

**Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta**

Rodina – partner v ošetrovatelském procesy

Bakalářská práce

**Vedoucí:
Mgr. Andrea Festová**

**Autor:
Veronika Rohrerová**

2009

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. Andree Festové, za trpělivost při odborném vedení mé bakalářské práce a cenné rady, které jsem využila při jejím zpracování.

Abstract

A family is a unique and irreplaceable institution. Illness makes a person temporarily socially unfit and affects not only the sick member but the whole family. The clients in this difficult situation usually look for help and support in their immediate family members and their reactions and advice are of great importance to the clients' decision-making and behaviour. Experience has shown that the role of family in care for sick members cannot be replaced by any institution. On the contrary, if the client and the family become active participants in the medical and nursing process the positive stabilization of health condition is much faster and more efficient.

Quantitative research through a structured interview based on a scenario prepared in advance was selected for the thesis.

The objective of the thesis entitled "Family – partner in the nursing process" was to determine the function of families in the nursing process in clients hospitalized in a medical facility and to find out if the family is motivated by nurses to participate in the nursing process. The last objective was to find out the reasons for families for not being involved in the nursing process. Three research questions were formulated. The first research question is to determine the function of a family in the nursing process. The second research question is supposed to find out what are the differences in the role of a family in the nursing process in clients of individual age categories. The third research question is to determine whether the family is involved in the nursing process.

This topic was chosen because cooperation of nurses and other medical workers with the client's family is of great importance and is often irreplaceable. Nowadays, cooperation and communication with the client's family is often neglected for time or personnel reasons. This is a pity, because if the family is correctly involved in the nursing process its involvement has a positive effect on the patient's treatment and it represents a great emotional support in this difficult life situation. The research results show that family members are not encouraged by the nurses to participate in the nursing process. The family members do not participate in the nursing process mainly because of lack of time. But if it is necessary they are willing to engage in any activity that the client's condition would require. The main difference I find in the roles of family in the nursing process in clients of individual age categories is in the need of support and assistance. Clients of pre-school and school age and retired clients need and receive support and assistance in day-to-day activities from their

families. Whereas clients of productive age are not ready to accept support and assistance from their families, they prefer to provide it.

The research results show that it is necessary to involve family members more in the nursing care for their immediate family member and to actively seek their cooperation.

Obsah

Úvod.....	7
1. Současný stav.....	9
1.1 Úloha rodiny v ošetřovatelském procesu.....	9
1.1.1 Rodina a její funkce.....	9
1.1.2 Struktura rodiny.....	10
1.1.3 Současnost a budoucnost rodiny.....	11
1.1.4 Vliv rodiny na jednotlivce.....	11
1.2 Ošetřovatelský proces.....	12
1.2.1 Rodina a ošetřovatelský proces u předškolního dítěte.....	21
1.2.2 Rodina a ošetřovatelský proces u školních a dospívajících dětí.....	24
1.2.3 Rodina a ošetřovatelský proces v produktivním věku.....	27
1.2.4 Rodina a ošetřovatelský proces u geriatrického klienta.....	31
1.2.5 Rodina a ošetřovatelský proces v paliativní péči.....	36
2. Cíl práce a hypotézy.....	39
2.1 Cíl práce.....	39
2.2 Výzkumné otázky.....	39
3. Metodika.....	40
3.1 Použitá metoda.....	40
3.2 Charakteristika zkoumaného vzorku.....	40
4. Výsledky.....	41
4.1 Interpretace výsledků získaných strukturovaným rozhovorem.....	41
4.2 Kategorizace dat v tabulkách.....	59
5. Diskuze.....	75
6. Závěr.....	80
7. Seznam použitých zdrojů.....	82
8. Klíčová slova.....	85
9. Přílohy.....	86

Úvod

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. Neexistuje žádný typ společnosti, který by se neopíral o rodinu jako o svůj základní článek (18).

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 a přeneseny na zdravotnické zařízení. V podstatě s mizivou spoluúčastí rodiny a často i samotného nemocného. Rodina a nemocnice si jakoby v tomto směru vyměnily 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, stane-li se pacient i rodina aktivním spoluúčastníkem v léčebném i ošetrovatelském procesu a může-li navíc probíhat tento proces v podpůrném domácím prostředí, dochází k pozitivní stabilizaci zdravotního stavu mnohem rychleji a účinněji. V našem zdravotnictví se však této přínosné role nejbližších příbuzných či přátel pacienta využívá jen velmi málo. V práci sester nacházíme aktivní kontakt s rodinou v průběhu hospitalizace jen zcela sporadicky.

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, pečující 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 podceňován vliv rodinných příslušníků a přátel na nemocného, vazby nemocného na rodinu, a tím bylo omezováno jejich možné pozitivní působení na léčbu

Sestry by měly být otevřeny ke komunikaci s rodinou a pravidelně jí nabízet výměnu informací. Pokud přijde rodina s novými podněty, měly by sestry umět najít cestu k jejich využití. Měly by umět rodinným příslušníkům poradit, kde najít pomoc či podrobnější

informace, případně je jemně usměřovat a být pro ně psychickou oporou. Spolupráce zdravotníků s rodinou klienta vytváří bezpečné prostředí, v němž se nemocný i rodinní příslušníci cítí podstatně lépe než v dřívějším ovzduší autoritativního přístupu profesionálů ve zdravotnictví.

Téma bakalářské práce s názvem Rodina – partner v ošetrovatelském procesu jsem si vybrala proto, že podle mého názoru je spolupráce sester a jiných zdravotnických pracovníků s rodinou klienta i jeho blízkými přáteli velmi důležitá a často nenahraditelná. V dnešní době je spolupráce a komunikace s rodinou klienta mnohdy opomíjena z časových nebo personálních důvodů. Což je škoda, protože pokud dojde ke správnému a žádoucímu zapojení rodiny do ošetrovatelského procesu, má její účast pozitivní vliv na léčbu nemocného a je mu hlavně velkou psychickou oporou v této náročné životní situaci. Tím dojde ke splnění jedné ze základních funkcí rodiny, kterou je pomáhat si ve zdraví i nemoci.

Doufám, že mnou zjištěné poznatky otevřou a obohatí prostor pro spolupráci sester s rodinnými příslušníky klientů. Umožní kvalitní výměnu informací mezi rodinou a sestrami a pomůžou k většímu zapojení rodiny do ošetrovatelského procesu, které povede ke zlepšení péče o nemocné.

1. Současný stav

1.1 Úloha rodiny v ošetrovatelském procesu

Spolupráce rodinných příslušníků v rámci ošetrovatelského procesu je velmi důležitá pro klienta i pro rodinu samu (12). Sestry se při ošetrovatelské péči zaměřují nejen na nemocného klienta, ale i na jeho rodinu. V rámci spolupráce s rodinou poskytují oporu a informace. Musí dbát na to, aby nejen nemocný, ale i všichni členové rodiny pochopili onemocnění, proces léčby a důsledky, které z něho pro funkci rodiny vyplývají. Zároveň posuzují, zda je rodina schopná po skončení hospitalizace zabezpečit péči doma, je-li to potřebné (13).

1.1.1 Rodina a její funkce

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. Reprodukce člověka nejen jako živočicha, zprostředkuje mu vrůstání do jeho kultury a společnosti. Kromě toho propojuje generace, vytváří mezi nimi kontinuitu a pouta solidarity.

Rodina je unikátní a nenahraditelnou institucí. 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 a děti byli odkázáni na materiální pomoc produktivních členů rodiny. Obecně lze říci, že v případě nefunkčnosti rodiny v oblasti materiálního zabezpečení existuje ve společnosti poměrně dobře propracovaný systém sociálních podpor. V této fázi je už rodina jako systém zastoupena společností jako celkem.

Výchovná funkce rodiny je prostředím, které poskytuje dětem základní orientaci v okolním světě a poskytuje jim 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 společnostmi 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 (29).

1.1.2 Struktura rodiny

Rodina jednotlivci umožňuje, aby v ní nalézal oporu, ztotožňoval se s ní a zároveň mu dává svobodu k tomu, aby si budoval a zachovával svou odlišnost. Život v rodině se pohybuje mezi sdílením a osobním soukromím (18).

Rodina vytváří určité podsystémy. Jednotlivci se spojují proto, aby dělali závažná rozhodnutí (např. rodiče), aby pěstovali společný zájem (např. otec s dětmi), aby se posilovali ve své sexuální roli (matka a dcera), aby se definovali jako jedna generace vůči generaci. V těchto podsystémech platí interakční zvyklosti, mají svou rozhodovací hierarchii. Každý jedinec má svoje místo v mnoha takových podsystémech (18).

Rodinu si většinou představujeme jako tzv. úplnou nukleární rodinu – otce, matku a jejich děti. Myslíme si, že takto vypadá většina rodin, ale opak je pravdou. Odhaduje se, že v naší společnosti tvoří úplné nukleární rodiny třetinu rodin a pouze pětinu všech domácností. Zbytek tvoří lidé žijící sami nebo jen s dítětem bez partnera.

Schopnost rodiny vychovávat děti a vyrovnávat se s těžkostmi je závislá na tom, jak je rodina napojena na své sociální okolí nebo-li sociální síť. Sociální síť rodiny je koalice rodin na sobě závislých, do níž se někdy počítají ještě jiní nepříbuzní lidé (přátelé, sousedé, případně i profesionálové pracující v institucích, jež s rodinou přicházejí do styku) (18).

1.1.3 Současnost a budoucnost rodiny

Každá rodina je jedinečná. Díky lepší zdravotní péči jsou dnes lidé zdravější, dožívají se vyššího věku a jsou produktivnější. Rozvojem antikoncepce a legalizací potratů se stalo plánované rodičovství přirozenou záležitostí. Dnešní ekonomická situace spolu se změnou myšlení donutila většinu žen nastoupit do zaměstnání a změnit tak svou tradiční roli v rodině. Větší procento rozvodů a akceptování dětí svobodných matek se projevilo nebývalým vzestupem počtu neúplných rodin.

V moderní rodině nastávají změny hlavně v tradičních rolích jejích členů. Dnešní otcové jsou víc zapojeni do výchovy dětí a do rodinného života. Mnozí navštěvují prenatální poradny a jsou svědky porodu svých dětí. Víc se zapojují do domácích prací, což otrásá jejich klasickým postavením pána v domě, i když většinu domácích prací stále vykonává žena. Podobně i ženy jsou dnes méně omezeny tradiční rolí v rodině.

Neustále narůstá počet domácností s jedním rodičem. Osamělý rodič se často soustředí jen na péči o dítě a na zabezpečení finančního příjmu. Tím se ocitá ve společenské izolaci. Většinu osamělých rodičů tvoří ženy. Mnohé z nich žijí i s dětmi ve finanční tísní. Proto neúplné rodiny potřebují fungující podpůrný systém (13).

1.1.4 Vliv rodiny na jednotlivce

Naše kultura velice zdůrazňuje vliv rodičovské péče na utváření povahy dítěte i vliv rodiny na duševní rovnováhu dospělého. Na druhé straně stále méně vyžaduje, aby jedinec rodinu zakládal.

Za primární rodinné spojení je považován vztah mezi matkou a dítětem. Ten vzniká a stabilizuje se už v těhotenství. Dobře fungující rodina je založena na pevném spojení mezi mužem a ženou. Nejvýznamnější rodinnou aliancí dítěte je spojení mezi dítětem a rodičem stejného pohlaví, tzv. rodová aliance. Dítě se učí nápodobou (18).

1.2. Ošetrovatelský proces

Ošetrovatelský proces je soubor specifických ošetrovatelských zákroků v péči o zdraví jednotlivce, rodiny nebo celých komunit. Zahrnuje použití vědeckých metod pro určení zdravotních potřeb klienta, rodiny nebo komunity a vymezení těch, které mohou být účinněji uspokojeny péčí sestry (14).

Ošetrovatelský proces má pět fází:

1. posouzení
2. diagnostika
3. plánování
4. realizace
5. vyhodnocení

V každé z fází sestry vykonávají typické činnosti, které vyúsťují v následující fázi.

1. Posouzení

V rámci posouzení probíhají činnosti, kterými zjistíme stav individuálních potřeb klienta, rodiny nebo komunity. Posouzení se vždy orientuje na biologické, psychosociální, kulturní a duchovní potřeby klienta. Pokud některá z lidských potřeb klienta není ve funkční podobě odpovídající jeho věku, vývoji a kultuře, je dysfunkční a hovoříme o ošetrovatelském problému. Ošetrovatelský problém je standardně označován názvem ošetrovatelské diagnózy s kódem.

Posouzení rozdělujeme na dvě oblasti. V první části jde o získání ošetrovatelské anamnézy (nebo-li rozpomenutí, získání informací souvisejících s obdobím před přijetím klienta do ošetrovatelské péče). V druhé části posuzujeme aktuální potřeby klienta.

Sestra postupně provede získání anamnestických údajů. Nejprve studiem zdravotnické dokumentace, které je vhodné realizovat ještě před rozhovorem s klientem. Následně strukturovaným anamnestickým rozhovorem, vedeným ve struktuře diagnostických domén. Slouží k získání informací o individuálních potřebách v předchozím období. Je třeba zaměřit se na diagnosticky významné informace, což jsou ty, které přispívají k potvrzení ošetrovatelské diagnózy.

V případě, že má sestra v péči člověka, který není schopen adekvátní komunikace, trpí například poruchou vědomí, je nízké věkové kategorie nebo komunikuje znakovou řečí či nezná náš národní jazyk, je nutné rozhovor modifikovat a zvážit účelnost získání nebo doplnění informací od jeho blízkých.

V návaznosti na získání anamnestických údajů probíhá rozpoznání určujících znaků, souvisejících nebo rizikových faktorů (tzv. ošetřovatelských diagnóz).

Pro tuto činnost můžeme využít strukturovaný rozhovor a pozorování, vedené například dle diagnostických domén, screeningové vyšetření ošetřovatelských fenoménů, vyšetření testy a škálami a rozhovor s rodinou či partnerem. Nalezené diagnostické prvky je nutné dokumentovat do speciálního formuláře, který je součástí ošetřovatelské dokumentace (15,16). Ošetřovatelská dokumentace je součástí celkové zdravotnické dokumentace. Umožňuje dokumentovat poskytovanou ošetřovatelskou péči a poskytuje řadu významných informací, které si sestry potřebují mezi sebou předat. Jednoduchá a kvalitní dokumentace je nezbytnou složkou ošetřovatelského procesu (23).

2. Diagnostika

Úkolem ošetřovatelské diagnostiky není určovat nemoc a přebírat tím roli lékaře, ale identifikovat ošetřovatelské problémy klientů. Dysfunkční potřeby se mohou vyskytovat i u osob, které právě nemají žádné onemocnění, stejně jako u nemocných. Posouzení a stanovení diagnostického závěru by mělo proběhnout maximálně do 24 hodin od přijetí do péče.

Nejčastějšími aktuálními ošetřovatelskými diagnózami dle NANDA taxonomie II zaměřenými na rodinu jsou:

00056 Zhoršená rodičovská role

00060 Přerušovaný život rodiny

00061 Přetížení pečovatele

00063 Dysfunkční život rodiny – alkoholismus

00064 Konflikt rodičovské role

00065 Neefektivní sexuální život

00074 Ohrožující zvládání zátěže rodinou

00080 Neefektivní léčebný režim rodiny

00116 Narušené chování dítěte
000146 Úzkost
000148 Strach
00159 Ochota ke zlepšení funkce rodiny
00164 Ochota ke zlepšení rodičovské role

Nejčastějšími potencionálními ošetrovatelskými diagnózami dle NANDA taxonomie II zaměřenými na rodinu jsou:

00054 Riziko osamělosti
00057 Riziko zhoršení rodičovské role
00058 Riziko oslabení vazby rodičů a dítěte
00062 Riziko přetížení pečovatele
00115 Riziko narušeného chování dítěte
00155 Riziko pádů
00156 Riziko syndromu náhlého úmrtí kojence
(5, 17, 9).

3. Plánování

Pokud jsou nalezeny ošetrovatelské diagnózy, je nutné naplánovat jejich řešení. Primární sestra je kompetentní vytvořit pro klienta individuální plán ošetrovatelské péče, který je dokumentován písemnou formou a měl by obsahovat tyto části: rozpoznané ošetrovatelské diagnózy s číselným kódem, ošetrovatelské cíle se stanovenými kritérii pro hodnocení, plánované ošetrovatelské činnosti, plán realizace péče a data pro vyhodnocení výsledků poskytované péče.

4. Realizace

V této fázi je poskytována cílená individuální ošetrovatelská péče, za kterou je sestra přímo odpovědná. Péče by měla vést k prevenci vzniku ošetrovatelských problémů, jejich odstranění nebo minimálně ke snížení intenzity.

Ošetrovatelská péče související s potenciálními ošetrovatelskými diagnózami je zaměřena na preventivní opatření tak, aby se hrozící problém nerozvinul a aby rizika jeho

vzniku byla snížena nebo odstraněna. Při poskytování péče sestry současně plní medicínské ordinace a spolupracují s lékaři a dalšími odborníky zdravotnického týmu. V průběhu realizace ošetrovatelské péče sestra ověřuje, zda je v dané situaci skutečně vhodné činnost uvedenou v plánu péče realizovat.

U ošetrovatelských činností, jejichž provedení je v konkrétní situaci u klienta možné, sestra zodpovídá za provedení úkon a stvrdí ho podpisem.

5. Vyhodnocení

Posledním krokem metody ošetrovatelského procesu je vyhodnocení účinnosti péče, která byla u daného klienta naplánována. Sestry zjišťují, zda byly cíle plánu realistické, zda byly splněny a jestli byly plánované intervence vhodné. Dílčí vyhodnocení je vhodné provádět opakovaně. Při propuštění nebo odstranění problému klienta se provádí vyhodnocení finální (16).

Rozpracovanými ošetrovatelskými diagnózami dle NANDA taxonomie II zaměřenými na rodinu jsou:

00054 Riziko osamělosti

Související faktory: citové strádání, sociální izolace, tělesné strádání, fyzická izolace

00056 Zhoršená rodičovská role

Související faktory: stres, nezaměstnanost nebo problémy s prací, finanční obtíže, přestěhování, špatné vybavení domova, vážnou soudržnost rodiny, manželský konflikt, nespokojení, změny v rodině, přetížení v roli rodiče, rodina jen s jedním rodičem, otec dítěte se neúčastní jeho výchovy, neplánované nebo nechtěné těhotenství, chudoba, nízká sebeúcta, chybějící nebo špatný model rodičovské role, rodičovství není hodnota, rodiče nejsou schopni upřednostnit potřeby dítěte před svými vlastními, nedostatek schopností k řešení problémů, maladaptivní jednání, sociální izolace, somatické onemocnění, nedonošenost, mnohočetné těhotenství, nemoc, handicap, povaha neodpovídající očekávání rodičů, mladí rodiče, oddělení od dítěte, poruchy spánku, deprese, atd.

Charakteristické projevy: Dítě má časté nehody, nemoci, známky neprospívání, špatný duševní a kognitivní rozvoj, poruchy chování, špatné sociální schopnosti, fyzická či psychická

traumata, nedostatečné pouto, útky z domova, úzkost z odloučení, rodiče vyjadřují neschopnost plnit potřeby dítěte, nezvládání dítěte, negativní výroky o dítěti, nedostatečné pečování, domácí prostředí není zárukou bezpečí, přílišné trestání, odmítání nebo nepřátelství vůči dítěti, zneužívání, zanedbávání nebo opuštění dítěte, atd.

00057 Riziko zhoršení rodičovské role

Související faktory: sociální izolace, chabé domácí prostředí, nedostatek rodinné soudržnosti, manželský konflikt, změny v rodině, nedostatečný nebo chabý rodičovský vzor, rodič samoživitel, nedostatek podpory sociální sítí, nezačlenění otce do výchovy, finanční potíže, přemístění, dlouhodobé oddělení dítěte od rodičů, dítě s tělesnou nebo mentální vadou, povaha, která neodpovídá představám rodičů, odtržení dítěte od rodičů po porodu, hyperaktivita s deficitem pozornosti, atd.

00058 Riziko oslabení vazby rodičů a dítěte

Související faktory: neschopnost rodičů naplňovat osobní potřeby, úzkost ve spojení s rodičovskou rolí, užívání drog, nedonošené dítě, nemocné nebo postižené dítě neschopné účinně navázat kontakt s rodičem v důsledku porušeného chování, oddělení, fyzické bariéry, nedostatek soukromí, rodiče, kteří sami nezažili kvalitní vazbu, nejistota v rodičovství, otěhotnění v důsledku znásilnění nebo sexuálního zneužívání, obtížné těhotenství a porod, atd.

00060 Přerušovaný život rodiny

Související faktory: změna v rodinných financích, změna společenského postavení rodiny, nedostatečná spolupráce rodiny s komunitou, situační nebo vývojová krize rodiny, změna ve zdravotním stavu člena rodiny, změna rolí v rodině, atd.

Charakteristické projevy: člen rodiny se vyjadřuje o konfliktu v rodině, stěžuje si na tělesné potíže, nebo svým chováním způsobuje stres, změny v síle rodinného svazku, změny v přidělených úkolech, změny ve vzájemné podpoře, její dosažitelnosti, změny v citovém vnímání a intimitě, komunikaci, spoluúčasti na řešení problémů, změny ve spokojenosti s rodinou, atd.

00061 Přetížení pečovatele

Související faktory: závažnost nemoci osoby, o níž se pečovatel stará, propuštění člena rodiny s velkými nároky na domácí péči, zhoršení zdraví pečovatele, nepředvídatelný průběh nemoci

nebo nestabilní stav příjemce péče, zvyšující se nároky nebo závislost na péči, chronicita nemoci, problémové chování, nestabilní zdravotní stav, psychické nebo kognitivní problémy příjemce péče, změna vztahů, měnící se charakter a objem péče, malá schopnost pečovatele zvládnout různé činnosti a úkoly, nepřiměřené zázemí pro poskytování péče, izolace pečovatele, nedostatek rekreace, odcizení se rodině, přátelům, nedostatek informací, financí, nedostatek podpory ostatních členů rodiny, vývojová nezralost pečovatele, atd.

Charakteristické projevy: obtížné vykonávání požadovaných činností, neschopnost zastat všechny úkoly, zahlcení každodenní rutinní péčí, nepořádek, nesplněné úkoly, obavy z nezvládnutí měnících se nároků péče, ze změny zdravotního stavu pečovatele, z budoucnosti, atd.

