

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**Spolupráce sestry s rodinnými příslušníky klientů
hospitalizovaných na interně zaměřeném oddělení**

Bakalářská práce

Vedoucí:

Mgr. Hana Sloupová Bürgerová

Autor:

Veronika Jílková

2007

Abstract

Medical workers, patients and family members are three groups, which often meet in demanding and critical situations, which they tend to experience in different ways. That is why the information leak may occur and also the basic conditions are not met (and this applies not only to clients, but also to specialists). Nurses should be opened to communication with family members and regularly offer them the exchange of informations. If the family comes with new ideas, we should be able to find a way to transform them into our profession. We should be able to counsel the family on where to get help or additional informations, or coordinate them. The cooperation between medical workers and family members creates the sanctuary of peace, where the patient and his family feel much better than they used to in the times, when professionals used to be too much authoritative.

The subject of my bachelors work is the cooperation between nurses, family members and clients hospitalized on the ward of internal medicine. The aim is to find out, how nurses perceive the family members of the clients hospitalized on the ward of internal medicine. Find out which problems represent the greatest struggle for nurses, who have to deal with family members of hospitalized client. Find out, whether the family members are satisfied with nursing staff on the ward of internal medicine. The vital informations were collected using the method of answering sheets, which were filled in by the nurses working on the ward of internal medicine and by the relatives of hospitalized clients on the ward of internal medicine of the České Budějovice Hospital.

Hypothesis No. 1: “The Hypothesis that the nurses in the internal department perceive the presence of the hospitalized patients’ family members positively” was confirmed. Hypothesis No. 2: “The Hypothesis that the nurses are lacking the understanding of given information in the communication with the hospitalized patients’ family members” was not confirmed. Hypothesis No. 3: “The Hypothesis that the hospitalized patients’ family members are satisfied with cooperation with the attending personnel in the internal department” was confirmed.

I hope, that the findings made by me, will help widen the space for cooperation between nurses and family members of our patients, help realize better exchange of informations between families and nurses, which will lead to better treatment for our patients.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

Datum:

.....

Podpis studenta

Touto cestou bych chtěla poděkovat paní Mgr. Haně Sloupové Bürgerové, za trpělivost při odborném vedení mé bakalářské práce a cenné rady, které jsem využila při jejím zpracování.

Obsah

Úvod.....	3
1. Současný stav.....	5
1.1 Historie rodiny a ošetrovatelské péče.....	5
1.1.1 Česká rodina v současnosti a její krize.....	7
1.2 Klient a nemoc.....	8
1.2.1 Zvládání nemoci.....	10
1.3 Funkce rodiny.....	10
1.4 Nemoc a rodina.....	11
1.5 Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu.....	13
1.5.1 Ošetrovatelská péče z hlediska uspokojování potřeb.....	15
1.6 Vliv rodiny na nemocného klienta.....	16
1.6.1 Akutní onemocnění a vliv rodiny na klienta.....	17
1.6.2 Chronická onemocnění a vliv rodiny na klienta.....	17
1.6.3 Nevyléčitelná onemocnění a vliv rodiny na klienta.....	18
1.6.4 Psychické a psychiatrické onemocnění a vliv rodiny na klienta...	18
1.7 Spolupráce sestry s rodinou klienta a její význam.....	19
1.8 Komunikace s rodinným příslušníkem.....	20
2. Cíl práce a hypotézy.....	23
2.1 Cíl práce.....	23
2.2 Hypotézy.....	23
3. Metodika.....	24
3.1 Použitá metoda.....	24
3.2 Charakteristika zkoumaného vzorku.....	24
4. Výsledky.....	25
4.1 Dotazník pro sestry.....	25
4.2 Dotazník pro rodinné příslušníky.....	34
5. Diskuze.....	45
6. Závěr.....	51

7. Seznam použitých zdrojů.....	53
8. Klíčová slova.....	56
9. Přílohy.....	57

Úvod

Rodina odedávna a především existuje proto, aby lidé mohli náležitě pečovat o své děti. Kromě toho, že je rodina biologicky významná pro udržení lidstva, je také základní jednotkou každé lidské společnosti. Reprodukují člověka nejen jako živočicha, zprostředkují mu vrůstání do jeho kultury a společnosti. Rodina kromě toho propojuje generace, vytváří mezi nimi kontinuitu a pouta solidarity.

Rodina je prvním a dosti závazným modelem společnosti, s jakým se dítě setkává. Předurčuje jeho osobní vývoj, vztahy k jiným skupinám lidí. Rodina dítě orientuje na určité hodnoty, vystavuje ho určitým konfliktům, poskytuje mu určitý typ podpory. Tímto způsobem dítěti předává sociální dovednosti, bez kterých se v dospělosti neobejde (17).

Rodina je sociální skupinou, ve které se promítají všechny zápasy, prohry i vítězství spojená s péčí o zdraví, jeho podporou a záchranou. Moderní sociologické pojetí chápe rodinu jako společenskou instituci, jejíž základ tvoří tzv. nukleární rodina, čímž je chápána bezprostřední skupina otce, matky a dětí žijících pospolu.

V dřívější době bylo zvykem pečovat v rodině o ty jedince, kteří ztratili schopnost se o sebe postarat ve zdraví i v nemoci. Během historického vývoje se rodina jako centrum péče o své nemocné členy dostala do pozadí. Mohutný rozvoj výroby v 19. století, jako přímý důsledek průmyslové revoluce, provázený také rychlými sociálními změnami, si pochopitelně vynutil, aby některé z funkcí, jež tradičně plnila rodina, byly převzaty společností. Rodina a nemocnice si jakoby v tomto směru vyměnily své role. Avšak zkušenosti z řady vyspělých zemí ukazují, že úlohu rodiny v péči o své nemocné a postižené členy nemůže nahradit žádná zdravotnická instituce, naopak význam rodiny je nezastupitelný.

Ochota rodinných příslušníků pečovat o své nemocné členy se nesnižuje i přes měnící se sociální strukturu rodiny, ale měnící se podmínky mění charakter a možnosti rodin v poskytování péče. V našich podmínkách měla a stále má rodinná péče relativně malou podporu státu, její ekonomická hodnota byla a je podceněna pečujícími členové

nebyli a ještě nejsou morálně doceněni. Tento stav je nadále neudržitelný a je nutné zrovnoprávnit rodinu jako partnera státní a soukromé péče.

V minulém období byl často nedoceňován vliv rodinných příslušníků a přátel na nemocného, vazby nemocného na rodinu a pracoviště, a tím bylo omezováno jejich možné pozitivní působení na léčbu. Častým argumentem zdravotnických pracovníků proti návštěvám pacientů bylo porušování hygienických předpisů.

Zdravotníci, pacienti a rodinní příslušníci - tyto tři skupiny se setkávají často společně v krizové, či náročné situaci, kterou navíc prožívají odlišně. Proto při ní může docházet k nechtěnému úniku informací, následně k nesplněnému naplňování základních potřeb (a to nejen klientů, ale i odborníků). Sestry by měly být otevřeny ke komunikaci s rodinou, pravidelně jim nabízet výměnu informací. Přichází - li rodina s novými podněty, měli bychom umět najít cestu k jejich využití. Měli bychom vědět a umět rodině poradit, kde najít pomoc či podrobnější informace, případně ji jemně usměrňovat.

Často se stává, že členové rodiny nenacházejí dostatek odvahy k dotazům a k předávání informací. Možná je ani nenapadne, že to jde a je to dokonce i žádoucí. Spolupráce zdravotníků s rodinou vytváří bezpečné prostředí, v němž se nemocný i rodina cítí podstatně lépe než v někdejší ovzduší autoritativního přístupu profesionálů ve zdravotnictví.

Téma bakalářské práce s názvem „Spolupráce sestry s rodinnými příslušníky klientů hospitalizovaných na interně zaměřeném oddělení“ jsem si vybrala proto, že si myslím, že je spolupráce zdravotních sester s rodinou pacienta i jeho blízkými přáteli velice důležitá a často nenahraditelná. V dnešní době je spolupráce a komunikace s rodinou mnohdy opomíjená z časových nebo personálních důvodů. Pokud dojde ke správnému a žádoucímu zapojení rodiny do ošetrovatelského procesu, má účast rodiny pozitivní vliv na léčbu nemocného a je mu hlavně psychickou oporou.

Doufám, že mé zjištěné poznatky otevřou a obohatí prostor pro spolupráci sester s rodinnými příslušníky klientů. Umožní kvalitní výměnu informací mezi rodinou a sestrami a které povedou k zlepšení péče o nemocné.

1. Současný stav

1.1 Historie rodiny a ošetrovatelské péče

Od starověku do současnosti bylo provedeno mnoho pokusů o přesunutí rodičovské péče na jiné osoby, skupiny ba i na státem zřízené instituce. Tyto pokusy se nikdy v širším měřítku neujaly. Model rodiny tvořené rodiči, jejich dětmi, případně prarodiči vykazuje neobyčejnou stabilitu ve všech epochách vývoje lidstva a ve všech známých současných společnostech. Prakticky neexistuje žádný typ společnosti, který by se neopíral o rodinu jako o svůj základní článek (17).

Utváření rodiny k zajištění péče o potomstvo není jen výsadou člověka. Rodinu v biologickém smyslu tvoří skupina jedinců téhož druhu pokrevně spřízněných, sdružených k zachování své existence a umožnění další reprodukce. V tomto smyslu může být rodinou smečka či tlupa. V přírodě širší společenství umožňuje snazší přežití, proto je tlupa patrně i rodinným typem na počátku vývoje člověka (7).

Velký vliv na rodiny měl rozvoj náboženství. Víra jim v těžkých chvílích pomáhala přežít. Jelikož lidé ještě nechápali příčiny nemocí, vycházela léčebná praxe z přesvědčení, že kouzla a čáry mohou zabránit vzniku nemocí (22). Náboženství určovalo také postoj člověka ke zdraví, zasévalo, prohlubovalo a upevňovalo víru v boha. Proto i nemoc přijímal člověk pokorně jako danou věc od boha. V nemoci poskytovali lidem pomoc vycvičení holiči, lázeňští, porodní báby, různí kořenáři, mastičkáři, potulní lidoví chirurgové i další osoby. Samouky v lékařství se stávali kněží a mniši, kteří uměli číst a psát a využívali tyto dovednosti ke studiu lékařských spisů. Tehdejší úroveň poznání provázelo stále větší měrou narůstající šarlatánství. Nepatrný počet vzdělaných lékařů a ranhojičů však nepostačoval k jeho potlačení (11).

Neprofesionální ošetrovatelství je historicky nejdelším obdobím. Člověk je obdařen svobodnou vůlí, která ho odnepaměti podněcovala k tomu, aby pomáhal sobě i ostatním. Už v nejstarších dobách měl člověk vnitřní potřebu starat se o sebe, o své zdraví a zdraví svých blízkých. Touha udržet si zdraví souvisela s přežitím jedince, rodiny i sociální skupiny. Dominující postavení v ošetrovatelské péči zaujímal ženy. Vědomosti a zkušenosti si předávaly z pokolení na pokolení. Na léčení používaly

přírodní zdroje, přičemž nemocné ošetřovaly v jejich domácnostech. Tento způsob ošetřování a pečování přetrvával i v českých zemích až do příchodu křesťanství a v určitých podobách existuje dodnes (4).

Křesťanství se na naše území dostalo z říše byzantské. Jeho představiteli byli mniši a kněží. Opatrovnictví se stalo součástí lidového léčitelství. Postupně vznikaly středověké špitály, které byly zpravidla spojeny s kaplí, kostelem či klášterem a nesly s nimi shodný název. Moc držela v rukou církev. Kristovo učení zavádí členky církevních řádů za nemocnými do domů, aby je opatrovaly. Po vydání dekretu koncilem tridentským r. 1545 bylo zamezeno provozování návštěvního opatrovnictví a stanoveno každému ženskému spolku působení v klášteře (11).

Na začátku 19. století klesá úmrtnost v souvislosti s rozvojem lékařství a osvojování si hygienických zásad. Zřetelný je v této době rozvoj nemocnic, začíná se uplatňovat všeobecná zdravotní péče. S rozvojem společnosti dochází k výrazným změnám v celém zdravotnictví. Nahrazuje se systém dobročinného zajištění služeb pro chudší vrstvy. Odborný profil zdravotní sestry dostává nové obrysy. Mimořádným podnětem k vybudování organizované ošetrovatelské péče se staly války a hrůzné situace na bitevních polích. Odborná příprava zdravotních sester, nahrazující úsilí řádové péče, se stala základem pro povolání bez něhož si existenci nejen nemocnic, ale i celého systému zdravotní péče nelze představit (27).

V první polovině 19. století se rodině začala intenzivně věnovat sociologie. Studovala rodinu a její vztah ke společenské mobilitě, zkoumala podobu rodin v jednotlivých společenských vrstvách, popisovala reakce rodin na měnící se podmínky lidského života, zkoumala vliv rodiny na sociálně patologické jevy. Po druhé světové válce se v sociologii rodiny dostal do popředí problém zániku tradiční nukleární rodiny, rodinných sítí a změněných rolí mužů a žen v moderní rodině.

Moderní doba lidi osvobodila od starých vazeb na společenskou třídu i na místní komunitu. Lidé už nejsou podřízeni vrchnosti ani církvi. Rodina se stala místem uspokojování citových potřeb, přerozdělování ekonomických hodnot, konzumace a rekreace. V nové době se rodina stává útočištěm před veřejným světem (17).

1.1.1 Česká rodina v současnosti a její krize

Rodina 21. století je poznamenána čtyřmi základními skutečnostmi. První je snížení stability manželských vztahů, z toho vyplývá i úbytek dětí v rodině. Vícegenerační soužití bývá spíše vzácností. Dále se to týká snížení úmrtnosti a prodloužení délky života. Spolu s nimi působí řada faktorů – kvalifikace a růst vzdělání, vzestup zaměstnanosti žen, urbanizace a další (18).

Současný výzkum jednoznačně potvrzuje, že lidé udržují vztahy se všemi příbuznými a svá rozhodnutí konají s ohledem na rozvětvenou rodinu. Typická prostorová rozptýlenost širší rodiny je limitujícím, nebo přinejmenším komplikujícím faktorem v poskytování pomoci a péče jejím nemocným a starým členům. V tomto směru existují v jednotlivých evropských zemích značné rozdíly, odpovídající tradicím rodinného života, podmínkám bydlení a vytvořenému životnímu stylu v dané zemi. Vedle jednotlivců přibývá další typ rodiny – neúplná, kdy je zpravidla po rozvodu v čele rodiny jeden z rodičů. Přitom stále častěji dochází k „obměně“ některého z rodičů, který po rozvodu nebo ovdovění vstupuje do nového manželství (17).

V posledních letech přibývá mezi mladými lidmi odmítání manželství a vytváření partnerských svazků bez uzavření sňatku. Odpovídá to pojetí méně závazných partnerských vztahů, se snazší „výměnou“ partnerů, ale i zvýšení rizika pro ženy – matky a zvláště pro děti a jejich výchovu (24).

K zeslabení role rodiny přispívá také pokles počtu dětí v rodinách. Péče o více dětí vedla rodiče dříve nepochybně k větší odpovědnosti, vytvářela větší potřebu obou rodičů než u dnešní rodiny s jedním nebo dvěma dětmi. Děti, zájem a odpovědnost za ně se dostaly v kategorii životních hodnot většiny lidí až za faktory osobního rozvoje - úspěšnosti, kariéry a hmotného postavení. Někdy se děti staly až přítěží nebo brzdou při individuální seberealizaci manželů (8).

Dalším faktorem, který přispívá k vytváření stále menší rodiny je rozpad vícegeneračního soužití. Tendence odděleného života jednotlivých generací stále sílí. Na jedné straně se tím více respektují diferencované životní zájmy a potřeby lidí různých věkových generací, na straně druhé se tím přetrhávají nutné sociální vazby. Mladí lidé odcházejí z rodin svých rodičů často ještě v době studia a přípravy

k povolání, zařizují si život podle svého a jen zřídka se do své orientační rodiny vrací i po životních haváriích. Generace prarodičů žije stále častěji samostatně, ale v osamocení.

Rodina v dřívějším pojetí se tak zmenšuje nejen počtem svých členů, ale ještě více počtem a intenzitou vzájemných vztahů a vazeb mezi jejími členy. Závažnost rozkladu rodiny nespočívá v tom, že přibývá domácností jednotlivců, ale ve skutečnosti, že přibývá jednotlivců skutečně osamělých, zbavených životního a citového zázemí nebo přímo opory v době životních krizí

Tendence vývoje rodiny jsou dosti chmurné, nikoli však beznadějně. Při celkové krizi rodiny přežívají úspěšně nebo alespoň únosně tuto životní etapu života manželství, která jsou pak nadějí pro život dalších generací (18).

1.2 Klient a nemoc

Nemoc je objektivně zjistitelná porucha zdraví, která bývá vnímána nemocnou osobou a stává se předmětem zdravotnických služeb. Podle časového průběhu rozeznáváme počáteční období prepatogeneze, časnou patogenezi, rozvinutou patogenezi a ukončení nemoci vyléčením nebo přechodem do chronické fáze nebo smrti (26).

