

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Spolupráce sestry s rodinou pacienta hospitalizovaného na ARO

Bakalářská práce

Vedoucí práce :
PhDr. Andrea Hudáčková

Autor :
Petra Kovandová

2011

Abstract

Nurse's Co-operation with Family of an ARO¹ In-Patient

There are patients in critical condition hospitalized at the Anaesthesiology Resuscitation Department who can fail in a circulating and ventilating manner or also fall unconscious. The hospital treatment seems to be physically very difficult for them. By reason of that a maximum support by their relatives is necessary.

Problem area concerning the nurse's co-operation with the patient's family is processed in this Work. Its objective was to find out specifics of such a co-operation. In the theoretic part of the Work, information related to any collaboration with the relatives is described, whereas the essence is always communication. The theoretical part is followed with a subsequent research which was made by help of quantitative research investigation. Semi-structured dialogues which were conducted with a group of nurses who work at the ARO and a group of in-patients' relatives were used for relevant data collection. The research itself was performed at the anaesthesiology resuscitation department of the Anaesthesiology Resuscitation Clinic of Faculty Hospital in Plzeň². Both groups were asked eight ranges of questions and gathered data were processed into categorisation charts.

The Work's objective was to work up the problems concerning any co-operation with the relatives. It is confirmed that the nurses took for the collaboration basis any right and suitable communication. Needed knowledge and skill were obtained mainly by studying and successive lifelong learning. The nurses also integrate providing of information within their competences and relatives' involvement in the nursing process into the collaboration with the relatives. The nurses recommend a consultation with a clinical psychologist in order to improve the patient's physical condition and support by a relative person.

To obtain objective research results, the other group of informants was also addressed; they were the patients' relatives. Assumed presumptions were confirmed that

¹ Translator's note: anaesthesiology and resuscitation department

² Translator's note: transcribed as Pilsen

this co-operation was running bilaterally. The relatives stated that the nurses communicated properly and adequately and provided sufficient information and connected them in the nursing process, which was appreciated by majority of the relatives. It was an important finding that also the relatives had to be supported by medical staff, be given mental support and motivated to the collaboration. Within this topic, the question of the clinical psychologist who has been working for lots of years at the clinic was appropriate.

It was found out at the research that minimization of any problems between the nurse and the relative person while using the proper communication happened and helped to remove barriers at mutual co-operation.

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci na téma „*Spolupráce sestry s rodinou pacienta hospitalizovaného na ARO*“ 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, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledky obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

3. května 2011

.....

Podpis

Děkuji vedoucí bakalářské práce PhDr. Andree Hudáčkové za odborné vedení a čas strávený při konzultacích. Také děkuji všem sestrám a příbuzným pacientů hospitalizovaných na ARO, za jejich ochotu spolupracovat, bez jejichž účasti by byl výzkum v mé práci nerealizovatelný.

Obsah

Úvod.....	3
1. Současný stav.....	5
1.1 Význam rodiny ve vývoji ošetrovatelství.....	5
1.2 Anesteziologicko - resuscitační oddělení.....	8
1.3 Rodina a její význam pro nemocného hospitalizovaného na ARO.....	8
1.4 Komunikace s rodinou pacienta hospitalizovaného na ARO.....	8
1.4.1 Komunikační dovednosti sestry při rozhovoru s rodinou pacienta.....	10
1.4.1.1 Naslouchání.....	10
1.4.1.2 Empatie.....	11
1.4.1.3 Výklad.....	11
1.4.1.4 Zájem, podpora a mlčení.....	12
1.4.1.5 Rady.....	12
1.4.2 Podmínky efektivní komunikace.....	13
1.4.2.1 Verbální a neverbální komunikace.....	13
1.5 Komunikace s příbuznými kriticky nemocných pacientů.....	15
1.5.1 Proces sdělování špatných zpráv.....	16
1.5.2 Reakce příbuzných na těžkou životní situaci.....	17
1.5.2.1 Fáze dle Dr. Elizabeth Kübler-Rossově.....	17
1.6 Edukace rodiny v komunikaci s pacientem na ARO.....	19
1.6.1 Komunikační bariery.....	20
1.6.2 Komunikace s problémovým pacientem.....	21
1.7 Zapojení rodiny do ošetrovatelského procesu.....	22
1.7.1 Pomoc rodiny při uspokojování základních potřeb.....	23
2. Cíle a výzkumné otázky.....	27
2.1 Cíle práce.....	27
2.2 Výzkumné otázky.....	27
3. Metodika.....	28
3.1 Metody a techniky výzkumu.....	28
3.2 Charakteristika výzkumných souborů.....	28

4. Výsledky výzkumu.....	29
4.1 Výsledky rozhovorů - sestry.....	29
4.2 Výsledky rozhovorů - příbuzní.....	56
4.3 Kategorizace dat pomocí tabulek.....	72
5. Diskuze.....	91
6. Závěr.....	100
7. Seznam použitých zdrojů.....	102
8. Klíčová slova.....	104
9. Přílohy.....	105

Vědomí, že druzí lidé jsou připraveni člověku pomoci, vytváří pocit sociální jistoty, která usnadňuje podstoupení rizika a povzbuzuje člověka k tomu, aby se samostatně pokusil řešit problém, před nímž stojí.

N. Krause

Úvod

Na ARO jsou hospitalizováni pacienti, kteří jsou svou nemocí nebo úrazem ohrožováni na životě. Toto oddělení je vybaveno kvalitní monitorovací technikou, kde sledujeme životní funkce pacientů 24 hodin denně. Je zde poskytována komplexní resuscitační péče, která zahrnuje umělou plicní ventilaci, kanylaci centrálních žil a arterií, včetně invazivního monitorování hemodynamiky. Spektrum prováděných výkonů zahrnuje i tracheostomii a hrudní drenáže. Rovněž jsou zde u ohrožených pacientů prováděny i akutní dialýzy. Tato specializovaná péče je poskytována pacientům po těžkých úrazech, po resuscitaci, selhávání životních funkcí a také pacientům po rozsáhlých operacích. Navazuje úzce na intenzivní péči v jednotlivých oborech a to na o pooperační péči v chirurgii, kardiochirurgii, neurochirurgii, péči o popálené, plicní a neurologickou péči. Na ARO jsou pacienti se selháváním základních životních funkcí, kde neznalost nebo prodlení ohrožují nemocného bezprostředně na životě a často včasná léčba rozhoduje o jeho přežití a kvalitě dalšího života (7).

Sestry musí mít velké zkušenosti a znalosti z mnoha lékařských oborů. Poskytují pacientům komplexní a vysoce specializovanou péči. Příjem pacienta na ARO pro něj může být velmi stresující. Má obavy ze závažnosti svého onemocnění nebo zranění. I prostředí pro něj může být velmi děsivé. Okolo něj je spousta přístrojů, hadiček a cizích zvuků. Kromě toho může mít pacient velké bolesti, může mít oblužené vnímání analgosedací, mnohdy je zaintubován, nebo může být dokonce v bezvědomí. V tuto chvíli má velký strach jak z dění kolem sebe, tak z nejistoty vyléčení (18).

Tato přetechnizovanost, která je na ARO obvyklá, může budit dojem velmi neosobního přístupu zdravotnického personálu. Z praxe víme, jak je důležité zabývat se

člověkem jako celkem. Přistupovat k němu, jako k bytosti bio-psycho-sociální, bytosti holistické, ne jen jako k diagnóze, nebo části celku. Člověk rázem ztratí pocit jistoty a bezpečí. Je v cizím prostředí, odtržen od domova a svých nejbližších (20).

Z tohoto důvodu jsem si vybrala téma bakalářské práce. Je nutné poukázat na důležitost spolupráce zdravotnického personálu s rodinou pacienta v procesu uzdravování. Pokud se rodina nezapojí do tohoto procesu, nemocný psychicky i fyzicky strádá a cítí se ohrožen.

Je důležité, aby sestra s příbuznými dokázala spolupracovat, aby zvládla základní komunikační dovednosti při kontaktu s rodinou pacienta, správně chápala důležitost návštěv rodiny a umožnila jejich kontakt. Rodina by také měla být zapojována do ošetrovatelského procesu a sestra by se měla dostatečně věnovat edukaci příbuzných a tím poukázat na důležitost jejich pomoci a přimět je k ochotě spolupracovat. Vliv rodiny a její podpora se ve velké míře odráží na zlepšení psychiky nemocného, která je při uzdravování důležitým faktorem.