00062 Riziko přetížení pečovatele

Související faktory: neadekvátní životní podmínky pro péči, výskyt situačních stresorů působících na rodinu (ztráta někoho, něčeho, neštěstí, krize, ekonomická zranitelnost, výrazné životní události), zneužívání pečovatele, nedostatek oddechu pro pečovatele, nezkušenost s pečováním, konkurence role pečovatele s jinými rolami, porušené zdraví pečovatele, izolace pečovatele od rodiny, atd.

00063 Dysfunkční život rodiny s alkoholizmem

Související faktory: návykové pití alkoholu, genetická predispozice, nedostatek dovedností k řešení problému, alkoholismus v rodinné anamnéze, odpor k léčbě, biochemické vlivy, osobnost se sklonem k závislosti, atd.

Charakteristické projevy: neefektivní komunikace mezi manželi, dysfunkce v pohlavním životě, zhoršení rodinných vztahů, změny ve funkci rodiny, nedostatečná komunikace, zanedbávání povinností, ekonomické problémy, izolace, nepatřičné projevy hněvu a vzteku, neklid, zmatek, potíže s koncentrací, narůstající množství konfliktů, atd.

00064 Konflikt rodičovské role

Související faktory: oddělení od dítěte z důvodu chronické nemoci nebo postižení, hrozící invazivní nebo restriktivní postupy (izolace, inkubace), domácí péče o dítě se speciálními požadavky, změny mezi manžely, přerušování rodinného života v důsledku ošetřování (léčba, pečovatelé, nedostatek oddechu), atd.

Charakteristické projevy: rodiče vyjadřují obavy, zda budou schopni plnit fyzické a emoční potřeby dítěte, vyjadřují obavy nad změnami rodičovské role, fungováním a komunikací

rodiny, obavy ze ztráty kontroly nad rozhodováním o dítěti, slovní vyjádření pocitů viny, zlosti, strachu, úzkosti a frustrace nad dopadem nemoci dítěte na život rodiny, rodiče přestávají plnit každodenní péči o dítě, odmítají zapojit se do běžné péče, i když jsou povzbuzováni, atd.

00065 Neefektivní sexuální život

Související faktory: postrádání blízké osoby, zhoršení vztahu s blízkou osobou, nedostatek soukromí, deficit znalostí či dovedností o tom, jak reagovat na přechodná stadia zdraví, na omezení tělesné funkce nebo struktury, onemocnění nebo léčbu, atd.

Charakteristické projevy: obtíže, omezení nebo změny v sexuálním chování nebo aktivitách, atd.

00074 Ohrožující zvládnání zátěže rodinou

Související faktory: neadekvátní nebo nesprávné informace nebo pochopení situace blízkým členem rodiny, dočasné nadměrné zatížení blízké osoby, která se snaží zvládnout emoční konflikty a osobní strádání a není schopna účinně chápat potřeby klienta a reagovat na ně, dočasný chaos v rodině a změny rolí, jiné krize nebo situace, kterým blízká osoba musí čelit, malá podpora, kterou blízké osobě projevuje klient, dlouhodobé onemocnění, či progresse postižení vyčerpávající podpůrnou kapacitu nejbližších, nerealistická očekávání ze strany klienta, nedostatek schopností nutných k rozhodování.

Charakteristické projevy: obavy a stížnosti týkající se reakce blízkých osob na klientův zdravotní problém, strach, smutek, pocit viny, úzkost blízké osoby jako reakce na nemoc klienta, neadekvátní chápání či znalosti znemožňující poskytnout účinnou pomoc, blízká osoba se stáhne nebo omezí komunikaci s klientem v době, kdy potřebuje její pomoc, náhlé výbuchy emocí, emoční labilita.

00080 Neefektivní léčebný režim rodiny

Související faktory: složitost systému zdravotní péče, složitost léčebných opatření, konflikt v rozhodování, výrazné ekonomické obtíže, nadměrné požadavky ze strany rodiny nemocného, konflikt v rodině, atd.

Charakteristické projevy: rodina provádí nevhodné činnosti při naplňování cílů léčby nebo v rámci prevence komplikací onemocnění svého člena, došlo k akceleraci symptomů onemocnění, rodina není vůči onemocnění svého člena dostatečně pozorná, rodina

nevykonává činnosti zamezující zhoršení příznaků a rozvoji komplikací nemoci u svého člena, atd.

00115 Riziko narušeného chování dítěte

Související faktory: bolest, invazivní či bolestivé procedury, nedostatečné sebeovládání, verbální či motorické problémy, nezralost, nadměrná stimulace vnějším prostředím.

00116 Narušené chování dítěte

Související faktory: vrozené nebo genetické poruchy, působení teratogenů, nedonošenost, problémy s krmením, malnutrice, bolestivé procedury, bolest, nezralost nervového systému, nemoc (infekce, hypoxie), nevhodné prostředí, nadměrná stimulace, deprivace, chybný výklad nebo neznalost signálů dítěte, atd.

Charakteristické příznaky: nadměrná dráždivost, neschopnost odklonit pohled od podnětu, úzkostlivý, ustaraný pohled, strnulý pohled, uhýbání pohledem, podrážděný nebo panický pláč, obtížná utěšitelnost, zvýšený, snížený nebo ochablý tonus, roztažené prsty, ruka v pěst nebo ruce na obličej, třes, vylekanost, cukavé, trhavé pohyby, ustrašenost, nekoordinované pohyby, porucha primitivních reflexů, bradykardie, tachykardie nebo arytmie, bradypnoe, tachypnoe, apnoe, bledá, cyanotická nebo začervenalá barva, kašel, kýčání, vzdechy, otevřená ústa, vyplazování jazyka.

000146 Úzkost

Související faktory: onemocnění, invazivní výkony, umírání, domnělé nebo skutečné ohrožení, ohrožení bezpečnosti, přenos úzkosti z jedné osoby na druhou, atd.

Charakteristické projevy: bušení srdce, zvýšený krevní tlak, zvýšená respirace, nespavost, tělesná nevolnost, sucho v ústech, třes, chvění, nauzea, zvracení, nemožnost odpočinku, závrať, časté močení, nervozita, napětí, pocit neštěstí, podrážděnost, netrpělivost, výbuchy vzteku, stahování se do sebe, křik, pláč, změny ve vnímání a myšlení, verbální projevy – slovní vyjádření obav, paniky, hrůzy, děsu, nadměrné dotazování.

000148 Strach

Související faktory: hospitalizace, léčebné a diagnostické výkony, změna prostředí, nedostatek znalostí, odtržení od matky, atd.

Charakteristické projevy: jsou podobné jako u diagnózy úzkost.

00155 Riziko pádů

Související faktory: pády v anamnéze, seniorský věk, klient žije sám, používání pomocných prostředků, potíže se zrakem a sluchem, nespavost, porušená tělesná mobilita, oslabený mentální stav, neuspořádané prostředí, neznámá a málo osvětlená místnost, věk do dvou let, nedostatečný dohled rodičů na dítě, dítě ponechané bez dozoru na lůžku, stole, pohovce, nedostatek pudu sebezáchovy u dětí, atd.

00156 Riziko syndromu náhlého úmrtí kojence

Související faktory: spaní či uložení kojence v poloze na břicho, vystavení kojence cigaretovému kouři, přehřívání a nadměrné zabalení, měkká podložka na spaní, nedostatečné dovednosti matky, pozdní nebo žádná prenatální péče, nezralost, nízký věk matky, mužské pohlaví kojence, atd.

00159 Ochota ke zlepšení funkce rodiny

Charakteristické projevy: touha zlepšit dynamičnost rodiny, rodiny naplňuje tělesné, sociální a psychické potřeby svých členů, aktivity rodiny podporují bezpečí a růst jejích členů, probíhá adekvátní komunikace, v rodině jsou pozitivní vztahy, plní svůj úkol, dokáže se přizpůsobit změně, panuje v ní rovnováha, atd.

00164 Ochota ke zlepšení rodičovské role

Charakteristické projevy: přeje si zlepšit svou rodičovskou roli, děti či další rodinní příslušníci jsou v domácím prostředí spokojeni, je zřejmá podpora dětí, tělesné a citové potřeby dětí se naplňují, očekávání od dětí jsou realistická, atd.

(5, 17, 9).

1.2.1 Rodina a ošetrovatelský proces u předškolního dítě

Rodina je prvním a významným modelem společnosti, se kterým se dítě setkává. Předurčuje jeho osobní vývoj, jeho vztahy k jiným lidem. Rodina dítě orientuje na určité hodnoty, vystavuje ho konfliktům, poskytuje mu podporu. Tímto mu předává sociální dovednosti, bez kterých se v dospělosti neobejde.

Lidské mládě má velice dlouhý vývoj, a proto je ze všech živočichů nejdéle odkázáno na rodičovskou péči. Jen u savců se rodičovské péče účastní vedle rodičů i další členové pospolu žijícího společenství. Pro výchovu potomků je výhodný trvalý svazek mezi rodiči. Nezastupitelnou úlohu má samice, protože dítě by bez kojení nepřežilo. Vztah lidských rodičů k dítěti vzniká ještě před porodem. Plod je aktivní bytost, která reaguje na vlivy zprostředkované matčiným tělem. Také matka vnímá projevy dítěte dlouho před jeho narozením.

Porod je pro dítě stres. Měl by být k dítěti maximálně šetrný. Dřívější oddělování matek od novorozenců je dnes považováno za chybu. Podporuje se co nejčasnější a nejintenzivnější kontakt matky s dítětem. Pozitivní vztah dítěte a otce je také podpořen co nejčasnějším vzájemným kontaktem, který může začít již otcovou přítomností u porodu. Dítě přichází na svět vybaveno dosud netušenými schopnostmi, jež mu umožňují stát se aktivním partnerem rodiče, který o ně pečuje. Matku dítě rozliší od jiné osoby již několik dní po narození. Pravděpodobně se orientuje čichem. Ne všichni rodiče jsou vůči dítěti dost empatictí. Instinktivní základ rodičovského chování je nepochybný. I rodiče prvorozených dětí se k nim umějí chovat správně. V průběhu časných interakcí vzniká pevná emoční vazba mezi dítětem a matkou, později i mezi dítětem a otcem, ještě později mezi dítětem a jeho sourozenci. Dítě pak špatně snáší odloučení od těchto blízkých osob, zejména od matky. Projevuje se u něj tzv. separační úzkost, nejvýraznější mezi 12. až 18. měsícem života. Teprve po získání tzv. základní důvěry v nejbližší osoby se dítě odváží rozšířit okruh známých a přijímaných osob i prostředí.

Narozením dítěte pozbudou rodiče výlučnosti a intimity svého vztahu. Matka se po porodu orientuje převážně na dítě. Je zvýšeně citlivá na jeho potřeby a méně citlivá na všechno ostatní. Tímto se může otec dítěte cítit ohrožen. Zejména, pokud pro něj byla péče ženy vysokou hodnotou. S dítětem mu přišel na scénu konkurent, jenž v boji o zájem ženy vítězí na celé čáře. Matka dítěte očekává od svého muže podporu, případně pomoc. Režim života v rodině diktuje novorozenec. Otec by se měl umět přizpůsobit tomu, že se dočasně

dostal do pozadí manželčina zájmu. Proti tomu působí mezi manželi sdílený zájem o dítě a radost z jeho vývoje. Manželské pouto dostává novou dimenzi.

Když se do rodiny narodí další dítě, rodiče si počínají zkušeněji. Nároků na matku však podstatně přibude. Péče o děti ji váže k domovu a znemožňuje práci. Rodiče mladých manželů jsou většinou ještě plně zaměstnáni, takže nemohou ve větší míře péči o děti přebírat. Sourozenec představuje konkurenta pro dítě již v rodině žijící. To může rozmanitě protestovat proti změně svého postavení. Období po narození prvního, resp. druhého dítěte je i obdobím tzv. první manželské krize. Rodina je v zátěžové situaci, která může končit rozvodem (18).

Ošetrovatelská péče o dětského klienta je náročný úkol, proto musí sestra respektovat věkové a vývojové zvláštnosti dítěte. Kladné ovlivňování psychického stavu klienta patří k základním úkolům ošetrovatelského procesu. Nemoc dítěte je velmi vážnou problémovou situací, která ovlivňuje i samotné okolí, především jeho rodinu.

Zdraví dítěte je pro rodiče významnou hodnotou a nemoc znamená jeho ohrožení. Nemoc dítěte je proto hodnocena dospělými více emočně, protože postihuje bezbranného jedince a vede k prožitku silného stresu (28).

Sestry se ve své práci musí naučit respektovat určitá specifika, která jsou u dítěte ovlivněna věkem a vývojovými zvláštnostmi, vývojem nemoci, způsobem léčby, délkou pobytu v nemocnici, temperamentovými vlastnostmi dítěte, ale i způsobem průběhu diagnosticko-terapeutického procesu. K tomu, aby léčebný proces byl úspěšný, musí být navázána dobrá spolupráce mezi dítětem, rodiči a zdravotníkem. Nemalou měrou se na úspěchu léčby podílí správná komunikace, která má při práci s dětským klientem svá specifika. Nejdůležitější roli zde hraje věk dítěte. Citlivý přístup k dětskému klientovi, výchovné vlivy a přiměřené zaměstnání hrají v tomto věku mimořádně důležitou úlohu (30).

Každé dítě si svou nemoc uvědomuje, nějak ji prožívá. Odloučení od rodičů, izolace od kamarádů i omezení pohybu jsou zdroji úzkosti. Dnes již máme dostatek důkazů o tom, že sebelepší zdravotnická péče, která nepočítá s přítomností rodičů a jejich podílem na ní, není pro dítě optimální. Postavení rodičů se v péči o dítě významně posiluje. Rodiče přestávají hrát pouze roli pasivních pozorovatelů. Jejich místo v péči o dítě je nezastupitelné (19).

Děti jsou dnes přijímány do nemocnice pouze v případech, že jim srovnatelná péče nemůže být poskytnuta v domácím ošetření. Vyjmutí malého dítěte z rodinného prostředí a přijetí na neznámé nemocniční oddělení je nejen pro dítě, ale i pro celou rodinu stresující a znepokojující. Narušuje to běžnou rodinnou praxi nejenom dítěte v nemocnici, ale i jeho sourozenců. Přítomnost rodičů je nezastupitelná u dětí všech věkových skupin, snad s výjimkou starších školáků a pubescentů. Je povinností sester vytvořit na odděleních pro

rodiče vhodné podmínky. Už samotné uchopení ruky dítěte je pro něj, ale i jeho rodiče nenahraditelná a nezbytná nutnost (19).

Mnozí odborníci, ale i rodiče, si dost dobře neuvědomují, že kromě pozitivního vlivu na psychiku dětí a rodičů má jejich pobyt v nemocnici stejně důležitý edukační význam. V průběhu pobytu se rodiče systematicky vzdělávají a získávají potřebné praktické i teoretické dovednosti, které budou dlouhodobě uplatňovat při ošetřování svého dítěte v domácí péči (19).

1. Posouzení

Získání anamnestických údajů u předškolního dítěte provádí sestra nejprve studiem zdravotnické dokumentace a poté rozhovorem s klientem a jeho příbuznými. Další informace sestra získá pozorováním, screeningovým vyšetřením a vyšetřením testy a škálami. Získané informace zaznamená do ošetřovatelské dokumentace. Při posuzování potřeb předškolního dítěte vychází sestra ze skutečnosti, že onemocnění a pobyt v nemocničním zařízení zásadně zasahují do uspokojování jeho potřeb. Mezi projevy neuspokojení potřeb patří strach, úzkost, hněv, agresivita či naopak netečnost.

2. Diagnostika

Vybrané ošetřovatelské diagnózy zaměřené na rodinu u předškolního dítěte:

00056 Zhoršená rodičovská role v souvislosti s handicapem projevující se neadekvátní ochranou zdraví dítěte

00058 Riziko oslabení vazby rodičů a dítěte v souvislosti s obtížným těhotenstvím a porodem

00061 Přetížení pečovatele v souvislosti s měnícím se charakterem a objemem péče projevující se obavami z nezvládnutí měnících se nároků

00116 Narušené chování dítěte v souvislosti s deprivací projevující se strnulým pohledem, vylekaností a nekoordinovanými pohyby

00146 Úzkost v souvislosti s invazivním výkonem projevující se pláčem a výrazem v obličeji

00148 Strach v souvislosti s odtržením od matky projevující se nadměrným dotazováním a neverbálními projevy

3. Plánování

Jestliže jsou nalezeny ošetřovatelské diagnózy, sestra sestaví plán jejich řešení. Pro každého klienta vytváří individuální plán ošetřovatelské péče. Každý ošetřovatelský plán by měl obsahovat nalezené ošetřovatelské diagnózy s číselným kódem, ošetřovatelské cíle s kritérii pro hodnocení, intervence, plán uskutečňování péče a data pro vyhodnocení výsledků péče (15, 16).

4. Realizace

Je pro klienta nejpodstatnější částí. Sestra při ní klientovi poskytuje konkrétní individuální ošetřovatelskou péči.

Sestra vždy orientuje komunikaci na dítě, až pak na matku (či jiný doprovod), používá vhodné oslovení (jméno, úsměv), zvolí správný tón hlasu. Hlas by měl být vlídný, vstřícný a klidný. Sestra používá jednoduché, srozumitelné věty. Vše trpělivě vysvětluje, reaguje na otázky, problémy. Naučí se naslouchat. Nekritizuje, nekáže, nelituje. Naučí se pochválit, povzbudit, připravit dítě na bolest a vyšetření. Nikdy nezlehčuje otázky dítěte, nesměje se jim. Sestra během své činnosti využívá také neverbální složky komunikace – názornou, demonstrační činnost (herní terapii). Sestra vhodně načasuje informace, udržuje oční kontakt s dítětem, zachovává úsměv, naučí se vnímat gesta dítěte, postoj orientuje na stejnou výšku na úrovni dítěte (posadí se, skloní se, dřepne si). Sestra se snaží zapojit rodiče do všech činností, vše jim vysvětluje, edukuje je, pokouší se s klientem problém rozebrat a nalézt možná řešení (30,16, 9).

5. Hodnocení

V této fázi probíhá vyhodnocení a zpětná kontrola poskytnuté péče (15).

1.2.2 Rodina a ošetřovatelský proces u školních a dospívajících dětí

Většina dětí u nás navštěvuje kolektivní dětské zařízení nejméně jeden rok před nástupem do školy. Tím se matce uvolňuje čas a ona znovu začíná chodit do zaměstnání. Mateřská a později základní škola představuje pro dítě přechod do nového sociálního prostředí, v němž platí jiná pravidla než v rodině. V tomto momentě se poprvé zkouší, jak funkční je psychologická výbava dítěte v jiném prostředí než rodinném. Dítě se srovnává

s jinými dětmi, srovnává rodiče s učitelkou, časem srovnává svoji rodinu s jinými rodinami. Atmosféru rodiny v této době ovlivňuje postoj rodičů ke školním výsledkům dítěte.

Když děti dosáhnou školního věku, zaměstnaní rodiče zjišťují, že je jen málo možností, jak se postarat o děti v čase po vyučování. Mnohé děti přicházejí z vyučování do prázdných domů či bytů a jsou ponechány sami sobě. Je důležité poučit děti o bezpečnosti a tím zmenšit jejich strach a pomoci jim přežít v klidu samotou doma. Děti zaměstnaných rodičů vyrůstají v novém modelu rodiny, který bude mít vliv na rodiny v dalších generacích.

V adolescenci se referenční skupinou dítěte stává skupina vrstevnická a rodina ustupuje do pozadí. Někdy se stává i překážkou v pokusech dítěte nalézt vlastní totožnost. Pro adolescenci je typické černo – bílé hodnocení světa a kritický postoj k rodičům. Toto období ale neprobíhá ve všech rodinách bouřlivě, protože vzpoura mladistvého není nutnou podmínkou zdravého osobnostního vývoje, jak se uvádělo dříve. Novější studie ukázaly, že přes univerzálnost a nevyhnutelnost některých druhů konfliktů ve většině rodin nedojde k vážné roztržce a v některých rodinách proběhne toto období zcela nenápadně. Jen zcela výjimečně naruší dospívání dítěte pouta mezi generacemi (18).

Hospitalizace představuje pro děti značnou zátěž, která naruší citovou vazbu s nejbližšími, hlavně s matkou, která je pro dítě zdrojem jistoty. Dítě se cítí opuštěné, nemocniční prostředí je pro něj cizí a nepřirozené. Každá nová situace je pro něj zdrojem ohrožení a nejistoty. U hospitalizovaného dítěte se projevuje zvýšená snaha uspokojovat potřebu jistoty a bezpečí. Jejich zanedbávání vede hlavně u mladších dětí k výskytu různých maladaptivních projevů, pomocí nichž dítě skrývá svoji nejistotu a úzkost. Stává se agresivním, mění nálady, je plačtivé či apatické. U některých dětí se vyskytují typické projevy hospitalizmu jako je žmoulání prstů, neúčelné kývavé pohyby nebo regres ve vývoji osobnosti. Některé děti se fixují na blízké osoby, kterými jsou hlavně sestry a různým způsobem si vynucují jejich pozornost a přítomnost.

K tomu, aby byla traumatizace dítěte během hospitalizace co nejmenší, a aby dítě cítilo jistotu a bezpečí, mohou přispět rodiče. Je-li hospitalizace plánovaná, je velmi důležité dítě na pobyt v nemocnici připravit. Není dobré v dítěti podporovat představu, že nemocnice jsou nepřátelskými místy, kde děti budou podrobeny různým zákrokům za trest a špatné chování (21).

Ve školním věku děti hodnotí nemoc realističtěji než v předškolním, i když jejich hodnocení je stále ještě ovlivněno aktuálními prožitky a nepříjemnými chorobnými projevy. Dítě přijímá svou nemoc jako danost. Postupně začíná nazírat na chorobu jako na způsob fungování jeho organismu. O jiných variantách ani o své budoucnosti neuvažuje (28).

V období dospívání se v souvislosti se změnou uvažování mění také postoj k vlastní nemoci. Dospívající si uvědomuje, že by všechno mohlo být jinak, odmítá a kritizuje skutečnost, která jej neuspokojuje a srovnává ji s alternativami, jež by pro něho byly přijatelnější. Začíná chápat možnost budoucího ohrožení chorobou (28).