Člověk je nemocný, pokud se necítí v tělesné, duševní a sociální pohodě. Zdraví člověka je jev, který se vztahuje nikoliv na samostatně existující individuum, nýbrž na individuum neoddelitelně spjaté se sociálním prostředím. Nejen jednotlivé faktory životního prostředí (biologické či sociální), ale především jejich vzájemná interakce s lidským organismem a způsobem života člověka zapříčiňující nemoci nebo přispívají k jejich rozvoji (23).

Každé onemocnění působí na člověka více či méně nepříznivě a ovlivňuje jeho chování a reakce, emoční projevy, případně i některé rysy osobnosti. Průběh nemoci je často silně ovlivněn stavem nemocného, jeho náladou, obavami i nadějí, znalostmi a neznalostmi průběhu choroby, uvědomováním si možných následků. Vliv na průběh

nemoci mají i osobnostní charakteristiky nemocného, působení jeho rodiny, pracoviště, ale i působení zdravotnických pracovníků a spolupacientů (1).

Aby sestra nemocnému dobře porozuměla a mohla ho správně ošetřovat, potřebuje ho vidět jako celého člověka, jako organismus a zároveň jako osobnost s psychickými vlastnostmi i jako člena společnosti. Základem ošetřovatelství je péče o celého člověka tím, že jsou brány v úvahu všechny jeho tělesné, sociální, emocionální, intelektuální a duchovní součásti. Pokud se komplexně nedbá o biologickou, společenskou i psychickou stránku nemocného, narušuje to jeho vztah k lékařům, sestřám a k ostatnímu zdravotnickému personálu. Klient může mít dojem, že se s ním zachází jako s „diagnózou“, bez ohledu na to, co ho trápí, co by si přál, zda je se svými starostmi opuštěný a bezbranný. Nemocný pak upadá do deprese, je agresivní ke zdravotnickým pracovníkům i k spolupacientům, ztěžuje a prodlužuje léčení a zhoršuje práci všech, kteří se podílejí na jeho uzdravení. Nemocného je třeba chápat jako osobnost s určitými psychickými vlastnostmi a sociálními rolami. Pokud se takto nahlíží na klienta, odpovídá to lidskému, humánnímu vztahu člověka k člověku a profesionální etice lékařů, sester i všech ostatních pracovníků (1, 16).

Klient je označován jako jedinec nacházející se ve zvláštní situaci, neboť mu nemoc brání vykonávat společenské funkce, jež za normálních okolností plnil a dostává se do nové sociální role nemocného. Choroba může ohrozit nebo narušit uspokojování potřeb všech vrstev a typů fyziologických, psychických a sociálních. V krajních situacích ohrožuje sám život nemocného. Klient je soustředěn na své onemocnění a je zproštěn běžných společenských závazků. K povinnostem nemocného patří, aby vyhledal kompetentní pomoc lékaře a při svém léčení s terapeutem spolupracoval. Je samozřejmé, že sociální role nemocného se liší v jednotlivých případech. Hlavními příčinami jejich modifikací je charakter a průběh onemocnění a odlišnosti v sociální situaci nemocného. Kromě těchto objektivních faktorů hraje podstatnou úlohu psychika, prožitky bolesti, strach z bolestivých diagnostických a léčebných výkonů, ze smrti, pocity obav, nejistoty z vývoje nemoci, z rodinného zázemí, ekonomického zajištění atd. Zajištění základních potřeb nemocného jak biologických tak psychologických a sociálních je právě úkolem sestry (2).

1.2.1 Zvládání nemoci

Každý člověk prožívá nemoc zcela odlišně podle individuálních rysů své osobnosti i podle situace, v jaké se právě nachází. Jakékoliv somatické onemocnění nezpůsobuje jen tělesné potíže, ale ovlivňuje i psychiku, uvažování, aktuální prožívání a následné chování nemocného. Zátěž, kterou představuje závažné onemocnění, je nutno zpracovat. Probíhá ve čtyřech fázích, které jsou individuální a mají specifický průběh a délku trvání (16).

Ve fázi, kdy pacient řeší svůj zdravotní problém bylo diagnostikováno několik etap zvládání nemoci podle zjištění Shontze (1975). Fáze šoku nastává u mnoha pacientů, kteří se dozvídají, že mají vážné onemocnění či úraz. Tento stav je charakterizován jako ustrnutí. Z psychologického hlediska jde o momentální odpoutání od reality.

Fáze psychického návratu do skutečnosti. Nemocný má do určité míry neuspořádané myšlení, jeho emoce jsou negativní, vyskytují se u něho obavy, strach, žal, pocit bezmocnosti.

Fáze vědomého úniku do mentálního osamění neboli stažení se ze hry. Tento vědomý únik umožňuje nemocnému reorientaci, změnu pohledu na jeho danou situaci a příležitost k vypracování plánu dalšího postupu, který je poslední fází procesu boje s nemocí (13).

1.3 Funkce rodiny

Obecně jsou uznávány čtyři základní funkce rodiny. Jsou to funkce reprodukční, materiální, výchovné a emocionální.

Reprodukční funkce rodiny byla a je jedním z nejobvyklejších a nejpříjemnějších důvodů pro existenci rodiny. Je třeba si uvědomit, že rodina ztrácí svou nezastupitelnou úlohu v procesu reprodukce vlivem rozvoje genetiky a technického rozvoje v oblasti medicíny vůbec.

Materiální funkce byla v minulosti významnější než je nyní. Slabší členové rodiny a děti byli odkázáni na materiální pomoc produktivních členů rodiny. Obecně lze

řící, že v případě nefunkčnosti rodiny v oblasti materiálního zabezpečení funguje ve společnosti poměrně dobře propracovaný systém sociálních podpor. V této části je již rodina jako systém zastupitelná společností jako celkem.

Výchovná funkce rodiny je prostředím, které poskytuje dětem základní orientaci v okolním světě a poskytuje mu vše potřebné pro plynulé zařazení do společnosti. Specifická dynamika probíhající v rodině tvoří zcela jedinečné prostředí pro formování postojů ke světu, blízkému okolí a sobě samému. Vytváří hodnotové orientace, tvoří základ pro formování vlastního Já a koncepci vlastního života.

Emocionální funkci je nutné považovat za zcela nezastupitelnou. Tato funkce určuje význam rodiny a tvoří nutný mezičlánek mezi společností jako celkem a jedincem. Emocionální funkce rodiny není vázána na věk členů rodiny. Potřeba zázemí, přijímání podpory a pomoci, potřeba klidu a uvolnění, sdílení zážitků, společná historie, potřeba důvěrnosti, společných perspektiv a plánů, je nutná pro všechny věkové kategorie. To vše rodina poskytuje (28).

Hospitalizovanému klientovi je v nemocnici poskytována kvalitní ošetrovatelská péče, která se snaží o uspokojení základních biologických a psycho - sociálních potřeb. Sestra v první řadě zajišťuje péči o základní biologické potřeby (pečuje o výživu, vyprazdňování klienta, tlumí jeho bolest, sleduje jeho zdravotní stav) a snaží se nemocného psychicky podporovat. Při sebekvalitnější péči však plně nenahradí potřeby sociálního kontaktu s rodinou nemocného a jeho blízkými. Je nutné, aby sestra byla nakloněna ke spolupráci s nejbližšími klienti. Jak bylo již výše uvedeno, funkce rodiny je nezastupitelná a je právě úkolem sestry zapojit rodinné příslušníky do péče o klienta a umožnit jim dle možností co nejčastější kontakt s nemocným (2, 21).

1.4 Nemoc a rodina

Onemocnění jedince nepostihuje pouze tuto osobu, ale ovlivňuje i celou rodinu. Záleží na tom, který člen rodiny onemocní a jak závažné je jeho onemocnění, záleží na délce a trvání nemoci.

V současné době se v souvislosti s nemocí člena rodiny hovoří často o „nemocné rodině“. Ti, kteří jsou nemocnému nejbližší, mají vědět o jeho možnostech i omezeních. Mají-li být doporučení léčebného postupu účinná, musí se stát také součástí rodinných pravidel. Každá rodina s nemocným příslušníkem by měla akceptovat a uplatňovat všechna opatření i podmínky pro posílení zdravého způsobu života ve svém okruhu. Tím lze účinně předcházet nebezpečí podceňování zdravotního stavu a docílovat i prevence psychologicky podmiňované invalidizace. Schopnost vyrovnávat se s chorobným procesem je rozdílná jak u pacienta, tak i u jeho vlastní rodiny, a to ve vazbě na okolnosti, za jakých došlo k vlastnímu onemocnění.

Každé postižení rodiny nemocí představuje celou řadu otázek, které musí být důkladně analyzovány, s nutností co nejoptimálnějšího řešení. Rodina při kontaktu s vážnou chorobou nebo jiným těžkým zdravotním postižením, obvykle není na tuto skutečnost připravena. Musí se proto s touto neobvyklou situací nejdříve seznamovat, hledat varianty řešení nastávajících problémů a připravit se na kontakt a potřebnou kvalitu přijetí i zařazení postiženého do svého prostředí.

V případech hospitalizace jsou styky nemocného s rodinou neceně přerušeny na určité časové období, jehož délku podmiňuje stupeň závažnosti chorobného procesu. Psychické vazby však přetrvávají nadále (2).

Člověk je tvor společenský, a tak jako izolovaně nežije, izolovaně ani nestůně a neumírá. Nemocný většinou stojí o návštěvy a potřebuje je. Ne ale vždy a ne všechny. Měl by mít právo návštěvy si sám usměrňovat a my bychom ho v tom měli plně respektovat. Nejsilnější vazby jsou obvykle s rodinou, ale nejen s ní.

Především je třeba si uvědomit, že uvedenými fázemi neprochází jen pacient, ale i jeho nejbližší. Ti trpí spolu s ním a navíc se od nich očekává někdy až nadlidský výkon. Proto musí být někde rozumná hranice. V něčem je rodina nemocného nezastupitelná, ale v něčem zastupitelná je. Rodina musí mít možnost si odpočinout a nabrat dech. Už to samo o sobě je dostatečným důvodem k tomu, aby se do doprovázení nemocných zapojilo i širší okolí nemocného. Někdy i zdánlivé drobnosti, jako je obstarání nákupu, pohlídnání dětí, odvoz autem nebo jenom pobyt s nemocným, mohou být velikou pomocí (20).

Reakce na nemoc závisí i na chování nejbližších lidí, na tom, jakým způsobem budou tuto změnu akceptovat a co pro ně bude znamenat. Sociální reakce jsou obecně nejvíce ovlivněny viditelnými projevy, to znamená změnou zevnějšku (například nápadným zhubnutím, ztrátou vlasů, amputací končetiny apod.) nebo změnou kompetencí, především těch, které nějak ovlivňují soběstačnost nemocného. Sociálně významná je ztráta schopnosti verbálně komunikovat, ztráta samostatné lokomoce, inkontinence apod. (10).

Pro dřívější dobu byl z hlediska zásad ochranného léčebného režimu charakteristický názor, že nemocný potřebuje během nemocničního léčení především klid a zejména profesionální zdravotnickou péči. Proto byla možnost kontaktu rodinných příslušníků a přátel s pacientem limitována určitou, zpravidla jednotně vymezenou návštěvní dobou. Analýzou poznatků, vztahující se k tomuto systému se zjistilo, že tento „kasárenský“ způsob péče není vhodný a v současné době stále více zdravotnických lůžkových zařízení umožňuje kontinuální nebo denní návštěvy pacientů.

Kontakt pacienta (face to face) s rodinnými příslušníky formou návštěv by neměl být přerušen především při dlouhodobějších onemocněních s upoutáním na lůžko, neboť je přirozeným pokračováním osobních vztahů a pro psychický stav nemocného velmi potřebný. Nemocného kromě rodiny ovlivňují ještě i ostatní faktory a instituce, jako jsou přátelé, pracoviště, škola apod., které spoluutvářejí model chování pacienta, který je tak důležitý v jeho reakci na chorobu (2).

1.5 Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu

Potřeba je projevem nějakého nedostatku, chybění něčeho, jehož odstranění je žádoucí. Je něčím, co lidská bytost nutně potřebuje pro svůj život a vývoj. Prožívání nedostatku ovlivňuje veškerou psychickou činnost člověka: pozornost, myšlení, emoce, volní procesy, a tím zcela zásadně vytváří vzorec chování jednotlivce.

Potřeby je možné uspokojovat různým způsobem - žádoucím nebo nežádoucím. Za žádoucí považujeme ty, které neškodí nám, ani jiným, jsou ve shodě se sociálně – kulturními hodnotami a jsou uspokojovány v mezích zákona. Naopak nežádoucí

způsoby jsou ty, které škodí dané osobě nebo jiným a nejsou ve shodě s jejich sociálně – kulturními hodnotami nebo přesahují meze zákona (23).

Při péči o nemocného, je třeba zapojit jeho rodinné příslušníky a blízké do ošetrovatelského procesu. Sestra by jim měla vysvětlit, jak jejich blízkého ošetřovat, seznámit rodinu s léčebným režimem a odpovídat na jejich případné dotazy týkající se ošetrovatelské péče.

Při ošetrovatelské péči o klienta je nutné uspokojovat všechny potřeby podle Maslowovy hierarchie, protože pokud nedojde k uspokojení základních biologických potřeb, je velmi těžké uspokojit potřeby vyšší. Model hierarchie potřeb člověka zahrnuje fyziologické a psychologické potřeby, které hodnotí podle jejich významu pro jeho existenci. Podle Maslowa je třeba uspokojit potřeby na jedné úrovni dříve, než se začnou uspokojovat potřeby na následujících úrovních. Fyziologické potřeby je tedy nutné uspokojit dříve než potřeby bezpečí. Maslowova pyramida potřeb pomáhá sestře snáze se v nich orientovat, a tak zaměřit pozornost a péči na základní potřeby (4).

Člověk je bytost s potřebami a dosahuje zřídka stavu plnějšiho uspokojení, vyjma krátké doby. Jakmile je jedna potřeba uspokojena, staví se na její místo druhá. Lidské potřeby jsou organizovány v hierarchickém systému podle své naléhavosti (23).

Základní nižší potřeby první úrovně jsou potřeby fyziologické. Jedná se o potřeby nezbytné k zachování života. Patří sem potřeba spánku, odpočinku, vzduchu, obydlí. Po uspokojení základních potřeb se člověk zaměří na druhý stupeň, na uspokojení potřeb bezpečí a jistoty (21).

Do vyšších potřeb se řadí potřeby sounáležitosti a lásky, potřeby uznání, ocenění a sebeúcty, potřeby seberealizace a sebeaktualizace.

Potřeba lásky a sounáležitosti je někdy také nazývána jako potřeba afiliační, je to potřeba milovat a být milován, potřeba být sociálně integrován.

Potřeba uznání, ocenění, sebeúcty jsou spojené potřeby. První vyjadřuje důvěru v okolním světě, nezávislost na mínění druhých. Druhá vyjadřuje touhu po respektu druhých lidí, prestiže uvnitř sociální skupiny.

Potřeba seberealizace, sebeaktualizace vystupuje jako tendence realizovat své schopnosti a záměry, člověk chce být tím, kým podle svého uvážení může být (23).

1.5.1 Ošetrovatelská péče z hlediska uspokojování potřeb

Snaha léčebné i ošetrovatelské péče musí být zaměřena na naplnění všech primárních i sekundárních potřeb v plném rozsahu tak, jak je nemocný člověk prezentuje a je schopen akceptovat.

Hlavním cílem kvalitní ošetrovatelské péče je uspokojení potřeb bezpečí a jistoty a nezávislosti nemocného. Dalším velice důležitým cílem je snaha o podporu terapeutických procesů, při nichž by měl nemocný aktivně spolupracovat. Pro dosažení těchto cílů je dobré požádat o spolupráci a podporu rodinu nemocného.

Uspokojování biologických potřeb je zaměřeno především na péči o tělo, příjem potravy a tekutin, vyprazdňování močení a defekace, spánek a odpočinek, komfort a pohodlí. Uspokojování biologických potřeb zajišťuje především sestra. Při uspokojování psychických a sociálních potřeb je nutné zapojit do ošetrovatelského procesu rodinné příslušníky klienta a další podpůrné osoby.

Uspokojení psychických potřeb je zaměřeno především na oblasti odstranění a zmírňování bolesti, předcházení a zmírňování úzkosti a zabraňovat ztrátě sebeúcty.

Uspokojování sociálních potřeb je zaměřené na zmírnění sociální izolace účinnou komunikací s pacientem a zajištění sociálních kontaktů s rodinnými příslušníky. Zvláště významné jsou kontakty rodičů s jejich dětmi a důležité je i vytvoření pozitivní atmosféry, lidského kontaktu, zvláště u osob pokročilého věku. Uspokojování kulturních potřeb je zaměřeno na umožnění sledování společenského a kulturního dění, zajištění tisku, poslechu rozhlasu, sledování televize a na estetiku prostředí.

Uspokojení duchovních a spirituálních potřeb je zaměřeno především na respektování náboženské svobody. Při uspokojování potřeb je třeba respektovat práva pacienta (4).