Je velmi důležité vést sestry k tomuto poznání a ochotě tímto způsobem pacientům pomáhat.

1. Současný stav

Jakékoliv onemocnění působí na psychiku člověka nepříznivě. Nemoc mění obvyklý způsob života, omezuje ho v běžných denních aktivitách, často narušuje a mění mezilidské vztahy (10).

Základem všech vztahů je rodina. Jejím hlavním posláním je poskytování jejím členům péči a ochranu a to zvláště v obdobích, kdy není člověk schopen se sám o sebe postarat. Rodina umožňuje tělesnou, duševní a duchovní oporu, dává pocit jistoty a bezpečí, pocit domova v kruhu svých nejbližších (12).

Neplní-li však rodina své hlavní poslání, může se toto neblaze odrazit v jeho psychice. Význam rodiny nabývá důležitosti v psychické podpoře při hospitalizaci a následně ve fyzické pomoci při trvalém postižení a neschopnosti se o sebe postarat. Dnešní výzkumy potvrzují, že v posledních letech výrazně ubylo společně stráveného času v rodině a to má dopad na zhoršení kvality rodinného zázemí. V mnoha případech tak dochází k narušení vztahů mezi členy rodiny – chybí potřebná kognitivní výbava a komunikační dovednosti (22).

Rodina se vlivem vnějších vlivů a vývojovými stadii v obdobích zvýšené zátěže neustále mění a vyvíjí. Přesto by si měla zachovat stálost a psychologickou rovnováhu, ve které jsou uspokojovány potřeby jednotlivých členů. Rodina, aby plnila svou funkci, by měla reagovat na zátěž a změny jako celek. Když toho není schopná, rovnováha rodiny přestává fungovat a jako podpora selhává. Rodinná soudržnost a těsné vazby značně přispívají k udržení rodinné pospolitosti a k potlačování úzkosti (2).

1.1 Význam rodiny ve vývoji ošetřovatelství

V dějinách vývoje společnosti se řada funkcí rodiny měnila. Se změnami společenských podmínek některé ustupovaly do pozadí, nebo zcela zmizely, naopak jiné nabývaly závažnosti. Nemoc zasahovala do dění celé rodiny. Dříve byly nemocnice jen krajním řešením, pacienty ošetřovali příbuzní především doma a rodina byla zvyklá si o své členy pečovat sama. Během historického vývoje se funkce rodiny v ošetřování změnila, ale je stále nenahraditelná. Vítejme, když se příbuzní podílejí v péči o pacienta

v psychické a fyzické podpoře. V souvislosti s dobrými příbuzenskými vztahy většina příbuzných má zájem přispět k uzdravování pacienta. Nejstarší laická péče, kterou si pacienti buď poskytovali sami, nebo se kterou jim pomáhali rodinní příslušníci, má i dnes svůj význam a zdravotníci ji opět začínají brát více v úvahu. Neprofesionální ošetrovatelství je historicky nejdelším obdobím, kdy jedinec pečoval nejen o sebe, ale i o svoji rodinu. Od nepaměti měl člověk vnitřní potřebu starat se o své zdraví a i zdraví svých blízkých. Potřeba udržet si zdraví souvisela s přežitím jedince, rodiny i sociální skupiny.

Kolem období 2. světové války u nás převládal biomedicínský model nemoci, tudíž nebyla psychosomatika až do 70. let brána v potaz. V 80. letech začala vznikat behaviorální medicína, která se zabývá zdravím a nemocí z širšího pohledu, zahrnuje biologické, psychologické a sociální faktory ovlivňující vznik a rozvoj tělesných onemocnění (2).

V současnosti se péče o nemocné přesunula převážně do nemocnic a spoluúčast rodiny ustoupila do pozadí, což způsobily změny sociálního prostředí a vývoj a dostupnost zdravotnické péče. Avšak z potřeb pacienta vyplynulo, že v nemoci sehrává rodina zcela zásadní roli (4, 7).

1.2 Anesteziologicko - resuscitační oddělení

ARO poskytuje vysoce specializovanou péči pro širokou škálu pacientů, kteří jsou svým onemocněním ohrožováni na životě, mohou být nestabilní, jejich onemocnění zkomplikováno a vyžadují intenzivní ošetrovatelskou péči. Nejčastějším onemocněním mohou být traumatická poranění zaviněná autonehodou, či pádem, tzv. polytraumata, bezvědomí, nitrolební krvácení, kardiovaskulární onemocnění, kdy pacienti mohou mít srdeční selhání nebo koronární syndromy, dýchací selhávání, plicní embolie, gastrointestinální a jaterní onemocnění, akutní pankreatitidy, krvácení z GIT, chronické a akutní ledvinové selhávání, šok způsobený hypovolemií, sepsí, srdeční dysfunkcí, akutním poraněním míchy a anafylaktický šok, intoxikace léky, krvácením,

stavy po neodkladné resuscitaci a popáleniny, poporodní komplikace, jako je DIC a zranění způsobená násilím (8).

Na ARO jsou hospitalizováni pacienti, kterým hrozí selhání jednoho či více orgánů, nebo selhávání již probíhá. Při multiorgánovém selhávání je zde poskytována nepřetržitě resuscitační péče. Speciální lůžka jsou vysoce technicky a personálně vybaveny. Během hospitalizace je nutné u pacienta zajistit průchodnost dýchacích cest a řízené dýchání, umělou plicní ventilaci a aplikaci O₂, kontinuální monitoring základních životních funkcí. U pacientů se zajišťují invazivní vstupy (centrální žilní katetr, arteriální katetr, periferní žilní katetr) a neinvazivní vstupy (nasogastrická sonda, permanentní močový katetr). Veškerá ošetrovatelská péče je zaměřena na stabilizaci stavu pacienta tak, aby se zajistilo zásobování celého organismu kyslíkem, živinami a energií. Funkce orgánových systémů musí být dobrá k eliminaci tělem produkováných metabolitů. Jestliže je činnost orgánů omezena z důvodu sníženého přívodu energie, O₂ a živin, dochází k dalšímu poškození organismu a selhávání. Při selhávání základních životních funkcí dochází k hypoxii, ta může následně vést i k poškození mozku. Podmínkou života je zajištění umělé plicní ventilace a dostatečné zásobování těla kyslíkem (24).

Sestra pracující na ARO by měla být po všech stránkách schopna samostatného úsudku. Měla by zodpovídat za celý ošetrovatelský proces. Musí dokázat posoudit pacientův stav, naplánovat ošetrovatelskou péči, mít schopnost implementace a zhodnotit pacientovy reakce na léčebné úkony. Sestra by měla mít neustálou kontrolu nad pacientovým stavem a kontrolovat všechny používané pomůcky, kde je zahrnuta i práce se specializovanými přístroji, monitory srdeční a dechové činnosti, sledování srdeční hemodynamiky, eventuálně intrakraniálního tlaku. Musí také neustále kontrolovat fyzický a psychický stav, vyhodnocovat laboratorní výsledky a aktuálně reagovat na změny. Plánuje ošetrovatelskou péči, měla by vzít v úvahu všechny fyzické i psychické potřeby nemocného a stanovit si cíle a individuální plán péče o nemocného. Musí umět provádět speciální výkony, které napomáhají k řešení pacientových obtíží. Neustále vyhodnocuje změny v plánu péče a aktuálně je obměňuje a tím zdokonaluje kvalitu péče.

Přesto, že tělesné potřeby pacientů na ARO jsou daleko závažnější, je nutné i zde nastolit holistickou péči, která se dotýká všech částí osobnosti člověka, včetně tělesné, psychické, sociální a duchovní. Tuto péči provázejí nejrůznější problémy, včetně problémů pacienta a jeho rodiny. Rodina může velice ovlivnit nemocného, jeho motivaci k léčbě a trpělivost při uzdravování a potřebu znovu se navrátit do život (8).