1. Posouzení

Získání anamnestických údajů provádí sestra nejprve studiem zdravotnické dokumentace a poté rozhovorem s klientem. Další informace sestra získá pozorováním, screeningovým vyšetřením a vyšetřením testy a škálami. Získané informace zaznamená do ošetrovatelské dokumentace. Při posuzování potřeb dítěte vychází sestra ze skutečnosti, že onemocnění a pobyt v nemocničním zařízení zásadně zasahují do uspokojování jeho potřeb. Mezi projevy neuspokojení potřeb patří strach, úzkost, hněv, agresivita či naopak netečnost.

2. Diagnostika

Vybrané ošetrovatelské diagnózy zaměřené na rodinu u školního a dospívajícího dítěte jsou:

00058 Riziko oslabení vazby rodičů a dítěte v souvislosti s užíváním drog dítětem

00060 Přerušovaný život rodiny v souvislosti s hospitalizací projevující se pocity osamění

00061 Přetížení pečovatele v souvislosti s konfliktem v rodině projevující se vyčerpáním, únavou

00062 Riziko přetížení pečovatele v souvislosti se změnou vztahů

00115 Riziko narušeného chování dítěte v souvislosti s nadměrnou stimulací dítěte

00116 Narušené chování dítěte v souvislosti s nezralostí projevující se netečností

00146 Úzkost v souvislosti s onemocněním projevující se pocity neštěstí, podrážděností

00148 Strach v souvislosti s odtržením od matky projevující se slovním vyjádřením obav, nadměrným dotazováním

3. Plánování

Jestliže jsou nalezeny ošetrovatelské diagnózy, sestra sestaví plán jejich řešení. Pro každého klienta vytváří individuální plán ošetrovatelské péče. Každý ošetrovatelský plán by měl obsahovat nalezené ošetrovatelské diagnózy s číselným kódem, ošetrovatelské cíle s kritérii pro hodnocení, intervence, plán uskutečňování péče a data pro vyhodnocení výsledků péče (15, 16).

4. Realizace

Je pro klienta nejpodstatnější částí. Sestra při ní klientovi poskytuje konkrétní individuální ošetrovatelskou péči.

Sestra orientaci vždy orientuje nejdříve na dítě, až pak na rodiče či jinou doprovázející osobu. Svůj postoj orientuje na stejnou výšku na úrovni dítěte (posadí se, skloní se, dřepne si). Používá vhodné oslovení dítěte (jméno, úsměv), zvolí vlídný, vstřícný, klidný tón hlasu a používá jednoduché, srozumitelné věty. Sestra dítěti vše trpělivě vysvětluje, přiměřeně reaguje na jeho otázky a problémy, naslouchá mu, nekritizuje, nekáže, nelituje. Nikdy nezlehčuje otázky dítěte, nesměje se jim. Sestra se naučí vnímat gesta dítěte a udržuje s ním oční kontakt. Podle potřeby připraví dítě na bolest, na vyšetření, vhodně načasuje informace. Do všech činností se snaží zapojit rodiče.

5. Hodnocení

V této fázi probíhá vyhodnocení a zpětná kontrola poskytnuté péče (15).

1.2.3 Rodina a ošetrovatelský proces u klientů v produktivním věku

Muži i ženy jsou v časně dospělosti tlačeni svým rodičovstvím do tradičních rolí. Ženy se zabývají především domácností a dětmi. Muži se věnují ekonomickému zajištění rodiny a mají relativně víc prostoru, aby se věnovali jiným záležitostem než rodinným (18).

Onemocněním rodinného příslušníka se dostává rodina do krize, která může výrazně ovlivnit její fungování. Role a povinnosti, které předtím vykonával nemocný člen rodiny, se přesouvají na ostatní členy, případně zůstávají nějaký čas nezastoupené. Kromě toho rodina trpí strachem a úzkostí, jak onemocnění dopadne. Úzkost znásobuje ještě nedostatek času a motivace při zabezpečení normálního chodu domácnosti. Celkový dopad nemoci na rodinu

záleží na mnoha faktorech. K nim patří: charakter, trvání a následky onemocnění, finanční dopad nemoci, vliv onemocnění na funkčnost rodiny v budoucnosti a význam dané nemoci pro rodinu.

To, jak se rodina vyrovná se stresem, jakým je nemoc, závisí na jejích jednotlivých členech. Rodiny s lepší vzájemnou komunikací více diskutují o svých pocitech a obavách v souvislosti s onemocněním i o jeho dopadu na její fungování. Krize často rodinu sjednotí. V tomto období mají tedy členové rodiny možnost utužit osobní a rodinné hodnoty. Nemoc se tímto stává mimořádnou příležitostí k upevnění rodinných vazeb (13).

Onemocnění nepostihuje jen osobu samotnou, ale i její rodinné příslušníky a blízké. Druh a rozsah postižení závisí hlavně na tom, který člen rodiny onemocní, o jak vážnou nemoc jde, jak dlouho trvá a jaké kulturní a společenské zvyky v rodině panují. Mezi změny, které se mohou v rodině vyskytnout patří změna role, přerozdělení úkolů, finanční problémy, změna společenských zvyklostí, osamělost a zvýšený stres ze strachu před následky onemocnění pro klienta. Každého rodinného příslušníka tato situace postihuje jinak, podle toho, který z členů rodiny onemocní, protože každý z nich má v rodině jinou roli a podporuje rodinu jiným způsobem. Rozsah změn, které rodinní příslušníci zažívají, vyplývá z jejich závislosti na nemocném.

Když onemocní jeden z rodičů, stupeň postižení rodiny a změna v jejím životě závisí na stupni odpovědnosti dané osoby za rodinu, na počtu a věku na něm závislých osob. Jakmile na delší čas onemocní otec, jeho roli obvykle přebírají další členové rodiny, nejčastěji manželka. Obavy členů rodiny o to, co přinese onemocnění jejich rodiče, jsou většinou velké, zejména pokud se jedná o živitele rodiny. Následky pro rodinu při dlouhotrvajících onemocněních či smrti jsou velké, protože zasahují téměř do všech oblastí života, a to podle stupně potřeb závislých osob.

Dlouhodobé onemocnění matky může mít také závažný důsledek. Malé děti často nechápou, proč je jejich matka v nemocnici a můžou se cítit osamělé a odstrčené. Někdy funkci matky převzou prarodiče, tety či manžel. Když onemocní mladá matka nemocí s neznámou prognózou, otec s dětmi musí čelit mnohým těžkostem. Problémy jsou často spjaté s financemi a zahrnují změnu role otce a dětí. V situacích, kdy muž přebírá i roli matky, musí se většinou zřeknout mnoha navykklých společenských činností. Děti zase musí převzít nové role při udržování domácnosti (13).

V době, kdy se dospělým od rodičovského břemene odlehčuje, protože odrostlé děti odcházejí z domova, nemusejí už tradiční rozdělení rolí tolik respektovat, mohou si dovolit experimentování se svou rolí v rodině i mimo ni. Mohou se věnovat zájmům, na něž dřív

nebyl čas. A manželé se také mohou dříve než předtím věnovat sami sobě. Rodina už není v popředí zájmu, tam se dostává profese, případně sociální kontakty.

Zdravotní stav už limituje některé aktivity. U některých párů, dosud v zájmu dětí potlačovaný rozdíl v hodnotové orientaci, manželský svazek rozbije. Někdy se důvodem vztahové krize stane panika, představa, že člověk má poslední možnost navázat milostný vztah, jíž propadali dříve zejména muži. Nyní stále častěji i ženy. Vznik a průběh konfliktu je na druhé straně snížen zkušenostmi a rozhledem.

Závažná nemoc blízkého člověka znamená ohrožení určité hodnoty, kterou vztah k tomuto jedinci představuje. Vyrovnání se s takovým stresem vyžaduje čas a probíhá v podobných fázích jako reakce na vlastní nemoc. Taková zátěž je vždycky testem rodinné soudržnosti. Na začátku se u blízkých členů rodiny objevuje popírání, které není zaměřeno jen na obranu vlastní emoční rovnováhy, ale vyjadřuje potřebu chránit nemocného. Poznání, že někdo blízký je nemocný, vyvolává negativní emoce, navozuje deprese, pocity bezmocnosti a někdy i pocity viny. Stejně jako nemocný reagují rodinní příslušníci úzkostí a strachem z budoucnosti. Cítí se dezorientováni. Nevědí, co by měli dělat a jak by měli dál žít. Za těchto okolností mohou reagovat různě, mohou být nadměrně aktivní, ale i rezignovaní (28).

Ke konci období dospělosti dochází u většiny lidí k výrazné sociální změně související s odchodem do důchodu, který bývá prožíván často velmi dramaticky. Odchod do penze bývá doprovázen podstatným snížením životního standardu a psychickými problémy (7).

1. Posouzení zdraví rodiny

Význam posouzení rodiny by se neměl podceňovat. Získané informace jsou totiž základem pro plánování a poskytování péče jednotlivým rodinným příslušníkům anebo rodině jako celku. Způsob posuzování má být holistický a má poskytovat informace o různých postojích a zvyklostech v dané rodině. Měl by být srozumitelný jak pro sestru, tak pro rodinu a obě strany by ho měly akceptovat. Sestra musí zvolit terminologii přiměřenou klientovi.

Smyslem posouzení rodiny je stanovit stupeň její funkčnosti, objasnit vztahy v rodině, odhalit její silné a slabé stránky a zhodnotit zdravotní stav rodiny a jejích příslušníků. Celkové posouzení rodiny zahrnuje: identifikaci členů rodiny, popis životního prostředí, zdravotní stav členů rodiny, její finanční situaci, názory na zdraví v rodině, zaměstnání a úroveň vzdělání jejích členů, společenské a místní organizace, do kterých se rodina zapojuje, model rodiny. Důležitý je i způsob života rodiny týkající se komunikace, výchovy dětí, řešení problémů a

zdravotních návyků. Screeningem, který ukazuje, jak jednotliví členové chápou stupeň funkčnosti rodiny je dotazník Apgarové skóre rodiny (13).

2. Diagnostika

Z údajů získaných posouzením zdravotního stavu rodiny je možno formulovat tyto ošetřovatelské diagnózy:

00056 Zhoršená rodičovská role v souvislosti se změnami v rodině projevující se poruchami chování

00057 Riziko zhoršení rodičovské role v souvislosti s chabou dovedností řešit problémy

00060 Přerušovaný život rodiny v souvislosti se změnou zdravotního stavu člena rodiny projevující se zhoršenou finanční situací

00063 Dysfunkční život rodiny s alkoholizmem v souvislosti s návykovým pitím alkoholu projevující se chronickými rodinnými problémy

00064 Konflikt rodičovské role v souvislosti se změnou v manželském svazku projevující se neochotou podílet se na obvyklých aktivitách péče i přes podporu a povzbuzení

00074 Ohrožující zvládání zátěže rodinou v souvislosti s dočasnou dezorganizací rodiny a změnou rolí v ní projevující se dočasně limitovanou komunikací s klientem

00159 Ochota ke zlepšení funkce rodiny v souvislosti s přizpůsobením se situaci projevující se adekvátní komunikací členů rodiny, vyrovnaností, klidem a slovním vyjádřením přizpůsobení

3. Plánování

Plánování se má zaměřit na pomoc rodině, aby si dokázala stanovit realistické cíle, které podpoří její dobré fungování. V dobře fungujících rodinách je třeba zaměřit se na vedení k předvídavosti a k přípravě na předpokládané změny (13).

4. Realizace

Sestra odebere s rodinou rodinnou anamnézu a zjistí, jaký vztah má k rodině klient. Zjistí ochotu spolupracovat a v jakých činnostech může rodina pomoci. Dále sestra vytvoří plán péče společně s rodinou a klientem, aktivně předává vědomosti potřebné k léčení a aktivně s rodinou nacvičuje specifické dovednosti. Předvede používání kompenzačních pomůcek a naučí rodinu je používat. Pravidelně a systematicky, v soukromí, bez přítomnosti cizích lidí

rodinu informuje o pacientových potřebách, přáních a o plánu péče. Sbírá od rodiny informace o klientovi. Sestra vyzdvihuje důležitost rodiny a jejích návštěv pro klienta, edukuje rodinu v oblasti verbální i neverbální komunikace s klientem. Zdůrazňuje význam neverbální komunikace v zajištění potřeby bezpečí a jistoty. Během návštěv sestra zajistí co nejvíce soukromí a po domluvě zajistí neomezené návštěvy. Sestra sleduje reakce klienta na pomoc rodiny. Při špatném vlivu na klienta rodinu směřuje správným směrem a poučí ji, jakých zpráv by se měla pokud možno vyvarovat, jaké chování klientovi škodí. Sleduje, jak rodina dodržuje léčebné instrukce, provádí specifické činnosti, je rodině nápomocná v řešení vzniklých problémů a ukazuje možná řešení. Sestra informuje rodinu o práci sociální pracovnice a agentur domácí péče, eventuálně na ně předá kontakt. Sestra zapojí rodinu do ošetrovatelských činností a vytváří z ní aktivního člena ošetrovatelského procesu. Sleduje přetížení rodiny a je jí vždy oporou. Sestra rodině nabídne eventuální spolupráci s psychologem nebo jiným odborníkem. Sestra monitoruje každou návštěvu rodiny, její činnosti, reakce klienta i rodiny a zjišťuje, jaké dovednosti se nacvičovaly(12).

5. Hodnocení

V této fázi probíhá vyhodnocení a zpětná kontrola poskytnuté péče (15).

1.2.4 Rodina a ošetrovatelský proces u geriatrického klienta

Ve vyspělých zemích se obvykle za počátek kalendářního stáří považuje věk 65 let (8).

Muži mají kratší život. Vývoj rodiny obvykle končí vdovstvím, radikální změnou v životě zúčastněných. Velmi důležitá je potom kvalita zbylých sociálních vztahů a schopnost jedince navazovat a rozvíjet vztahy nové (6). Polovina žen v naší společnosti žije sama. Jejich rodinná síť je tvořena vzdálenějšími příbuznými ve stejné generaci a blízkými příbuznými v mladších generacích. Starý člověk si dobře rozumí s mladým člověkem. Pouta mezi mladší a starou generací bývají méně problémová než vztahy mezi sousedními generacemi.

U starších lidí roste pravděpodobnost, že budou vzhledem ke svým zdravotním problémům potřebovat pomoc svého okolí. Senior se dříve nebo později dostane do situace, kdy nebude oporou pro své blízké, ale stane se z něj naopak příjemce pomoci. Za optimální se považuje možnost setrvání starého člověka co nejdéle v domácím prostředí za současné

podpory a péče jeho rodiny. Rodinné zázemí je jednou z nejdůležitějších sociálních jistot člověka ve stáří a hlavním zdrojem očekávané pomoci (6).

Jestliže onemocní starý člověk, syn či dcera přebírá roli jejich rodiče, poskytuje jim často dlouhodobě ubytování, stravu a pomoc v jejich denních potřebách. Jinými slovy vztah rodič – dítě se zde obrací (13). V péči o starého člověka sehrává důležitou roli vzdálenost dětí od bydliště rodičů, nebo žijí-li děti s rodiči ve společné domácnosti. Snad i proto se starý, nemocný člověk spoléhá v první řadě na svého manželského partnera (4). Tento zvrát rolí může být dočasný a končí s ukončením choroby nebo se může stát trvalým. Celá rodina, hlavně partner nemocné osoby, je vystavena stresu a obavám o výsledek onemocnění. Partner nemocné osoby většinou nejintenzivněji vnímá hrozící ztrátu či odloučení. Po dlouhodobém soužití si starší lidé umí jen velmi těžko představit, jaký bude jejich život bez partnera (13).

Manželské soužití ve stáří pozitivně ovlivňuje pocit životní spokojenosti a významně modeluje ostatní sociální vazby. Manželé vystupují vůči sobě jako potencionální pečovatelé, jimž dospělé děti poskytují pouze doplňkovou pomoc a citovou oporu. Rodina musí chtít, umět a mít možnost se o starého člověka starat. Občasná péče o seniora většinou nepůsobí potíže. Mnohým seniorům ovšem musí být s přibývajícím věkem a nemocemi poskytována stále náročnější a dlouhodobější péče, na kterou už jejich rodinní příslušníci nestačí (6). To ovlivňuje fyzický i psychický stav pečujícího a často vyúsťuje ve zbytečné umístění starého člověka do ústavní či nemocniční péče. Proto se v poslední době velmi často hovoří o tom, že je třeba pečovat nejen o klienta, ale i o pečující (2). Mezi nejčastější bariéry v péči o zestárlé rodinné příslušníky patří: geografická vzdálenost bydliště, povinnosti ke členům vlastní rodiny, pracovní povinnosti, nekvalitní vztahy rodičů a dospělých dětí a nedostatečné kompetence péči poskytnout. Mezi pozitiva rodinného pečování patří posilování vzájemných vazeb, společného sdílení a pocitu sounáležitosti (6).

Pečování, hlavně je-li dlouhodobé a fyzicky i psychicky náročné, představuje pro rodinného příslušníka vysokou zátěž. Ta může vést k zhoršování vztahů v jeho rodině, ke ztrátě přátel, omezení společenských vztahů, k izolaci a k rozvoji zdravotních a ekonomických problémů pečovatele. Mnoho pečujících rodin potřebuje a bude potřebovat odbornou pomoc institucí a podporu morální, legislativní, ekonomickou (6).

Pro starší klienty může být důležitá domácí ošetrovatelská péče, protože jim umožní žít v navyklém prostředí, mít svou sestru, které může svěřit své problémy, mít někoho, komu důvěřuje, kdo mu v případě potíží poradí a pomůže. Domácí péče je zaměřena především na péči geriatrickou a kromě léčebné intervence se musí zabývat i vyhledáváním nejčastějších geriatrických problémů a zaměřit se i na prevenci rizik a zhoršení soběstačnosti. Jen tak může

plnit svou funkci spočívající ve zlepšování kvality života seniorů, snižování hospitalizací a oddálení dlouhodobé ústavní péče (10).

Tradiční a osvědčený model domácí péče však není možné kvůli různým okolnostem realizovat. Dochází k tzv. odklonu od rodiny a klade se vyšší důraz na individualitu každého jejího člena. Mladé rodiny často nežijí se svými rodiči ve společné domácnosti, a oba partneři většinou pracují. Klasický model pečující rodiny byl narušen ve druhé polovině dvacátého století výraznou medicionalizací a institucionalizací seniorské péče. Systém sociální péče byl u nás institucionalizován již v 18. století. Od té doby procházel mnohými změnami, až dospěl do dnešní podoby, kdy je tato problematika v zákonodárství upravena zákonem o sociálním zabezpečení č.100/1998 Sb. Zákonem je mimo jiné definována podpora pečujících: Pečuje-li rodinný příslušník (nebo občan žijící ve společné domácnosti) osobně, celodenně a řádně o blízkou osobu, která je bezmocná, starší 80 let a částečně bezmocná, starší 80 let a dle indikace ošetřujícího lékaře potřebuje péči jiné osoby, náleží mu podle zákona o sociálním zabezpečení příspěvek při péči o osobu blízkou (6).

Společenská pozice starých lidí je okrajová. Naše kultura pěstuje kult dětství a mládí. Stáří nemá autoritu. Starý člověk se může uplatnit jako pomocník a partner předchozích generací své rodiny. Jeho hlavním problémem je hrozící izolace. Očekávání starých lidí, že se o ně postarají členové rodiny jsou často zklamána. Moderní člověk svěřuje své děti velmi brzy školám a školám a stejně tak ochotně svěřuje staré členy do péče institucí (6).

1. Posouzení

V rámci posouzení probíhají činnosti, kterými zjistíme stav individuálních potřeb klienta. Posouzení se vždy orientuje na biologické, psychosociální, kulturní a duchovní potřeby klienta (15).

Při získávání anamnestických údajů začíná sestra studiem zdravotnické dokumentace, kde se seznámí se základními informacemi o klientovi a jeho onemocnění. Pokračuje strukturovaným anamnestickým rozhovorem, vedeným dle diagnostických domén. Rozhovor je třeba individuálně přizpůsobit mentálním a jazykovým schopnostem klienta a případnému postižení sluchovému, zrakovému nebo pohybovému, tak aby porozuměl a mohl plně spolupracovat. Při rozhovoru s klientem by měla být zachována intimita. Studium zdravotnické dokumentace a strukturovaný rozhovor může být doplněn pozorováním, rozhovorem s klientem a rodinou a vyšetřením testy a škálami.

K identifikaci rizik, priorit a potřeb geriatrického klienta slouží tzv. komplexní geriatrické hodnocení. Mělo by poskytnout geriatrickému týmu východisko k účelným zdravotním a sociálním službám a klientovi by mělo přinést větší účinnost a bezpečnost péče s lepším pochopením jeho potřeb. Patří sem: test ADL dle Barthelové, škála rizika pro vznik dekubitů dle Nortonové, Mini–Mental State Examination (MMSE), Geriatrická škála deprese, Hodnocení nutričního stavu klienta, Hodnocení funkční nezávislosti klienta, aj.(8).

Komplexní hodnocení seniorů nám dá přehled o celkovém zdravotním stavu klienta. U každého sledujeme identifikační údaje, somatický stav (diagnóza onemocnění, funkční schopnost, poruchy chůze, pády, inkontinence, bolest, životní styl, fyzická aktivita, kompenzační pomůcky, současné zdravotní problémy, preventivní opatření, subjektivní hodnocení zdravotního stavu, farmakologie, hodnocení kůže, funkce sluchu, zraku), psychický stav (kognitivní funkce – paměť, schopnost rozhodování, orientace, motivace, indikátory deprese a úzkosti, poruchy chování, delirium, schopnost porozumět a vyjadřovat se), sociální stav (sociální interakce, sociální izolace, prožívání společenských změn, poskytování péče rodinou, zátěž pečovatele, prostředí, kde žije, s kým žije a jak tyto vztahy hodnotí, rozsah poskytovaných služeb). Sledujeme i oblasti, které jsou často považovány za projev stárání, jsou opomíjeny a sám senior o nich nechce hovořit (pády a úrazy, deprese, výživa, orální zdraví či porucha paměti (10).