Nedílnou součástí uspokojování a naplňování potřeb nemocných je správná informovanost nemocných a pravidelná komunikace s nimi. Informovanost nemocných přináší průběžnou kontrolu nemoci. Je – li pacient informován o své léčbě, o prognóze, o účincích léků, o plánovaných vyšetřeních, určitě snáší svoji nemoc klidněji.

Sestra musí zajistit zachování respektu autonomie nemocného člověka. Autonomii jedince lze zajistit tím, že budeme respektovat jeho vyslovená přání, názory

a předchozí zkušenosti s nemocí. Velice důležité je nemocnému dávat možnost podílet se na plánování jeho léčby, na spoluhledání nových cest v léčbě i možnost přijmout nebo odmítnout terapeutický či ošetrovatelský úkon. Potřeba autonomie je nedílnou součástí života a je významná při léčbě a péči o nemocného (21).

1.6 Vliv rodiny na nemocného klienta

Nemocný potřebuje v době svého vyřazení z dosavadního způsobu života povzbuzení, neboť se cítí velmi osamocen, nepotřebný pro své nejbližší. Pacient, který je delší dobu upoután na lůžko, je závislý jak svými náladami, tak i touhou po uzdravení podstatně na účasti a úsilí svých blízkých. Dobré rodinné zázemí je jedním ze základních předpokladů pro příznivý vývoj jakéhokoli onemocnění.

Rodinní příslušníci mohou mnoha způsoby zdravotní stav ovlivňovat. Především vlastní neukázněností, ve smyslu donášení zakázaných jídel, nápojů, cigaret, nevhodné četby, sdělováním nepříjemných zpráv apod. Úspěch terapie proto velice závisí i na chování rodinných příslušníků při návštěvách nemocného. Značnou úlohu zde hraje např. četnost a pravidelnost návštěv v nemocnici, způsob a obsah sdělovaných informací, přinesené květiny nebo jiná pozornost. Pacient očekává od návštěvy především rozptýlení, přátelskou nebo citovou komunikaci, odreagování od problémů.

Může však dojít k tomu, že za určitých okolností se pacient obává příchodu rodinných příslušníků či známých. Jde především o ty návštěvy, které nemocného nadměrně vzrušují, vyvolávají u něho melancholické nálady, starosti, neboť pacient je v době nemoci úzce zaměřen na sebe. Po skončení takové návštěvy se ukazují často některé příznaky jako zvýšený krevní tlak, zvýšená tělesná teplota, podráždění apod. Ovlivňování toho, aby návštěva probíhala v souladu se zdravotním stavem pacienta, jeho situací, je proto jednou z povinností zdravotníků, zejména sester (2).

1.6.1 Akutní onemocnění a vliv rodiny na klienta

U krátkodobých onemocnění se nemoc objeví mnohdy rázem. Rychle vrcholí, její příznaky vedou člověka k lékaři, který nemoc diagnostikuje a zahájí léčbu. Pokud pacient uposlechl všechna doporučení lékaře, dochází relativně v krátké době k návratu k původnímu stavu totálního zdraví.

U dospělých jedinců se často setkáváme s opakem. Nemoc zlehčují přecházejí a na vyléčení nemají čas. Tím dochází častěji ke komplikacím a nemoc přechází do chronického stádia. Proto záleží na vlivu rodiny, která nemocného podpoří a připomene mu hodnoty lidského života (13).

1.6.2 Chronická onemocnění a vliv rodiny na klienta

Změna celkového stavu chronicky nemocného pacienta se netýká jen jeho samého a jeho vztahu k zdravotnímu personálu. Dotýká se, a to mimořádně intenzivně, i jeho manželství a rodiny. Dochází ke změnám rolí, nejen pacientovy role, ale i partnerovy či partnerčiny role. Role obvykle vykrystalizují před nemocí do určitého vztahu např. jednoho dominantního a druhého spíše submisivního člena manželské dvojice. Došlo - li k chronickému onemocnění např. dominantního člena této dvojice, musela dosud submisivní manželka převzít dominantní roli (13).

U dlouhodobých onemocnění, které se projeví neočekávaně, probíhá zvládání situace rodinou obtížně. S vážným onemocněním se velmi těžko vyrovnává jedinec, který neměl před úrazem žádné zdravotní problémy. Hůře se zvládají náhlá zhoršení stavu po operačních zákrocích nebo při situaci, kdy vznikne nové onemocnění komplikující původní chorobu.

U starých dlouhodobě nemocných pacientů není prodloužení života spojeno s kladným psychickým naplněním. Staří lidé se nedovedou snadno přizpůsobit rychlým změnám života. Je důležité, jaký postoj zaujme starý člověk k nemoci. Zda ji bude intenzivně prožívat, vyvolávat obavu a nejistotu nebo se dokáže od potíží odpoutat a žít zevním světem s lidmi kolem sebe více, než vlastním tělem a strachem o něj.

Vliv rodiny na staré lidi je důležitý, touží cítit, že jsou potřební, že nejsou osamoceni a izolováni. Léčení tak probíhá rychleji a komplexní terapie není protahována. Rodinu je třeba informovat o její důležitosti při péči o staré lidi (6).

1.6.3 Nevyléčitelná onemocnění a vliv rodiny na klienta

Pro těžce nemocného je kontakt s blízkými či s rodinou velmi důležitý. Na konci života se lidé často bojí osamění, nechtějí být na obtíž. Potřebují někoho, kdo by je doprovodil a sdílel s nimi těžké chvíle. Jelikož mají se svými blízkými společnou minulost a znají se, je dobré, aby doprovázejícími byli právě oni. Možná si potřebují navzájem něco vysvětlit, za něco se omluvit, o něčem se ujistit. Proto se snažíme udělat rodině prostor a k doprovázení jim dodat odvalu.

Komunikací s rodinou je možno zjistit, zda je ochotná a schopná se o nemocného postarat. Doporučuje se zapojit rodinné členy do péče, k čemuž jim je potřeba dodat odvalu a podpořit je. Ke členům rodiny je potřeba přistupovat laskavě a s ohledem na stresující okolnosti. Je třeba si uvědomit, že rodina, stejně jako nemocný, se smiřuje s nemocí a smrtí jako s realitou. Prochází stejnými fázemi (podle Kübler - Rossové) jako sám nemocný. Problém může nastat tehdy, když rodina s nemocným nedeří krok, tedy nachází se v jiné etapě. Např. rodina setrvává ve fázi popírání, zatímco nemocný je již podstatně dále.

Příbuzní mohou být často nejistí, úzkostní a to se může projevit odměřeností, podrážděností, někdy až agresivitou. Mnoho nedorozumění vzniká nedostatečnou vzájemnou komunikací. Proto by se sestry neměly vyhýbat kontaktu s příbuznými, kteří často potřebují více pomoci a porozumění než nemocný sám (29)

1.6.4 Psychické a psychiatrické onemocnění a vliv rodiny na klienta

U psychiatrických onemocnění je kontakt rodiny velice důležitý. Hlavními předpoklady pro zvládnutí situace je trpělivost a tolerance. Je nutné, aby se rodina neizolovala od okolního světa a pravidelně spolupracovala s odborníky.

V dospělosti i ve stáří je třeba neizolovat nemocného od rodiny, ale je nutné podporovat časté návštěvy. Doporučuje se odvoz klienta na nějaký čas do domácí péče. Nemocný je klidnější, lépe spolupracuje, má pocit bezpečí a sounáležitosti.(15).

1.7 Spolupráce sestry s rodinou klienta a její význam

Sestry jsou největší skupinou zdravotnických pracovníků, které jsou v úzkém a velmi častém kontaktu s nemocným a jejich blízkými, proto mají velkou možnost působit na nemocného a jeho rodinu. Kooperující sestra je z pohledu ošetřovatelství klíčová osoba v integrující spolupráci nemocného, rodiny a zdravotnických odborníků (15).

Základní zásada pro vzájemnou pomoc mezi rodinou a ošetřujícím personálem je souhra mezi klientem, rodinou a ošetřujícím personálem. Interakce všech těchto členů je nutná. Komunikační dovednosti patří mezi nejdůležitější dovednosti sestry. Sestry musí podat informace profesionálně, správně zformulovat dotazy na potřeby klienta, vysvětlit léčebný plán členům rodiny a jejich způsob spolupráce (9).

Sestra při návštěvách uplatňuje formální (pozdrav, představení se, podání ruky) a individualizovaný (ve vztahu k pacientovi) přístup. Komunikace mezi ní a návštěvami se uskutečňuje v závislosti na trvání hospitalizace, závažnosti a charakteru choroby, věku pacienta a v neposlední řadě i na prostředí. Jinak bude probíhat komunikace na pokoji za přítomnosti ostatních pacientů a jinak v prostředí, kde dokáže vytvořit soukromí. Měla by být připravena na různé situace, uklidnit rozrušenou, nejistou, bezradnou či úzkostlivou návštěvu. Taktně oznámit a vysvětlit, že pacient si momentálně návštěvu nepřeje a omluvit ho. Často se stává nechtěným svědkem rodinné hádky přímo u lůžka pacienta. Je na ní, aby takovouto situaci zvládla co nejlépe v jeho prospěch. Návštěvu požádá, aby od pacienta odešla a případně upozorní na negativní ovlivnění psychiky pacienta a další návštěvy nedoporučí, pokud svoje chování nezmění.

Osobitou formou je komunikace prostřednictvím telefonu, kdy sestra zásadně neposkytuje informace o zdravotním stavu pacienta. Na otázky odpovídá ochotně

s projevem zájmu. Přiměřená komunikace v interakčním trojúhelníku sestra – pacient – návštěva má přinášet všem uspokojení (12).

Pacient má právo nesouhlasit se sdělováním informací rodině nebo některým jejím členům. Toto právo musí být vždy bezpodmínečně respektováno, a to i tehdy, když je uplatňováno ústně. Lékař by se měl vždy nemocného dotázat, zda si přeje nebo nepřeje, aby byla informována rodina nebo komu mají být informace předány či naopak nepředány.

Sestry se nacházejí v nezáviděníhodných situacích, které jsou způsobeny tím, že lékař dosud rodinu neinformoval a rodina se tedy dotazuje právě jich. Někdy je účelné odkázat rodinu na příslušného lékaře, jindy je vhodné poskytnout alespoň dílčí informace. Sestry by měly být zdrženlivé a dobře vážit obsah, případně i dosah svých slov.

Traduje se, že důvodem, kdy pacient odmítá informovat rodinu lékařem, jsou neutěšené rodinné poměry. Může to být, ale nezdítkou je důvodem pravý opak. Pacient, který trpí závažnou nemocí, někdy nechce, aby byl rodinný příslušník traumatizován informacemi dřív, než je nezbytně nutné.

Ve vztahu k rodinným příslušníkům je třeba větší obezřetnosti. Nelze obecně předpokládat, že každá rodina je ochotna a schopna vytvořit se zdravotníky funkční koalici ve prospěch nemocného (5).

1.8 Komunikace s rodinným příslušníkem

Klient, který se dostaví k hospitalizaci nebo k ambulantnímu vyšetření, je často doprovázen svými příbuznými či blízkými. Ani ty by sestra neměla přehlížet, naopak, musí jim věnovat patřičnou pozornost. Někdy stačí prohodit jen několik formálních vět. Navázání kontaktu s doprovázejícími osobami také prohloubí důvěru nemocného a jeho okolí k sestře či lékaři a napomáhá otevřenějšímu rozhovoru (21). Klíčem ke koordinaci dobrých vztahů je spolupráce a komunikace mezi ošetrovatelským personálem a rodinou. Při vzájemné spolupráci může personál učit rodinu provádět různé technické úkoly a poskytovat klinické informace, týkající se péče o nemocného klienta. Naopak

rodina může učit zdravotnický personál, jak péči o příbuzného zosobnit. Všeobecně platí, že informace rodinných příslušníků mohou personálu pomáhat zajišťovat specifickou individualizovanou péči, která přispívá k dobrému fyzickému, psychickému a emocionálnímu stavu pacienta (17).

Hlavními cíli komunikace je ovlivnit druhé a získat informace. Sestry, které účinně komunikují, jsou úspěšnější a předcházejí problémům spojených s ošetrovatelskou péčí. I když sestry dobře zvládají společenskou komunikaci, stále se musí učit analyzovat své interakce s lidmi a záměrně používat své dovednosti k tomu, aby zlepšily ošetrovatelskou péči. Komunikace v ošetrovatelství by neměla být považována za něco automatického. Dobrá komunikace je základem úspěšné ošetrovatelské péče (14, 19).

Dobře komunikovat neznamena jen volit slova, ale je důležité věnovat pozornost dalším prvkům jako je rychlost řeči, hlasitost, pomlky, výška hlasu, přítomnost embolických slov (slovních parazitů), délka projevu a intonace. Při výběru slov, které sestra používá je potřebné zvážit kritéria úspěšné verbální komunikace. Patří k nim jednoduchost, stručnost, zřetelnost, vhodné načasování a adaptabilita

Jednoduchost spočívá ve stručném a jasném sdělení a používáním běžných slovních obrátů. Neefektivní je používání terminologie neznámé posluchači. Ověřujeme zda nemocný či rodinný příslušník porozuměl sdělovanému.

Stručná informace působí profesionálně. Zbytečné okliky vzbuzují nedůvěru, zda sestra vůbec ví, o čem mluví a jestli se dostane k podstatě věci. Po stručném sdělení je nutné ponechat prostor pro dotazy.

Zřetelnost znamená přesné vyjádření významu toho, co chce sestra říci. Problematická jsou dvojsmyslná sdělení, přílišná zobecnění a osobní názory.

Vhodné načasování je třeba zohlednit zvláště u závažných témat. Podmínkou je klid pro sdělení, soukromí, nerušený prostor a dostatek času. Sestra musí být citlivá k potřebám, zájmům pacienta a jeho rodiny.

Adaptabilitu podávané zprávy je nutné měřit podle toho, jak na ní příjemce reaguje. Sestra sleduje jeho odpovědi, všímá si neverbálních projevů, pokud ho sdělení rozruší, ponechá mu čas na oddech (3, 25).

Mluvení a jednání probíhá současně. Komunikace je celek a mluvíme v ní slovy, tělem a činy. Slova, která sestra používá, stojí na pozadí její neverbální komunikace. Neverbální komunikaci tvoří znaky a symboly, které dodávají význam slovům, která slyšíme. Slova nabývají významu podle tónu a rytmu hlasu, v němž je obsaženo momentální rozpoložení, nálada a postoj. Neverbální komunikace je čtyřikrát silnější než verbální komunikace (14).

Autorem nejčastěji používaného členění neverbální komunikace je Jaro Křivohlavý. Ten říká, že v neverbální komunikaci jde o to, co si sdělujeme výrazem obličeje (mimikou), přiblížením a oddálením (proxemikou), dotekem (haptikou), fyzickým postojem, pohybem, gesty, pohledy a úpravou zevnějšku (25).

Komunikační dovednosti nejsou každému dány ve stejné míře, lze je však nacvičit a každý zdravotník by měl pamatovat, že patří k profesionální výbavě stejně nezbytné, jako znalosti biomedicínké. Je nutné překonat počáteční ostych, který se dostavuje ve všech situacích, kdy se cítíme být přistiženi při to.. Že „neumíme“ něco, co je zcela samozřejmé. Ono to totiž tak docela samozřejmé není. A je – li tu požadavek celoživotního vzdělávání, platí i pro tuto oblast (str. 52, 21).

2. Cíl práce a hypotézy

2.1 Cíl práce

Cílem bakalářské práce je zjistit jak sestry vnímají rodinné příslušníky klientů hospitalizovaných na interně zaměřených odděleních. Odhalit s jakými problémy se sestry potýkají při jednání s rodinnými příslušníky hospitalizovaného klienta. Zjistit jestli jsou rodinní příslušníci spokojeni s ošetrovatelským personálem na interně zaměřeném oddělení.

2.2 Hypotézy

- H1. Sestry na interně zaměřeném oddělení vnímají přítomnost rodinných příslušníků klientů hospitalizovaných na interně zaměřeném oddělení kladně.
- H2. Sestry se při jednání s rodinnými příslušníky klientů hospitalizovaných na interně zaměřeném oddělení potýkají s nedostatečným porozuměním podaných informací.
- H3. Rodinní příslušníci jsou spokojeni se spoluprací s ošetrovatelským personálem na interně zaměřeném oddělení.

3. Metodika

3.1 Použitá metoda

Pro bakalářskou práci jsem zvolila kvantitativní výzkum dotazníkovou metodou, abych oslovila co nejvíce respondentů. Byly vytvořeny dva anonymní dotazníky pro sestry pracující na interně zaměřených odděleních: dotazník A (příloha č.1) a rodinné příslušníky klientů hospitalizovaných na interně zaměřených odděleních: dotazník B (příloha č.2). Dotazník pro sestry obsahoval patnáct otázek, z toho dvě polytomické a třináct polouzavřených otázek. Dotazník pro rodinné příslušníky měl dvacet otázek, z toho dvě uzavřené, čtyři polytomické, dvanáct polouzavřených a jednu filtrační otázku.