1.3 Rodina a její význam pro nemocného hospitalizovaného na ARO

V současné době je rodina uznávána jako důležitý aspekt při ošetřování pacienta hospitalizovaného na ARO. Rodina hraje nezaměnitelnou roli v péči o pacienta. Je to sociální skupina, která vytváří podpůrnou i záchranou jednotku. Nemoc člověka zasáhne do rodinných a sociálních vazeb ovlivní celý způsob života rodiny. Nemocný nejčastěji hledá pomoc a oporu u svých nejbližších a tudíž jejich reakce mají pro nemocného rozhodující význam. Rodina může mít pro zdravotnický personál nezastupitelnou roli jako zdroj informací. Sestra si může utvořit lepší obraz o svém pacientovi při kontaktu s jeho blízkými, ti jí mohou poskytnout množství zásadních informací o kvalitě života pacienta a tyto informace mohou dále ovlivňovat kvalitu individualizované ošetrovatelské péče. Další důležitou úlohou rodiny je možnost účastnit se péče o pacienta, kdy rodina zaujímá ochrannou a podpůrnou funkci, která je dána stávajícími vazbami v rodině. Jsou-li rodinné vztahy na dobré úrovni, rodina spolu dostatečně komunikuje, bývá tato spolupráce přínosem jak pro pacienta, tak i zdravotnický personál. V našem zdravotnictví se ovšem toto zatím podceňuje a tyto přínosné role a pomoc příbuzných se vyskytuje velmi málo. Při práci sester je ve většině případech aktivní kontakt s rodinou v průběhu hospitalizace minimální (1,3).

1.4 Komunikace s rodinou pacienta hospitalizovaného na ARO

Komunikace s příbuznými nemocného je jednou z nejnáročnější a nejdůležitější součástí léčby. Příbuzní pacienta jsou pro zdravotníky velmi důležití komunikační partneři. Žádný zdravotník se kontaktu s nimi nevyhne, proto by sestra měla nejenom

umět odpovídat na dotazy příbuzných, ale také s nimi aktivně navazovat kontakt. Každý kontakt s rodinou hraje velmi významnou roli, je nutný k získání příbuzného ke spolupráci a jeho kvalita ovlivní následnou spolupráci. Složitost komunikace se odvíjí od závažnosti onemocnění, nepříznivé diagnóze a vývoje onemocnění. Rodina v těchto situacích negativně pocítuje nedostatečnou komunikaci s negativními důsledky ve smyslu úzkostí, depresí a posttraumatických stresových poruch. I příbuzní, kteří leckdy mohou mít před očima blízkou smrt milovaného člověka, trpí čtyřmi druhy strachu. Je to strach z nejistoty, strach z utrpení, strach ze ztráty a strach ze selhání (15, 18).

Strachu z nejistoty se dá nejlépe čelit jasnými informacemi a to i v případě neodvratného procesu, zejména, když lidé tuší, že se blíží smrt. Když se neodváží o tom hovořit z důvodu strachu zneklidnit příbuzné, začínají se dostávat do začarovaného kruhu, který vede k předčasnému odloučení a obě strany se dostávají do izolace. Strach a obavy bývají velmi tísnivé, chybí zde obvyčejné znalosti a vzorce chování při konfrontaci člověka s nemocí a hospitalizací (15).

Se strachem z utrpení si lidé nejvíce spojují bolest. Velkou úlevu přinášejí znalosti o možnostech moderní léčby bolesti. Zdravotnický personál by měl proto udělat vše, aby pacient netrpěl žádnou bolestí. To značně přispívá k povzbuzení rodinných příslušníků, aby zůstali v jeho blízkosti. Bolest je jedním z nejčastějších symptomů provázející hospitalizaci pacienta na ARO. Má zásadní vliv na motivaci pacienta k léčbě, spolupráci při léčbě a na jeho náladu a naději. Neléčená bolest vede k imobilitě, depresím a neschopnosti vyrovnat se s onemocněním. Bolest tudíž nemůžeme vnímat jen jako somatický vjem (14).

Strach ze ztráty blízkého člověka vždy znamená bolestné odloučení, zde je velmi nutná podpora ze strany sester, které jsou schopny adekvátní komunikace. Příbuzní potřebují podporu, aby byli schopni vytvářet klidnou a domácí atmosféru a tím nemocného psychicky podporovali.

Zdravotnický personál musí příbuzným pomáhat v překonávání strachu ze selhání v závislosti na profesionálním porozumění těmto věcem. Musí vytvářet spokojený vztah mezi pacientem a rodinou a dodávat odvahu k překonání procesu uzdravování (15).

1.4.1 Komunikační dovednosti sestry při rozhovoru s rodinou pacienta

V ošetrovatelství sehraává komunikace s příbuzným významnou roli. Sestra by měla komunikační dovednosti brát jako součást svého profesního vzdělání. Komunikační dovednosti přispívají k navázání a rozšíření kvalitnějšího kontaktu s rodinou pacienta. Sestra by se neměla zaměřovat jen na běžnou komunikaci, je třeba, aby si osvojila specifické komunikační praktiky a dovednosti, mezi které patří naslouchání, empatie, projev porozumění, výklad, zájem, podpora a mlčení a rady (21).

1.4.1.1 Naslouchání

Nasloucháním rozumíme aktivní vnímání druhého člověka. Znamená to vnímat nejen to, co člověk říká, ale také jakým způsobem to říká a přitom sledovat jeho mimiku a pohyby. Toto všechno je důležité k tomu, abychom poznali skutečný smysl sdělení. Při aktivním naslouchání by měla sestra být schopna dešifrovat verbální zprávu s přihlédnutím ke kontextu rozhovoru a neverbálnímu chování. Aktivním nasloucháním se rozumí hlavně naslouchání a porozumění pocitům. Aktivní naslouchání můžeme nejlépe charakterizovat jako schopnost vcítit se, soucítit, vytušit, rozpoznat a rozumět, pochopit (2,12).

Sestra by měla naslouchat očima, ušima a srdcem. Slova, která jen slyšíme, mohou mít širokou škálu významu. To může způsobit nesprávné pochopení toho, co nám příbuzný říká. Kromě obsahu rozhovoru je nutné vnímat i intonaci, tempo řeči, výšku hlasu a rytmus. Při rozhovoru by sestra měla rozeznat celou řadu neverbálních projevů. Měla by naslouchat i srdcem. Nespokojit se jen s obsahem informací, ale snažit se proniknout k jádru řečeného (18).

S nasloucháním úzce souvisí respekt. Je to postoj, přístup k lidem, ocenění druhého jako lidské bytosti. Tento postoj by měl být patrný z našeho jednání. Znamená to, že v určenou dobu máme vymezený prostor jen pro příbuzného. Respekt je známkou spoluúčasti na situaci rodiny pacienta a výrazem naší důvěry k němu. Respekt je nutný proto, abychom k příbuznému přistupovali opravdově a ne jen v rámci své profesionální role (2).

1.4.1.2 Empatie

Empatie tvoří jednu ze základních složek efektivní komunikace a psychoterapeutického přístupu. Empatie znamená vcítění se do duševního stavu druhé osoby. Rozumí se tím schopnost rozpoznání v jakém duševním stavu druhý člověk je, jakou má náladu a co prožívá. Je to schopnost poznat vnitřní svět druhého a dokázat se dívat na svět z jeho pohledu. Je to schopnost nejenom být s příbuzným fyzicky, ale také o něm přemýšlet (2).

Porozumění můžeme vyjádřit různými způsoby, patří mezi ně například přitakání, přikývnutí, zopakování několika posledních slov nebo shrnutí. Porozuměním projevujeme určitou dávku taktu. Musíme správně volit slova, aby je pacient unesl. Porozuměním ale nedáváme souhlas. Sestra může porozumět, ale zároveň nesouhlasit (6).

Sestra při rozhovoru s příbuzným nesmí kriticky hodnotit, moralizovat, nebo mentorovat. Měla by přijmout jeho názor a být schopna jej vyslechnout. Úroveň empatie závisí na charakteru a temperamentu, na vývojové úrovni osobnosti, na množství zážitků a vztahů a na vzorech chování, které nás mohou ovlivňovat (11,13).

1.4.1.3 Výklad

Výklad je objasnění souvislostí a vztahů. Příbuznému pomáhají porozumět dané situaci. Výklad je základní složkou léčebného působení. Výklad se týká vztahu mezi nemocí a člověkem a ukazuje souvislosti. Výklad ale nesmíme kategoricky formulovat jako ortel, nesmí mít agresivní povahu, musí být podáván s citem, aby nezranil, ale pomohl. Je důležité při výkladu dbát i na vhodný okamžik, aby jej člověk lépe přijal. Pokud člověk výklad nepřijímá, znamená to, že jsme jej sdělili předčasně nebo volili nesprávnou interpretaci. Nesprávný výklad může mít i psychoiatropatogenní vliv.