2. Diagnostika

Nejčastějšími ošetrovatelskými diagnózami dle NANDA taxonomie II pro rodinu a ošetrovatelský proces u geriatrického klienta jsou:

00054 Riziko osamělosti v souvislosti se sociální izolací

00060 Přerušovaný život rodiny v souvislosti se změnou ve zdravotním stavu člena rodiny projevující se změnou ve spokojenosti s rodinou

00061 Přetížení pečovatele v souvislosti s mezním zvládnutím situace rodinou projevující se konfliktem v rodině

00062 Riziko přetížení pečovatele v souvislosti s nedostatkem oddechu pro pečovatele

00065 Dysfunkční sexuální život v souvislosti s konfliktem hodnot projevující se změnou ve vztahu s blízkou osobou

00146 Úzkost v souvislosti se změnou ve zdravotním stavu projevující se poruchou spánku, bušením srdce a nechutenstvím

00148 Strach v souvislosti s odloučením od partnera v souvislosti s hospitalizací projevující se zvýšeným napětím

00155 Riziko pádů v souvislosti s neuspořádaným domácím prostředím

3. Plánování

Sestra najde ošetrovatelské diagnózy a sestaví plán jejich řešení. Pro každého klienta vytvoří individuální plán ošetrovatelské péče ve spolupráci s rodinnými příslušníky klienta (15).

4. Realizace

Je pro klienta nejpodstatnější částí. Sestra při ní poskytuje konkrétní individuální ošetrovatelskou péči, která je zaměřena na prevenci problémů a na jejich odstranění nebo zmírnění (15).

Sestra vždy respektuje identitu klienta a důsledně jej oslovuje jménem nebo odpovídajícím titulem, důsledně se vyhýbá infantilizaci starého člověka (ani s klientem se syndromem demence nehovoří jako s dítětem). Při komunikaci s geriatrickým klientem se zdravotním postižením sestra důsledně chrání jeho důstojnost, snaží se vyloučit podceňování a nepodložené přisuzování závažných funkčních deficitů. Respektuje princip zpomalení a chrání klienty před časovým stresem, počítá se zpomalením psychomotorického tempa a se zhoršenou pohyblivostí i stabilitou. Složitější nebo zvláště důležité informace sestra několikrát zopakuje a raději ještě napíše na kus papíru – termíny vyšetření, přípravu na ně, způsob užívání léků. Sestra aktivně, ale taktně ověří možné komunikační bariéry a tomu přizpůsobí komunikaci – porucha sluchu, zraku, apod. K usnadnění komunikace se vždy zdržuje v zorném poli klienta, mluví srozumitelně a udržuje oční kontakt, při pochybnostech ověří správné využití kompenzačních pomůcek. Sestra bez ověření nedoslýchavosti nezesiluje hlas. Porozumění řeči se ve stáří zhoršuje v hlučném prostředí, proto nepřekřikuje jiný hovor, rozhlas, televizi, ale snaží se hluk odstranit. Dopomoc při pohybu, odkládání oděvu či při uléhání nabízí ale nevnucuje, umožní klientovi používání opěrných pomůcek – hole, chodítka. Sestra vždy mluví jasně, hlasitě, pomalu a v krátkých větách. Odstraní formální fráze, odborné výrazy, žargon, používá výrazy klientovi přiměřené a známé, reaguje na změny výrazu klienta. Průběžně kontroluje zda klient informacím správně rozumí, vždy se pohybuje v jeho zorném poli a naváže s ním oční kontakt. Sestra rekapituluje informace od klienta, během komunikace s ním sedí, nepřechází. Dá jasně najevo, pokud odchází a zda jen na chvíli, nebo zda konzultace již skončila.

Zdravotnická zařízení sloužící seniorům by měla být snadno přístupná, bezbariérová, s dostatečným osvětlením, s protiskluzovou úpravou podlah a s přehledným označením. Při ústavní péči by sestra měla ošetrovatelské aktivity a komunikaci cílevědomě směřovat k podpoře a k udržení či obnově soběstačnosti starého člověka se zdravotním postižením, nikoli předčasně předpokládat její ztrátu a vést klienta k imobilizaci.

Specifické jsou realizace ošetrovatelské péče u geriatrického klienta s pohybovým postižením (příloha 2) a u geriatrického klienta se zdravotním a sluchovým postižením (příloha 3).

5. Hodnocení

V této fázi probíhá vyhodnocení a zpětná kontrola poskytnuté péče (15).

1.2.5 Rodina a ošetrovatelský proces v paliativní péči

Dlouhá léta jsme se podvědomě snažili vytěšňovat myšlenky na smrt a odsunovat naše umírající ven z rodinného kruhu. Nevyléčitelně nemocní umírali v nemocnicích, za plentou, osamoceni na pokojích, bez možnosti kontinuálních návštěv. V povědomí laické i zdravotnické veřejnosti převládal názor, že umírat se musí v nemocnici (11).

Ideálním místem, kde lze komplexně uspokojovat potřeby umírajících a jejich doprovázejících, jsou hospice. Základní myšlenka hospicové péče vychází z úcty k životu a k člověku jako jedinečné, neopakovatelné bytosti. Kvalitní práce sestry je v hospici základem pro dobrou funkčnost zařízení tohoto typu. Proto se dnes opět snažíme navázat na staré tradice a umožnit umírajícím, aby strávili poslední chvíle života sice pod dohledem a v péči profesionálů, současně však obklopeni těmi, kteří je mají rádi a se kterými je pojí především pouta lásky, přátelství a sounáležitosti (11).

Nezbytným předpokladem pro zdravotníky pečující o umírající je znalost a správné pochopení fází prožívání nemoci, jak je stanovila E. Kubler – Rossová. Těmito fázemi prochází nejen klient, ale i jeho rodinní příslušníci. Znalost jednotlivých fází, včetně signálů, kterými nás klient upozorňuje, v jaké fázi se právě nachází, je nezbytným předpokladem k zachování lidské důstojnosti v terminálním stadiu nemocného (11).

Kontakt s těžce nemocným je náročný. Jeho choroba blízkým připomíná vlastní zranitelnost, funguje jako symbolické ohrožení vlastní existence (28). Cílem doprovázení

v hospici je smíření klienta i jeho nejbližších s neodvratitelnou a nezměnitelnou skutečností. Jedině za takových okolností může být umírání klidné a důstojné. Proto tolik stojíme o aktivní účast příbuzných u lůžka umírajícího, proto jim nabízíme pobyt s klientem v hospici. Velkým utrpením je pro členy rodiny pocit bezmoci. Abychom ho zmírnili, umožňujeme jim účast při ošetřování. Zvláštní pozornost je nutno věnovat aktu rozloučení. V hospici zemřelého neobléká zaměstnanec pohřební služby, ale sestry, obvykle za asistence rodiny. Pro následné období truchlení je pro blízké osoby právě fyzické rozloučení se zemřelým velmi důležité (25).

1. Posouzení

Sestra pracující metodou ošetřovatelského procesu má neustále na paměti čtyři základní okruhy potřeb, které u svých klientů aktivně vyhledává a saturuje. Jsou to potřeby biologické, psychologické, sociální a spirituální (11). Rozhovor sestry s příbuznými klientů patří v hospici k jejich každodenním povinnostem, přesto se nikdy nesmí stát rutinou. Získat důvěru nejen klienta samotného, ale i jeho nejbližších je podmínkou úspěchu. Kontakt s těžce nemocným je náročný. Objektivní anamnestické údaje získané od doprovázející blízké osoby velmi pomáhají zvládat symptomy nemoci a jsou svým způsobem nenahraditelné (25).

2. Diagnostika

Nejčastějšími ošetřovatelskými diagnózami dle NANDA taxonomie II pro rodinu a ošetřovatelský proces u klienta paliativní péče jsou:

00054 Riziko osamělosti v souvislosti s fyzickou izolací

00060 Přerušovaný život rodiny v souvislosti s proměnou ve zdravotním stavu člena rodiny projevující se změnou v komunikaci v rodině

00061 Přetížení pečovatele v souvislosti se zvyšující se potřebou péče projevující se vyčerpaností a bolestmi hlavy

00062 Riziko přetížení pečovatele v souvislosti s velkým množstvím pečovatelských úkolů a jejich komplexnost

00065 Dysfunkční sexuální život v souvislosti se změnou tělesné funkce projevující se neschopností dosahovat požadovaného uspokojení

00146 Úzkost v souvislosti s ohrožením smrtí projevující se hrůzou, nejistotou a obavami

00148 Strach v souvislosti s bolestí projevující se verbalizací

00155 Riziko pádů v souvislosti s porušenou tělesnou mobilitou

3. Plánování

Sestra připravuje plán ošetrovatelské péče, který je určován individuálními potřebami klienta a jeho zdravotním stavem (22). Pro každého klienta vytváří individuální plán ošetrovatelské péče. Každý ošetrovatelský plán by měl obsahovat nalezené ošetrovatelské diagnózy s číselným kódem, ošetrovatelské cíle s kritérii pro hodnocení, intervence, plán uskutečňování péče a data pro vyhodnocení výsledků péče (15, 16).

4. Realizace

Nezbytným předpokladem pro práci sestry ošetrojící umírajícího člověka je obrovská míra empatie, porozumění, dostatek času na klienta, orientace v základních otázkách života a smrti, respekt k hodnotovému žebříčku klienta a především vůle nechat ho stanovit si vlastní priority. Sestra by měla klientovi zaručit, že nebude trpět nesnesitelnou bolestí, v každé situaci bude respektována jeho důstojnost a v posledních chvílích života nezůstane osamocen (11). Sestra je s klientem a jeho rodinou v nejbližším kontaktu po celou dobu jeho pobytu a také při jeho odchodu ze života (22). V péči o terminálně nemocného klienta nesmíme zapomínat na jeho rodinu a přátele, neboť trpí s nemocným a mohou trpět i několik dalších let, možná i po zbytek života (26). Klient se někdy může chovat nepřijemným a zatěžujícím způsobem, ale od sestry se očekává větší a dlouhodobější tolerance (28).

5. Hodnocení

V této fázi probíhá vyhodnocení a zpětná kontrola poskytnuté péče (15).

2. Cíl práce a výzkumné otázky

2.1 Cíl práce

- 1) Zjistit funkci rodiny v ošetrovatelském procesu u klientů hospitalizovaných na ortopedickém oddělení zdravotnického zařízení
- 2) Je rodina zapojena do ošetrovatelského procesu ošetrovatelského procesu.
- 3) Z jakých důvodu není rodina do ošetrovatelského procesu zapojena.

2.2 Výzkumné otázky

- 1) Jaká je funkce rodiny v ošetrovatelském procesu
- 2) Jaké jsou rozdíly v rolích rodiny v ošetrovatelském procesu u klientů v jednotlivých věkových kategoriích
- 3) Je rodina zapojena do ošetrovatelského procesu

3. Metodika

3.1 Použitá metoda

Ve výzkumné části této práce bylo využito kvalitativní formy šetření. Technikou sběru byl strukturovaný rozhovor.

Strukturovaný rozhovor probíhal u vybraných respondentů, klientů zdravotnického zařízení, podle předem připraveného scénáře. Bylo osloveno 10 klientů hospitalizovaných na ortopedické klinice nemocnice v Praze.

Rozhovor byl zcela anonymní a obsahoval 28 otázek (viz příloha 2). Otázky byly zaměřeny na ošetrovatelský proces a rodinu a její funkce.

Rozhovory s jednotlivými klienty byly s jejich souhlasem písemně zaznamenány. Tyto záznamy tvoří výzkumný podklad pro sestavení kategorizačních tabulek, ve kterých jsou sumarizovány nejdůležitější výsledky šetření.

3.2 Charakteristika sledovaného souboru

Zkoumaný soubor kvalitativního šetření tvořilo 10 respondentů. Klientů hospitalizovaných na ortopedické klinice nemocnice v Praze.

4. Výsledky

4.1 Interpretace výsledků získaných strukturovaným rozhovorem

Respondent 1 (R1)

Dívka předškolního věku, 4 roky. V nemocnici ji doprovází matka. Klientka je hospitalizovaná po operaci zlomeniny krčku stehenní kosti. Má jednoho mladšího sourozence. Matce dívky je 27 let, má dvě děti a nyní je na mateřské dovolené. Její nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské s maturitou. Žena žije s přítelem a dětmi v Praze. Její domácnost má 4 členy.

Z důvodu nízkého věku klientky, je rozhovor proveden s její matkou (respondentkou), která je v nemocnici nepřetržitě přítomna.

V případě potřeby se respondentka může o pomoc obrátit na rodiče a na přítele.

Vztahy v rodině žena hodnotí jako dobré. Dále odpověděla: „Rodina je pro mě velmi důležitá. Dává mému životu smysl“.

Onemocnění dcery respondentce pomáhá zvládnout podpora přítele, rodiče a ochotné sestřičky pracující na oddělení. Zařadila by sem i příjemné prostředí, čisté pokoje, hernu a hračky, které jí a dceři pomáhají příjemně strávit volný čas v nemocnici.

Respondentka vždy chtěla být přítomna při vyšetření, diagnostice a léčbě dítěte. Dále dodává: „Záleží na situaci a na matce, jak zvládá náročné a bolestivé zákroky u dítěte, když je při nich přítomna. Pokud to zvládá špatně a dítě to vidí, není schopna být pro něj oporou, ale naopak ho ještě více stresuje, je lepší, aby na vyšetření nebyla a přenechala asistenci při výkonu sestrám. Také záleží na samostatnosti dítěte. Jestli je zvyklé být samo, a jak se přizpůsobuje novému prostředí“. Dále respondentka pokračuje: „Anička je hodně citlivá a stydlivá. Měla trochu problém, i když začínala chodit do školky. Bála se, že tam bude sama mezi cizími dětmi a v cizím prostředí. Proto jsme se s přítelem dohodli, že jí budu v nemocnici doprovázet, i když je to pro mě i pro něj náročné“. Dále respondentka odpověděla: „Přítel musí společně s rodiči zvládat péči o mladšího syna i o celou domácnost a k tomu ještě chodí do práce. Ale klid Aničky nám za to stojí“.

Respondentka se v nemocnici osamělá necítí. Věnuje se dítěti a to jí zabírá všechnen čas. Dodává: „Myslím si, že Anička pobyt zvládá dobře. Snažím se být zde s ní co nejvíc. Přicházím ráno a odcházím večer. Protože bydlím ve stejném městě jako je nemocnice můžu

vždy večer až Anička usne jet domů“. Respondentka pokračuje: „Nemám ráda nemocniční prostředí. Snažím se to vydržet, podpořit ji a dodávat jí optimismus“.

Babička a přítel nechodí na návštěvy moc často. Vědí, že jsem tady já, takže je o Aničku postaráno. Také mají hodně práce s domácností. Návštěvy v nemocnici jsou pro pacienta důležité. Respondentka pokračuje: „Neumím si představit, že bych tady s Aničkou nebyla. Že bych byla doma a chodila za ní třeba jen na hodinu na návštěvu. U dětských pacientů jsou návštěvy moc důležité, poskytují jim pocit bezpečí. Necítí se tak osamoceně. Mají rozptýlení ve volném čase“.

Funkce rodiny po dobu hospitalizace je dle respondentky velmi důležitá. Dále dodává: „Rodina zajišťuje nemocnému kontakt s vnějším světem. Je mu oporou. Měla by ho povzbuzovat, dodávat optimismus, dělat společnost a zajišťovat to, co nejsou schopny zajistit sestry a lékaři. Protože ty se starají o odbornou část léčby. To ostatní by měla poskytnout rodina či jiný blízký člověk“.

Respondentka je moc spokojena s komunikací mezi rodinou a personálem. Všechny sestřičky i ostatní personál jsou příjemné. Snaží se všem vycházet vstříc. Klientka ví, že se na sestry může kdykoliv obrátit o pomoc, a že jí poradí.

Dle respondentky se sestry zajímají o její rodinu. Žena dále odpovídá: „Vím, že mám doma další dítě, o které se taky musím starat. Že mi pomáhá přítel a babička, takže to všechno zatím zvládáme“. Respondentka pokračuje: „Je důležité, aby se sestry zajímaly o rodinu pacientů. Aby chápaly, když je třeba matka nervózní, protože neví, jak rodina funguje bez ní, když ona je v nemocnici s dalším dítětem. Značí to i zájem ze strany sester“.

O prognóze a nejvhodnějším způsobu života dcery po propuštění byla respondentka poučena. Všechno jí bylo vysvětleno.

Respondentka neví, jestli pacienti mají znát svou diagnózu. Dále pokračuje: „Myslím, že záleží na druhu diagnózy, jestli ji sdělit nebo ne. Nevyléčitelně nemocné děti by asi neměly znát celou diagnózu. Mělo by se jim říct, že jsou hodně nemocné a úplnou pravdu asi až v té poslední fázi před smrtí, protože si myslím, že pak už to dítě stejně vycítí, že umírá. Jiné méně závažné diagnózy by měly děti znát. Mělo by se jim to vysvětlit postupně, pěkně pomalu, na jejich úrovni, aby tomu alespoň trochu porozuměly“.

S pobytem v nemocnici je respondentka spokojená. Žádná další přání nemá. Respondentka dodává: „Snad jen by se mohla zlepšit úroveň a čistota sprch a hygienických zařízení“.

Rodinným příslušníkům dle respondentky brání zapojit se do péče hlavně časová vytíženost, pracovní povinnosti, odpovědnost za péči o druhé dítě a starost o domácnost.

Klientka pokračuje: „U některých matek to může být třeba i strach z ublížení dítěti“. Dále dodává: „ Anička pomoc rodiny v ošetřování využívá. Jsem tady s ní já a ani si neumím představit, že by to bylo jinak, že by tady byla sama“. Dále pokračuje: „Přítomnost zde je obohacením i pro mě a myslím, že to upevní náš vztah“.

Klientka si myslí, že je rodina zapojena do ošetřovatelského procesu a dodává k tomu: „ Nevím, jak u jiných pacientů, ale já jsem určitě zapojena“.

Respondentka si myslí, že personál s ní spolupracuje dostatečně. Ví, že se na něj může kdykoli obrátit o pomoc.

Respondentka je ochotna podílet se na všech ošetřovatelských činnostech, které souvisejí s péčí o dceru a dodává: „ Myslím si, že některé úkony lépe snáší ode mě než od sestřiček. Jsem přece její matka“.

Respondentka se domnívá, že zapojení rodiny do ošetřování vede ke zkvalitnění péče. Dále dodává: „U dětí je zapojení rodiny do ošetřování velice důležité a určitě to vede ke zkvalitnění péče. Už pouhou mou přítomností se Anička zklidní“.

S žádostí o spolupráci se na respondentku obracejí sestry i lékaři. Dále pokračuje: „ Vědí, že jsem tady proto, abych Aničce pomohla a tam, kde je to možné přebrala práci sester. Myslím, že se mnou počítají jako s jedním z týmu. Přece tady nebudu celý den jenom sedět a čekat“.

Respondent 2 (R2)

Chlapec, 3 roky, hospitalizován pro avaskulární nekrózu hlavice femuru. Sourozence nemá. Vzhledem k nízkému věku je rozhovor proveden s chlapcovým otcem, který je v nemocnici přítomen. Otcí je 40 let, žije s chlapcem sám. Je rozvedený. Jeho nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské s maturitou. Domácnost chlapce tvoří dva členové.

Respondent se může o pomoc obrátit na svou matku. Vztahy v rodině by hodnotil jako dobré. Rodina je pro něj důležitá. Poskytuje mu zázemí. Respondent se snaží synovi nahradit matku, která s nimi nežije. Onemocnění syna muži pomáhají zvládnout hlavně sestřičky a nejbližší příbuzní. Příjemné by také bylo, kdyby měl klient v nemocnici více soukromí a více hraček pro syna, aby jim to lépe jim to ubíhalo.

Přítomnost rodinného příslušníka při vyšetření, diagnostice a léčbě je podle respondenta v tomto věku důležitá. Dále dodává: „Dítě se necítí, tak samo v cizím prostředí a nemá takový strach“.

Respondent se v nemocnici osamělý necítí. „Jsem tady, abych doprovázel syna a to je pro mě důležité“, dodává. Respondent pokračuje: „Syn má, kromě mě, návštěvy třikrát týdně, kdy za ním přichází babička“. Myslím si, že frekvence návštěv synovi vyhovuje. Návštěvy jsou pro nás přínosem. Znamenají zájem, poskytují oporu. Dle respondenta je na oddělení možnost neomezených návštěv a dále upřesňuje: „Neomezené návštěvy využívám já sám. Jsou pro děti hlavně předškolního věku velmi důležité, aby se necítily sami v cizím prostředí“.

Funkcí rodiny po dobu hospitalizace je podle respondenta především psychická podpora nemocného.

S komunikací mezi sestrami a příbuznými je respondent spokojený a dále pokračuje: „Sestry jsou vstřícné, snaží se pomáhat“.

Personál se informoval na rodinnou situaci respondenta. Dále pokračuje: „Při příjmu jsem poskytl údaje do anamnézy. Někdy se sestry na něco zeptají jen tak během hovoru. To mě potěší, protože to znamená zájem o mou osobu i o syna“.

Respondent byl poučen o prognóze synova onemocnění. Dle respondenta by děti měly znát diagnózu. Myslí si, že i dítě chce znát pravdu o svém zdravotním stavu.

Mezi přání, která by respondentovi pomohla ke zlepšení pobytu v nemocnici, patří možnost mít lůžko pro rodinného příslušníka a více soukromí na pokoji. Problémy, které brání rodinným příslušníkům zapojit se do ošetrovatelské péče jsou dle respondenta nedostatek zkušeností, vědomostí, času a strach z ublížení nemocnému. Využívat pomoci rodinných příslušníků v ošetřování si respondent přeje a dodává: „Jsem se synem neustále, takže využívá mou pomoc dost“. V případě potřeby je respondent ochoten zapojit se do ošetřování, ale myslí si, že se zapojuje dostatečně.

S komunikací mezi rodinnými příslušníky a sestrami je respondent spokojený a dále uvádí: „Spolupráce rodiny s personálem je důležitá. Rodinní příslušníci se mohou od personálu naučit mnoho dovedností, jak o pacienta pečovat“.

Respondent je ochoten podílet se na všech činnostech, které budou v péči o syna potřebné. Myslí si, že rodina je zapojena do ošetřování a její zapojení je důležité. Upevňuje to vztah mezi klientem a jeho rodinou.

Respondent si nemyslí, že by zapojení rodiny do ošetrovatelského procesu vedlo ke zkvalitnění péče a dodává: „Rodinný příslušník nemůže nahradit v péči sestru, která má zdravotnické vzdělání“. Respondent pokračuje: „S žádostí o spolupráci se na mě personál obrací a já jsem tomu rád“.

Respondent 3 (R3)

Dívka, 7 let, hospitalizovaná po operaci horní končetiny, navštěvuje druhou třídu základní školy, má jednoho staršího sourozence, bydlí s rodiči v bytě v Praze. Domácnost dívky tvoří 4 členové.