3.2 Charakteristika zkoumaného vzorku

Výzkumný soubor tvořily dvě skupiny respondentů. V první skupině A byly sestry pracující na interně zaměřených odděleních a v druhé skupině B rodinní příslušníci hospitalizovaných klientů na interně zaměřených odděleních.

Výzkum jsem uskutečnila na interně zaměřených odděleních (interní oddělení A, interní oddělení B, oddělení následné péče v horním areále, oddělení následné péče v dolním areále, nervové oddělení, kardiologie, plicní léčebna) Nemocnice České Budějovice a.s.. Po vzájemné domluvě s hlavní sestrou nemocnice a staničnými sestrami na odděleních, jsem rozdala sto dotazníků pro sestry a sto dotazníků pro rodinné příslušníky.

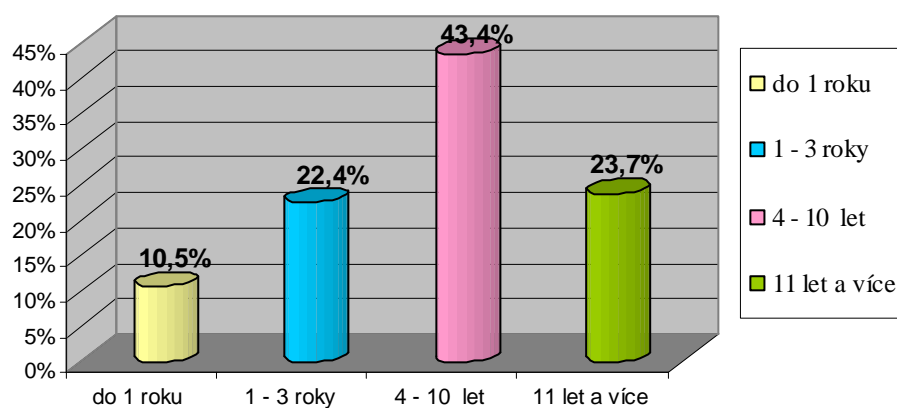
V souboru pro sestry bylo vráceno 76 dotazníků, které byly správně vyplněny a mohly být použity pro výzkum. Návratnost v souboru A byla 76 % (76). V souboru pro rodinné příslušníky bylo vráceno 86 dotazníků, které byly správně vyplněny. Návratnost v souboru B byla 86 % (86).

4. Výsledky

Uvedené grafy se shodují s otázkami v dotaznících.

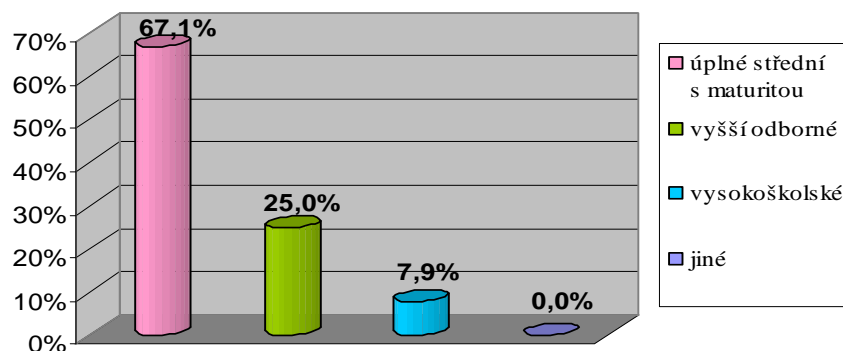
4.1. Dotazník A Sestry

Graf 1 Délka praxe sester



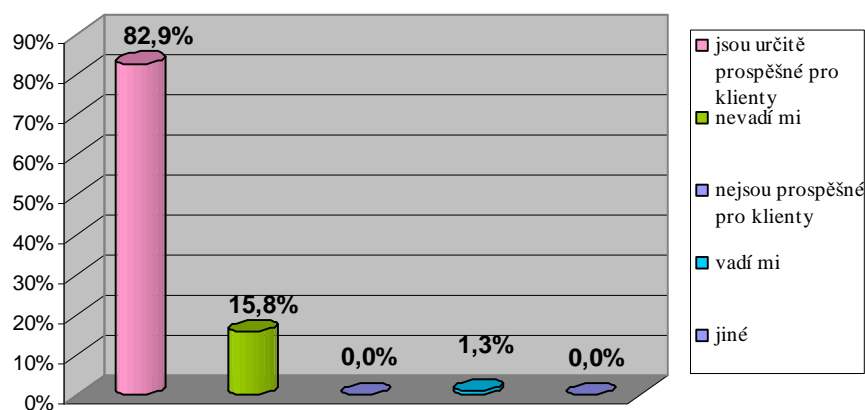
Z celkového počtu sester 76 (100 %) označilo 8 sester (10,5 %) délku praxe do 1 roku. 17 sester (22,4 %) uvedlo délku praxe 1-3 roky. 33 sester (43,4 %) uvedlo délku praxe na interně zaměřeném oddělení 4-10 let. 18 sester (23,7 %) pracuje na oddělení 11 let a více.

Graf 2 Dosažené vzdělání sester



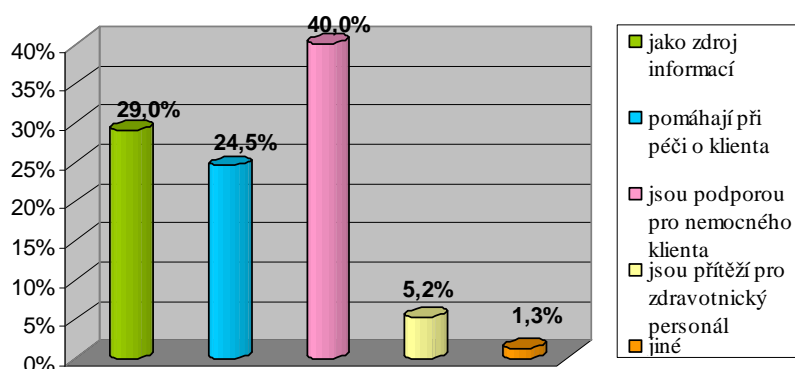
Z celkového počtu sester 76 (100 %) má 51 sester (67,1 %) úplné střední vzdělání s maturitou. 19 sester (25,0 %) získalo vyšší odborné vzdělání a 6 sester (7,9 %) dosáhlo vysokoškolského vzdělání. Žádná z dotazovaných sester (0 %) nevedla jiné dosažené vzdělání.

Graf 3 Názor sester na návštěvy rodinných příslušníků na oddělení



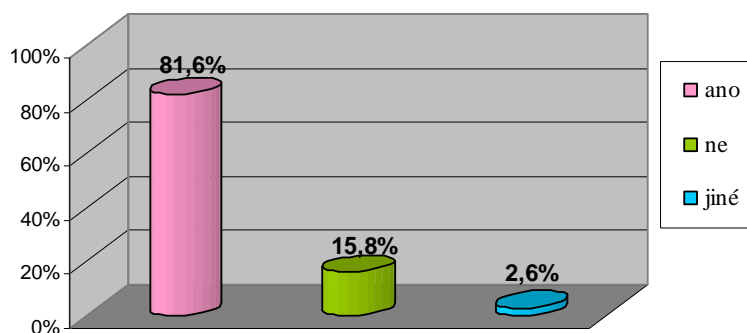
Z celkového počtu sester 76 (100 %) uvedlo 63 sester (82,9 %), že vnímá návštěvu rodinných příslušníků jako prospěšnou pro klienty. 12 sester (15,8 %) uvedlo, že jim rodinní příslušníci nevadí. Žádná ze sester (0 %) si nemyslí, že rodinní příslušníci nejsou prospěšní pro klienty. 1 z dotazovaných sester (1,3 %) uvedla, že jí vadí návštěvy rodinných příslušníků na oddělení. Žádná sestra (0 %) nevyužila možnosti jiné.

Graf 4 Vnímání sester rodinných příslušníků klienta



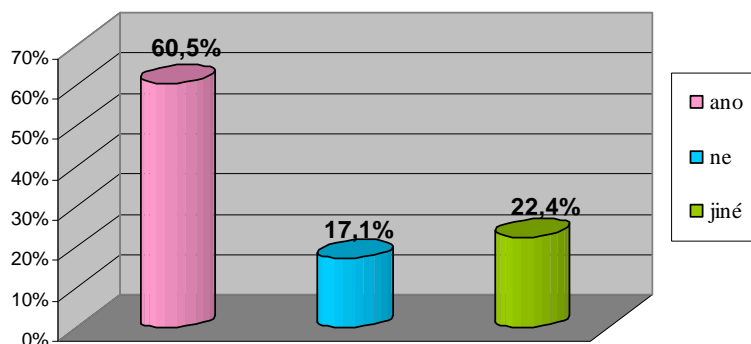
V otázce č. 4 mohly sestry označit více odpovědí. Z celkového počtu 155 odpovědí (100 %) uvedlo 45 sester (29,0 %), že vnímá rodinného příslušníka jako zdroj informací. 38 sester (24,5 %) bere rodinného příslušníka jako pomocníka při péči o klienta. 62 sester (40 %) vnímá rodinného příslušníka jako podporu pro nemocného klienta. 8 sester (5,2 %) vnímá rodinného příslušníka jako přítěž pro zdravotnický personál a 2 sestry (1,3 %) odpověděly na možnost jiné, že záleží na povaze sestry.

Graf 5 Spolupráce sestry s rodinnými příslušníky klientů



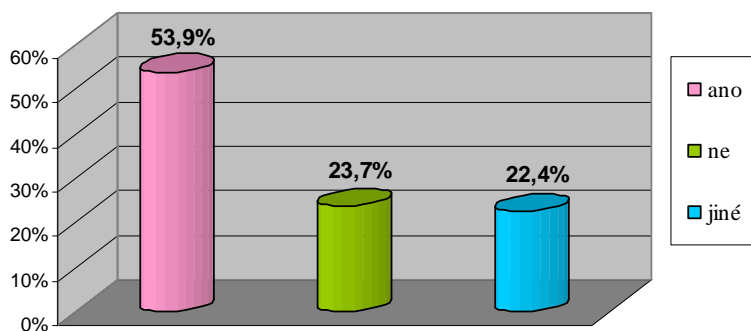
Z celkového počtu sester 76 (100 %) využívá možnost spolupráce s rodinnými příslušníky 62 sester (81,6 %). 12 sester (15,8 %) nevyužívá spolupráce s rodinnými příslušníky a 2 sestry (2,6 %) uvedly jinou odpověď, že využívají spolupráce jen někdy.

Graf 6 Informování rodinných příslušníků o denním režimu oddělení



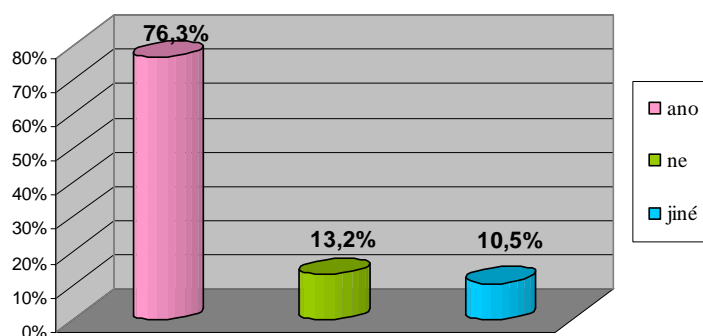
Z celkového počtu sester 76 (100 %) informuje rodinné příslušníky klienta o denním režimu na oddělení 46 sester (60,5 %). 13 sester (17,1 %) neinformuje rodinné příslušníky o denním režimu oddělení. 17 sester (22,4 %) zvolilo možnost jiné, z toho 14 sester informuje rodinné příslušníky jen když mají zájem a 3 sestry uvedly že informují o denním režimu oddělení jen někdy.

Graf 7 Přínos návštěv rodinných příslušníků klientů pro práci sester



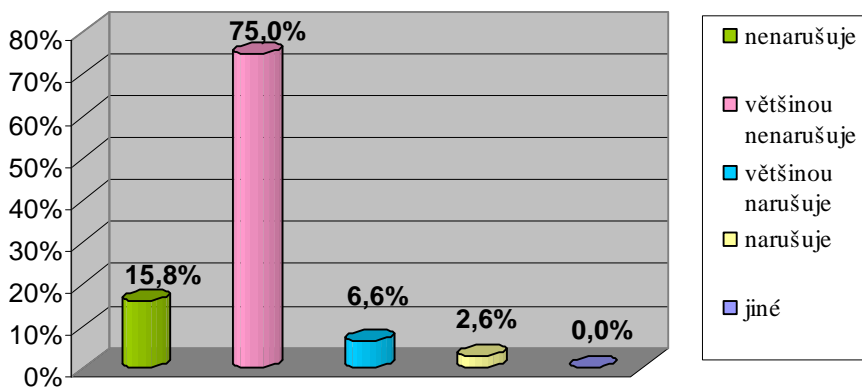
Z celkového počtu sester 76 (100 %) odpovědělo 41 sester (53,9 %), že jsou návštěvy rodinných příslušníků přínosem pro jejich práci. 18 sester (23,7 %) odpovědělo, že návštěvy rodinných příslušníků nejsou přínosem pro jejich práci. 17 sester (22,4 %) zvolilo možnost jiné - 10 sester uvedlo, že záleží na rodinném příslušníkovi, 3 sestry uvedly, že jsou návštěvy přínosem pro jejich práci jen někdy a 4 sestry uvedly, že je to individuální.

Graf 8 Zájem sester o rodinnou situaci klienta



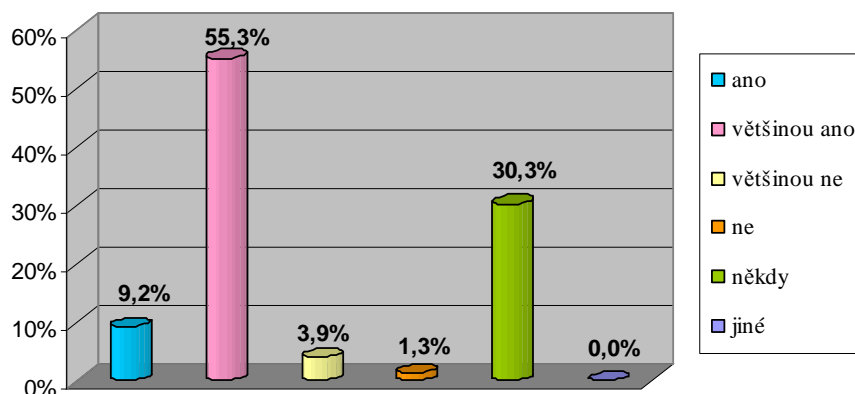
Z celkového počtu sester 76 (100 %) se 58 sester (76,3 %) zajímá o rodinnou situaci klienta. 10 sester (13,2 %) se nezajímá o rodinnou situace klienta. 8 sester (10,5 %) uvedlo jinou odpověď – 7 sester odpovědělo, že jen někdy a 1 sestra, že je to individuální.

Graf 9 Narušování režimu oddělení rodinnými příslušníky



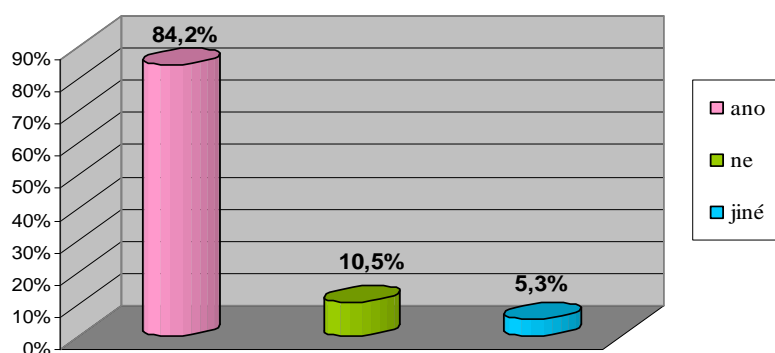
Z celkového počtu sester 76 (100 %) si 12 sester (15,8 %) myslí, že rodinný příslušník režim na oddělení nenarušuje. 57 sester (75,0 %) si myslí, že rodinný příslušník většinou nenarušuje svojí přítomností na oddělení jeho režim. 5 sester (6,6 %) uvedlo, že rodinný příslušník většinou narušuje svojí přítomností na oddělení jeho režim. 2 sestry (2,6 %) si myslí, že rodinný příslušník narušuje denní režim oddělení. Žádná sestra (0 %) nevyužila možnosti jiné.