Výklad z psychoterapeutického hlediska má poskytovat podporu a napomoci k uklidnění. Zároveň však neposkytuje příbuznému vždy jednoznačnou odpověď na jeho otázky (2).

1.4.1.4 Zájem, podpora a mlčení

Zájem o rozhovor s člověkem se projevuje často neverbálně, například zúčastněným pohledem, přikyvováním hlavou, nebo nakloněním hlavy k pacientovi. Nesmí však přesáhnout určitou míru, aby nevznikl dojem naléhání. V rámci poskytování podpory je nutné připomínat příbuznému pozitivní aspekty situace a podpory v životě nemocného. V krizových životních situacích má podpora značný význam jako součást pomoci těžce somaticky nemocný (2,9).

Další důležitou součástí mezilidské komunikace je mlčení. Má různý obsah. Může patřit mezi známky podpory, jindy je známkou vzájemného nepochopení. Je důležité si tuto situaci uvědomit a pokusit se o lepší porozumění. Jestliže mlčíme, můžeme někdy navodit situaci, že cíleně zvyšujeme vnitřní napětí a podporujeme tak sdíllost. Stane se, že je někdy mlčení dáno nedůvěrou ke zdravotnickému personálu, nebo nezájem o spolupráci. Člověk se někdy vyhýbá sdělit údaje, které by mu byly nepříjemné. Někdy může člověk mlčet jen proto, že neví co říci, nebo si potřebuje uspořádat myšlenky. Pro sestru je ale důležité zdokonalovat se v možnostech komunikace a aktivně poslouchat ty, kteří pomoc hledají a potřebují (22).

1.4.1.5 Rady

Rada by měla mít své oprávnění pro danou situaci. Příbuzní se snaží zdravotnický personál vmanipulovat do role rádce. Mají pocit, že sestry by měly být schopny jim poradit. Můžeme dávat pouze konkrétní rady, které se týkají v případě somatického onemocnění například užívání léků, diety, správné životosprávy, atd. Nesmíme ale dávat rady nebo hotové návody, určitá rozhodnutí za pacienta učinit jiní lidé nemohou. Přímé rady mají své opodstatnění jen tehdy, kdyby byl pacient poškozován (2).

1.4.2 Podmínky efektivní komunikace

Komunikace ve zdravotnictví je velmi specifická, měla by se řídit určitými pravidly, normami, etikou apod. Sestra v rámci ošetrovatelského procesu se stýká s naprosto cizími lidmi a nutí je odhalit intimní části svého nitra. Musí se dotazovat příbuzných na velmi citlivé záležitosti, o kterých se jim často těžce hovoří. Toto je ale pro ošetrovatelský proces velmi důležité a proto by měla sestra dokázat vytvořit správné podmínky, navodit důvěru a bezpečí a navázat s příbuzným vztah založený na úctě a respektu. Sestra musí umět s příbuzným komunikovat, je to součást její odborné kompetence. Je nutné získat příbuzného ke spolupráci při léčbě. Pro komunikaci je podstatné zvolit vhodný čas, špatné načasování může narušit průběh komunikace a významným způsobem ho ovlivnit. I prostředí, ve kterém komunikace probíhá, může sehrát svoji negativní nebo pozitivní roli. Není možné s příbuzným komunikovat na chodbách, při nedostatku soukromí a „za pochodu“. Sestra by si měla pro příbuzného vyčlenit dostatek času pro sdělení důležitých informací, počítat i s časovou rezervou pro případ dotazů k některým, pro příbuzného neznámým postupům. Sestra by měla u příbuzného vzbudit důvěru, aby byl ochoten ke spolupráci. Měla by s ním mluvit takovým způsobem, aby si byla jistá, že jí rozumí a chápe smysl sdělení. Příbuzný musí nabýt přesvědčení, že veškerá sdělení jsou soukromého charakteru, neboť sestra se řídí etickými normami v ošetrovatelském povolání (5, 18).

1.4.2.1 Verbální a neverbální komunikace

Komunikací rozumíme způsob dorozumívání, při kterém sdělujeme a přijímáme informace. Při komunikaci se uplatňují dvě složky, první je verbální, to co říkáme slovy. Jsou to věcné informace a fakta. Druhá je neverbální, je to projev chování. Výměna informací probíhá i v případě mlčení. I tím můžeme sdělovat své emoce, postoje apod.

Verbální komunikace je komunikace slovy, jak ústní, tak psané. Zásadou verbální komunikace je mluvit jen tehdy, máme-li co říci. Měli bychom mluvit stručně, jednoznačně a k věci. Problémem v komunikaci by mohly být neuspořádané myšlenky a

nepřesné vyjadřování. Je nutné nezahltit příbuzného mnoha informacemi, které pro něj postrádají logiku a které jsou pro něj nadbytečné. Zde je důležitá zpětná vazba. Sestra by měla vznášet opakovaně dotazy, aby se ubezpečila, že příbuzný jejím sdělením porozuměl. Na komunikaci s příbuzným je potřeba se soustředit, projevit dávku trpělivosti, nevstupovat do řeči a pozorně naslouchat, dávat najevo svůj zájem. Příbuzný by měl být povzbuzován k hovoru vhodnými otázkami. Sestra by si měla u příbuzného všimnout jakékoliv změny a dát najevo, že ji zaregistrovala. Spíše, než mluvit, by měla naslouchat a především by nikdy neměla litovat času, který komunikaci věnuje (2,19,22).

Verbální komunikaci je připisován větší význam, než komunikaci neverbální, protože je zde obsaženo konkrétní sdělení, ale jednotlivé druhy komunikace se navzájem doplňují. Neverbální komunikace je komunikace beze slov. Někdy může i verbální komunikaci nahrazovat. Neverbální komunikace může zesílit účinek sdělení. Prostřednictvím neverbálních projevů lze vyjádřit celou řadu skutečností, například pocitů a citů, výrazem v obličeji, pohybem těla, očním kontaktem, nebo dotekem ruky. Nejvíce se odráží emoční prožívání ve výrazu tváře, nebo mimice. Tou vyjadřujeme radost, strach, smutek, napětí, rozčilení, lhostejnost atd. Výraz tváře by měl korespondovat s obsahem sdělení. Významnou roli sehrává i řeč očí a pohledů. Neměli bychom se vyhýbat očnímu kontaktu. Pohledem můžeme někdy vyjádřit více než slovy. Zrakem můžeme vyjádřit projev zájmu (18).

Dalším neverbálním projevem je proxemika, nebo-li řeč těla. Týká se vzájemné vzdálenosti mezi komunikujícími, neboť každý člověk je jedinečný a má různé požadavky na svůj prostor kolem svého těla. Při vstoupení do jeho prostoru se může cítit nepříjemně, nebo dokonce ohrožen. Je nutné dodržovat intimní zónu kolem každého jedince. Aby se příbuzní cítili pohodlně a bezpečně, měli by zdravotníci tuto vzdálenost dodržovat. Zpravidla se určuje intimní zóna do 30 cm, osobní zóna minimálně 45 cm, sociální zóna od 1,2 do 3,6 m. I zde však platí, že toto je zcela individuální (18)

Pro dokreslení obsahu mluveného slova jsou bez účasti vědomí a spontánně používána gesta. Někdy mohou i verbální sdělení nahrazovat. Mezi gesta, která se běžně

používají, můžeme zařadit otevřené ruce, založené paže, překřížené paže, nebo propletené prsty. Gesty můžeme podtrhnout a dokreslit to, co vyjadřujeme slovy. Gesta jsou vázána na kulturu, společnost a temperament (11).

Vřelé podání ruky navodí pocit důvěry a dobrých vztahů, je projevem neverbální komunikace – haptiky.

Verbální komunikaci doplňuje paralingvistika. Může zesílit, nebo naopak zeslabit obsah sdělení, potvrdit, nebo jej zpochybnit. Je zde obsažena síla hlasu, výška tónu řeči, rychlost verbálního projevu, barva hlasu, plynulost a kvalita řeči. Při komunikaci s příbuzným bychom se měli držet projevu bez emocí, klidně a vyrovnaně, s přiměřenou intenzitou (2,22).