Vzhledem k nízkému věku dívky, byl rozhovor uskutečněn s její babičkou, která je zrovna na návštěvě v nemocnici.

V případě potřeby se vnučka může obrátit o pomoc na sestřičky, rodiče, prarodiče a na bratra. Vztahy v rodině by hodnotila jako dobré. Rodina je pro respondentku důležitá. Podle babičky pomáhají vnučce zvládnout onemocnění návštěvy rodičů, bratra, kamarádek, příjemné prostředí, kamarádi na pokoji, hodné sestřičky a lékaři.

Přítomnost rodinného příslušníka při vyšetření, diagnostice a terapii je podle respondentky důležitá a dodává: „V tomto věku by někdo s Maruškou měl být přítomen, zvláště pokud je to plánované vyšetření. Už samo vyšetření, které nezná a jiné prostředí je pro ni dost zatěžující. Takže se určitě cítí lépe, když jí tam doprovází někdo z rodiny, koho zná a není pro ni cizí“.

Respondentka si myslí, že se vnučka v nemocnici necítí osamělá. Upřesňuje: „Určitě se těší domů, ale osamělá se necítí. Našla si tady stejně staré kamarádky. Často jí navštěvujeme a sestřičky jsou moc hodné. Podařilo se jim vytvořit zde příjemnou atmosféru“. Někdo z rodiny vnučku navštěvuje denně. Chodí babička, rodiče nebo bratr. Respondentka uvádí, že jsou návštěvy pro její vnučku přínosem. Dále upřesňuje: „Znamenají rozptýlení, popovídání, dozví se, co je kde nového, přineseme jí novou knížku, něco dobrého k jídlu, nějakou hračku. Podle respondentky je na oddělení možnost neomezených návštěv, ale ona je nevyužívá. Chodí, jen v návštěvní hodiny. Smysl neomezených návštěv vidí respondentka v tom že: „Když někdo bydlí daleko nebo hodně pracuje, tak přijede až po návštěvních hodinách. Nahlásí se na sesterně a může zůstat“.

Funkcí rodiny po dobu hospitalizace jejího člena je podle respondentky, chodit co nejvíc na návštěvy, aby pacient viděl, že si na něj udělají čas, že jim na něm záleží. Dodávat nemocnému optimismus, klid a psychicky ho podporovat.

S komunikací mezi sestrami a příbuznými je respondentka velmi spokojená a dodává: „Sestřičky i lékaři jsou moc milí a vstřícní. Snaží se pomoci“. Žena si není jistá, jestli se sestry zajímaly o rodinnou situaci její vnučky a dále upřesňuje: „Určitě od ní nebo od rodičů dostaly informace do anamnézy při příjmu a o ničem jiném nevím“.

Respondentka uvádí, že rodinní příslušníci byli poučeni o prognóze a nejvhodnějším způsobu života vnučky po propuštění. Poučil je ošetřující lékař a se způsobem poučení byli spokojeni. Respondentka dále dodává: „Myslím si, že vnučka je na tyto informace moc malá. Maruše se snažíme vše vysvětlit my a to takovým způsobem, aby to pochopila. Sestřičky nám s tím také pomáhají“.

Respondentka si myslí, že by měli být všichni pravdivě informováni o své diagnóze. Dospělí určitě a děti přiměřeně věku také. Nyní si respondentka na žádná přání, která by pomohla vnučce ke zlepšení pobytu v nemocnici nevzpomíná a upřesňuje: „Nemáme žádná speciální přání. S pobytem jsme spokojeni“. Podle respondentky brání rodinným příslušníkům zapojit se do péče nedostatek vědomostí, zkušeností, času, soukromí a strach z ublížení nemocnému. Vnučka respondentky si přeje využívat pomoci rodiny v ošetřování. Žena dále pokračuje: „Maruška je ráda, když jí někdo pomůže s jídlem, dá napít, podá jí, co potřebuje, pomůže s oblékáním, učeše vlasy, nebo pomůže s hygienou. Myslím, že si raději řekne o pomoc od rodinných příslušníků, než od personálu“.

Rodina je ochotná podílet se na ošetrovatelské péči. Už nyní se podílí podle potřeby a v rámci možností. Rodinní příslušníci jsou ochotni podílet se na péči ve všech činnostech, které by byly potřeba, kdyby tato situace nastala. Respondentka pokračuje: „Rodina je zapojena do ošetřování. U nesoběstačných pacientů by zapojení rodiny do ošetřování bylo potřebné. Záleží na každém případě, na závažnosti diagnózy, na možnostech nemocného a na možnostech rodinných příslušníků“.

Respondentka si myslí, že by zapojení rodiny do ošetrovatelského procesu vedlo ke zkvalitnění péče, protože rodinní příslušníci mají na nemocného více času, než personál. Sestry mají hodně práce i s ostatními pacienty. Respondentka upřesňuje: „Příbuzní přece přišli na návštěvu, aby se nemocnému věnovali a strávili s ním určitý čas. Proč tento čas nevyužít ke krmení, když to situace vyžaduje? Rodinní příslušníci mají více času, tolik nespíchají jako sestry. Proto by měli být trpělivější“.

S žádostí o spolupráci se na respondentku nikdo neobrátil.

Respondent 4 (R4)

Chlapec, 16 let, hospitalizován po operaci dolní končetiny, navštěvuje druhý ročník gymnázia, bydlí s rodiči v rodinném domě v Praze, sourozence nemá, chlapcova domácnost má 3 členy.

V případě potřeby se respondent může o pomoc obrátit na rodiče, příbuzné a na kamarády. Vztahy v rodině by respondent hodnotil jako velmi dobré. Rodina je pro chlapce důležitá, protože mu poskytuje zázemí, oporu, jistotu a možnost studovat. Onemocnění klientovi pomáhá zvládnout rodina, příbuzní a personál v nemocnici.

Přítomnost rodinného příslušníka při vyšetření, diagnostice a terapii pro respondenta není důležitá, avšak pokud je někdo z rodiny přítomen, nevádí mu to. V nemocnici se respondent zatím osamělý necítí a dodává: „Nejsem tady tak dlouho, abych se cítil osamělý. Kdybych zde byl déle, možná by se pocity osamění dostavily“. Rodiče chodí na návštěvy denně. Frekvence návštěv respondentovi vyhovuje. Dále pokračuje: „Návštěvy jsou pro mě přínosem. Umožňují mi se na něco těšit. Popovídáme si, co se kde stalo nového, něco mi přinesou, aby mi ten čas tady rychleji ubíhal“. Respondent neví, jestli je na oddělení možnost neomezených návštěv. Rodiče chodí vždy v návštěvních hodinách. Respondent si myslí, že neomezené návštěvy jsou určeny pro ty, kteří z nějakého důvodu nemohou přijít v návštěvních hodinách.

Funkce rodiny po dobu hospitalizace jejího člena je podporovat ho a přinést mu věci, které potřebuje. Rodina je pacientův kontakt s vnějším světem.

Respondent je spokojený s komunikací mezi příbuznými a sestrami a dodává: „Nevidím v tom žádný problém. Rehabilitační sestra mámě ukázala, jak se mnou cvičit. Naučila mě, jak se pohybovat, vstávat z postele, abych nohu co nejmíň zatěžoval, cviky, které mohu dělat vleže v posteli“.

Respondent uvádí, že se sestry občas zajímají o jeho rodinu. Dále upřesňuje: „Třeba při mytí, když si povídáme, zmíníme i rodinu. Sestry se ptaly, kam chodím do školy, jaké mám koníčky, jak jsem si zlomil nohu.... Prostě se spolu normálně bavíme a rodinu jsme také zmínili“. Podle respondenta je důležité, aby se sestry zajímaly o rodinu pacienta, protože tak mohou lépe odhadnout změny v chování pacienta. Respondent si myslí, že když rodina nefunguje, projeví se to i na psychice a chování nemocného. Chlapec i jeho rodinní příslušníci byli poučeni o prognóze a nejvhodnějším způsobu života po propuštění.

Respondent si myslí, že každý by měl znát svou diagnózu a pokračuje: „Já bych ji tedy znát chtěl, i kdybych byl nevléčitelně nemocný“. Ke zlepšení pobytu v nemocnici by klientovi pomohl nadstandardní pokoj a více soukromí.

Respondent si myslí, že rodinným příslušníkům brání zapojit se do ošetrovatelské péče nedostatek zkušeností a vědomostí. A pokračuje: „Přeji si využívat pomoc rodiny v ošetřování. Těším se, až mě rodiče přijdou navštívit, popovídáme si. Máma se mnou někdy cvičí a pomůže mi s drobnostmi, abych zbytečně neobtěžoval sestry“.

Rodina respondenta je ochotna podílet se na péči. V případě potřeby by byla rodina ochotna podílet se na péči ve všech činnostech, které by byly nutné. Respondent si myslí, že je vhodné, aby se rodinní příslušníci zapojili do ošetřování. Dále pokračuje: „Pro mě je také příjemnější, když mi pomůže na podložní mísu máma, která mě přišla navštívit a vím, že má na to čas. Než když budu otravovat sestru. Radši budu přijímat určitý druh pomoci od rodiny, než si o to říkat od sester, které vlastně vůbec neznám. Samozřejmě také záleží na druhu činnosti, aby nebyla rodina přetěžována“.

Respondent si myslí, že ke zkvalitnění péče by zapojení rodinných příslušníků do ošetřování nevedlo.

Nikdo z personálu se na respondenta s žádostí o spolupráci neobrátil.

Respondent 5 (R5)

Muž 30 let, ženatý, bezdětný, žije v bytě v panelovém domě s manželkou. Je hospitalizován po operaci zlomeniny dolního konce stehenní kosti. Vzdělání respondenta je vysokoškolské, pracuje v bance. Domácnost klienta má 2 členy.

V případě potřeby se respondent může obrátit o pomoc na manželku, protože je to nejbližší osoba, kterou má. Vztahy v rodině by hodnotil jako bezproblémové. Rodina je pro klienta důležitá, protože se na ni může obracet s problémy a je pro něj oporou. Onemocnění respondentovi pomáhá zvládnout hlavně manželka, která mu poskytuje oporu. Lépe zvládnout pobyt v nemocnici by klientovi pomohl příjemný personál a hezké prostředí.

Při vyšetření, diagnostice a terapii pro respondenta není přítomnost rodinného příslušníka důležitá, protože chce mít během těchto zákroků klid a soukromí. V nemocnici se cítí osamělý, protože zde není nikdo blízký, s kým by si mohl popovídat. Chybí mu manželka, širší rodina i kamarádi.

Manželka respondenta navštěvuje každý den. Frekvence návštěv mu vyhovuje a dodává: „Vždy se těším na odpoledne, kdy manželka přijde. Něco mi přinese a řekne, co je nového“. Návštěvy jsou pro respondenta přínosem, protože ho rozptýlí od stereotypu v nemocnici. Znamenají pro něj milou změnou“. Respondent si myslí, že na oddělení není možnost neomezených návštěv. Návštěvní hodiny jsou přesně určeny. Smyslem neomezených návštěv je možnost navštívit příbuzného kdykoli během dne. Dále upřesňuje: „ Ne každý může chodit na návštěvy do nemocnice od 14.00 do 17.00 hodin, když je v práci“. Respondent uvádí, že neomezené návštěvy jsou důležité, aby mohli chodit na návštěvy i

příbuzní, kteří celý den pracují a mají čas pouze pozdě večer nebo brzo ráno, kdy nejsou v práci.

Funkcí rodiny je být nemocnému oporou, chodit na návštěvy a povzbuzovat ho. Respondent je spokojen s komunikací mezi sestrami a příbuznými a dodává: „Komunikace probíhá v pořádku“. Sestry se nezajímají o rodinnou situaci respondenta. Dále pokračuje: „Nezajímají se, protože mají svých starostí dost“. Respondent si myslí, že není důležité, aby se sestry zajímaly o jeho rodinnou situaci. Dále upřesňuje: „Veškeré informace dostane lékař při diagnostice, proto není potřeba, aby personál získával nějaké informace od rodinných příslušníků“. Respondent ani jeho rodina nebyli poučeni o prognóze a nejvhodnějším způsobu života po propuštění, protože jeho stav nepotřeboval žádné bližší poučení.

Klient si myslí, že diagnózu by měl znát každý pacient, protože je to jeho právo.

Žádná přání, která by pomohla respondentovi ke zlepšení pobytu v nemocnici, nemá. Péče mu vyhovuje.

Zapojit se do péče brání rodinným příslušníkům, podle respondenta, vcítění se do role pacienta. Využívat pomoci rodiny v ošetrovatelských procedurách si respondent nepřeje. Dále dodává: „Bojím se, aby nedošlo ke zneužití péče ze strany nemocného, aby si nevymýšlel a neměl přehnané nároky, které rodina může těžko zvládat“.

Rodina je ochotná podílet se na ošetrovatelské péči v případě potřeby. Respondent předpokládá, že je rodina ochotna podílet se na péči ve všech činnostech, které by byly potřeba. Respondent pokračuje: „S mojí diagnózou zapojení rodiny do péče není potřeba. Ale u dlouhodobě ležících a po větších operacích by to zřejmě v určitých případech bylo žádoucí“. Klient si nemyslí, že by zapojení rodiny do ošetrování vedlo ke zkvalitnění péče, protože personál by měl být odborníkem a péči o pacienty zvládat lépe než rodinní příslušníci.

Na respondenta ani na jeho příbuzné se nikdo z personálu s žádostí o spolupráci neobrátil.

Respondent 6 (R6)

Muž, 38 let. Je hospitalizovaný pro zlomeninu česky. Klient je ženatý, žije s manželkou na malém městě. Má 3 děti ve věku od 1 roku do 6 let. Je vyučený s maturitou. Pracuje jako dělník. Jeho domácnost má 5 členů.

O pomoc se respondent může obrátit především na „Boha“. K tomu respondent dodává: „Od doktorů očekávám servis, co se týká těla, duši přenechávám bohu“. Vztahy v rodině by respondent hodnotil jako dobré. Dále upřesňuje: „V mé rodině jsou vztahy dobré. V širší rodině je to trochu horší. Tím myslím především své rodiče, protože vztahy mezi nimi jsou dost napjaté“. Respondent udává, že rodina je pro něj důležitá, protože člověk chce mít kolem sebe blízké příbuzné, se kterými může sdílet společný život. Onemocnění respondentovi pomáhá zvládnout hlavně víra v Boha a dále upřesňuje: „Samozřejmě také lékaři, sestry a příbuzní, kteří chodí na návštěvy. Člověk cítí, že jeho život závisí na péči druhých a proto se musí odevzdat do jejich rukou po dobu nemoci“.

Respondent se v nemocnici cítí dobře s tím servisem, který mu poskytují. Nic jiného nepotřebuje a žádá přání, která by mu usnadnila pobyt v nemocnici nemá.

Přítomnost rodinného příslušníka při vyšetření, diagnostice a léčbě pro respondenta není důležitá. Myslí si, že je svéprávný a soběstačný člověk a že tyto činnosti s lékařem zvládne sám.

V nemocnici se respondent osamělý necítí. K tomu dodává: „Na pokoji se mnou leží další pacienti, tak si můžeme povídat. Manželka mě chodí pravidelně, 3krát týdně, navštěvovat, takže si nemohu na nic stěžovat“. Frekvence návštěv respondentovi vyhovuje, je spokojený. Dále pokračuje: „Máme doma malé děti a vím, že manželka má moc práce s domácností. Navíc z domova je to sem docela daleko. Chodit na návštěvy častěji by pro manželku bylo moc náročné. To víte, máme roční mimino, které pořád vyžaduje pozornost. Starší děti musí manželka vozit denně do školky a do školy, potom s nimi dělat úkoly, uvařit a plno jiných věcí. Celý den se nezastaví a teď má ještě starosti se mnou. Bojí se, aby vše dobře dopadlo a uzdravil jsem se. Babičky máme daleko, tak si musí se vším poradit sama“. Návštěvy jsou pro respondenta přínosem, protože se člověk necítí na ten svůj problém sám. Respondent k tématu návštěv ještě dodává: „Člověk rád vidí druhé, se kterými se může o svou bolest podělit. Popovídá si a načerpá energii do dalšího uzdravování. Manželka mě vždy přinese nějaké ovoce, něco dobrého k jídlu nebo nějakou novou knihu. Kupuje mi časopisy, abych se tady nenudil“. Respondent neví, jestli je na oddělení možnost neomezených návštěv, ani jaký mají smysl. Dále uvažuje: „Zřejmě, když nemůže příbuzný přijít v danou návštěvní dobu, tak dá o sobě vědět a pak může přijít kdykoliv“. Respondent si nemyslí, že by byly neomezené návštěvy důležité a dodává: „ Každý má přijít v návštěvních hodinách“.

Funkce rodiny je podle respondenta „čistě psychologická“. Dále pokračuje: „Člověk vidí, že o něj druzí projevují zájem v jeho těžké situaci. Jak se říká, v nouzi poznáš přítele“.

S komunikací mezi sestrami a příbuznými je respondent spokojený. Dále dodává: „Sestry se starají v mezích svých možností a schopností. Za což jim velice děkuji. A já se zase na oplátku snažím, je zbytečně nezatěžovat“.

Respondent si nemyslí, že je důležité, aby se sestry zajímaly o jeho rodinnou situaci. K tomu respondent dodává: „Základní informace o mé rodině vědí, ty mají napsané v anamnéze a nic víc vědět nepotřebují“.

Respondent i jeho rodinní příslušníci byli poučeni o onemocnění, prognóze a způsobu života po propuštění.

Respondent si myslí, že by člověk měl znát svou diagnózu. K tomu dodává: „Já bych ji tedy určitě znát chtěl. Abych se mohl připravit na případnou špatnou prognózu. Udělat určité kroky a připravit se na nejhorší. Asi bych odešel na reverz z nemocnice a doma se připravil na odchod z tohoto světa“.

Žádná speciální přání respondent nemá. Jediný jeho požadavek je vegetariánská strava. Dále dodává: „Také by nebylo špatné mít více soukromí, abych mohl vykonávat své duchovní činnosti“. Jinak je prý respondent přizpůsobivý člověk, který nemá velké nároky, takže je se současným stavem spokojený.

K zapojení rodiny do ošetrovatelského procesu respondent nevidí důvod. Rodina není zapojena do ošetřování. Dále pokračuje: „Nevím proč bych měl rodinu zatěžovat, když jsem tady v odborné péči. Rodinní příslušníci nemají odborné zdravotnické zkušenosti jako sestry v nemocnici“.

Využívat rodinné příslušníky v ošetrovatelských procedurách si respondent nepřeje a dodává: „K tomu jsou zde přece vyškolené sestry“.

Respondent si myslí, že je rodina ochotna zapojit se do péče o něj, ale v jeho situaci to není potřeba.

Respondent si nemyslí, že by rodina měla více spolupracovat s personálem. Dále dodává: „Personál a rodina by měli spolupracovat hlavně se mnou. Já jsem tady ten společný bod mezi nimi, se kterým by měli spolupracovat. Co potřebuji si umím vyřídit sám. Nepotřebuji žádného prostředníka“. K tématu respondent dále dodává: „Jiná situace by byla u někoho, kdo je dlouhodobě ležící, špatně mu to myslí nebo u starého člověka. U někoho, kdo není třeba tak schopný si zajistit nějaké věci. Tak v tomto případě by to za něj udělala rodina. U těchto lidí by spolupráce rodiny s personálem byla vhodná“.

Kdyby bylo potřeba je rodina ochotná podílet se na péči ve všech činnostech, které by vyžadoval jeho stav. Respondent si myslí, že v určitých momentech je vhodné zapojení rodiny do ošetřování. K tématu dodává: „Aby si člověk nepřipadal divně ve chvílích, kdy je úplně

vyřízený a je plně závislý ve svých činnostech na jiných, tak se může cítit lépe, když je přítomen někdo z rodiny, aby mu pomohl v činnostech, jako je krmení nebo vyprazdňování“.

Zapojení rodiny do ošetrovatelského procesu by, podle respondenta, určitě vedlo ke zkvalitnění péče. Dále dodává: „Je to přece příjemnější. Před personálem se může člověk stydět v nějakých situacích. Příbuzní jsou mu bližší, aby jejich pomoc přijal“.

S žádostí o spolupráci se na respondenta, ani na jeho příbuzné nikdo z personálu neobrátil.

Respondent 7 (R7)

Muž, důchodového věku, po operaci. Klientovo nejvyšší dosažené vzdělání je vysokoškolské. Děti nemá. Žije s rodiči. Má přítelkyni. Domácnost respondenta má 3 členy.

V případě potřeby se respondent může o pomoc obrátit na obsluhující sestru a na lékaře, který má oddělení na starosti.

Vztahy v rodině by respondent hodnotil jako harmonické. Rodina je pro něj důležitá, aby se člověk cítil dobře a měl dobrý pocit. Onemocnění pomáhá respondentovi zvládnout přítelkyně, příjemný personál, silná vůle, léky a vidina, že se vyléčí.

Přítomnost rodinného příslušníka při vyšetření lékařem, diagnostice a terapii pro respondenta důležitá není.

V nemocnici se respondent cítí trochu osamělý, protože není s přítelkyní. Příbuzní chodí na návštěvy ob den. Frekvence návštěv mu vyhovuje. Návštěvy pro respondenta znamenají psychickou podporu. Neomezené návštěvy pro něj nejsou důležité. Dále k tématu říká: „Čas návštěv bych nechal na návštěvních hodinách, tak mi to vyhovuje“. K tématu neomezených návštěv pokračuje: „Jejich účelem je psychická podpora pacienta kdykoli během dne“.

Funkcí rodiny po dobu hospitalizace je dle respondenta především psychická podpora.

Klient je spokojen s komunikací mezi sestrami a příbuznými. A dodává: „Vhodná komunikace je důležitá pro zjištění zdravotního stavu pacienta“. Respondent uvádí, že se sestry zajímaly o jeho rodinnou situaci. Pokračuje: „Ptaly se hlavně, jestli mám kde bydlet po návratu z nemocnice, jestli nejsem bezdomovec a další otázky“.

Respondent i jeho rodinní příslušníci byli poučeni o prognóze a nejvhodnějším způsobu života po propuštění. Podle klienta by každý měl znát svou diagnózu za všech okolností, aby se mohl případně připravit na nejhorší.

Žádná přání, která by pomohla ke zlepšení pobytu v nemocnici respondent nemá. Je spokojený tak, jak to je.