Graf 10 Spolupráce rodinných příslušníků se sestrami v péči o jejich blízké



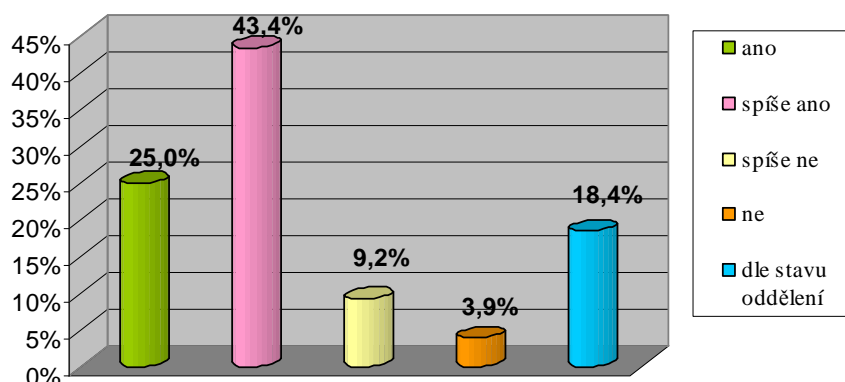
Z celkového počtu sester 76 (100 %) uvedlo 7 sester (9,2 %), že s nimi rodinní příslušníci spolupracují. Rodinní příslušníci většinou spolupracují v péči o své blízké se 42 sestrami (55,3 %). 3 sestry (3,9 %) odpověděly, že s nimi rodinní příslušníci většinou nespolečně pracují. 1 sestra (1,3 %) uvedla, že s ní rodinní příslušníci nespolečně pracují v péči o své blízké. 23 sester (30,3 %) uvedlo, že s nimi rodinní příslušníci spolupracují jen někdy. Žádná ze sester (0 %) neodpověděla na možnost jiné.

Graf 11 Nevhodné chování blízkých klientů



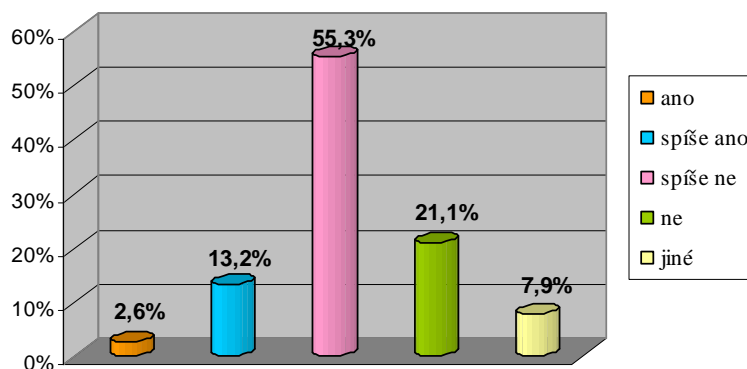
Z celkového počtu sester 76 (100 %) se 64 sester (84,2 %) setkala s nevhodným chováním blízkých klientů na oddělení. 8 sester (10,5 %) se neseťkalo s nevhodným chováním blízkých klientů. 4 sestry (5,3 %) uvedly jinou odpověď – 1 sestra odpověděla, že se setkává často s nevhodným chováním blízkých klienta, 3 sestry přímo nespécifikovaly svou odpověď.

Graf 12 Časová tíseň při poskytování ošetrovateľskej péče



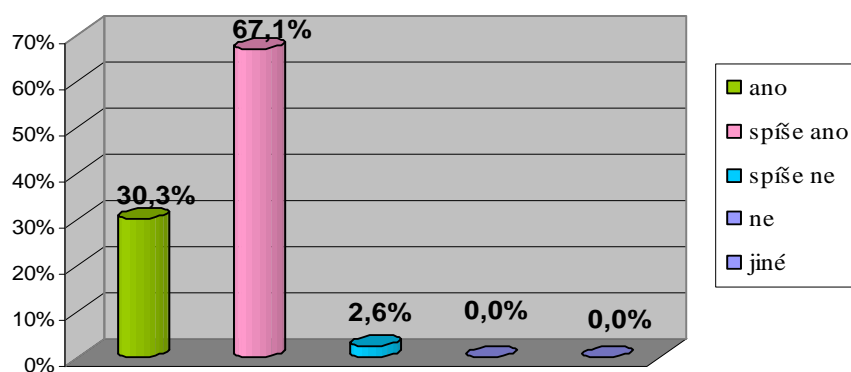
Z celkového počtu sester 76 (100 %) 19 sester (25,0 %) pociťuje časovou tíseň při poskytování ošetrovateľskej péče. Časovou tíseň při poskytování ošetrovateľskej péče klientům hospitalizovaným na oddělení spíše pociťuje 33 sester (43,4 %). 7 sester (9,2 %) spíše nepociťuje časovou tíseň. 3 sestry (3,9 %) nepociťují časovou tíseň při poskytování ošetrovateľskej péče hospitalizovaným klientům. 14 sester (18,4 %) pociťuje časovou tíseň dle stavu oddělení.

Graf 13 Zdržování sester při práci blízkými klienta



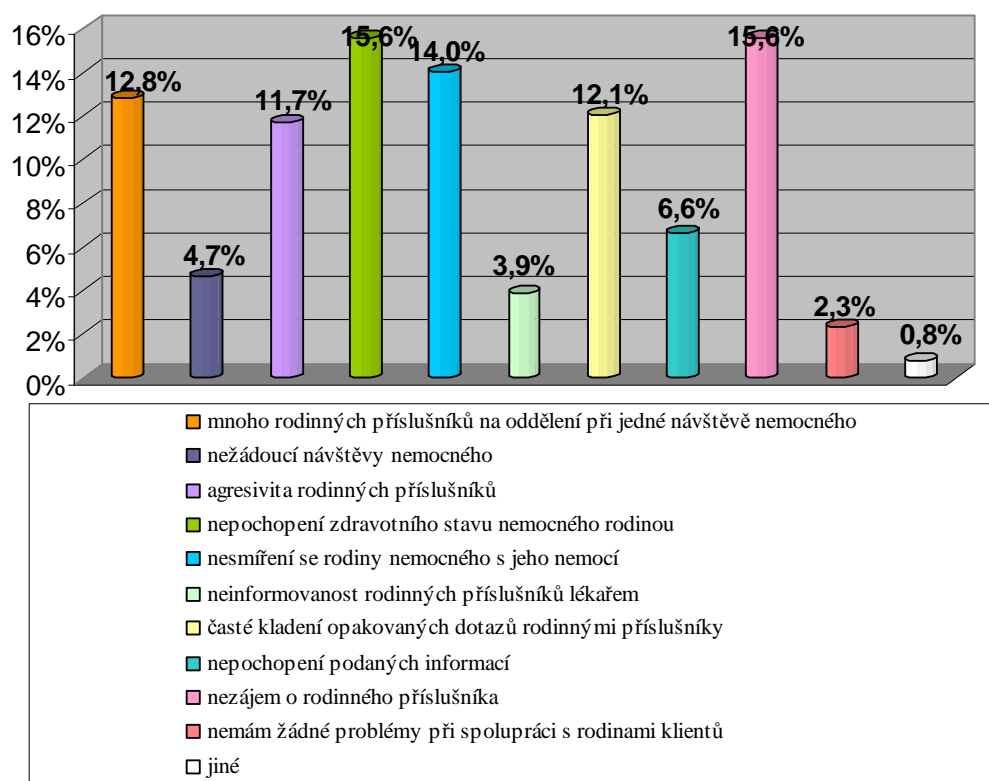
Z celkového počtu sester 76 (100 %) blízký klienta zdržuje při práci 2 sestry (2,6 %). 10 sester (13,2 %) spíše zdržuje blízký klienta při práci. 42 sester (55,3 %) spíše nezdržuje blízký klienta při práci. 16 sester (21,1 %) blízký klienta při práci nezdržuje. 6 sester (7,9 %) uvedlo možnost jiné – 5 sester odpovědělo, že jen někdy a 1 sestra uvedla, že záleží na lidech.

Graf 14 **Empatie sester k rodinným příslušníkům**



Z celkového počtu sester 76 (100 %) si 23 sester (30,3 %) myslí, že má dostatek empatie k blízkým klienta. 51 sester (67,1 %) si myslí, že má spíše dostatek empatie k blízkým klienta. 2 sestry (2,6 %) si myslí, že spíše nemají dostatek empatie k blízkým klienta. Žádná sestra (0 %) neuvdala, že by měla nedostatek empatie k blízkým klienta. Žádná ze sester (0 %) nevyužila možnosti jiné.

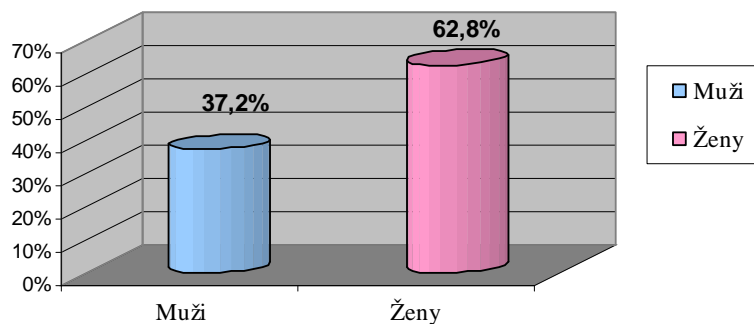
Graf 15 Potíže sester při spolupráci s rodinou klienta



Na otázku č. 15 mohly sestry označit více odpovědí. Z celkového počtu 257 (100 %) odpovědí má 33 sester (12,8 %) problémy s mnoho rodinnými příslušníky na oddělení. 12 sester (4,7 %) se potýká s nežádoucími návštěvami nemocného. 30 sester (11,7 %) má potíže s agresivitou rodinných příslušníků. 40 sester (15,6 %) se setkává s nepochopením zdravotního stavu nemocného rodinou. Stejný počet sester (15,6 %) se setkává s nezájmem o rodinného příslušníka jeho blízkými. 36 sester (14,0 %) se setkává s nesmířením se rodiny nemocného s jeho nemocí. 10 sester (3,9 %) se potýká s neinformovaností rodinných příslušníků lékařem. 31 sester (12,1 %) se potýká s častým kladením opakovaných dotazů rodinnými příslušníky. 17 sester (6,6 %) se setkává s nepochopením podaných informací. 6 sester (2,3 %) nemá žádné problémy při spolupráci s rodinami klientů. 2 sestry (0,8 %) uvedly jinou možnost – 1 sestra uvedla čím dál častější neadekvátní chování příbuzných vůči personálu a 1 sestra odpověděla, že každý někdy něco nechápe a je nepříjemný.

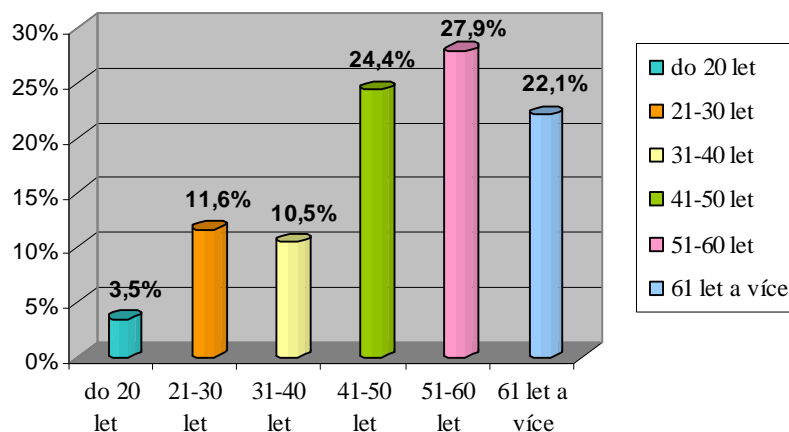
4.2. Dotazník B Rodinní příslušníci

Graf 16 Pohlaví



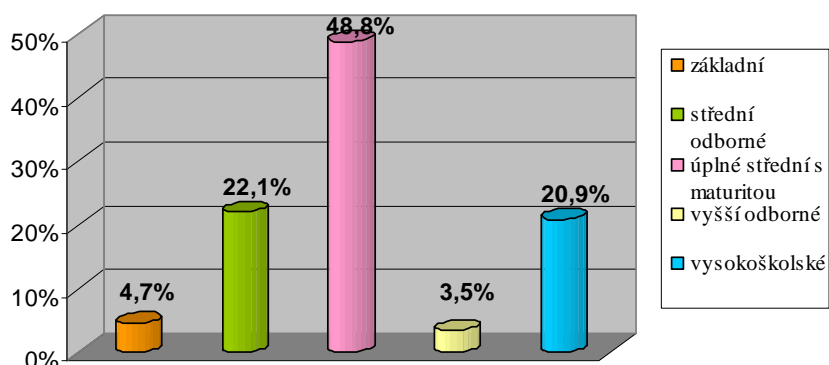
Z celkového počtu respondentů 86 (100 %) bylo 32 mužů (37,2 %) a 54 žen (62,8 %).

Graf 17 Věk



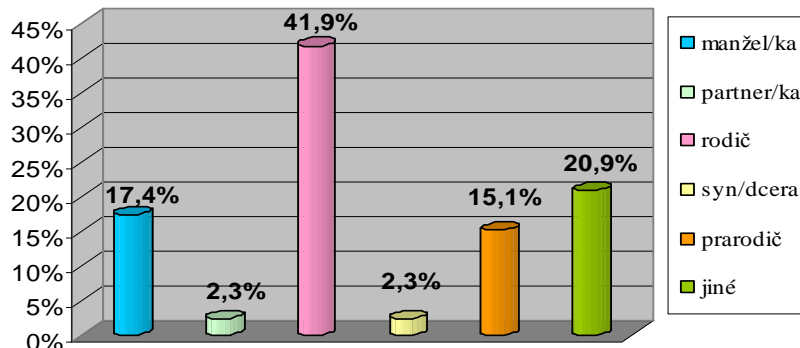
Z celkového počtu respondentů 86 (100 %) byli ve věkové kategorii do 20 let 3 respondenti (3,5 %). Ve věkové kategorii 21 - 30 let bylo 10 respondentů (11,6 %). V kategorii 31 – 40 let bylo 9 respondentů (10,5 %). V kategorii 41 - 50 let bylo 21 respondentů (24,4 %). V kategorii 51 - 60 let bylo 24 respondentů (27,9 %). V kategorii 61 let a více bylo 19 respondentů (22,1 %).

Graf 18 Dosažené vzdělání



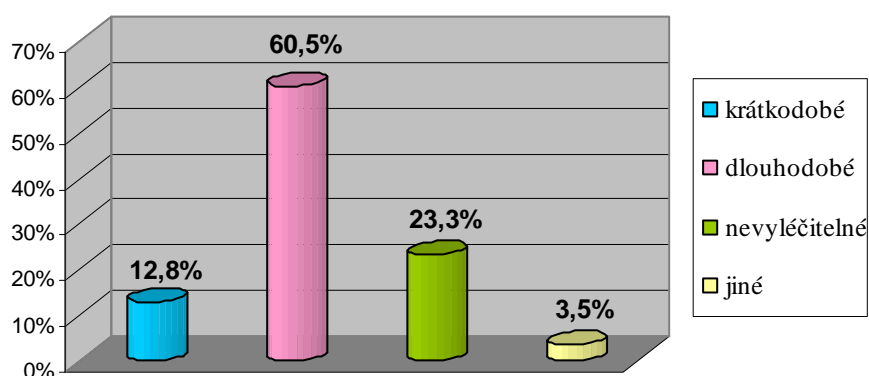
Z celkového počtu respondentů 86 (100 %) mají 4 respondenti (4,7 %) základní vzdělání. 19 respondentů (22,1 %) má střední odborné vzdělání. 42 respondentů (48,8 %) má úplné střední vzdělání s maturitou. 3 respondenti (3,5 %) mají vyšší odborné vzdělání. 18 respondentů (20,9 %) dosáhlo vysokoškolského vzdělání.

Graf 19 Vztah rodinných příslušníků k nemocnému



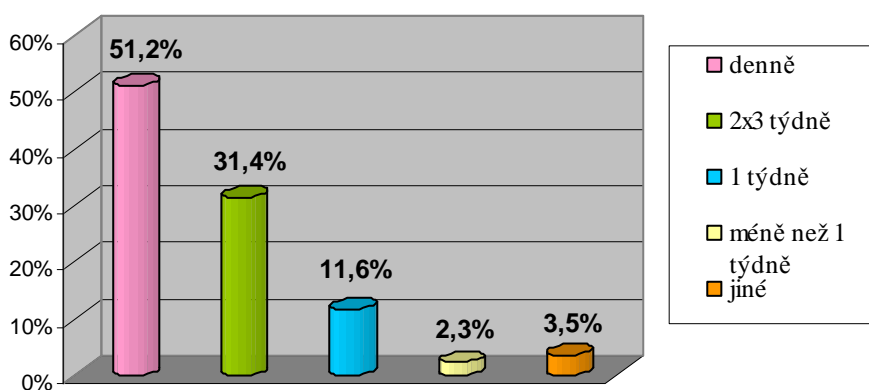
Z celkového počtu respondentů 86 (100 %) uvedlo 15 respondentů (17,4 %), že klient je jejich manžel/ka. 2 respondenti (2,3 %) uvedli, že nemocný je jejich partner/ka a další 2 respondenti (2,3 %) označili svého nemocného jako svou dceru/syna. 36 respondentů (41,9 %) uvedlo, že hospitalizovaný klient je jejich rodič. 13 respondentů (15,1 %) označilo klienta jako svého prarodiče. 18 respondentů (20,9 %) uvedlo jinou odpověď – 9 respondentů, že klient je jejich tchýně, 5 respondentů uvedlo, že nemocný je jejich teta a 4 respondenti uvedli, že klient je jejich sestra.

