCÍMI ZMĚNILA? ANO –
JAK?**

Naučila jsem se o smrti přemýšlet a pochopila její význam

Jiný pohled na ostatní pacienty, nemoc jako takovou

Více si vážím života, umírající by neměl umírat sám

Vážím si každého okamžiku v životě, i negativního.

Více si uvědomuji smrtelnost, více si vážím života

Víc přemýšlím o umírání, o smrti, větší úcta, respekt

Přihlížím na smrt jinak, vážím si víc života

Soucit, každý člověk si jej zaslouží .Úcta člověka

Více vnímám životní milníky, větší úcta k člověku

Více si vážím života a toho, že mám zdravou rodinu.

Více si vážím, že mám své blízké ve svém životě

Beru smrt jako součást života a ne prohru....

Vážím si více svých prarodičů a času s nimi!

Více přemýšlím o smrti - konečné fázi života

Dovedu si více vážit zdraví, blízkých lidí

Opravdové uvědomění smrti, vážím si života

V pohledu na život, umět žít teď a tady

Sama se smíruji s vlastní smrtelností

Jsem vnímavější k potřebám druhých

Jsem psychicky vyrovnanější se smrtí

Pochopila jsem nevyhnutelnost smrti

Více si vážím zdraví zdraví, života

Přemýšlím nad důležitostmi života

Jsem citlivější k žijícím lidem

Nedá se to popsat dvěma slovy

Vnímám teď jinak stáří a smrt

Beru smrt jako součást života

Více si vážím lidí a života

Citlivost' voči iným ľuďom

Uvedomění normálních věcí

Více empatie, váha života

Více přemýšlím o životě

Větší respekt k životu

Dívám se na smrt jinak

Více přemýšlím o smrti

Vzdala jsem se ideálů

Mám v sobě více pokory

Neumím vyjádřit slovy

Více si vážím života (3x)

Změnila jsem postoje

Víc si vážím zdraví

Jsem pokornější (2x)

Jsem unavená

Jiný pohled

Empatie

Nevím

nwm -