Respondent si myslí, že zapojit se do ošetřování brání rodinným příslušníkům nedostatek času. Pokračuje: „Když má matka malé děti, nemůže chodit navštěvovat manžela každý den“.

Využívat pomoci rodinných příslušníků v ošetřování si respondent nepřeje. Dále k tématu dodává: „Je to práce sester, které jsou k tomu vyškoleny“.

Respondent si myslí, že je rodina ochotná podílet se na péči o něj, ale vzhledem k věku jeho rodičů, by to bylo obtížné. Podle respondenta, by se jeho přítelkyně, v případě potřeby, do ošetřování určitě zapojila.

Na otázku týkající se spolupráce personálu s rodinou respondent odpověděl: „Personál spolupracuje dostatečně s mojí rodinou, protože má přítelkyně při návštěvě dobrou náladu“. Dále k tématu dodává: „Spolupráce mezi rodinou a personálem je důležitá, aby byla rodina informovaná o průběhu léčby“.

Rodina je ochotná podílet se na ošetřování v činnostech souvisejících s jídlem, oblékáním, rehabilitací a v činnostech souvisejících s trávením volného času.

Zapojení rodinných příslušníků do ošetřovatelského procesu je, podle respondenta, důležité částečně. K tématu dodává: „Hlavní práci by měly vykonávat sestry. Přítelkyně by měla dělat pouze nějaké drobnosti, jako třeba podržet bažanta,... A hlavně by mi měla dodávat psychickou podporu“. Rodina respondenta není zapojena do ošetřování.

Respondent si myslí, že zapojení rodiny do ošetřovatelského procesu by nevedlo ke zkvalitnění péče, protože o péči rozhodují lékaři a rodina má pouze vedlejší funkci.

S žádostí o spolupráci se na respondenta a jeho rodinu nikdo neobrátil.

Respondent 8 (R8)

Žena, klientka důchodového věku. Hospitalizovaná po endoprotéze kyčelního kloubu. Bydlí v rodinném domě. Její nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské. Má 3 dospělé děti. Žije sama s manželem, který je již v důchodu. Žena ještě pracuje, i když už je také důchodového věku. Její domácnost má 2 členy. Děti žijí odděleně. Má dvě vnoučata.

V případě potřeby se respondentka může obrátit o pomoc na rodinu a přátele. K tématu dodává: „ Protože jsem matka, mám děti. Svě rodině důvěřuji a je na ní spolehnoutí“. Vztahy v rodině žena hodnotí jako uspokojivé a dodává: „Snažím se, aby v rodině panovala vzájemná úcta a pochopení“. Rodina je pro ní důležitá, protože jí poskytuje pomoc a oporu.

Onemocnění respondentce pomáhá zvládnout lékař, ošetrovatelský personál a rodina. Dále pokračuje: „Lékařům důvěřuji, že mě vyléčí. Sestřičky mi pomáhají dobrým slovem a rodina je pro mě hlavně psychickou oporou. Důležitá se pro mě také příjemná sousedka na pokoji, se kterou si mohu popovídat a se kterou si vycházíme vstříc“.

Přítomnost rodinného příslušníka při vyšetření pro respondentku není důležitá, protože všichni mají svou práci a nechce je obtěžovat.

Klientka se v nemocnici necítí osaměká, protože jak dodává: „Vím, že jsem nemocná a musím být určitou dobu v nemocnici, abych se vyléčila a mohla jít zase domů. Nemůže tady se mnou pořád někdo být“. Rodinní příslušníci respondentku navštěvují ob den a tato frekvence jí vyhovuje. K tématu dále dodává: „Každý den za mnou chodit nemohou a ani bych to po nich nechtěla. Mají své povinnosti“. Návštěvy jsou pro respondentku přínosem. Poskytují jí psychickou podporu a zprávy z domova. Těší se na ně. Klientka si myslí, že na oddělení není možnost neomezených návštěv. Jejich smysl podle ní není žádný. Dále pokračuje: „Lékaři potřebují klid na práci. A já mám také ráda svůj klid. Odpolední návštěvy mě vyhovují, nechtěla bych, aby mě někdo rušil ráno nebo pozdě večer“.

Funkce rodiny je dle respondentky důležitá. Poskytuje jí především psychickou podporu.

Respondentka je spokojená s komunikací mezi sestrami a rodinnými příslušníky. K tématu dodává: „Sestry mi vždy pomáhají s čím potřebuji. I k rodinným příslušníkům jsou vstřícné a snaží se všem vyhovět“.

Sestry se zajímají o mou rodinnou situaci. Dále respondentka upřesňuje: „Ptaly se, kdo se o mě postará po návratu domů. Jestli mám někoho, kdo mi pomůže s domácností a jiné věci“.

Respondentka byla poučena o prognóze a nejvhodnějším způsobu života po propuštění. K tématu dodává: „Je to důležité. Každý má vědět, co ho čeká, jak se chovat a čeho se vyvarovat po příchodu z nemocnice, aby si nezpůsobil komplikace“.

Podle respondentky by měl klient přiměřeně věku a mentální úrovni znát diagnózu. Dále upřesňuje: „Záleží kým, za jakých okolností a jakým způsobem je diagnóza sdělena. Měli by jí znát i pacientovi nejbližší rodinní příslušníci“.

Žádná přání, která by jí pomohla zlepšit pobyt v nemocnici, nemá. K tématu dále dodává: „Jsem hospitalizovaná proto, abych se zbavila zdravotních problémů a to je pro mě nejdůležitější“.

Podle respondentky brání rodinným příslušníkům zapojit se do péče nedostatek zkušeností, vědomostí a času.

Využívat pomoci rodinných příslušníků v ošetrovatelských procedurách si respondentka nepřeje. Myslí si, že v nemocnici je to činnost, kterou má vykonávat personál. K úkolům rodiny podle klientky patří hlavně psychická podpora. K tomu dodává: „Navíc rodinu nechci zbytečně zatěžovat, dokud to není nezbytně nutné“.

Respondentka neví, jestli jsou rodinní příslušníci ochotní podílet se na péči. K tomu dodává: „Všechny děti mají své rodiny a zaměstnání, kterým se věnují. Asi by jim v tom bránili jejich povinnosti a časová vytíženost. Manžel má svůj věk a chce mít klid. Nikdy se o domácnost a podobné věci moc nestaral, to byla moje práce“.

Respondentka si myslí, že zapojení rodinných příslušníků do ošetrovatelského procesu je vhodné, pokud je k tomu čas a podmínky a pokud to tak vyhovuje všem zúčastněným. Rodina respondentky není zapojena do ošetrování.

Podle respondentky by zapojení rodiny do ošetrovatelského procesu nevedlo ke zkvalitnění péče. Dále pokračuje: „Kvalitnější péči přece poskytne vzdělaná sestra s praxí, než rodinní příslušníci. Péče o člověka v nemocnici, by se měla nechat lékařům a sestřám. V domácím prostředí se můžou angažovat rodinní příslušníci“.

Nikdo z personálu se na respondentku ani její rodinu s žádostí o spolupráci neobrátil.

Respondent 9 (R9)

Žena, důchodového věku, vyučená, žije sama v bytě v Praze. Je hospitalizovaná po operaci zlomeniny krčku stehenní kosti, má 1 dceru, její domácnost má 1 člena.

V případě potřeby se respondentka může obrátit o pomoc na dceru a její rodinu. Vztahy v rodině by hodnotila jako docela dobré. Rodina je pro respondentku důležitá. Onemocnění jí pomáhají zvládnout hlavně sestry a lékaři.

Přítomnost rodinného příslušníka při vyšetření, diagnostice a terapii je pro respondentku důležitá. Dále odpovídá: „Dcera mě vždy doprovází k lékařům. Sama chodit nemůžu, nezvládla bych to. V nemocnici potřebuji pomoc sester. Chodím o holi a špatně se pohybuji. Potřebuji přidržet dveře, pomoc při sedání, vstávání i oblékání. A nyní po operaci potřebuji pomoc skoro se vším“.

V nemocnici se respondentka osamělá necítí. K tématu pokračuje: „Chodí za mnou návštěvy, na pokoji jsme tři, tak si navzájem děláme společnost. Dcera se za mnou snaží chodit co nejčastěji. Většinou přijde tak třikrát týdně“. Frekvence návštěv respondentce

vyhovuje a dále upřesňuje: „Nechci dceru zatěžovat, má své závazky“. Návštěvy jsou pro klientku přínosem. Znamenají pro ní psychickou podporu a dodává: „Vím, že je někdo, kdo o mě stojí, komu na mě záleží, když obětuje čas a jde mě navštívit do nemocnice. A to pro mě hodně znamená“. Respondentka si myslí, že je na oddělení možnost neomezených návštěv. Záleží podle ní na domluvě s personálem, jestli dovolí návštěvy i mimo návštěvní hodiny a jak dlouho se může zůstat. Respondentka si myslí, že neomezené návštěvy jsou důležité pro ty osoby, které z nějakého důvodu nemohou přijít odpoledne v době návštěv.

Respondentka uvádí, že funkcí rodiny po dobu hospitalizace jejího člena je podporovat ho, navštěvovat, přinést co potřebuje a postarat se o byt v době nepřítomnosti.

S komunikací mezi sestrami a příbuznými moc spokojená není. Dále odpovídá: „Vím, že toho mají sestry hodně, ale mohly by být trochu příjemnější. Sice ve všem vyhoví, ale někdy má člověk pocit, že je obtěžuje. Samozřejmě záleží na každé sestře. Proto jsem radši když mě obslouží dcera v tom co zvládne, abych nemusela potom obtěžovat personál“.

Respondentka si myslí, že se sestry nezajímají o její rodinnou situaci. Kromě sociální pracovnice se jí nikdo na rodinu neptal.

Respondentka byla o prognóze poučena lékaři. A potom také sestrami. Dále pokračuje: „Od sester jsem se dověděla, co mě čeká, jaké mohou být komplikace. Rehabilitační sestra mi říkala, jak bych měla cvičit a jak se nejlépe pohybovat“.

Respondentka si myslí, že by každý měl znát svou diagnózu, aby se s ní mohl vyrovnat a připravit se na to, co ho čeká.

Ke zlepšení pobytu v nemocnici by klientce pomohly častější návštěvy rodinných příslušníků a jejich pomoc při vykonávání potřeb, které nezvládám sama.

Klientka si myslí, že rodina není zapojena do ošetřování. Myslí si, že rodinným příslušníkům brání zapojit se do ošetřování nedostatek zkušeností, vědomostí a času. K tématu dále dodává: „Přála bych si pomoc rodinných příslušníků, protože člověk radši přijímá pomoc od příbuzných než od sester, které nezná a navíc mají své práce dost. Nechci ale dceru obtěžovat. Stará se, jak může a já jsem za to ráda. Vím, že má svou rodinu. Chodí do práce. Když jsem doma, dcera mi nakupuje, uklízí, pomáhá při koupání“.

Podle respondentky je rodina ochotná podílet se na ošetřování. Dále pokračuje: „Starají se, jak můžou. V nemocnici je hlavní péče na lékařích a sestřích. Doma mě dcera musí pomáhat víc. Myslím si, že je ráda, že si trochu odpočine, když jsem v nemocnici“. Podle respondentky je rodina ochotna podílet se na péči ve všech činnostech, ale nechce je obtěžovat. To by radši šla do domova důchodců.

Respondentka si myslí, že by zapojením rodiny do ošetrovatelského procesu nedošlo ke zkvalitnění péče, protože hlavní práce je na personálu. Rodina je pouze doplněk.

Na respondentku se nikdo z personálu s žádostí o pomoc neobrátil.

Respondent 10 (R10)

Žena, 86 let, dříve učitelka, nyní v důchodu. Její nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské. Je hospitalizovaná po endoprotéze kyčelního kloubu. Žije sama v činžovním bytě v Praze. Má tři dospělé děti. Její domácnost má jednoho člena.

V případě potřeby se žena může obrátit o pomoc na sestřičky a na lékaře při ranní vizitě, kterým plně důvěřuje. Vztahy v rodině by hodnotila jako dobré. Rodina je pro ni důležitá, protože se s ní cítí v bezpečí a ví, že by ji nenechala bez pomoci. Onemocnění respondentce pomáhají zvládnout rodinní příslušníci a to hlavně osobní obsluhou a osobním přístupem. Lépe zvládnout pobyt v nemocnici by jí usnadnilo, kdyby byly všechny sestry stejně příjemné a vstřícné v přístupu k pacientovi.

Přítomnost rodinného příslušníka při vyšetření, diagnostice a terapii je pro respondentku důležitá vzhledem k jejímu věku a stavu. Dále odpověděla: „Sama už to nezvládnou. Potřebuji pomoc“.

Osamělá se respondentka v nemocnici necítí. Příbuzní respondentku navštěvují v mezích možností. Frekvence návštěv jí vyhovuje. Návštěvy jsou pro klientku přínosem. Znamenají pro ni povzbuzení a jsou projevem zájmu. Možnost neomezených návštěv podle respondentky záleží na dohodě v nemocnici a na situaci, která v ní panuje. Jejich účelem je pomoc a podpora nemocnému.

Funkce rodiny je podle respondentky velice důležitá. K tomu dodává: „Pacient pozná ve vypjatých situacích, jestli mu někdo pomůže. Rodina pro mě znamená také obětavost“.

S komunikací mezi příbuznými a sestrami respondentka spokojená není. Dále pokračuje: „Je to individuální, různé sestry se chovají jinak. Pacient si musí uvědomit, že není na oddělení sám, že je jich tam víc, a čekat až ho obslouží. Je to záležitost personálu. Musí vytvořit atmosféru důvěry a mít zájem pomoci“.

Podle respondentky se sestry zajímají o její rodinnou situaci. K tomu dodává: „Sociální pracovnice se ptala na mnoho otázek. Když se sestry zajímají o rodinu, potěší to. Znamená to, že s člověkem komunikují. Mě je to příjemné a pomáhá mi to. Značí to zájem ze strany sester a vytváří atmosféru důvěry“.

Respondentka byla poučena o prognóze a nejvhodnějším způsobu života po propuštění. Dále pokračuje: „Poučení je důležité, protože svědčí o individuálním přístupu k pacientovi a zájmu o něj“.

Respondentka neví, jestli by klienti měli znát diagnózu. K tomu dodává: „Každý jedinec je jiný a sestra musí vycítit, jak se chovat ke kterému pacientovi. Lékař musí vážit slova, pokud sděluje pacientovi diagnózu. Musí vědět, jak s kým komunikovat. Jestli diagnózu sdělit nebo nesdělit je těžká otázka. Záleží na konkrétním pacientovi a jeho rodině, jak by se s tou situací vyrovnala. A také samozřejmě na závažnosti diagnózy“.

Žádná přání, která by pomohla zlepšit pobyt v nemocnici respondentka nemá. Podle ní záleží na penězích, když má někdo peníze, tak může jít na nadstandardní pokoj. Když jde člověk do nemocnice a na operaci, přeje si hlavně, aby to dobře dopadlo a byl zase zdravý.

Rodinným příslušníkům respondentky brání zapojit se do péče především nedostatek času. Zapojení rodiny do ošetřování si respondentka nepřeje, protože příbuzní nemají čas a taky by jí vadilo, kdyby o ní pečovali před spolupacientkami, protože by neměla dostatek soukromí.

Respondentka si myslí, že v případě potřeby je rodina ochotná podílet se na péči. Dále pokračuje: „Nechci rodinu obtěžovat. Žádám o pomoc, až když je to doopravdy nutné. Jinak se snažím poradit si sama. Nechci být nikomu na obtíž“.

Podle respondentky se některé sestry snaží s ní a s rodinou spolupracovat, některé se nesnaží, je to individuální. Dále pokračuje: „Záleží na chování každé sestry, jestli se jí rodina a pacient svěří se svými problémy. Nebo jestli je nepříjemná a odtažitá. Pak se jí kontakt s pacientem a s jeho rodinou nepodaří navázat“.

Respondentka si myslí, že je rodina ochotná podílet se na ošetřování ve všech činnostech, které by byly potřeba. Dále odpovídá: „Zapojení rodiny do ošetřování může být užitečné. Protože rodinný příslušník zná pacienta nejlíp a ví, čím mu pomoc, poradit, jak ho povzbudit, aby se cítil, co nejlépe a dobře se uzdravoval“.

Zapojení rodiny do ošetřování by podle respondentky vedlo ke zkvalitnění péče, protože by s pomocí rodiny bylo pečováno nejen o složku fyzickou, ale hlavně psychickou.

Nikdo z personálu se na respondentku s žádostí o spolupráci neobrátil.

4.2 Kategorizace dat v tabulkách

Seznam kategorizačních skupin

- 1) Věk respondenta (tabulka 1)
- 2) Pohlaví respondenta (tabulka 2)
- 3) Vzdělání respondenta (tabulka 3)
- 4) Důvod hospitalizace respondenta (tabulka 4)
- 5) Počet dětí respondenta (tabulka 5)
- 6) Počet členů domácnosti (tabulka 6)
- 7) Na koho se může respondent v případě potřeby obrátit o pomoc (tabulka 7)
- 8) Hodnocení vztahů v rodině respondenta (tabulka 8)
- 9) Důležitost rodiny pro respondenta (tabulka 9)
- 10) Pomoc respondentovi zvládnout onemocnění (tabulka 10)
- 11) Přítomnost rodinného příslušníka při lékařských výkonech (tabulka 11)
- 12) Osamělost respondenta v nemocnici (tabulka 12)
- 13) Četnost návštěv (tabulka 13)
- 14) Přínos návštěv pro respondenta (tabulka 14)
- 15) Možnost neomezených návštěv (tabulka 15)
- 16) Funkce rodiny po dobu hospitalizace (tabulka 16)
- 17) Spokojenost s komunikací mezi rodinnými příslušníky a sestrami (tabulka 17)
- 18) Zájem sestry o rodinu respondenta (tabulka 18)
- 19) Poučení respondenta o prognóze a nejvhodnějším způsobu života po propuštění (tabulka 19)
- 20) Znalost diagnózy (tabulka 20)
- 21) Příčina, která by pomohla ke zlepšení pobytu v nemocnici (tabulka 21)
- 22) Pomoc rodiny v ošetřování (tabulka 22)
- 23) Ochota rodiny zapojit se do ošetřování (tabulka 23)
- 24) Činnosti, ve kterých je rodina ochotna zapojit se do ošetřování (tabulka 24)
- 25) Problémy, bránící rodinným příslušníkům zapojit se do péče (tabulka 25)
- 26) Zapojení rodiny do ošetřovatelského procesu (tabulka 26)
- 27) Zkvalitnění péče zapojením rodinných příslušníků (tabulka 27)
- 28) Žádost o spolupráci (tabulka 28)

TABULKA 1 – Věk respondenta

Respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	Součet
Předškolní věk											0
Školní věk											2
Produktivní věk											4
Geriatrický věk											4
Celkový výskyt	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpověď respondenta na otázku: *Jaký je Váš věk?* Nejčastější odpověď *produktivní věk* byla uvedena 4krát a *geriatrický věk* byl uveden také 4krát. Dvakrát byl respondent *školního věku*.

Respondenti 1–10 odpověděli v jedné kategorii tzn. 1krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 10.

TABULKA 2 – Pohlaví respondenta

Respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	Součet
Ženské											5
Mužské											5
Celkový výskyt	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě jakého je respondent pohlaví. Kategorie odpovědí, *ženské*, *mužské*, byly uvedeny ve stejném počtu, a to celkem 5krát.

Respondenti 1–10 odpověděli v jedné kategorii tzn. 1krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 10.

TABULKA 3 – Vzdělání respondenta

Respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	Součet
Studující											4
Vyučení s maturitou											2
Středoškolské											2
Vysokoškolské											2
Celkový výskyt	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpověď respondenta na otázku: *Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?* Nejčastější kategorie odpovědi, *studující*, byla uvedena celkem 4 krát. Kategorie odpovědi, *vyučen/vyučena, středoškolské, vysokoškolské*, byly uvedeny ve stejném počtu, a to 2krát.

Respondenti 1–10 odpověděli v jedné kategorii tzn. 1krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 10.

TABULKA 4 – Důvod hospitalizace respondenta

R = Respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	Součet
po operaci											8
před operací											1
jiné											1
celkový výskyt	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpověď respondenta na otázku: *Jaký je důvod Vaší hospitalizace?* Nejčastější kategorie odpovědí, *po operaci*, byla uvedena celkem 8krát. Kategorie odpovědí, *před operací, jiné*, byly uvedeny ve stejném počtu, a to 1krát.

Respondenti 1–10 odpověděli v jedné kategorii tzn. 1krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 10.

TABULKA 5 – Počet dětí respondenta

R = Respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	Součet
žádné dítě											6
1 dítě											1
2 děti											0
3 děti											3
Celkový výskyt	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpověď respondenta na otázku: *Kolik máte dětí?* Nejčastější kategorie odpovědí, *bezdětní*, byla uvedena celkem 6krát. Kategorie odpovědí, *jedno dítě*, byla uvedena celkem 1krát. Kategorie odpovědí, *tři děti*, byla uvedena celkem 3krát. Kategorie odpovědí, *dvě děti*, nebyla uvedena.

Respondenti 1–10 odpověděli v jedné kategorii tzn. 1krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 10.

TABULKA 6 – Počet členů domácnosti respondenta

R = Respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	Součet
1 člen											2
2 členy											3
3 členy											2
4 členy											2
5 členů											1
Celkový výskyt	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpověď respondenta na otázku: *Kolik členů má vaše domácnost?* Nejčastější kategorie odpovědí, *dva členy*, byla uvedena celkem 3krát. Kategorie odpovědí, *jeden člen*, *tři členy* a *čtyři členy*, byly uvedeny ve stejném počtu, a to 2krát. Kategorie odpovědí, *pět členů*, byla uvedena 1krát.

Respondenti 1–10 odpověděli v jedné kategorii tzn. 1krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 10.

TABULKA 7 – Na koho se může respondent v případě potřeby obrátit o pomoc

R = respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	Součet
na rodinu	1	1	1	1	1			1	1		7
na přátele				1				1			2
na sestry			1				1			1	3
na lékaře							1			1	2
jiné						1					1
Celkový výskyt	1	1	2	2	1	1	2	2	1	2	15

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpověď respondenta na otázku: *Na koho se můžete v případě potřeby obrátit o pomoc?* Nejčastější kategorie odpovědí, *na rodinu*, byla uvedena celkem 7krát. Kategorie odpovědí, *na sestry*, byla uvedena celkem 3krát. Kategorie odpovědí, *na přátele*, *na lékaře*, byly uvedeny ve stejném počtu, a to 2krát. Kategorie odpovědí, *jiné*, byla uvedena 1krát.