Graf 20 Druh onemocnění hospitalizovaného klienta



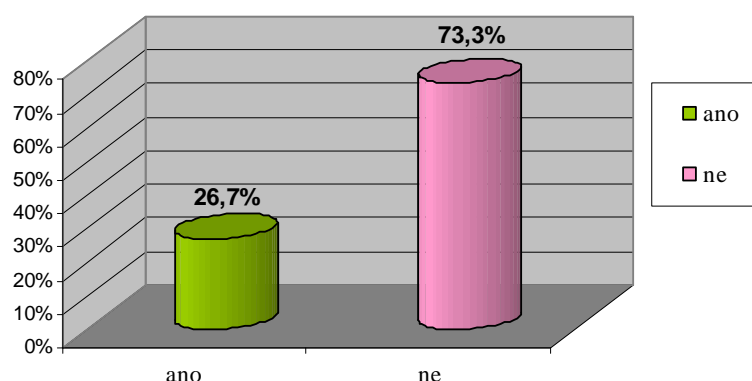
Z celkového počtu respondentů 86 (100 %) uvedlo 11 respondentů (12,8 %), že je onemocnění jejich blízkého krátkodobé. 52 respondentů (60,5 %) označilo onemocnění jejich blízkého jako dlouhodobé. 20 respondentů (23,3 %) uvedlo nevléčitelné onemocnění. 3 respondenti (3,5 %) uvedli jinou odpověď, že zatím nelze druh onemocnění posoudit.

Graf 21 Četnost návštěv rodinných příslušníků



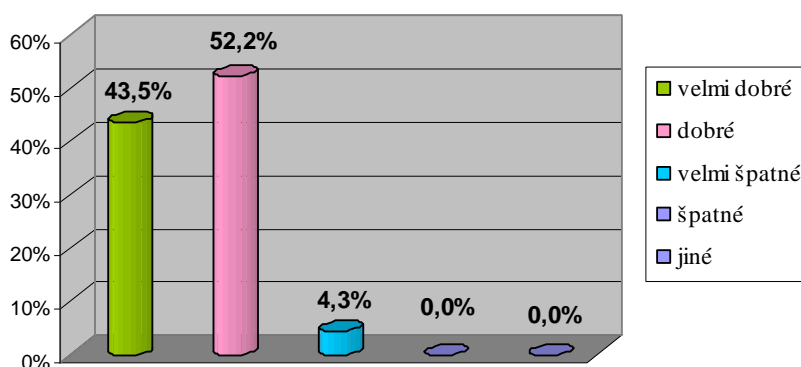
Z celkového počtu respondentů 86 (100 %) denně navštěvuje klienta 44 respondentů (51,2 %). 27 respondentů (31,4 %) klienta navštěvuje 2 x 3 týdně. 10 respondentů (11,6 %) navštěvuje klienta 1x týdně. 2 respondenti (2,3 %) uvedli, že klienta navštěvují méně než 1x týdně. 3 respondenti (3,5 %) uvedli jinou odpověď, že navštěvují klienta 5x týdně

Graf 22 Počet dřívějších hospitalizací klienta na oddělení



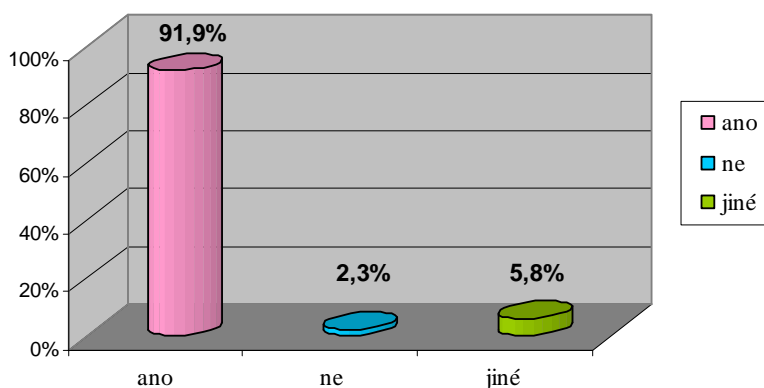
Z celkového počtu respondentů 86 (100 %) uvedlo 23 respondentů (26,7 %), že jejich blízký byl už dříve hospitalizován na interně zaměřeném oddělení. 63 respondentů (73,3 %) uvedlo, že jejich blízký nebyl dříve hospitalizován na interně zaměřeném oddělení

Graf 23 Zkušenosti s chováním sester z předchozí hospitalizace



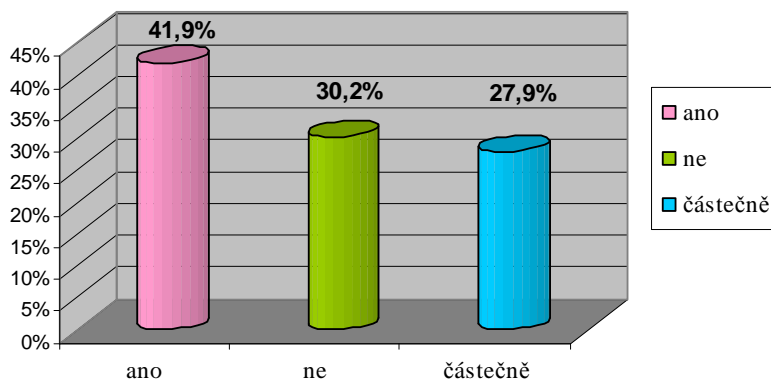
Na otázku č. 8 odpovídali pouze respondenti jejichž odpověď v otázce č. 7 byla kladná. Z celkového počtu respondentů 23 (100 %) má 10 respondentů (43,5 %) velmi dobré zkušenosti z předešlé hospitalizace. 12 respondentů (52,2 %) má zkušenosti z předešlé hospitalizace dobré. 1 respondent (4,3 %) uvedl velmi špatné zkušenosti z předešlé hospitalizace. Žádný z respondentů (0 %) nemá špatné zkušenosti z předešlé hospitalizace a žádný z respondentů (0 %) neuvedl jinou možnost.

Graf 24 Spokojenost s chováním sester při současné hospitalizaci



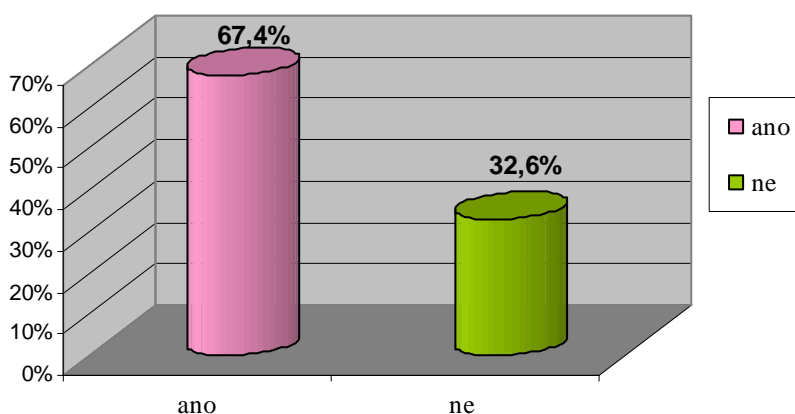
Z celkového počtu respondentů 86 (100 %) je 79 respondentů (91,9 %) spokojeno s chováním sester při současné hospitalizaci jejich blízkého. 2 respondenti (2,3 %) uvedli, že nejsou spokojeni s chováním sester na oddělení. 5 respondentů (5,8 %) uvedlo jinou odpověď – 4 respondenti jsou většinou spokojeni a 1 respondent uvedl, že je spokojen jen s některými sestrami.

Graf 25 Informovanost o denním režimu oddělení



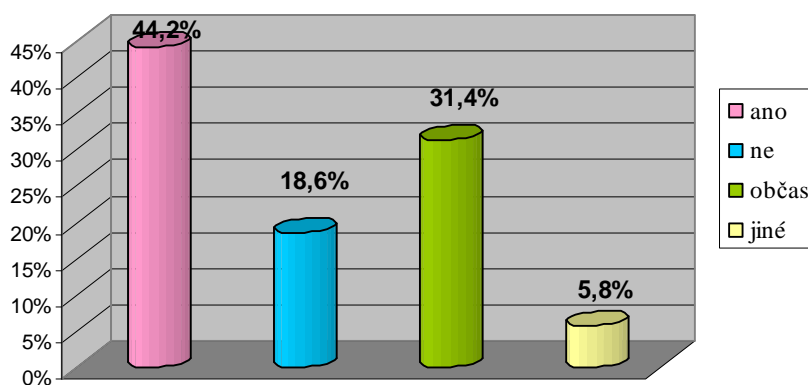
Z celkového počtu respondentů 86 (100 %) je 36 respondentů (41,9 %) informováno sestrami o denním režimu oddělení. 26 respondentů (30,2 %) není informováno o denním režimu oddělení. 24 respondentů (27,9 %) je částečně informováno sestrami o denním režimu oddělení.

Graf 26 Informovanost rodinných příslušníků o léčebném režimu svého blízkého



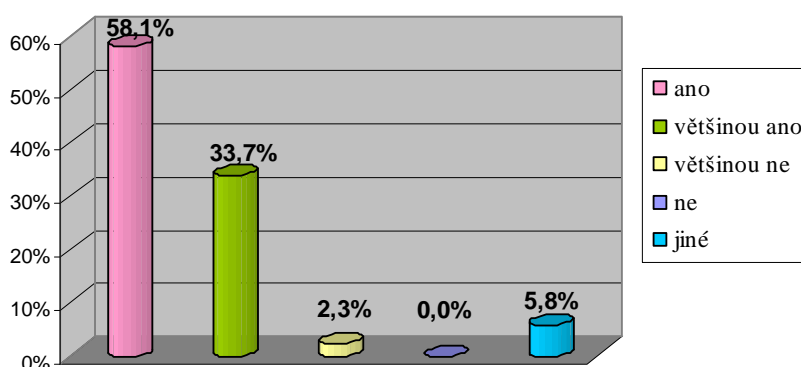
Z celkového počtu respondentů 86 (100 %) je 58 respondentů (67,4 %) sestrou informováno o léčebném režimu svého blízkého. 28 respondentů (32,6 %) není informováno o léčebném režimu svého nemocného.

Graf 27 Kontakt rodinného příslušníka se sestrou při nedostatku informací o ošetrovatelské péči



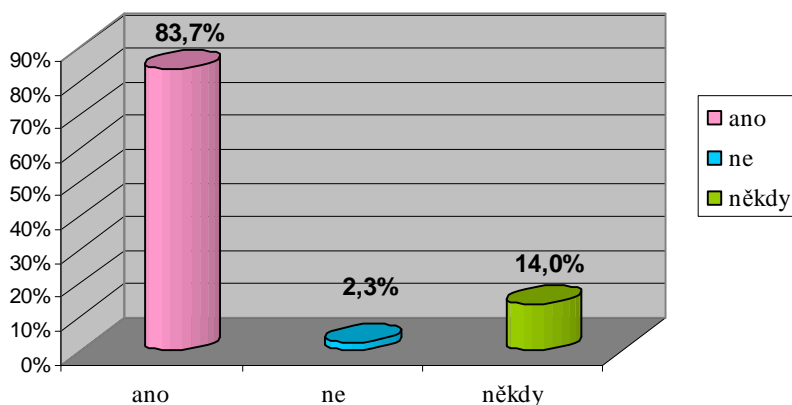
Z celkového počtu respondentů 86 (100 %) kontaktuje sestru při nedostatku informací o ošetrovatelské péči 38 respondentů (44,2 %). 16 respondentů (18,6 %) sestru při nedostatku informací nekontaktuje. 27 respondentů (31,4 %) kontaktuje sestru při nedostatku informací jen občas. 5 respondentů (5,8 %) uvedlo jinou možnost – 3 respondenti mají dostatek informací a 2 respondenti uvedli, že to nebylo nutné.

Graf 28 Věnování se sester rodinným příslušníkům



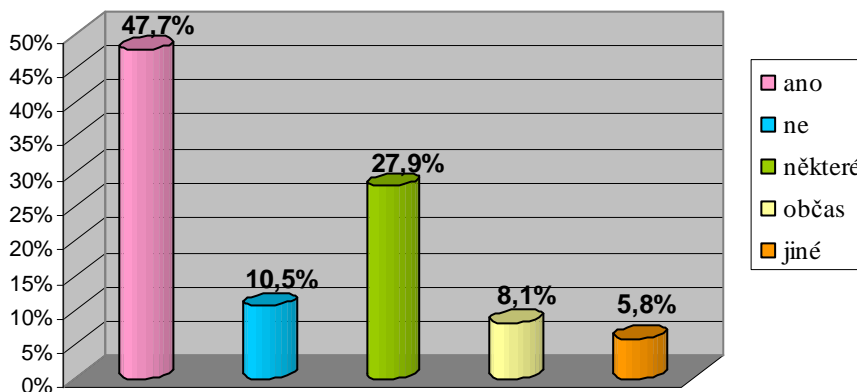
Z celkového počtu respondentů 86 (100 %) se 50 respondentům (58,1%) sestra věnovala vždy když potřebovali. 29 respondentů (33,7 %) uvedlo, že se jim sestra většinou věnovala vždy když potřebovali. 2 respondenti (2,3 %) uvedli, že se jim sestra většinou nevěnovala vždy když potřebovali. Žádný z respondentů (0 %) si nemyslí, že se jim sestra nevěnovala vždy když potřebovali. 5 respondentů (5,8 %) uvedlo jinou odpověď, kterou přesně nespecifikovali.

Graf 29 Srozumitelnost informací podaných od sester



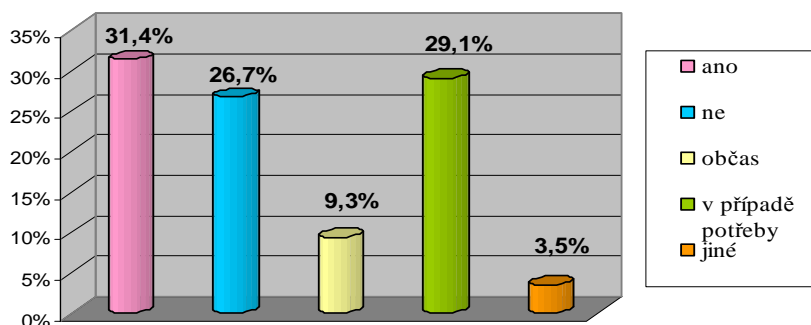
Z celkového počtu respondentů 86 (100 %) byly poskytnuté informace srozumitelné 72 respondentům (83,7 %). 2 respondenti (2,3 %) uvedli, že jim poskytnuté informace nebyly srozumitelné. 12 respondentům (14,0 %) byly poskytnuté informace srozumitelné jen někdy.

Graf 30 **Využití spolupráce rodinných příslušníků při uspokojování potřeb klienta**



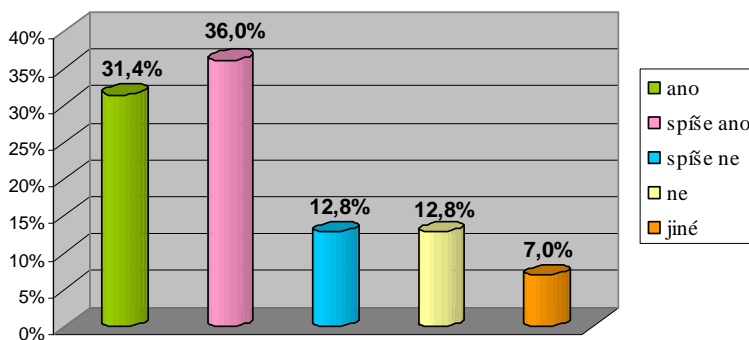
Z celkového počtu respondentů 86 (100 %) uvedlo 41 respondentů (47,7 %), že sestry využívají jejich spolupráce při uspokojování potřeb svého blízkého. 9 respondentů (10,5 %) uvedlo, že sestry nevyužívají jejich spolupráci v uspokojování potřeb jejich blízkého. 24 respondentů (27,9 %) uvedlo, že jejich spolupráce využívají jen některé sestry. 7 respondentů (8,1 %) uvedlo, že sestry využívají jejich spolupráce jen občas. 5 respondentů (5,8 %) uvedlo jinou odpověď – 2 respondenti svoji odpověď nspecifikovali a 3 respondenti uvedli, že to nebylo nutné.