1.5 Komunikace s příbuznými kriticky nemocných pacientů

Většina příbuzných zmobilizuje všechny své síly a snaží se vyrovnat s nastalou situací. Zde je velmi důležitá důvěra mezi příbuzným a zdravotnickým personálem. To se následně odráží na míře spolupráce mezi nimi. Základem je individuální přístup, intervence a edukace. Příbuzný m je nutné aktivně nabízet svou pomoc. Při komunikaci sledujeme podvědomá gesta a mimiku, které nám ukazují na stres, či strach z následujícího průběhu. Dotyčná osoba ne vždy včas u sebe rozpozná problém a vyhledá pomoc. Zde je na místě nevtíravým způsobem doporučit nejen naši pomoc, ale i pomoc klinického psychologa (v případě, že nemocnice tuto pomoc poskytuje). Psychoterapeutickým působením můžeme regulovat nebo zamezit nežádoucí psychický stav. Tím člověka posilňujeme a zvyšujeme jeho odolnost v zátěži a napomáháme v pravdivějším sebepoznání a hodnocení situace.

Je nutné soustavně komunikovat a spolupráce zdravotníka s rodinou pacienta by měla probíhat v pravidelných časových intervalech. Při komunikaci s příbuzným kriticky nemocného by měly být sestry také připraveny na projevování emocí, spojených se sdělením špatných informací, se kterými se příbuzný špatně vyrovnává (14,23).

Už z principu by se měla příbuzným sdělovat pravda, nejistota pro ně představuje zdroj psychické zátěže. Citová stránka člověka, jeho prožívání, nálady, emoce a afekty napovídají o jeho situaci a konkrétních vztazích. Tyto projevy by nás neměly překvapit a měli bychom se snažit psychologickými prostředky jednání usměrňovat. Někteří příbuzní jsou v šoku, zdánlivě nereagují, nekomunikují a stáhnou se do sebe, nebo jsou agresivní. V současnosti psychosociální a ekonomické stresy ovlivňují psychiku člověka a mezi osobní vztahy a mohou vyvolávat ztrátu pocitu bezpečí a jistoty. To je provázené strachem, obavami a úzkostí a to vede následně i k agresivním projevům. Příbuzný může křičet, nadávat, vyhrožovat nebo vyčítat. Zdravotník by měl psychoterapeutickými prostředky, které jsou především založené na komunikaci tyto situace zvládnout. Je důležité zachovat klid a tyto výpady vlídně a zdvořile odrážet. Jedinou pomocí pro zdravotníka je trénink v asertivním chování a snaha vytvořit vstřícnou atmosféru (2,23).

1.5.1 Proces sdělování špatných zpráv

V minulých letech, s nástupem rozvoje a pokroku v medicíně, bylo lékařství prohlašováno za všemocné a jeho úspěchy byly politicky vyzdvihovány. Tento systém ale navozoval mezi zdravotníky a laickou veřejností určitý blok v komunikaci mezi nimi. Pacientům se sdělovaly informace pouze v omezeném rozsahu, protože o ně bezplatně pečoval „dokonalý“ zdravotnický systém. Dnes se ale určité podmínky změnilly, pacient má svá práva a je nutné je respektovat a takto k němu přistupovat. Tyto okolnosti však sebou přinesly i nové požadavky na zdravotnický personál. Zásadní změnu pocítujeme při komunikaci s pacientem i příbuznými. Vzhledem k nezaběhnutým vzorcům chování ze strany zdravotníka je nutné nacházet určité kompromisy, být ochotni hledat přiměřené komunikační postupy a techniky. Tím je dán velký problém při sdělování špatných zpráv, ať už o změnách léčebného režimu, či ošetřujících postupech, které navozují nepříjemné, nebo bolestivé zákroky. Zde je nutné zamezit hlavně nejistotě a úzkosti, které příbuzní těžce nemocného má. Je nutné ještě důsledněji než u ostatních příbuzných dbát na dostatek času a klidné prostředí při

komunikaci. Tyto situace je třeba důstojně zvládat, protože příbuzní jsou více zranitelní. Špatné postupy v komunikaci s těmito lidmi mohou mít za následek velké psychické trauma a následně stížnosti a obviňování zdravotnického personálu. Ve většině případech se netýkají odborné kompetence zdravotníka, ale právě nesprávně vedené komunikace. Efektivní komunikací tomuto můžeme předejít (6, 18).

1.5.2 Reakce příbuzných na těžkou životní situaci

Příbuzní nemocného potřebují dostatečný čas a velkou podporu, aby špatné zprávy mohli vstřebat a vyrovnat se s nimi. Je nutné soustavně komunikovat s dostatečným citem a empatií a dát jim možnost, prostor a čas na opakované dotazy. Příbuzní jsou velmi zranitelní, pociťují nejistotu, napětí a úzkost a zároveň musí být schopni aktivně naslouchat. Reakce lidí na těžké životní situace jsou různé, závisí na okolnostech z vnějšku, na dosavadních zkušenostech a osobnosti člověka. Přesto však se můžeme řídit určitými pravidly. Ty popsala na základě svých mnohaletých zkušeností s těžce nemocnými a umírajícími Dr. Elisabeth Kübler-Rossová. Těmito fázemi neprochází ale jen pacient, ale i jeho nejbližší. Tyto fáze jsou seřazeny tak, jak obvykle přicházejí. Nesmí nás však překvapit, když některá z nich chybí. Nejsou všechny stejné, mohou se prolínat, často se některé opakovaně vrací a střídají. Je to proto, že každý člověk je individualita. Při podporování pacienta příbuznými je však nutné, aby se rodina s ním snažila vyrovnat krok. Může být na škodu, když pacient dosáhne fáze smíření a rodina stále prožívá fázi smlouvání a vyjednávání. Zde je na místě zkušená sestra nebo pomoc psychologa, aby pomohli příbuznému vyrovnat se s nastolenou situací (16,25).

1.5.2.1 Fáze dle Dr. Elisabeth Kübler-Rossově

Podle Dr. E. Kübler-Rossově prochází pacient a jeho blízcí pěti fázemi reakce a adaptace na velkou životní zátěž. Jsou to fáze negace, agrese, smlouvání, deprese a smíření.

Nejprve se příbuzný dostává bezprostředně po kontaktu s nastalou situací do fáze šoku. Tato fáze je provázena velmi bouřlivými reakcemi. Příbuzní se mohou projevovat částečnou dezorientací v místě, čase a v situaci. Popírají tuto situaci, je to jejich základní obranná reakce. Příbuzný odmítá tuto informaci přijmout, je pro něj absolutně nereálná. Je přesvědčen, že došlo k omylu, nebo mohou být zaměněny výsledky, těmto informacím nevěří. Zde je nutné navázat kontakt a získat důvěru.

Velmi častým projevem, který u zdravotníků vyvolává nepříjemné pocity, je agrese. Ta nejvíce ohrožuje dobrou komunikaci. Není zaměřena proti nám, ale je to neschopnost zatím přijmout nastalou situaci. Příbuzný si klade nejčastěji otázky, proč právě jemu a čím je to vina. Zdravotník by se neměl pohoršovat a komunikačními dovednostmi zklidnit atmosféru.

Další fází je smlouvání a vyjednávání. Příbuzný má požadavky, které u sestry mohou vyvolávat pocity beznaděje, bývají většinou neracionální. Příbuzní jsou ochotni udělat cokoli, pokud by se dala nastalá situace zvrátit. Rodina se dožaduje hledání zázračných léků, bez ohledu na výši finančních prostředků. Ve své beznaději se upínají i k alternativním metodám, jakými jsou například různí léčitelé. Je třeba se ozbrojit maximální trpělivostí a je nutné pokračovat v komunikaci.

Nejvážnější reakcí se jeví deprese. Vzniká ze smutku, utrpené nebo hrozící ztráty a strachu z budoucnosti. Při komunikaci bychom se měli snažit odhadnout hloubku deprese a aktivně mu nabídnout odbornou pomoc, neboť v závažnějších případech může dojít až k sebevražedným myšlenkám a odborné studie prokazují, že se tato informace nemůže brát na lehkou váhu. Příbuznému v depresi je nutné trpělivě naslouchat a dát mu možnost se dostatečně vypovídat ze svého trápení.