Respondenti 3, 4, 7, 8 a 10 odpověděli v kategoriích celkem 2krát. Respondenti 1, 2, 5, 6 a 9 odpověděli v kategoriích celkem 1krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 15.

TABULKA 8 – Hodnocení vztahů v rodině respondenta

R = Respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	Součet
velmi dobré				1							1
dobré	1	1	1			1				1	5
docela dobré									1		1
bezproblémové					1						1
harmonické							1				1
uspokojivé								1			1
celkový výskyt	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpověď respondenta na otázku: *Jak byste hodnotil/a vztahy ve Vaší rodině?* Nejčastější kategorie odpovědí, *dobré*, byla uvedena celkem 5krát. Kategorie odpovědí, *velmi dobré*, *docela dobré*, *bezproblémové*, *harmonické* a *uspokojivé*, byly uvedeny ve stejném počtu, a to 1krát.

Respondenti 1–10 odpověděli v jedné kategorii tzn. 1krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 10.

TABULKA 9 – Důležitost rodiny pro respondenta

R = Respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	Součet
ano velmi	1										1
ano		1	1	1	1	1	1	1	1	1	9
celkový výskyt	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpověď respondenta na otázku: *Je pro Vás rodina důležitá?* Nejčastější kategorie odpovědí, *ano*, byla uvedena celkem 9krát. Kategorie odpovědí, *ano velmi*, byla uvedena 1krát.

Respondenti 1–10 odpověděli v jedné kategorii tzn. 1krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 10.

TABULKA 10 – Pomoc respondentovi zvládnout onemocnění

R = Respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	Součet
rodina	1	1	1	1	1	1	1	1		1	9
přátelé			1								1
lékaři			1	1	1		1	1	1		6
sestry	1	1	1	1	1	1	1	1	1		9
jiné						1					1
celkový výskyt	2	2	4	3	3	3	3	3	2	1	26

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpověď respondenta na otázku: *Kdo Vám pomáhá zvládnout onemocnění?* Nejčastější kategorie odpovědí, *rodina*, *sestry*, byly uvedeny ve stejném počtu, a to celkem 9krát. Kategorie odpovědí, *lékaři*, byla uvedena celkem 6krát. Kategorie odpovědí, *přátelé*, *jiné*, byly uvedeny ve stejném počtu, a to 1krát.

Respondent 3 odpověděl v kategoriích celkem 4krát. Respondenti 4, 5, 6, 7, 8 odpověděli v kategoriích celkem 3krát. Respondenti 1, 2 a 9 odpověděli v kategoriích celkem 2krát. Respondent 10 odpověděl v kategoriích celkem 1krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 26.

TABULKA 11 – Přítomnost rodinného příslušníka při lékařských výkonech

R = Respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	Součet
ano											5
ne											5
celkový výskyt	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpověď respondenta na otázku: *Je pro Vás přítomnost rodinného příslušníka při vyšetření, diagnostice a terapii důležitá?* Kategorie odpovědí, *ano a ne*, byly uvedeny ve stejném počtu, a to celkem 5krát.

Respondenti 1–10 odpověděli v jedné kategorii tzn. 1krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 10.

TABULKA 12 – Osamělost respondenta v nemocnici

R = Respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	Součet
ano											1
ne											8
jiné											1
celkový výskyt	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpověď respondenta na otázku: *Cítíte se v nemocnici osamělá/y?* Nejčastější kategorie odpovědí, *ne*, byla uvedena celkem 8krát. Kategorie odpovědí, *ano a jiné*, byly uvedeny ve stejném počtu, a to 1krát.

Respondenti 1–10 odpověděli v jedné kategorii tzn. 1 krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 10.

TABULKA 13 – Četnost návštěv

R = Respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	Součet
denně											5
ob den											2
3krát týdně											2
jiné											1
celkový výskyt	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpověď respondenta na otázku: *Jak často Vás Vaši nejbližší navštěvují?* Nejčastější kategorie odpovědí, *denně*, byla uvedena celkem 5krát. Kategorie odpovědí, *ob den a 3krát týdně*, byly uvedeny ve stejném počtu, a to 2krát. Kategorie odpovědí, *jiné*, byla uvedena celkem 1krát.

Respondenti 1–10 odpověděli v jedné kategorii tzn. 1krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 10.

TABULKA 14 – Přínos návštěvno pro respondenta

R = Respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	Součet
psychická podpora											4
rozptýlení											4
popovídání											5
přinesou věci											4
načerpání energie											1
projev zájmu											3
mám se na co těšit											2
jiné											2
celkový výskyt	3	2	3	3	3	3	1	3	2	2	25

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpověď respondenta na otázku: *V čem jsou pro Vás návštěvy přínosem?* Nejčastější kategorie odpovědí, *popovídání*, byla uvedena celkem 5krát. Kategorie odpovědí, *psychická podpora, rozptýlení, přinesou mi věci*, byly uvedeny ve stejném počtu, a to celkem 4krát. Kategorie odpovědí, *jsou projevem zájmu*, byla uvedena celkem 3krát. Kategorie odpovědí, *mám se na co těšit a jiné*, byly uvedeny ve stejném počtu, a to celkem 2krát. Kategorie odpovědí, *načerpám energii*, byla uvedena 1krát.

Respondenti 1, 3, 4, 5, 6 a 8 odpověděli v kategoriích celkem 3krát. Respondenti 2, 9 a 10 odpověděli v kategoriích celkem 2krát. Respondent 7 odpověděl v kategoriích celkem 1krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 25.

TABULKA 15 – Možnost neomezených návštěv

R = Respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	Součet
ano											4
ne											1
nevím											4
jiné											1
celkový výskyt	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpověď respondenta na otázku: *Je na oddělení možnost neomezených návštěv?* Kategorie odpovědí, *ano a nevím*, byly uvedeny ve stejném počtu, a to celkem 4krát. Kategorie odpovědí, *ne a jiné*, byly uvedeny také ve stejném počtu, a to 1krát.

Respondenti 1–10 odpověděli v jedné kategorii tzn. 1krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 10.

TABULKA 16 – Funkce rodiny po dobu hospitalizace

R = Respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	Součet
psychická podpora											8
navštěvovat resp.											3
projevovat zájem											3
povzbuzení											3
kontakt se světem											2
přinést věci											2
jiné											2
celkový výskyt	4	1	3	3	3	2	1	1	4	1	23

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpověď respondenta na otázku: *Jaká si myslíte, že je funkce rodiny po dobu hospitalizace jejího člena?* Nejčastější kategorie

odpovědí, *psychická podpora*, byla uvedena celkem 9krát. Kategorie odpovědí, *navštěvovat pacienta, projevovat zájem a povzbuzení*, byly uvedeny ve stejném počtu, a to celkem 3krát. Kategorie odpovědí, *zajišťovat kontakt se světem, přinést věci a jiné*, byly uvedeny ve stejném počtu, a to celkem 2krát.

Respondent 1 odpověděl v kategoriích celkem 5krát. Respondent 9 odpověděl v kategoriích celkem 4krát. Respondenti 3, 4 a 5 odpověděli v kategoriích celkem 3krát. Respondent 6 odpověděl v kategoriích celkem 2krát. Respondenti 2, 7, 8 a 10 odpověděli v kategoriích 1krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 24.

TABULKA 17 – Spokojenost respondenta s komunikací mezi rodinnými příslušníky a sestrami

R = Respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	Součet
ano	1	1	1	1	1	1	1	1			8
ne									1	1	2
celkový výskyt	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpověď respondenta na otázku: *Jste spokojen/a s komunikací mezi rodinnými příslušníky a sestrami?* Nejčastější kategorie odpovědí, *ano*, byla uvedena celkem 8krát. Kategorie odpovědí, *ne*, byla uvedena 2krát.

Respondenti 1 – 10 odpověděli v jedné kategorii tzn. 1 krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 10.

TABULKA 18 – Zájem sester o rodinu respondenta

R = Respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	Součet
ano	1	1		1			1	1		1	6
ne					1				1		2
nevím			1			1					2
celkový výskyt	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpověď respondenta na otázku: *Zajímají se sestry o Vaší rodinu (rodinnou situaci)?* Kategorie odpovědí, *ano*, byla uvedena celkem 4krát. Kategorie odpovědí, *ne a nevím*, byly uvedeny ve stejném počtu, a to celkem 2krát.

Respondenti 1–10 odpověděli v jedné kategorii tzn. 1krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 10.

TABULKA 19 – Poučení respondenta o prognóze a nejvhodnějším způsobu života po propuštění

R = Respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	Součet
ano											9
ne											1
celkový výskyt	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpověď respondenta na otázku: *Byl jste Vy a Vaše rodina poučeni o prognóze a nejvhodnějším způsobu života po propuštění?* Kategorie odpovědí, *ano*, byla uvedena celkem 9krát. Kategorie odpovědí, *ne*, byla uvedena 1krát.

Respondenti 1–10 odpověděli v jedné kategorii tzn. 1krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 10.

TABULKA 20 – Znalost diagnózy

R = Respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	Součet
ano											8
ne											0
nevím											2
celkový výskyt	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpověď respondenta na otázku: *Myslíte si, že by klient měl přiměřeně věku a mentální úrovni znát diagnózu? Nejčastější kategorie*

odpovědí, *ano*, byla uvedena celkem 8krát. Kategorie odpovědí, *nevím*, byla uvedena celkem 2krát. Kategorie odpovědí, *ne*, nebyla uvedena.

Respondenti 1–10 odpověděli v jedné kategorii tzn. 1krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 10.

TABULKA 21 – Přání, která by pomohla ke zlepšení pobytu v nemocnici

R = Respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	Součet
více soukromí											3
nemá žádné přání											4
nadstandardní pokoj											2
lůžko pro rod. přísl.											1
více návštěv											1
lepší sprchy a WC											1
vegetariánská strava											1
pomoc rodiny											1
celkový výskyt	1	2	1	2	1	2	1	1	2	1	14

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpověď respondenta na otázku: *Máte nějaká přání, která by Vám pomohla ke zlepšení pobytu v nemocnici?* Nejčastější kategorie odpovědí, *nemám žádná přání*, byla uvedena celkem 4krát. Kategorie odpovědí, *více soukromí*, byla uvedena celkem 3krát. Kategorie odpovědí, *více soukromí*, byla uvedena celkem 3krát. Kategorie odpovědí, *nadstandardní pokoj*, byla uvedena celkem 2krát. Kategorie odpovědí, *lůžko pro rodinné příslušníky*, *více návštěv*, *lepší sprchy a WC*, *vegetariánská strava* a *větší pomoc rodiny*, byly uvedeny ve stejném počtu, a to 1krát.

Respondenti 1, 3, 5, 7, 8 a 10 odpověděli v kategoriích celkem 2krát. Respondenti 2, 4, 6 a 9 odpověděli v kategoriích 1krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 14.

TABULKA 22 – Pomoc rodiny v ošetřování

R = Respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	Součet
ano											4
ne											6
celkový výskyt	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpověď respondenta na otázku: *Přejete si využívat pomoci rodiny v ošetřování?*

Kategorie odpovědí, ano a ne, byly uvedeny ve stejném počtu, a to celkem 5krát..

Respondenti 1–10 odpověděli v jedné kategorii tzn. 1krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 10.

TABULKA 23 – Ochota rodiny zapojit se do ošetřování

R = Respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	Součet
ano											9
ne											0
nevím											1
celkový výskyt	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpověď respondenta na otázku: *Myslíte si, že je Vaše rodina ochotna podílet se na péči o Vás?* Nejčastější kategorie odpovědí, ano, byla uvedena celkem 9krát. Kategorie odpovědí, *nevím*, byla uvedena 1krát. Kategorie odpovědí, *ne*, nebyla uvedena.

Respondenti 1–10 odpověděli v jedné kategorii tzn. 1krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 10.

TABULKA 24 – Činnosti, ve kterých je rodina ochotna zapojit se do ošetřování

R = Respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	Součet
všechny činnosti	1	1	1	1	1	1			1	1	8
volný čas							1				1
rehabilitace							1				1
oblékání							1				1
příjem potravy							1				1
vyprazdňování											0
hygiena											0
celkový výskyt	1	1	1	1	1	1	4	0	1	1	12

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpověď respondenta na otázku: *V jakých činnostech si myslíte, že je Vaše rodina ochotna zapojit se do ošetřování?* Nejčastější kategorie odpovědí, *všechny činnosti*, byla uvedena celkem 8krát. Kategorie odpovědí, *na rehabilitaci, oblékání, příjmu potravy a trávení volného času*, byly uvedeny ve stejném počtu, a to 1krát. Kategorie odpovědí, *hygiena a vyprazdňování*, nebyla uvedena.

Respondent 7 odpověděl v kategoriích 4krát. Respondenti 1, 2, 3, 4, 5, 6, 9 a 10 odpověděli v kategoriích 1krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 12.

TABULKA 25 – Problémy bránící rodinným příslušníkům zapojit se do péče

R = Respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	Součet
časová vytiženost	1	1	1			1	1	1	1	1	8
málo zkušeností		1	1	1				1	1		5
málo vědomostí		1	1	1				1	1		5
strach z ublížení		1	1								2
málo soukromí			1							1	2
vcítění se					1						1
pracovní povinnosti	1										1
péče o rodinu	1										1
celkový výskyt	3	4	5	2	1	1	1	3	3	2	25

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpověď respondenta na otázku: *Které problémy, si myslíte, že brání rodinným příslušníkům zapojit se do péče o Vás?* Nejčastější kategorie odpovědí, *časová vyčíženost*, byla uvedena celkem 8krát. Kategorie odpovědí, *málo zkušeností a málo vědomostí*, byly uvedeny ve stejném počtu, a to celkem 5krát. Kategorie odpovědí, *strach z ublížení a málo soukromí*, byly uvedeny ve stejném počtu, a to 2krát. Kategorie odpovědí, *vcítění se do role pacienta, pracovní povinnosti a péče o rodinu*, byly uvedeny ve stejném počtu, a to 1krát.

Respondent 3 odpověděl v kategoriích 5krát. Respondent 2 odpověděl v kategoriích 4krát. Respondenti 1, 8 a 9 odpověděli v kategoriích celkem 3krát. Respondenti 4 a 10 odpověděli v kategoriích celkem 2krát a respondenti 5, 6 a 7 odpověděli v kategoriích 1krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 25.

TABULKA 26 – Zapojení rodiny do ošetrovatelského procesu

R = Respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	Součet
ano	1	1	1	1							4
ne					1	1	1	1	1	1	6
celkový výskyt	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpověď respondenta na otázku: *Myslíte si, že je rodina zapojena do ošetrování (ošetrovatelského procesu)?* Nejčastější kategorie odpovědí, *ne*, byla uvedena celkem 6krát. Kategorie odpovědí, *ano*, byla uvedena celkem 4krát.

Respondenti 1–10 odpověděli v jedné kategorii tzn. 1krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 10.

TABULKA 27 – Zkvalitnění péče zapojením rodiny respondenta

R = Respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	Součet
ano	1		1			1				1	4
ne		1		1	1		1	1	1		6
celkový výskyt	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpověď respondenta na otázku: *Myslíte si, že by zapojení rodinných příslušníků do ošetrovatelského procesu vedlo ke zkvalitnění péče?* Nejčastější kategorie odpovědí, ne, byla uvedena celkem 6krát. Kategorie odpovědí, ano, byla uvedena celkem 4krát.

Respondenti 1–10 odpověděli v jedné kategorii tzn. 1krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 10.

TABULKA 28 – Žádost o spolupráci

R = Respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	Součet
ano	1	1									2
ne			1	1	1	1	1	1	1	1	8
celkový výskyt	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpověď respondenta na otázku: *Obrátil se na Vás nebo Vaše příbuzné někdo z personálu s žádostí o spolupráci?* Nejčastější kategorie odpovědí, ne, byla uvedena celkem 8krát. Kategorie odpovědí, ano, byla uvedena celkem 2krát.

Respondenti 1–10 odpověděli v jedné kategorii tzn. 1krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 10.

5. Diskuse

Rodina je unikátní a nenahraditelnou institucí. Nemoc činí člověka dočasně sociálně neplnohodnotným a zasahuje nejen nemocného člena, ale celou rodinu. Klient v této obtížné situaci hledá zpravidla pomoc a oporu u svých nejbližších a jejich reakce a rady mají při jeho rozhodování a jednání velký význam.

Spolupráce rodinných příslušníků v rámci ošetrovatelského procesu je velmi důležitá pro klienta i pro rodinu samu (12). Sestry se při ošetrovatelské péči zaměřují nejen na nemocného klienta, ale i na jeho rodinu. V rámci spolupráce s rodinou poskytují oporu a informace. Musí dbát na to, aby nejen nemocný, ale i všichni členové rodiny pochopili onemocnění, proces léčby a důsledky, které z něho pro funkci rodiny vyplývají.

Šetření k bakalářské práci s názvem Rodina – partner v ošetrovatelském procesu probíhalo pomocí strukturovaného rozhovoru u vybraných respondentů, klientů zdravotnického zařízení, podle předem připraveného scénáře. Bylo osloveno 10 klientů hospitalizovaných na ortopedické klinice nemocnice v Praze. Rozhovor byl zcela anonymní a obsahoval 28 otázek (viz příloha 1). Otázky byly zaměřeny na ošetrovatelský proces a rodinu a její funkce. Rozhovory s jednotlivými klienty byly s jejich souhlasem písemně zaznamenány, odpovědi vyhodnoceny a zpracovány do tabulek.

V bakalářské práci s názvem „Rodina – partner v ošetrovatelském procesu“ bylo předmětem snahy zjistit, jaká je funkce rodiny v ošetrovatelském procesu u klientů hospitalizovaných ve zdravotnickém zařízení a jestli je rodina motivována sestrami k zapojení do ošetrovatelského procesu. Posledním cílem bylo zjistit, z jakého důvodu není rodina do ošetrovatelského procesu zapojena. Byly zvoleny tři výzkumné otázky. První výzkumná otázka má zjistit funkci rodiny v ošetrovatelském procesu. Druhá výzkumná otázka má za úkol zjistit jaké jsou rozdíly rolí rodiny v ošetrovatelském procesu u klientů v jednotlivých věkových kategoriích. Třetí výzkumná otázka má zjistit, zda je rodina zapojena do ošetrovatelského procesu.

Úvodní část rozhovoru tvořily identifikační otázky. Z tabulky 1 je zřejmé, že 4 respondenti jsou v produktivním věku, 4 jsou v důchodovém věku a 2 respondenti jsou školního věku. Tabulka 2 ukazuje, jakého pohlaví jsou respondenti. 5 respondentů je ženského a 5 je mužského pohlaví. Tabulka 3 znázorňuje nejvyšší dosažené vzdělání respondentů. Nejvyšším počtem byli zastoupeni studující (4 z 10), vyučení, středoškolské a vysokoškolské vzdělání mají vždy dva respondenti. Tabulka 4 zobrazuje, že důvodem hospitalizace většiny respondentů je pooperační péče. Kolik má respondent dětí zobrazuje

tabulka 5, z které vyplývá, že nejvyšší počet klientů (5 z 10) jsou bezdětní. V těchto otázkách nebyla učiněna žádná překvapivá zjištění.

Rodina je unikátní a nenahraditelnou institucí. Obecně jsou uznávány čtyři základní funkce rodiny. Jsou to funkce reprodukční, materiální, výchovné a emocionální. V případě nemoci jejího člena se funkce rodiny mění a do popředí se dostává funkce podpůrná. Což ukazuje tabulka 16, která znázorňuje funkci rodiny. Zde za hlavní funkci rodiny v době hospitalizace jejího člena byla označena psychická podpora klienta (9 z 10). Tímto zjištěním jsem odpověděla na výzkumnou otázku 1: „*Jaká je funkce rodiny v ošetrovatelském procesu*“. Další možnosti jako projevit zájem o klienta, chodit ho navštěvovat a přinést mu věci denní potřeby byly označeny vždy 3krát.

Tabulka 8 hodnotí vztahy v rodině respondenta. V rozhovoru s respondentem se ukázalo, že většina respondentů (5 z 10) hodnotí vztahy jako dobré. Tabulka 7 ukazuje, na koho se může respondent v případě potřeby obrátit o pomoc. Na tuto otázku většina respondentů (7 z 10) odpovědělo na rodinu. Toto je potěšující zjištění. Důležitost rodiny pro klienta zobrazuje tabulka 9, která ukazuje, že pro všechny respondenty je rodina důležitá. Je zajímavé, že odpovědi respondentů nesvědčí o tzv. vážné krizi rodiny, jak je nám předkládána z médií a tisku, ale o opaku. Tyto výsledky předpokládají u většiny respondentů tzv. funkční rodinu, která, jak uvádí literatura, se chce o klienta starat, a citové vztahy mezi jejími členy jsou dobré. Pak je rodina schopná a ochotná svoji podpůrnou, ochrannou i výchovnou roli v péči o klienta pochopit (24).

Tabulka 10 ukazuje, kdo pomáhá respondentovi zvládnout onemocnění. V rozhovoru se ukázalo, že stejnému počtu respondentů pomáhá zvládnout onemocnění rodina (9 z 10) a stejnému počtu sestry (9 z 10). Toto je pro mě překvapivé zjištění. Předpokládala jsem, že počet respondentů, kterým pomáhají zvládnout onemocnění sestry bude nižší. Takto vysoké číslo, dle mého názoru svědčí o důvěře klientů sestrám.

Další důležitou funkcí rodiny v době hospitalizace jejího člena je, podle respondentů, navštěvovat klienta, jak ukazuje tabulka 16 a zároveň tabulka 14, která znázorňuje jestli jsou návštěvy rodinných příslušníků pro klienta přínosem. Zde, jak se očekávalo, jsou pro všechny respondenty návštěvy přínosem. Návštěvy pro klienta představují možnost popovídat si, psychickou podporu, rozptýlení, jsou projevem zájmu, přinesou věci denní potřeby a dodávají klientovi optimismus.