Graf 31 Kontakt sestry s rodinným příslušníkem



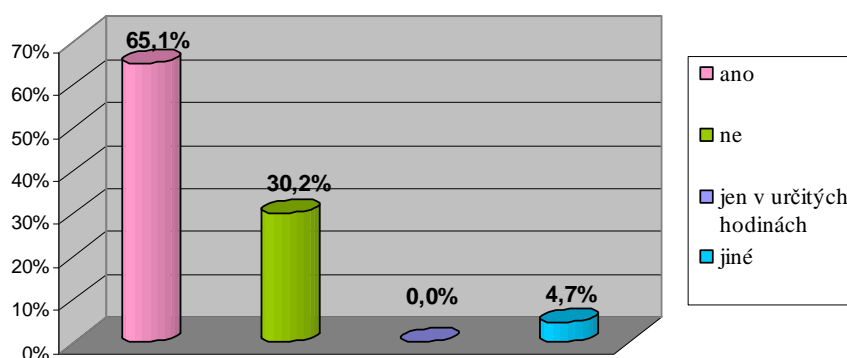
Z celkového počtu respondentů 86 (100 %) kontaktuje sestra za účelem předání informací týkající se ošetrovatelské péče o klienta 27 respondentů (31,4 %). 23 respondentů (26,7 %) uvedlo, že je sestra nekontaktuje za účelem předání informací o ošetrovatelské péči klienta. 8 respondentů (9,3 %) uvedlo, že je sestra kontaktuje jen občas. 25 respondentů (29,1 %) uvedlo, že je sestra kontaktuje v případě potřeby. 3 respondenti (3,5 %) uvedli jinou odpověď, že nebylo třeba.

Graf 32 Spolupráce sestry s rodinnými příslušníky



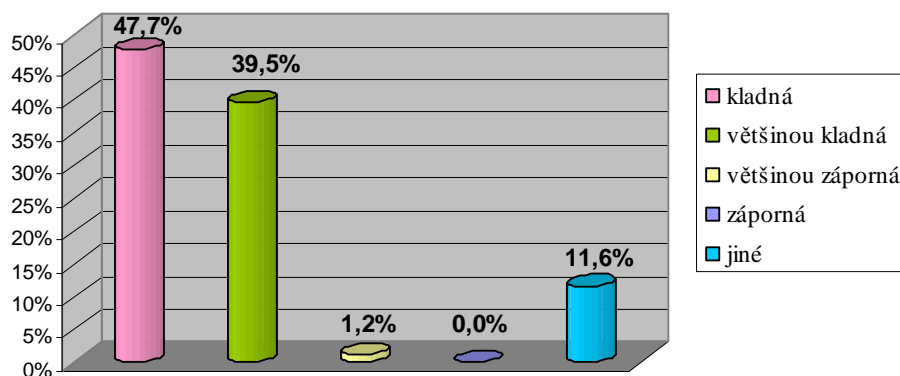
Z celkového počtu respondentů 86 (100 %) uvedlo 27 respondentů (31,4 %), že s nimi sestra spolupracuje při plánování ošetrovatelské péče. 31 respondentů (36,0 %), uvedlo že s nimi sestra spíše spolupracuje při plánování ošetrovatelské péče o jejich blízkého. 11 respondentů (12,8 %) uvedlo, že s nimi sestra spíše nespolupracuje. 11 respondentů (12,8 %) uvedlo, že s nimi sestra nespolupracuje při plánování ošetrovatelské péče o jejich blízkého. 6 respondentů (7,0 %) uvedlo jinou odpověď, že to není nutné.

Graf 33 Možnost telefonického kontaktu



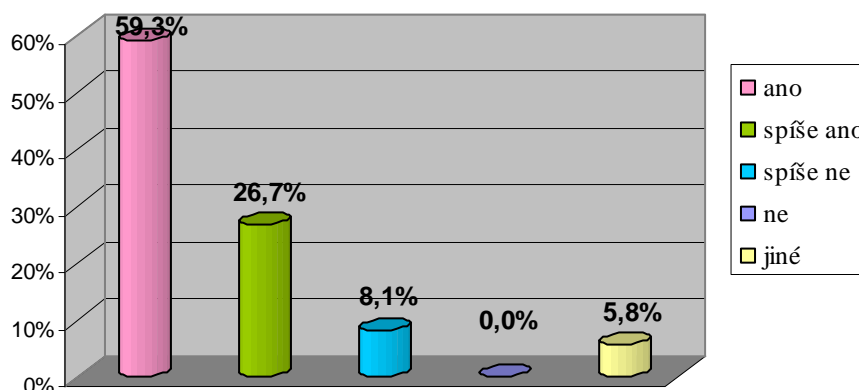
Z celkového počtu respondentů 86 (100 %) má 56 respondentů (65,1 %) možnost telefonicky kontaktovat svého blízkého. 26 respondentů (30,2 %) nemá možnost telefonicky kontaktovat svého blízkého. Žádný respondent (0 %) nevyužil možnost jen v určitých hodinách. 4 respondenti (4,7 %) uvedli jinou odpověď – 1 respondent blíže nespecifikoval a 3 respondenti uvedli, že zdravotní stav blízkého to neumožňuje.

Graf 34 Reakce sester



Z celkového počtu respondentů 86 (100 %) uvedlo 41 respondentů (47,7 %) kladnou reakci sestry, když ji vyhledají při nedostatku informací o péči o jejich blízkého. 34 respondentů (39,5 %) uvedlo, že je reakce sester většinou kladná. 1 respondent (1,2 %) uvedl většinou zápornou reakci sester. Žádný respondent (0 %) nevedl zápornou reakci sestry. 10 respondentů (11,6 %) uvedlo jinou odpověď – 9 respondentů odpovědělo, že záleží na sestře a 1 respondent nevedl svojí odpověď.

Graf 35 Spokojenost rodinných příslušníků se spoluprací se sestrami



Z celkového počtu respondentů 86 (100 %) je 51 respondentů (59,3 %) spokojeno se vzájemnou spoluprací se sestrami na oddělení. 23 respondentů (26,7 %) je spíše spokojeno se vzájemnou spoluprací se sestrami. 7 respondentů (8,1 %) je nespokojených se spoluprací se sestrami. Žádný z respondentů (0 %) nevedl, že je nespokojen se vzájemnou spoluprací se sestrami na oddělení. 5 respondentů (5,8 %) uvedlo jinou odpověď, kterou blíže nspecifikovali.

5. Diskuze

V bakalářské práci bylo předmětem snahy zjistit, jaká je spolupráce sester s rodinnými příslušníky klientů hospitalizovaných na interně zaměřených odděleních a jak rodinní příslušníci klientů hodnotí spolupráci se sestrami na oddělení. Byly vypracovány dva dotazníky pro rodinné příslušníky a sestry.

Pro hodnocení výsledků výzkumu bylo důležité odlišení dvou výzkumných souborů. První soubor tvoří sestry pracující na interně zaměřených odděleních a druhý soubor jsou rodinní příslušníci hospitalizovaných klientů na interně zaměřených odděleních.

První část diskuze je zaměřena na soubor sester pracujících na interně zaměřeném oddělení. Úvodní část dotazníku tvořily identifikační otázky č.1 a 2. V těchto otázkách nebyla shledána žádná překvapující zjištění, až na skutečnost, že na námi sledovaných odděleních nepracuje ani 10 % vysokoškolsky vzdělaných sester. Vysokoškolské studium pro sestry je otevřeno poměrně krátkou dobu a není dostupné v tolika městech. Můžeme se proto domnívat, že to může být jeden z důvodů, proč je zatím tak málo takto vzdělaných sester. Doufám, že s odstupem času bude zastoupeno v ošetrovatelských týmech více sester s vysokoškolským vzděláním, protože právě toto vzdělání se stává jedním z rozhodujících prostředků, jenž umožňují vykonat nezbytné změny ve zdravotnictví a ošetrovatelské péči.

Následující otázka byla zaměřena na názor sester na rodinné příslušníky na oddělení. 83 % sester uvedlo jednoznačný názor, že přítomnost rodinného příslušníka na oddělení je určitě prospěšná pro klienta. Což je potěšující výsledek, neboť jak uvádí Bártlová, klient, který je delší dobu upoután na lůžko, je závislý jak svými náladami, tak i touhou po uzdravení podstatně na účasti a úsilí svých blízkých. Dobré rodinné zázemí je jedním ze základních předpokladů pro příznivý vývoj jakéhokoli onemocnění (2).

Další otázky č. 4 a 7 byly zaměřeny na to, jak sestry samy vnímají rodinné příslušníky. 40 % sester vnímá blízké klientů jako podporu pro klienta, pro 29 % sester je rodinný příslušník zdrojem informací a 25 % sester vnímá rodinného příslušníka jako pomocníka při péči o klienta. Více jak polovina sester 54 % považuje návštěvy

rodinných příslušníků jako přínos pro jejich práci, velice mě překvapilo, že 24 % sester nepovažuje návštěvy rodinných příslušníků jako přínosné pro jejich práci (Graf 7). Domnívám se, že sestry zvolily tuto možnost v souvislosti s narůstajícím nevhodným chováním rodinných příslušníků viz. Graf 11, ve kterém odpovědělo 84 % sester, že se už setkalo s nevhodným chováním rodinných příslušníků na interně zaměřeném oddělení. Výše uvedené výsledky potvrzují hypotézu č. 1 „Sestry na interně zaměřeném oddělení vnímají přítomnost rodinných příslušníků klientů hospitalizovaných na interně zaměřeném oddělení kladně“.

Následující otázky č. 5, 10 a 15 byly zaměřeny na spolupráci sester s blízkými klienta a na odhalení problémů, se kterými se sestry potýkají při jednání s rodinnými příslušníky. Sestry spolupracují s rodinnými příslušníky v 82 % a rodinní příslušníci spolupracují se sestrami v 55 %, což je velice potěšující výsledek, jelikož klíčem ke koordinaci dobrých vztahů je spolupráce a komunikace mezi ošetrovatelským personálem a rodinou. Při vzájemné spolupráci může personál učit rodinu provádět různé technické úkoly a poskytovat klinické informace, týkající se péče o nemocného klienta jak uvádí literatura (17). Sestry se nejčastěji setkávají s nepochopením zdravotního stavu nemocného rodinou a to v 16 %, stejný počet sester se setkává s nezájmem o rodinného příslušníka. 14 % sester se setkává s nesmířením se rodiny klienta s jeho onemocněním. 12 % sester se potýká s častým kladením opakovaných dotazů rodinnými příslušníky a stejný počet sester se setkává s agresivitou rodinných příslušníků na oddělení (Graf 15). U tohoto grafu mě zaujala odpověď jedné sestry na možnost jiné, kde odpověděla čím dál častější neadekvátní chování příbuzných vůči personálu. Domnívám se, že toto není zas až tak nezanedbatelný údaj, protože v současné době začíná agresivita rodinných příslušníků stoupat a časté publikace článků na toto téma ve zdravotnických časopisech (Sestra, Florence) jsou toho důkazem. Myslím si, že právě tyto výše uvedené problémy vyplývající z Grafu 15 A, vedou k nevhodnému chování rodinných příslušníků na oddělení. V poslední době narůstá agresivita rodinných příslušníků vůči zdravotnickému personálu Jak uvádí Graf 20, na interně zaměřených odděleních je hospitalizováno 61 % klientů s dlouhodobým (chronickým) onemocněním a 23 % klientů s nevléčitelným onemocněním. Jak uvádí

literatura, rodina klienta s nevyléčitelným či smrtelným onemocněním často prochází stejnými fázemi dle Kübler - Rossové jako sám nemocný. Problém nastává tehdy, když rodina s nemocným nedrží krok a nachází se v jiné etapě. Příbuzní mohou být často nejistí, úzkostní a to se může projevit odměřeností, podrážděností, někdy až agresivitou (29). Sestra může vhodnými komunikačními prostředky pomoci oběma stranám a uklidnit tak vyhrocenou situaci.

Druhá část diskuze se týká rodinných příslušníků klientů hospitalizovaných na interně zaměřeném oddělení. Otázky byly směřovány na spokojenost rodinných příslušníků se spoluprací se sestrami na oddělení.

Úvodní část dotazníku tvořily opět identifikační otázky. Otázka č. 6 byla zaměřena na četnost návštěv rodinných příslušníků. Většina rodinných příslušníků 51 % navštěvuje denně svého blízkého. Velice mě tento výsledek potěšil a jsem ráda, že se už ve zdravotnictví upustilo od tzv. „kasárenského“ režimu oddělení, který prosazoval názor, že nemocný potřebuje během léčení především klid a profesionální zdravotnickou péči. Kontakt pacienta s rodinou formou návštěv by neměl být přerušen, především při dlouhodobém upoutání na lůžko, protože je přirozeným pokračováním osobních vztahů a je velmi potřebný pro psychický stav nemocného, jak uvádí literatura (2). Podle ošetřovatelských zkušeností rodinní příslušníci projevují zájem o péči o svého blízkého a čím dál víc k tomu využívají návštěvní hodiny, které po domluvě se sestrami jsou prakticky neomezené. Na základě Grafu 25 sestry v 42 % informují rodinné příslušníky o denním režimu oddělení, ve 30 % je neinformují. Domnívám se, že sestry by měly ještě více informovat rodinné příslušníky o denním režimu oddělení, aby se předešlo možným nedorozuměním ze strany rodiny či sester. Případně se s rodinou domluvit, pokud nemůže navštívit svého blízkého v návštěvních hodinách na jinou, vhodnější dobu návštěvy. Z vlastní zkušenosti vím, že rodinní příslušníci přichází na návštěvy mimo návštěvní hodiny a mnohdy se zapomenou sestře ohlásit. Může vzniknout nepříjemná situace jak pro sestru, která by měla vědět, kdo se pohybuje po oddělení, tak rodinného příslušníka či klienta.

Další otázky č. 24, 26 a 27 byly zaměřené na spokojenost rodinných příslušníků s chováním sester a informovanost rodinných příslušníků o léčebném režimu sestrou.

Naprostá většina rodinných příslušníků 92 % je spokojeno s chováním sester při současné hospitalizaci jejich blízkého. 67 % rodinných příslušníků je informováno sestrou o léčebném režimu svého blízkého a 44 % kontaktuje sestru při nedostatku informací o ošetrovatelské péči. Jsem mile překvapena, že je většina rodinných příslušníků (67 %) informována o léčebném režimu svého nemocného a je nakloněna ke spolupráci se sestrami a při nedostatku informací o ošetrovatelské péči se „nebojí zeptat“ a vyhledává sestru. Literatura uvádí, že rodinní příslušníci mohou mnoha způsoby zdravotní stav ovlivňovat. Především vlastní neukázněností, ve smyslu donášení zakázaných jídel, nápojů, cigaret, nevhodné četby, sdělováním nepříjemných zpráv apod. Úspěch terapie proto velice závisí i na chování rodinných příslušníků při návštěvách nemocného. Značnou úlohu zde hraje např. četnost a pravidelnost návštěv v nemocnici, způsob a obsah sdělovaných informací, přinesené květiny nebo jiná pozornost. Pacient očekává od návštěvy především rozptýlení, přátelskou nebo citovou komunikaci, odreagování od problémů (2). Podle mého názoru je dostatečná informovanost rodinných příslušníků prospěšná jak pro péči o klienta, tak pro sestry, pro které se rodinný příslušník stává partnerem v poskytování ošetrovatelské péče svému blízkému.

Následující otázky 28, 29, a 34 zjišťovaly názory blízkých klienta na reakce sester při vyhledávání informací. Reakce sester byla dle respondentů ze 48 % kladná. Sestry se věnovaly blízkým klienta vždy, když potřebovali v 58 % a to i přes to, že naprostá většina sester (43 %) pocítuje časovou tíseň při poskytování ošetrovatelské péče (Graf 12). Rodinným příslušníkům byly v 84 % podané informace od sester srozumitelné. Myslím si, že z výše uvedených výsledků vyplývá, velmi potěšující výsledek. Pokud sestry účinně komunikují, jsou úspěšnější a předcházejí problémům spojených s ošetrovatelskou péčí. I když sestry dobře zvládají společenskou komunikaci, stále se musí učit analyzovat své interakce s lidmi a záměrně používat své dovednosti k tomu, aby zlepšily ošetrovatelskou péči. Komunikace v ošetrovatelství by neměla být považována za něco automatického, jelikož dobrá komunikace je základem úspěšné ošetrovatelské péče, jak je uvedeno v literatuře (14, 19). Tyto výsledky vyvracejí hypotézu č. 2 „Sestry se při jednání s rodinnými příslušníky klientů

hospitalizovaných na interně zaměřeném oddělení potýkají s nedostatečným porozuměním podaných informací“. Rodinným příslušníkům byly podané informace vždy srozumitelné v 84 % jak uvádí Graf 29. Sestry se setkávají při jednání s rodinnými příslušníky s nepochopením podaných informací pouze v 7 % viz. Graf 15.

Sestry kontaktují rodinné příslušníky za účelem předání informací o ošetrovatelské péči o jejich blízké v 31 % a 30 % sester je kontaktuje podle potřeby. Myslím si, že by sestry měly více aktivně informovat rodinné příslušníky o ošetrovatelské péči, protože většina z nich by ráda pomohla a alespoň částečně se starala o svého blízkého. Jak uvádí Graf 27, rodinný příslušník vyhledává sestru při nedostatku informací o ošetrovatelské péči, podle mého názoru už to je projev určitého zájmu o svého blízkého a zájem o něj pečovat. Pokud rodinný příslušník projeví zájem o účast v ošetrovatelské péči o svého blízkého, měla by mu sestra vždy vyjít vstříc a pravidelně ho informovat o péči a řádně ho edukovat.