Poslední fází je přijetí daného stavu, smíření. Příbuzný se s danou situací vyrovná, uzavře svůj boj, pochopí, že všechny síly je třeba nyní soustředit na psychickou podporu pacienta, neboť je třeba společně postupovat v následné péči (6, 14,16,25).

1.6 Edukace rodiny v komunikaci s pacientem na ARO

Edukace rodiny v komunikaci s pacientem hospitalizovaným na ARO je důležitou součástí společné spolupráce. Ve většině případů si laická veřejnost ani nedovede představit, co toto obnáší. Leckdy se ocitá v takovém prostředí prvně a ještě navíc za tak stresujících okolností. Najednou se rodina v těchto nových situacích nedovede zorientovat, tudíž sestra sehraává roli průvodce. Měla by mít dostatek empatie, aby dokázala vhodným způsobem vést příbuzného při seznamování s cizím prostředím, umět ho dostatečně zklidnit, aby dokázal beze strachu k pacientovi přistoupit a začít s ním komunikovat. V první řadě musí sestra příbuzného seznámit s veškerým vybavením okolí pacienta a následně ukázat cestu, jakou se dát, aby spolu mohli komunikovat. Příbuzní, kteří jsou dostatečně informováni, lépe spolupracují a lépe se na nastalé situace mohou připravit.

Komunikace s příbuzným znamená pro sestru velkou psychickou zátěž, a proto velmi závisí na jejích znalostech a zkušenostech. Z důvodu velké psychické a fyzické zátěže v péči o pacienta se sestry někdy komunikaci s příbuzným vyhýbají. Je nutné proto sestry vést k ochotě s příbuzným komunikovat. Měly by si najít dostatek času pro rozhovor s příbuzným a jasně a srozumitelně poskytnout veškeré informace a nevyhýbat se žádným otázkám o nemoci a léčbě v rámci své kompetence. Měly by příbuzné maximálně podporovat a povzbuzovat aby se stali součástí ošetrovatelské péče. Příbuzným by měly vysvětlit, jak je důležitá jejich přítomnost (18, 23).

Při edukaci by se sestra měla zaměřit hlavně na oblast komunikace, naučit rodinu komunikační techniku, která nemocnému nejvíce vyhovuje. Zdůraznit důležitost pasivní komunikace u nemocného v bezvědomí a fyzického kontaktu. Poučit příbuzné o režimových opatřeních (MRSA), pohybových a dietních omezení, užívání léků, úpravy životosprávy, naučit nemocného i příbuzné konkrétní postupy při ošetřování, poskytování dostatečných informací o možnostech následné péče (7).

1.6.1 Komunikační bariéry

Při hospitalizaci na ARO vyžadují pacienti specifické formy komunikace. V mnoha případech jsou v kritickém stavu a tak je nutné přibuzné učit techniky pro umožnění komunikace. U pacientů v bezvědomí se používá komunikace bez zpětné vazby. Doporučujeme přibuzným na ně mluvit, i když mají pocit, že je pacient nevnímá.

Pacienti po úrazech míchy většinou bývají apatičtí a depresivní. Zhroutil se jim celý svět, zde obtížnost spočívá v tom, že tito pacienti většinou komunikovat ani nechtějí. Je nutná psychická podpora sestry i přibuzného pacienta.

Velmi trpělivý přístup také potřebují pacienti s hypoxickým poškozením mozku. Ti většinou vše odsouhlasí, ale v ničem neposlechnou. Je nutné jim vše jednoduše a opakovaně vysvětlovat. Po upravení stavu je třeba změnit i komunikaci. U pacientů, kteří se probouzejí z bezvědomí, nebo po komplikovaných operačních výkonech, s kvantitativními a kvalitativními poruchami vědomí, se komunikace zaměřuje spíše na zjištění hloubky vědomí. Je nutné zjišťovat pohodlí, či nepohodlí pacienta a musíme se snažit o maximální zpětnou vazbu.

Na ARO se můžeme často setkat také s neklidnými a zmatenými pacienty. U těch se musíme snažit hlavně komunikovat o jejich orientaci v prostoru, místě a čase. V některých případech ale toto nepomůže, protože pacienti mají někdy nereálné představy o světě.

Z hlediska komunikace tvoří zcela specifickou komunikaci nemocní, kteří jsou při vědomí, ale jsou zaintubováni, nebo mají tracheostomickou kanylu. Tito pacienti jsou dlouhodobě připoutáni k ventilátoru a uvítají normální komunikaci. Rozhovorem o běžných tématech se rozptýlí jejich stereotypní pobyt na lůžku. U těchto pacientů je možné využívat mnoho komunikačních technik. Mezi ně můžeme například zařadit odezírání ze rtů. Je nejrozšířenější a nejjednodušší, ale vyžaduje ze strany pacienta dobrou artikulaci. Musíme pacienta poučit, aby mluvil pomalu a snažil se co nejvíce otevírat ústa. V případě, že nelze tento způsob využít, hledáme další možnosti dorozumění. K tomuto můžeme použít například abecední tabulku, kdy prstem pacient ukazuje písmena a z nich tvoří slova. Nejjednodušší ovšem je, když nemocný udrží tužku a papír a vše dokáže napsat. Většina pacientů si dokáže pomáhat i gesty, které

vystihují jeho nejčastější potřeby. Je nutné obrnit se trpělivostí, protože ve chvíli, kdy pacientovi příbuzný nerozumí, je pacient rozčilen a je tudíž nutné nejdříve jej zklidnit a teprve poté hledat další možnosti k navázání komunikace. (7).

1.6.2 Komunikace s problémovým pacientem

Při edukaci příbuzného pacienta nesmíme také zapomenout, že každý z nás se v určitých situacích chová jinak, je třeba upozornit na různé odlišnosti v chování při hospitalizaci. Pacient ztrácí své sociální role, je traumatizován z choroby a hospitalizace a jeho chování je často nepřiměřené. Nemoc pro něj představuje mimořádnou životní situaci a zhroucení celého osobního života. Může pro něj být i stresující, že je závislý na péči jiného člověka.

Nejčastěji se u pacienta setkáváme s agresivitou, může napadat příbuzné jak verbálně, tak fyzicky. Agresivní pacient nejen nespolupracuje, ale také nás může přímo ohrožovat. Častým podnětem k agresivnímu chování může být nepřekonatelná úzkost. Pacient má pocit, že je pro všechny zátěží, má úzkost z ohrožení a nejistoty, neznámého a z bolesti. Všichni zúčastnění by však měli zachovat klid a nedat pacientovi žádnou záminku k tomu, aby své chování opakoval. Pacient má právo reagovat na vzniklou situaci agrezí a jinými poruchami chování. Danou situaci zvládne lépe dostatečně připravené okolí a mohou být nemocnému obrovskou oporou a pomáhat mu. Vedeme příbuzné k tomu, aby byli dostatečně empatičtí a nenechali se odradit a nadále spolupracovali (18).

Každý pacient, který se cítí ohrožen na zdraví, trpí také úzkostnými stavy. Pacientova úzkost může mít různou intenzitu i délku trvání. S těmito pacienty se obtížně navazuje kontakt. S každou navozenou situací se úzkost stupňuje a vyhorcuje. Tyto pacienty je nutné neustále vhodně poučovat a podporovat. Při úzkosti se pacient obává nekonkrétních věcí, bolesti, nebo nějakých následků. Příbuzné bychom měli učit, aby byli k symptomům úzkosti vnímaví, ukázali zájem a poskytovali pacientovi podporu, měli by být klidní a neútočit a neměli by zlehčovat jeho pocity. Měli bychom zabránit tomu, aby pacient nepropadl až do hysterie, v nejkrajnějším případě je pak nutné použít

psychofarmakologickou podporu. Jsou li tito nemocní úzkostní, stávají se neošetřitelnými a nezvladatelnými (6).