Tabulka 13 znázorňuje četnost návštěv. Většina respondentů (5 z 10) má každodenní návštěvy, což je pozitivní údaj, 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 zázemí je jedním ze základních předpokladů pro příznivý vývoj jakéhokoli onemocnění (1).

Tabulka 19 znázorňuje, zda byl respondent a jeho rodina poučen o prognóze a nejvhodnějším způsobu života po propuštění. Většina respondentů (9 z 10) uvádí, že oni i příbuzní mají dostatek informací. Toto je pozitivní zjištění, protože jak uvádí literatura, je třeba klienta poučit nejen o prognóze a nejvhodnějším způsobu života po propuštění a o očekávaných rolích jak klienta, tak členů jeho nejužšího sociálního prostředí, ale někdy situace vyžaduje naučit klienta či jeho rodinné příslušníky zcela konkrétní postup. Úlohou sestry i lékaře by mělo být informovat rodinu, jakým způsobem je to nejprínosnější (24).

Tabulka 26 odpovídá na otázku, jestli je rodina zapojena do ošetrovatelského procesu. Z rozhovoru s respondenty se ukázalo, že rodina většiny respondentů (6 z 10) není zapojena do ošetrovatelského procesu. Tímto zjištěním jsem odpověděla na výzkumnou otázku 3: „*Je rodina zapojena do ošetrovatelského procesu?*“ Jen čtyři respondenti odpověděli, že rodina je zapojena do ošetrovatelského procesu. Jednalo se o respondenty předškolního a školního věku, s nimiž jsou v nemocnici přítomni rodiče. Toto není pozitivní výsledek, protože jak uvádí literatura, je aktivní zapojení rodinných příslušníků do ošetrovatelského procesu přínosné pro klienta, rodinu i personál. Z rozhovorů tedy vyplývá, že stále platí dřívější mylná představa, že všechnu péči o klienta ve zdravotnickém zařízení provádí k tomu vyškolený zdravotnický personál a ne rodinní příslušníci klienta. Také tabulka 27 potvrzuje tuto teorii, protože dle respondentů by zapojením rodinných příslušníků do ošetrování, nedošlo ke zkvalitnění péče, protože rodinný příslušník nemůže nahradit zkušenou a vzdělanou sestru. S touto otázkou souvisí i tabulka 22, která znázorňuje, jestli si respondent přeje využívat pomoci rodiny v ošetrování. 5 klientů z 10 si nepřeje využívat pomoci rodiny v ošetrování, protože to není potřeba, nebo protože nechtějí nikoho obtěžovat. Pomoc rodinných příslušníků si přejí využívat pouze klienti předškolního, školního a důchodového věku. V rozhovorech se ukázalo, že u většiny respondentů (8 z 10) brání rodinným příslušníkům zapojit se do ošetrovatelského procesu časová vytíženost jejich členů, jak ukazuje tabulka 25. Tímto zjištěním jsem splnila cíl 3: „*Z jakých důvodů není rodina do ošetrovatelského procesu zapojena.*“ 5 klientů uvedlo jako překážku k zapojení do ošetrování nedostatek vědomostí a nedostatek zkušeností. Dále klienti uvedli strach z ublížení a málo soukromí pro zapojení se do ošetrovatelského procesu. Přesto, že si polovina respondentů (5 z 10) nepřeje využívat pomoci rodiny v ošetrovatelském procesu, jsou rodinní příslušníci většiny respondentů (9 z 10) ochotní zapojit se do ošetrovatelského procesu, pokud by to bylo potřeba a to ve všech činnostech, které by byly nutné.

Další otázka měla zjistit, zda je rodina personálem motivována k zapojení do ošetrovatelského procesu. Tabulka 17 ukazuje, jestli je respondent spokojen s komunikací mezi příbuznými a sestrami. Protože, dle mého názoru, je vhodná komunikace základem motivace. Když sestry dostatečně a správně nekomunikují s rodinnými příslušníky klienta, nemohou je ani motivovat k zapojení do ošetrovatelského procesu. Tabulka 17 ukazuje, že naprostá většina klientů (8 z 10) je spokojena s komunikací mezi sestrami a rodinnými příslušníky. Pouze 2 klienti s komunikací spokojeni nejsou. Toto je potěšující zjištění, neboť, jak uvádí literatura, klíčem ke koordinaci dobrých vztahů je spolupráce a komunikace mezi ošetrovatelským personálem a rodinou. Při vzájemné spolupráci může personál učit rodinu provádět různé technické úkony a poskytovat klinické informace, týkající se péče o nemocného klienta (1).

Sestry jsou ty, kdo zavádí ošetrovatelský proces do praxe a sami by měly motivovat rodinné příslušníky k aktivnímu zapojení do ošetrovatelského procesu (24). Jak uvádí literatura, tato motivační role sestry se však může uskutečnit pouze za předpokladu, že ošetrovatelská péče, kterou na oddělení poskytuje je adresná a organizovaná tak, že sestra má určeny svoje klienty, s nimiž individuálně navazuje cílený kontakt prostřednictvím realizace ošetrovatelského procesu, za něž nese individuální odpovědnost (24). Dále uvádí literatura, že nejen svěření klienti, ale i jejich rodinní příslušníci, kteří mohou být při tomto způsobu ošetrování aktivně vyzváni k navázání spolupráce v průběhu hospitalizace (nikoliv však jako pomocníci, kteří plní její úkoly, ale jako partneři, kteří pomáhají překonat klientovi hendikep způsobený onemocněním) a jsou sestrou cíleně připravováni na svou roli v posthospitalizačním období (24). Toto hodnotí tabulka 28, která ukazuje, jestli se na respondenty nebo na jejich rodinné příslušníky obrátil někdo z personálu s žádostí o spolupráci. Na většinu respondentů (8 z 10) se nikdo s žádostí o spolupráci neobrátil. Což je škoda, protože, když sestry nepožádali rodinné příslušníky o pomoc, nepokusili se je aktivně vtáhnout do ošetrovatelského procesu, ani je k tomu motivovat. Zkušenosti z řady zemí ukazují, že úlohu rodiny v péči o své nemocné a postižené členy nemůže nahradit žádná zdravotnická instituce. Naopak, stane-li se pacient i rodina aktivním spoluúčastníkem v léčebném i ošetrovatelském procesu, dochází k pozitivní stabilizaci zdravotního stavu mnohem rychleji a účinněji (24). Šetření ukazuje, že se personál obrací s žádostí o spolupráci pouze na rodiče doprovázející své děti v nemocnici, kteří jsou s nimi nepřetržitě přítomni. K motivaci rodinných příslušníků, dle mého názoru, přispívá, když se sestry zajímají o rodinnou situaci klienta, což vyjadřuje tabulka 18. Většina respondentů uvádí, že se sestry zajímají o jejich rodinu. Toto je pozitivní zjištění. Protože jak uvádí literatura, pro

ošetřovatelskou, případně léčebnou péči může být rodina významným zdrojem informací. Sestra si může utvořit mnohem komplexnější obraz o svém klientovi, je-li v aktivním kontaktu s jeho blízkými (24). A informace získané od rodinných příslušníků použít v ošetřovatelském procesu. Z šetření vyplývá, že rodina není personálem motivována k aktivnímu zapojení do ošetřovatelského procesu. Tímto jsem odpověděla na cíl 2: *„Zjistit, zda je rodina motivována zdravotnickým personálem k zapojení do ošetřovatelského procesu“*.

Druhá výzkumná otázka měla zjistit, jaký je rozdíl rolí rodiny v jednotlivých věkových kategoriích. Tabulka 11 znázorňuje odpověď na otázku, zda je pro respondenta přítomnost rodinného příslušníka při vyšetření, diagnostice a terapii důležitá. Odpověď ano zvolili respondenti předškolního, školního a důchodového věku. Pro klienty v produktivním věku přítomnost rodinného příslušníka není důležitá. Myslím si, že je to proto, že klient produktivního věku nepotřebuje pomoc psychickou ani fyzickou na rozdíl od jiných věkových skupin. Stejnou situaci znázorňuje i tabulka 22, která odpovídá na otázku, jestli si respondent přeje využívat pomoci rodiny v ošetřování.

Hlavní rozdíl v rolích rodiny v ošetřovatelském procesu u klientů v jednotlivých věkových kategoriích, nacházím především v potřebě podpory a pomoci. Klienti věkových kategorií předškolního, školního a důchodového věku podporu a pomoc v denních činnostech od rodiny potřebují a přijímají. Zatímco klienti produktivního věku nejsou připraveni podporu a pomoc od rodiny přijmout, chtějí ji spíš poskytovat. Tímto jsem odpověděla na výzkumnou otázku 2: *Jaký je rozdíl rolí rodiny v jednotlivých věkových kategoriích*.

Cíle práce byly splněny.

6. Závěr

V minulém období byl často nedoceňován vliv rodinných příslušníků a přátel na klienta, a tím bylo omezováno jejich možné pozitivní působení na léčbu. Rodina je pro klienta velice důležitá a její funkce během vývoje jedince i v nemoci je nezastupitelná. Podpora rodiny a zapojení jejích příslušníků do ošetrovatelského procesu je přínosem pro všechny tři zúčastněné strany, pro klienta, jeho rodinné příslušníky i pro zdravotnický personál. Proto by měli sestry více zapojovat a motivovat rodinné příslušníky do ošetrovatelského procesu.

Bakalářská práce byla zaměřena na funkci rodiny v ošetrovatelském procesu. Byly stanoveny tři cíle. Zjistit funkci rodiny v ošetrovatelském procesu u klientů hospitalizovaných na ortopedickém oddělení zdravotnického zařízení. Dále zjistit, zda je rodina motivována personálem k zapojení do ošetrovatelského procesu a z jakých důvodů není rodina do ošetrovatelského procesu zapojena.

Na základě výzkumných otázek vyplynuly následující hypotézy:

H 1: Funkcí rodiny v ošetrovatelském procesu u klientů hospitalizovaných ve zdravotnickém zařízení je především psychická podpora klienta

H 2: Rodina není personálem motivována k zapojení do ošetrovatelského procesu

H 3: Rodina není do ošetrovatelského procesu zapojena hlavně z důvodů časové vytíženosti rodinných příslušníků

Výsledky šetření ukazují, že rodinní příslušníci nejsou sestrami motivováni k zapojení do ošetrovatelského procesu. Rodina se nezapojuje do ošetrovatelského procesu především z důvodu časové vytíženosti jejích příslušníků. Ale v případě potřeby, je ochotná, zapojit se do všech činností, které by stav klienta vyžadoval. Hlavní rozdíl v rolích rodiny v ošetrovatelském procesu u klientů v jednotlivých věkových kategoriích, nacházím především v potřebě podpory a pomoci. Klienti věkových kategorií předškolního, školního a důchodového věku podporu a pomoc v denních činnostech od rodiny potřebují a přijímají. Zatímco klienti produktivního věku nejsou připraveni podporu a pomoc od rodiny přijmout, chtějí ji spíše poskytovat. Dále výsledky potvrdily, že funkcí rodiny v ošetrovatelském procesu je především psychická podpora hospitalizovaného.

Z šetření vyplývá, že 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 a vycházet blízkým klienta vstříc.

I přes to, že se jednalo o kvalitativní šetření, nelze výsledky dávat do spojitosti se všemi klienty hospitalizovanými na ortopedické klinice nemocnice v Praze.

Doufám, že mnou zjištěné poznatky otevřou a obohatí prostor pro spolupráci sester s rodinnými příslušníky klientů. Umožní kvalitní výměnu informací mezi rodinou a sestrami a pomůžou k většímu zapojení rodiny do ošetrovatelského procesu, které povede ke zkvalitnění ošetrovatelské péče.

Cíle práce byly splněny.

Práce může být využita tam, kde je nutné zlepšení komunikace a spolupráce ve vztahu rodina – sestry, aby se dosáhlo co největšího začlenění rodinných příslušníků do ošetrovatelského procesu. Práce může být prezentována v rámci výuky na Jihočeské Univerzitě, publikována v odborných časopisech a na internetu.

7. Použitá literatura

1. BÁRTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2005. 188 s. ISBN 80-247-1197-4.
2. BÁRTLOVÁ, S. *Sociologická problematika. Laická péče o seniory a nemocné*. Praha : Sestra. 2002. č. 10, s. 23 – 24. ISSN 1210-0404.
3. BÁRTLOVÁ, S. *Vybrané kapitoly ze sociologie medicíny*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. 1996. ISBN 80-7013-233-7.
4. BEBJAKOVÁ, D. *Význam rodiny v životě starých lidí*. *Výživa a zdraví*. 1995. č.5, s. 91 – 94. ISSN 0042-9406.
5. DOENGES, M. E. MOORHOUSE, M. F. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2. vyd. Praha : Grada Publishing, a.s. 2001. 565 s. ISBN 80-247-0242-8.
6. JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory*. Ostrava: Ostravská Univerzita. 2006. 96 s. ISBN 80-7368-110-2.
7. JOBÁNKOVÁ, M. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2002. 225 s. ISBN 80-7013-365-1.
8. KALVACH, Z., ONDERKOVÁ, A. *Stáří. Pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Praha: Galén, 2006. s. 44. ISBN 80-7262- 455-5.
9. KAMENÍKOVÁ, M., KYASOVÁ, M. *Ošetrovatelské diagnózy na porodním sále*, 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2003 . 85 s. ISBN 80-247-0285-1.
10. KLEVETOVÁ, D. *Komplexní hodnocení seniorů v domácí péči. Mezinárodní evropský výzkumný projekt v ČR*. Praha : Sestra, 2002. č.10. s. 22. ISSN 1210-0404.
11. KOMÍNKOVÁ, H. *Právo na důstojné umírání*. Praha : Sestra, 2002. č. 1. s. 20 – 21. ISSN 1210-0404.

12. KRÁLÍČKOVÁ, I. *Spolupráce rodiny v ošetrovatelském procesy*. Praha : Florence. Časopis moderního ošetrovatelství, 2007. č. 11. 469 – 472 s. ISSN 1801 – 464X.
13. KOZIEROVÁ, B. *Ošetrovatelstvo, I, II*. Martin: vydavatelstvo Osveta. 1995. s. . ISBN 80-217-0528-0.
14. *Lemon*: Učební texty pro sestry a porodní asistentky. Díl 1, ošetrovatelský proces, klinická ošetrovatelská praxe, glosář. 1.vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1996. s.184. ISBN 80-7013-234-5.
15. MAREČKOVÁ, J. *Internacionální diagnostika v ošetrovatelském procesy, NIC a NOC klasifikace*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2006. 80 s. ISBN 80-7368-109-9.
16. MAREČKOVÁ, J. *NANDA domény v posouzení a diagnostické fázi ošetrovatelského procesy*, 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2005. 86 s. ISBN 80- 7368-030-0.
17. MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. Praha: Grada Publishing, 2006. s. 264. ISBN 80-247-1399-3.
18. MATOUŠEK, O. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. Brno: Sociologické nakladatelství, 1997.s 144. ISBN 80-85850-24-9.
19. MIHÁL, V. *Nemocné dítě a rodina. Mění se úloha rodiny v péči o nemocné dítě* Praha : Pediatrie pro praxi. 2003, č. 4, s. 198 – 201. ISSN 1213-0494.
20. MOŽNÝ, I. *Moderní rodina*. 1. vyd. Brno: Blok, 2000. 184 s. ISBN 80-7029-018-8.
21. RAPČÍKOVÁ, T. *Význam uspokojování potřeby jistoty a bezpečí u hospitalizovaných dětí*. Praha: Florence, Časopis moderního ošetrovatelství. Praha : 2008, č. 3, s. 118 – 119. ISSN 1801 – 464X.

22. SCHUBERTOVÁ, M. *Sestra v hospici a v domácí hospicové péči*. Praha : Sestra. 2002, č.1, s.21. ISSN 1210-0404.
23. STAŇKOVÁ, M. *České ošetřovatelství 3: Jak zavést ošetřovatelský proces do praxe, Ediční řada – Praktické příručky pro sestry*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999. s. 49. ISBN 80-7013-282-5.
24. STAŇKOVÁ, M. *Význam spolupráce mezi sestrou a rodinnou v průběhu hospitalizace*. Praha : Sestra, 1994, č.4, 8 - 10 s. ISSN 1210 – 0404.
25. SVATOŠOVÁ, M. *Práce s příbuznými a pozůstalými*. Praha : Sestra. 2002, č.1, s. 22. ISSN 1210-0404.
26. ŠLOUFOVÁ, K. *Rodina terminálně nemocného ve zdravotnickém zařízení*, Florence, Časopis moderního ošetřovatelství. 2007, 10, 414 s., ISSN 1801 – 464X
27. TRACHTOVÁ, E. a kol. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*. 2. vyd., Brno: NCO NZO, 2003. 186 s. ISBN 80-7013-324-4.
28. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004. s 87. ISBN 80-7178-802-3.
29. VÝROST,J. SLAMĚNÍK,I. *Aplikovaná sociální psychologie I.,Člověk a sociální instituce*. 1. vyd. Praha: Portál, 1998. 384s. ISBN 80-7178-269-6.
30. ZACHAROVÁ, E. *Úloha sociální komunikace v dětském lékařství*. Praha: Pediatrie pro praxi. 2008, č. 9, s. 56-57. ISSN 1213-0494.

8. Klíčová slova

Rodina

Ošetrovatelský proces

Klient

Sestra

Spolupráce

Ošetrovatelská diagnóza

9. Přílohy

1. Scénář strukturovaného rozhovoru s klienty
2. Realizace ošetrovatelské péče u geriatrického klienta s pohybovým postižením
3. Realizace ošetrovatelské péče u geriatrického klienta se zdravotním a sluchovým postižením

Příloha 1

Scénář strukturovaného rozhovoru s klienty

Rozhovor bude probíhat anonymně. Se všemi získanými údaji bude důvěrně zacházeno a výsledná data vyhodnocena a publikována pouze pro účely mé bakalářské práce.

- 1.** Jaký je Váš věk?
- 2.** Pohlaví?
- 3.** Jaké je Vaše vzdělání?
- 4.** Jaký je důvod Vaší hospitalizace?
- 5.** Kolik máte dětí?
- 6.** Kolik členů má Vaše domácnost?
- 7.** Na koho se můžete v případě potřeby obrátit o pomoc?
- 8.** Jak byste hodnotil/a vztahy ve Vaší rodině?
- 9.** Je pro Vás rodina důležitá? Proč?
- 10.** Kdo Vám pomáhá zvládnout onemocnění?
- 11.** Je pro vás přítomnost rodinného příslušníka při vyšetření, diagnostice a terapii důležitá? Proč?
- 12.** Cítíte se v nemocnici osamělý/á?
- 13.** Jak často Váš Vaši nejbližší navštěvují? Frekvence návštěv Vám vyhovuje nebo máte jinou představu?
- 14.** Jsou pro Vás návštěvy přínosem? V čem jsou pro Vás návštěvy přínosem?
- 15.** Je na oddělení možnost neomezených návštěv? Jaký si myslíte, že je smysl neomezených návštěv?

16. Jaká si myslíte, že je funkce rodiny po dobu hospitalizace jejího člena?
17. Jste spokojen/a s komunikací mezi příbuznými a sestrami? Proč ano, proč ne?
18. Zajímají se sestry o Vaši rodinu (rodinnou situaci)? Proč si myslíte, že je důležité, aby se sestry zajímaly o Vaši rodinu?
19. Byl jste vy a Vaše rodina poučeni o prognóze a nejvhodnějším způsobu života po propuštění?
20. Myslíte si, že by klient měl přiměřeně věku a mentální úrovni znát diagnózu? Proč by měl/neměl klient znát svojí diagnózu?
21. Máte nějaká přání, která by Vám pomohla ke zlepšení pobytu v nemocnici? Jaká?
22. Přejete si využívat pomoci rodiny v ošetřování? Proč?
23. Myslíte si, že je Vaše rodina ochotna podílet se na péči o Vás? Proč ano, proč ne?
24. V jakých činnostech si myslíte, že je Vaše rodina ochotna zapojit se do ošetřování?
25. Které problémy, si myslíte, že brání rodinným příslušníkům zapojit se do péče o Vás?
26. Myslíte si, že je rodina zapojena do ošetřování (ošetřovatelského procesu)? Proč?
27. Myslíte si, že by zapojení rodinných příslušníků do ošetřovatelského procesu vedlo ke zkvalitnění péče? Proč ?
28. Obrátil se na Vás nebo Vaše příbuzné někdo z personálu s žádostí o spolupráci?

Děkuji za rozhovor.

Příloha 2

Realizace ošetrovatelské péče u geriatrického klienta s pohybovým postižením

- při zjišťování anamnézy vždy komunikuj zásadně s klientem a nikoliv s jeho případným průvodcem
- při nezbytné manipulaci s pohybově postiženým klientem – vyšetření, mu vysvětli , co konkrétně potřebuješ, a požádej ho, aby ti říkal, jak máš postupovat, většina klientů přesně popíše způsob manipulace
- dbej, aby měl klient ve svém dosahu nezbytné kompenzační pomůcky, zvyšuje to jeho jistotu
- dbej na to, aby byly sanitním vozem současně dopravovány i nezbytné kompenzační pomůcky, aby měl ve zdravotnickém zařízení k dispozici svůj vozík
- snaž se, aby nebyl klient trvale upoután na lůžko, není-li to nutné
- jen v nejkrajnějším případě použij takové pomůcky jako je permanentní močový katetr, je to velmi ponižující pro všechny klienty
- při podávání stravy se vždy informuj, zda je klient schopen se sám najíst, napít, nakrájet si jídlo, apod.
- dbej na časový prostor na použití WC, standardem zdravotnických zařízení by mělo být bezbariérové WC

Příloha 3

Realizace ošetrovatelské péče u geriatrického klienta se zdravotním a sluchovým postižením

- při komunikaci vypni všechny rušivé zvuky
- kontakt s neslyšícím udržuj přímým pohledem z očí do očí
- využívej výrazy obličeje a gesta rukou
- písemná komunikace s neslyšícími je většinou neúčinná, lidé, kteří se narodili jako neslyšící nebo ztratily sluch v raném věku, nemají dostatečnou slovní zásobu, takže psaný projev pro ně neznamena úlevu
- s neslyšícím mluv přirozeně, pomaleji, čelem a s prázdnými ústy – nekuř, nažvýkej, nepodpírej si bradu rukama, udržuj pomalejší rytmus řeči a nezvyšuj hlas
- s nevidomým jednej přirozeně, je chybné se domnívat, že nevidomí vidí jen tmou
- při vyšetření klientům vysvětlí, co se bude dít

(8).