Další otázky v dotazníku byly zaměřeny na spolupráci sester s rodinami klientů při plánování ošetrovatelské péče, uspokojování potřeb klienta a spokojenost rodinných příslušníků se vzájemnou spoluprací se sestrami. Sestry využívají spolupráci blízkých klienta při uspokojování potřeb nemocného v 48 %. Hlavním cílem kvalitní ošetrovatelské péče je uspokojení potřeb bezpečí, jistoty a nezávislosti nemocného. Dalším velice důležitým cílem je snaha o podporu terapeutických procesů, při nichž by měl nemocný aktivně spolupracovat. Pro dosažení těchto cílů je dobré požádat o spolupráci a podporu rodinu nemocného, jak je uvedeno v literatuře (4). Sestra spolupracuje v plánování ošetrovatelské péče s rodinnými příslušníky v 31 % a s 36 % spíše spolupracuje, tedy spolupráce probíhá více jak s polovinou dotazovaných respondentů (Graf 32). 59 % rodinných příslušníků je spokojeno se vzájemnou spoluprací se sestrami na oddělení jak uvádí graf 35. Výše uvedené výsledky potvrzují hypotézu č. 3 „Rodinní příslušníci jsou spokojeni se spoluprací s ošetrovatelským personálem na interně zaměřeném oddělení“.

Potěšilo mne, že většina sester spolupracuje s rodinnými příslušníky v plánování ošetrovatelské péče o klienta, jelikož sestry jsou největší skupinou zdravotnických pracovníků, které jsou v úzkém a velmi častém kontaktu s nemocným a jejich blízkými.

Proto mají velkou možnost působit na nemocného a jeho rodinu. Kooperující sestra je z pohledu ošetřovatelství klíčová osoba v integrující spolupráci rodiny a zdravotnických odborníků, jak je uvedeno v literatuře (15).

6. Závěr

Sestry by měly být otevřeny ke komunikaci s rodinou, pravidelně jim nabízet výměnu informací. Často se stává, že členové rodiny nenachází dostatek odvahy k dotazům a k předávání informací. Možná je ani nenapadne, že to jde a je to dokonce i žádoucí.

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, jak sestry na interně zaměřeném oddělení vnímají přítomnost rodinných příslušníků klienta. Zároveň mne zajímalo, s jakými problémy se sestry nejčastěji potýkají při jednání s rodinnými příslušníky klientů a zda jsou rodinní příslušníci spokojeni se spoluprací se sestrami na interně zaměřeném oddělení.

Na základě výsledků z provedeného výzkumu mohu potvrdit hypotézu č.1 „Sestry na interně zaměřeném oddělení vnímají přítomnost rodinných příslušníků klientů hospitalizovaných na interně zaměřeném oddělení kladně“. 83 % sester uvedlo, že přítomnost rodinného příslušníka na oddělení je určitě prospěšná pro klienta, 40 % sester vnímá blízké klientů jako podporu pro klienta a 54 % sester považuje návštěvy rodinných příslušníku přínosné pro jejich práci. Hypotéza č. 2 „Sestry se při jednání s rodinnými příslušníky klientů hospitalizovaných na interně zaměřeném oddělení potýkají s nedostatečným porozuměním podaných informací“ se nepotvrdila. Rodinným příslušníkům byly podané informace vždy srozumitelné v 84 %. Sestry se setkávají při jednání s rodinnými příslušníky s nepochopením podaných informací pouze v 7 %. Hypotéza č. 3 „Rodinní příslušníci jsou spokojeni se spoluprací s ošetrovatelským personálem na interně zaměřeném oddělením“ byla potvrzena. 59 % rodinných příslušníků je spokojeno se spoluprací se sestrami, sestry využívají spolupráci blízkých klienta při uspokojování potřeb nemocného v 48 % a 92 % rodinných příslušníků je spokojeno s chováním sester při současné hospitalizaci jejich blízkého.

Z bakalářské práce vyplývají převážně pozitivní výsledky výzkumu, ale i přes to je nutné podpořit spolupráci sester s rodinnými příslušníky klientů. Více zapojovat rodinné příslušníky do péče o svého blízkého, aktivně vyhledávat jejich spolupráci,

pravidelně je informovat, vycházet blízkým klienta vstříc a v neposlední řadě prohloubit znalosti sester a motivovat je k dalšímu vzdělávání.

V minulém období byl často nedoceňován vliv rodinných příslušníků a přátel na nemocného, a tím bylo omezováno jejich možné pozitivní působení na léčbu. Dnešní moderní doba je již v mnohém jiná, více nakloněná změnám v ošetřovatelství a zdravotnictví vůbec. Otvírá se větší prostor pro spolupráci zdravotníků s rodinou nemocného. Tím se vytváří bezpečné prostředí, v němž se nejen nemocný, ale i rodina a ošetřující personál cítí podstatně lépe.

7. Použitá literatura

1. ČECHOVÁ, V. MELLANOVÁ, A. *Psychologie a pedagogika*. 1. vyd., Vimperk: H&H, 1999, 143 s. ISBN 80-86022-42-0
2. BÁRTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. vyd., Praha: Grada Publishing, a. s., 2005, 188 s. ISBN 80-247-1197-4
3. BERAN, J. *Základy komunikace s nemocným*. 1. vyd., Praha: UK v Plzni, 1997, 197 s. ISBN 80-7187-390-3
4. FARKAŠOVÁ, D. a kol. *Ošetrovatelství teorie*. 1. vyd., Martin: Osveta, spol. s r. o., 2006. 210 s. ISBN 80-8063-227-8
5. HAŠKOVCOVÁ, H. *České ošetrovatelství 5: Manuálek o etice*. 1. vyd., Brno: IDVPZ, 2000, 46 s. ISBN 80-7013-310-4
6. HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 1. vyd., Praha: Panorama, 1990, 416 s. ISBN 80-7038-158-2
7. HINTNAUS, L. *Člověk a rodina, smysl a funkce rodin : (anatomie, fyziologie a patologie lidské rodiny)*. České Budějovice: JU ZSF, 1998, 83 s. ISBN 80-7040-315-2
8. HORSKÁ, P. KUČERA, M. MAUR, E. STLOUKAL, M. *Dětství, rodina a stáří v dějinách Evropy*. 1. vyd., Praha: Panorama, 1990, 480 s. ISBN 80-7038-011-X
9. HONZÁK, R. *I v nemoci si buď přítelem*. 1. vyd., Praha: Avicenum, 1989, 160 s. ISBN 08-058-89
10. JAKOUBKOVÁ, J. *Paliativní medicína*. 1. vyd., Praha: Galén, 1998, 125 s. ISBN 80-85824-78-7
11. KAFKOVÁ, V. *Z historie ošetrovatelství*. 1. vyd., Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1992, 185 s. ISBN 80-7013-123-3
12. KRISTOVÁ, J. *Komunikácia v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, spol. s r. o. 2004. 211 s. ISBN 80-8063-160-3
13. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vyd., Praha: Grada Publishing, spol. s r. o., 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0

14. *Lemon: učební texty pro sestry a porodní asistentky*, díl 2, ošetrovatelství a společenské vědy: komunikace, 1. vyd., Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1997. 125 s. ISBN 80-7013-238-8
15. *Lemon: učební texty pro sestry a porodní asistentky*. Díl 4, život, zdraví, prostředí: ochrana zdraví, výchova ke zdraví: zdravé rodičovství. 1. vyd., Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1997, 160 s. ISBN 80-7013-248-5
16. MASTILIAKOVÁ, D. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. 1. vyd., Brno: IDVZP, 1999, 164 s. ISBN 80-7013-277-9
17. MATOUŠEK, O. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. 3. vyd., Praha: Sociologické nakladatelství, 2003. 161 s. ISBN 80-86429-19-9
18. MOŽNÝ, I. *Moderní rodina*. 1. vyd., Brno: Blok, 1990, 184 s. ISBN 80-7029-018-8
19. STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství 4: Jak provádět ošetrovatelský proces*. 1. vyd., Brno: IDVPZ, 1999, 66 s. ISBN 80-7013-283-3
20. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. 5. vyd., Praha: Ecce Homo, 2003, 150 s. ISBN 80-902049-4-5
21. ŠAMÁNKOVÁ, M. a kol. *Základy ošetrovatelství*. 1. vyd., Praha: Karolinum, 2006. 353 s. ISBN 80-246-1091-4
22. ŠTVERÁK, V. *Stručné dějiny pedagogiky*. 2. vyd., Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1988. 307 s. SPN 46-0024/2
23. TRACHTOVÁ, E. a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd., Brno: NCO NZO, 2003. 186 s. ISBN 80-7013-324-4
24. VANČUROVÁ, E. *Úvahy o dětech a lidech v rodině*. 1. vyd., Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1987, 144 s. ISBN 14-498-87
25. VENGLÁŘOVÁ, M. MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd., Praha: Grada Publishing, a. s., 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
26. VOKURKA, M. HUGO, J. a kol. *Velký lékařský slovník*. 5. vyd., Praha: Maxdorf s. r. o. 2005, 1001 s. ISBN 80-7345-058-5

27. VURM, V. a kol. *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*.
1. vyd., Praha: Manus, 2004, 100 s. ISBN 80-86571-07-6
28. VÝROST, J. SLAMĚNÍK, I. *Aplikovaná sociální psychologie I., Člověk a sociální instituce*, 1. vyd., Praha: Portál, 1998. 384 s. ISBN 80-7178-269-6
29. *Zdravotníci ve vztahu k rodině nemocného*. Dostupné z:
<<http://www.umirani.cz/index.php?cmd=page&id=76&lang=cs>> [2007-01-05]

8. Klíčová slova

Sestra

Klient

Rodinný příslušník

Spolupráce

Ošetrovatelská péče

Ošetrovatelský proces

Komunikace

9. Přílohy

1. Dotazník sester
2. Dotazník rodinných příslušníků

Příloha 1

DOTAZNÍK PRO SESTRY

Vážené kolegyně,

předkládám Vám dotazník, ze kterého bych se chtěla dozvědět Vaše názory a postřehy, týkající se spolupráce s rodinnými příslušníky klientů hospitalizovaných na interně zaměřeném oddělení.

Prosím Vás o upřímné a pravdivé vyplnění. Získané informace budou zpracovány v mé bakalářské práci, která se danou problematikou zabývá.

Dotazník je anonymní.

Pokud nebude uvedeno jinak, vyberte prosím vždy jednu z možností a odpovědi označte.

V případě možnosti jiné prosím doplňte.

Děkuji Vám za spolupráci.

Veronika Jílková, studentka Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity
v Č. Budějovicích.

1. Jak dlouho pracujete na interně zaměřeném oddělení?

- do 1 roku
- 1 - 3 roky
- 4 - 10 let
- 11 let a více

2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- úplné střední s maturitou
- vyšší odborné
- vysokoškolské
- jiné.....

3. Jaký máte názor na návštěvy rodinných příslušníků na interně zaměřeném oddělení? (Vyberte prosím jednu z možností)

- jsou určitě prospěšné pro klienty
- nevadí mi
- nejsou prospěšné pro klienty
- vadí mi
- jiné.....

4. Jak Vy sama vnímáte blízké klientů? (Můžete označit více možností)

- jako zdroj informací
- pomáhají při péči o klienta
- jsou podporou pro nemocného klienta
- jsou přítěží pro zdravotnický personál
- jiné.....

5. Využíváte možnosti spolupráce s rodinnými příslušníky klientů?

- ano
- ne
- jiné.....

6. Informujete rodinné příslušníky klientů o denním režimu na interně zaměřeném oddělení?

- ano
- ne
- jiné.....

7. Jsou návštěvy rodinných příslušníků klientů přínosem pro Vaší práci?

- ano
- ne
- jiné.....

8. Zajímáte se o rodinnou situaci klienta?

- ano
- ne
- jiné.....

9. Narušují podle Vás blízcí nemocného svojí přítomností na oddělení jeho režim?

(Vyberte prosím jednu z možností)

- nenarušuje
- většinou nenarušuje
- většinou narušuje
- narušuje
- jiné.....

10. Spolupracují s Vámi rodinní příslušníci v péči o své blízké?

- ano
- většinou ano
- většinou ne
- ne
- někdy
- jiné.....

11. Setkala jste se někdy s nevhodným chováním blízkých klienta na oddělení?

- ano
- ne
- jiné.....

12. Pociťujete časovou tíseň při poskytování ošetrovatelské péče klientům hospitalizovaným na interně zaměřeném oddělení? (Vyberte prosím jednu z možností)

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne
- dle stavu oddělení

13. Máte pocit, že Vás blízcí klientů při práci zdržují? (Vyberte prosím jednu z možností)

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne
- jiné.....

14. Myslíte, že máte dostatek empatie k blízkým klientů? (Vyberte prosím jednu z možností)

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne
- jiné.....

15. Co Vám dělá největší potíže při spolupráci s rodinou klienta? (Můžete označit více možností)

- mnoho rodinných příslušníků na oddělení při jedné návštěvě nemocného
- nežádoucí návštěvy nemocného
- agresivita rodinných příslušníků
- nepochopení zdravotního stavu nemocného rodinou
- nesmíření se rodiny nemocného s jeho nemocí
- neinformovanost rodinných příslušníků lékařem
- časté kladení opakovaných dotazů rodinnými příslušníky
- nepochopení podaných informací
- nezájem o rodinného příslušníka
- nemám žádné problémy při spolupráci s rodinami klientů
- jiné

Příloha 2

DOTAZNÍK PRO RODINNÉ PŘÍSLUŠNÍKY

Vážená paní, pane

dovolte mi, abych Vás požádala o vyplnění následujícího dotazníku. Cílem dotazníku je zjistit současnou úroveň spolupráce sestry s rodinnými příslušníky klienta hospitalizovaného na interně zaměřeném oddělení.

Prosím Vás o upřímné a pravdivé vyplnění. Získané údaje budou zpracovány v mé bakalářské práci, která se touto problematikou zabývá.

Dotazník je anonymní.

Pokud nebude uvedeno jinak, vyberte prosím vždy jednu z možností a odpovědi označte.

V případě možnosti, jiné, prosím doplňte.

Děkuji Vám za spolupráci.

Veronika Jílková, studentka Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Č.
Budějovicích.

1. Jste:

- muž
- žena

2. Váš věk:

- do 20 let
- 21 - 30 let
- 31 – 40 let
- 41 - 50 let
- 51 – 60 let
- 61 let a více

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- základní
- střední odborné
- úplné střední s maturitou
- vyšší odborné
- vysokoškolské

4. Nemocný je Váš:

- manžel/ka
- partner/ka
- rodič
- syn/dcera
- prarodič
- jiné.....

5. Jaké je onemocnění Vašeho blízkého?

- krátkodobé
- dlouhodobé
- nevyléčitelné
- jiné.....

6. Jak často nemocného navštěvujete?

- denně
- 2 x 3 týdně
- 1 týdně
- méně než 1 týdně
- jiné.....

7. Byl již dříve Váš blízký hospitalizován na tomto oddělení?

- ano
- ne

8. Jaké jsou Vaše zkušenosti s chováním sester z minulé hospitalizace Vašeho blízkého? (Pokud jste odpověděl/a záporně na předchozí otázku, prosím pokračujte otázkou č.9)

- velmi dobré
- dobré
- velmi špatné
- špatné
- jiné

9. Jste spokojen/a s chováním sester při současné hospitalizaci Vašeho blízkého?

- ano
- ne
- jiné.....

10. Informovala Vás sestra o denním režimu oddělení?

- ano
- ne
- částečně

11. Vysvětlila Vám sestra jaký léčebný režim musí dodržovat Váš blízký?

- ano
- ne

12. Kontaktujete sestru při nedostatku informací o ošetrovatelské péči týkající se Vašeho blízkého?

- ano
- ne
- občas
- jiné.....

13. Věnovaly se Vám sestry, vždy když jste potřeboval/a?

- ano
- většinou ano
- většinou ne
- ne
- jiné.....

14. Byly Vám poskytnuté informace o ošetrovatelské péči od sester srozumitelné?

- ano
- ne
- někdy

15. Využívají sestry Vaší spolupráci při uspokojování potřeb Vašeho blízkého?

- ano
- ne
- některé
- občas
- jiné.....

16. Kontaktuje Vás sestra, aby Vám předala informace o péči o Vašeho blízkého?

- ano
- ne
- občas
- v případě potřeby
- jiné.....

17. Spolupracuje s Vámi sestra při plánování ošetrovatelské péče o Vašeho blízkého?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne
- jiné.....

18. Máte možnost kontaktovat telefonicky Vašeho blízkého?

- ano
- ne
- jen v určitých hodinách
- jiné.....

19. Jaká je reakce sester pokud je vyhledáte při nedostatku informací o péči o Vašeho blízkého? (Můžete vybrat více možností, v případě možnosti jiné prosím doplňte)

- kladná
- většinou kladná
- většinou záporná
- záporná
- jiné

20. Jste spokojen/a s Vaší vzájemnou spoluprací se sestrami na interně zaměřeném oddělení?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne
- jiné.....