Další kategorií problémového pacienta je pacient depresivní. Deprese způsobuje špatnou náladu, zhoršuje jeho psychický stav, je bez zájmu a bez chuti spolupracovat a nevidí žádné východisko z dané situace. Už předem vše vidí jako beznadějně. S tímto pacientem se špatně komunikuje, protože nám dává najevo, že nic nemá cenu a léčba je zbytečná. Aby se dalo s tímto pacientem bez problému komunikovat, je třeba zahájit psychoterapii a o této skutečnosti informovat rodinu. V případě bezradnosti se i rodinný příslušník může obrátit o pomoc ke klinickému psychologovi, který mu poradí, jak dále postupovat (6,18).

Jedna z nejobtížnějších spoluprací je s kverulujícím pacientem. Řada jeho neodůvodněných a tudíž neřešitelných stížností stěžuje a ovlivňuje práci zdravotnického personálu a mnohdy odrazuje příbuzné od kontaktu s ním. Jedná se o osobnostní rysy, které se neprojevují jen ve vztahu ke zdravotníkovi, ale také k jeho okolí. Tento pacient bývá často konfliktní i ve svém domácím prostředí, proto je zde nutná spolupráce s příbuzným pacienta. Při pochopení jeho charakterových vlastností se můžeme lépe připravit na komunikaci s ním. Z tohoto důvodu je také nutná důvěra mezi zdravotníkem a příbuzným, aby nedocházelo k přenášení dezinformací. (6)

1.7 Zapojení rodiny do ošetrovatelského procesu

Cílem spolupráce mezi sestrou a příbuzným pacienta je zapojení rodiny do ošetrovatelského procesu. Tato spolupráce může fungovat pouze za předpokladu, že rodina je funkční, je založena na dobrých vztazích, má dobré citové vazby a má zájem se zúčastnit na procesu uzdravování. Bártlová uvádí: „Je proto nesporná přímá souvislost mezi léčebným procesem a vlivem rodinných příslušníků a přátel na jeho pozitivním, případně i negativním průběhu“ (1,2002, str.91).

Proto je nutné umožnit co nejširší kontakt s rodinou. Pacient, který je delší dobu upoután na lůžko, by neměl zůstat sociálně izolovaný, neměl by se omezovat pouze

na krátké časové úseky. Rodinní příslušníci by však neměli narušovat průběh léčení, měli by dodržovat přesné pokyny personálu, aby nedošlo k poškození pacienta (1,3).

1.7.1 Pomoc rodiny při uspokojování základních potřeb

I přesto, že centrem péče se stávají zdravotnická zařízení, jsou ve většině případů příbuzní ochotni pomáhat v péči o pacienta. Sestra rodinu dostatečně motivuje a ukazuje, proč je důležitá jejich podpora. Aby rodina lépe pochopila celý systém ošetrovatelské péče, snažíme se jí ukázat její principy. Příbuzným vysvětlíme ošetrovatelskou činnost jako komplex činností a opatření zaměřených na splnění potřeb nemocného, aby mu nechybělo nic v době, kdy je odkázán na pomoc druhých. Zároveň také musí příbuzní pečovat o jeho duševní pohodu, aby byl dostatečně motivován k znovuzískání soběstačnosti a nezávislosti (3).

K tomuto je nutné znát potřeby nemocného. Nejlépe můžeme charakter potřeb pochopit na Maslowově stupnici hierarchie potřeb. Zde jsou seřazeny potřeby podle priorit. V souvislosti s neuspokojením potřeb se mění chování i jednání pacienta. Priority potřeb se ale také v průběhu nemoci mění.

Na nejnižším stupni v Maslowově hierarchii potřeb jsou potřeby fyziologické. Sem je zařazena především péče o tělo a pravidelnou hygienu, včetně prevence dekubitů, příjem potravin a tekutin, vyprazdňování, spánek a odpočinek, komfort a pohodlí spojené s úpravou a čistotou prostředí a dodržování přiměřeného pohybového režimu (3,4).

Zde má sestra nejvíce prostoru pro vysvětlování, poučování a učení příbuzného. Ukazuje názorně způsoby a postupy, jak o nemocného pečovat. Vše ale závisí na aktuálním stavu a diagnóze pacienta. Je možné rodinu zapojit do základní ošetrovatelské péče. Sestra ukáže postup, jak vést hygienu, poučí příbuzného, ale sama musí u tohoto asistovat. Pokud pacient přijímá potravu, rodina se může podílet na krmení, eventuálně dle pokynů sestry při dietním omezení i jídlo přinést z domova. Mnoho pacientů toto uvítá, může zde uspokojit i potřebu zvláštních chutí.

Při uspokojování potřeby spojené s úpravou a čistotou prostředí sestra umožní příbuzným, aby motivovali pacienta tím, že přinesou známé věci z domova: například obrázky, fotografie, knihu, MP3 přehrávač a podobně. Pacient má lepší pocit známého prostředí. Toto je vhodné i při probouzení pacienta z bezvědomí. Když vidí jemu známé věci, je klidnější a lépe spolupracuje.

Dále sestra ukáže příbuzným některé nenáročné techniky rehabilitace. Je vhodné pacienty masírovat na rukou a nohou, v rámci možnosti s rukama a nohama hýbat. Neustále však sestra dbá na to, aby nedošlo k poškození pacienta a stále na vše dohlíží a po celou dobu s příbuzným komunikuje.

Na dalším stupni v Maslowově hierarchii potřeb jsou potřeby psychické a sociální. V souvislosti se základními psychickými potřebami mluvíme o respektu, udržování soukromí a bezpečí a zachování sebeúcty. Nemocný ztrácí prestiž, životní rytmus, stravovací návyky, volnost pohybu, pracovní vytížení, různé aktivity, blízkost rodiny a podobně a navíc je vystaven neznámému prostředí s cizími lidmi, strachu z budoucnosti a o své zdraví, nespavosti, bolesti, nepříjemným zákrokům a mnoha omezením, které intenzivní péče vyžaduje. Zde rodině vysvětlíme, jak důležité je pacienta psychicky podporovat. Je nutné jej neustále povzbuzovat a dodávat mu sebevědomí, aby se snažil co nejdříve získat zpět svou nezávislost. Zde hraje rodina nezastupitelnou roli, neboť jen oni nejvíce pacienta znají a ví o jeho slabinách a kde je třeba nejvíce pomoci. Jejich úlohou je snažit se pacienta zbavit strachu a úzkosti a pomoci překonávat nejistotu z neznámého (7,20).

Také by sestra neměla podcenit pocit jistoty a bezpečí, který pacient ztratil během hospitalizace z důvodu nedostatku informací, obav z diagnostických či terapeutických výkonů, z neznalosti vlastní diagnózy, nebo z možnosti trvalého postižení. Úkolem sestry je opět navodit pocit jistoty a bezpečí a edukovat příbuzné, jak k tomu přispívat. Individuálním přístupem dostatečně naslouchat a neustále komunikovat, trpělivě a empaticky zodpovídat na dotazy, v rámci možností plnit přání pacienta, udržovat jeho maximální soběstačnost a udržovat zájem o jeho problémy.

Ve většině případů nemocný trpí menší, či větší intenzitou bolesti. Bolest má největší negativní vliv na pacientovu psychickou rovnováhu. Při bolesti se tělesné,

psychické a sociální problémy mohou jevit jako nepřekonatelné. To vede ke změnám nálad a některých neočekávaných emočních reakcí. Bolest je vnímána velmi individuálně a psychické faktory zvyšují nebo snižují citlivost na bolest. Jen léky zde leckdy nezaberou. Na rodině je tedy největší část psychické podpory a jen rodina se nejvíce dokáže vcítit do psychiky pacienta. Proto v uspokojování psychických potřeb pomoc rodiny maximálně přivítáme a podporujeme ji (2,9).

Další důležitou potřebou je potřeba sociální. Sociální opora je jedna z nejdůležitějších pozitivních faktorů, která ovlivňuje vliv různých negativních životních situací a působí na psychický a fyzický zdravotní stav člověka a na jeho pohodu a kvalitu jeho života. Každý člověk je při hospitalizaci vytržen ze svého sociálního prostředí a při sociální izolaci strádá. Proto návštěvy vítáme. Snažíme se dle provozu oddělení maximálně umožnit kontakt pacienta s příbuzným.

Sociální prostředí pro člověka také představuje kontakt se světem. Proto je pro něj důležitá i informovanost o dění ve světě. Pro nemocného jsou také vhodným společníkem televize nebo rádio.

Dobu návštěv upravujeme dle zdravotního stavu pacienta, aby byla přiměřená a nedocházelo k velkému vyčerpání pacienta. Emocionální blízkost je zde ale důležitá. Když pacient upadá do deprese, příbuzní mu dodávají naději a uklidňují jej nejen svou přítomností, ale i třeba držením za ruku (2, 10).

Při uspokojování duchovních potřeb se zaměřujeme především na respektování náboženské svobody. Dle přání pacienta a rodiny umožníme i kontakt s jeho duchovním, katolickým knězem, rabínem, nebo jiným náboženským představitelem (3,4).

Při uspokojování všech potřeb se snažíme o navrácení pacienta zpět do aktivního života a o znovunastolení dobré kvality života jako před onemocněním, či úrazem. Kvalita života je individuální pocit, je to osobní a subjektivní vnímání zdravotního stavu, spokojenosti, bolesti, nadějí a podobně. Proto je nejdůležitější uspokojit pacientovu potřebu soběstačnosti. Je to schopnost samostatnosti při vykonávání běžných aktivit denního života, při hygieně, oblékání, výživě a vyprazdňování. Je nutné maximálně podporovat nezávislost nemocného. Pro psychiku

nemocného má zvyšování soběstačnosti velmi významný psychický dopad. Pacient se raduje z obnovení základních činností a motivuje jej to k dalšímu posilování a zlepšování svých motorických a kognitivních funkcí. Cílem zdravotnictví je zachování a navrácení zdraví pacienta (9).

2. Cíle a výzkumné otázky práce

2.1 Cíle práce

Byly stanoveny tyto cíle:

1. Zmapovat, zda sestry chápou důležitost kontaktu hospitalizovaného pacienta na ARO s rodinou pro zlepšení psychického stavu.
2. Zjistit, zda sestry spolupracují s rodinou pacienta, zapojují ji do ošetřovatelského procesu a poskytují příbuzným dostatek informací o ošetřovatelské péči.
3. Zmapovat ochotu rodiny při spolupráci s ošetřovatelským personálem

2.2 Výzkumné otázky

Byly položeny tyto výzkumné otázky:

1. Jak sestry komunikují s rodinou pacienta?
2. Jak umožní sestra, nemožností oddělení, pacientovi dostatečně dlouhou dobu na kontakt s rodinou?
3. Jakým způsobem sestry zapojují rodinu do ošetřovatelského procesu?
4. Jaká je zpětná vazba od příbuzných po sdělení informací, které jim sestra v rámci své kompetence poskytne?
5. Jaký je přístup rodiny pacienta při spolupráci s ošetřovatelským personálem?

3. Metodika

3.1 Metody a techniky výzkumu

Ve výzkumné části této práce byla použita metoda kvalitativního šetření. Ke sběru dat byly použity polostrukturované rozhovory, které vycházely ze studia odborné literatury. V rozhovoru bylo použito 8 okruhů otázek pro sestry a 8 pro příbuzné a v průběhu nich byly kladeny i doplňující otázky (viz příloha 1 a 2). Informace byly poskytnuty anonymně. Veškeré informace získané rozhovorem byly zpracovány a tvoří základ pro vypracování kategorizačních tabulek.

Výzkumné šetření bylo realizováno v období od 25. 2. do 11. 3. 2011.

3.2 Charakteristika výzkumných souborů

První soubor oslovených respondentů tvořily sestry pracující na ARO ve Fakultní nemocnici v Plzni s různou délkou praxe od 3 do 18 let. Věk sester byl v rozmezí od 24 do 36 let. Druhou skupinu oslovených respondentů tvořili příbuzní pacientů tamtéž hospitalizovaných. U těchto skupin, tvořených sedmi sestrami a sedmi příbuznými, byla porovnávána míra spolupráce při ošetřování pacienta.

4. Výsledky výzkumu

4.1 Výsledky rozhovorů - sestry

Sestra 1 (S1)

Má 15 let praxe ve Fakultní nemocnici. Po ukončení Střední zdravotnické školy pracovala na ORT JIP. Po několika letech začala mít pocit, že už jí práce zde nenaplňuje a tak po domluvě s vedením přešla na ARO. Zde pracuje 6 let. Práce se jí velmi líbí. Je to energická a pohotová sestra. Toto vysoce specializované pracoviště jí vyhovuje. V rámci celoživotního vzdělávání si dodělala ARIP a nyní studuje 2. rokem bakalářské studium obor ošetrovatelství. Na ARO by chtěla pracovat, dokud jí tato velice fyzicky psychicky náročná práce nebude vyčerpávat a bude zde pracovat s chutí.

Mimo poskytování ošetrovatelské péči o pacienta ví, že je také nutné se postarat o příbuzné, kteří za pacienty docházejí. Při prvním kontaktu na nich vidí velké rozpaky a ve velké míře strach. Vždy se snaží u nich co nejvíce vzbudit důvěru. *„Dle mého názoru, bez navození důvěry není možná následná komunikace a spolupráce vážne. Já nutně potřebuji získat příbuzného na svou stranu. Musím ho dokázat přesvědčit ke spolupráci.“* V rámci vzbuzování důvěry se příbuznému sestra představí a pozvolna příbuzného ještě před vstupem na pokoj a po informaci o zdravotním stavu od lékaře připraví na to, jak bude návštěva probíhat. *„Vždy ještě upozorním na informační tabuli v čekací místnosti. Tu jsme si my sestry samy vypracovaly a nafotily jsme a popsaly situace, které souvisí s hospitalizací, Příbuzní musí byt předem připraveni na to, že jejich milovaný má změnu vědomí, může být zaintubován, je napojen na mnoho přístrojů a z těla mu vede sousta hadiček.“* Tyto základní informace sestra vysvětluje předem. Podle ní však tyto informace musí poskytovat s ohledem na psychické rozpoložení příbuzného a ohledem na jeho mentální zralost. Musí dbát na to, aby nedošlo k nedorozumění a příbuzný všechno dostatečně chápal. Pak sestra uvede příbuzného na pokoj.

Po prvním šoku pak sestra začne vysvětlovat i ostatní detaily spojené s ošetrovatelskou péčí již u lůžka nemocného. Zde už má i lepší prostor i pro názorné ukázky. „*Většinou se setkávám s pozitivní reakcí příbuzného na mou komunikaci. Není nic nezvyklého na tom, že se příbuzní bojí zeptat, nebo pouze neví, kde začít, aby třeba nevypadali hloupě, nebo prostě jen něčemu nerozumí.*“ Ke komunikaci přistupuje sestra aktivně. Snaží se být naprosto empatická. Myslí si, že s komunikací nemá problémy. K tomu jí mají pomáhat občasné semináře na toto téma a ve velké míře i její velmi otevřená povaha. Dbá na to, aby mluvila zřetelně a pomalu s ohledem na příbuzného. „*Musím dbát na to, abych mluvila natolik srozumitelně, aby mě pochopila i 90 letá babička, nebo naprostý laik, který nikdy v nemocnici nebyl.*“ Snaží se během rozhovoru neustále přesvědčovat, že příbuzný všemu porozuměl a vybízí ho k případným dotazům. „*V komunikaci vidím základ a nutnost po celou dobu návštěv. Chci, aby příbuzní i přes velký stres vycházeli s pocitem, že o nemocného je dobře a profesionálně postaráno.*“

Návštěvní hodiny zde sestry v plné míře umožňují v rámci oficiálního povolení. Myslí si, že 4 hodiny strávené u příbuzného jsou dostačující už jen z toho důvodu, že ne vždy jsou příbuzní u pacienta po celou dobu návštěv. Když je pacient v bezvědomí, někdy mají příbuzní pocit, že jejich návštěva je zbytečná. „*Na mně je potom, abych jim vysvětlila a přesvědčila je o opaku. Vysvětlím, jak je jejich přítomnost důležitá vybízím je k tomu, aby na svého rodinného příslušníka mluvili a byli s ním v kontaktu i bez odezvy z jeho strany.*“ Kdyby návštěvní hodiny nevyhovovaly, doporučí příbuznému obrátit se na přednostu kliniky k domluvení individuálního termínu. Většinou se sestra 1 snaží většinu péče vykonávat v době před návštěvami, aby příbuzní potom mohli u pacienta nerušeně být.

Když už na ARO pacient leží delší dobu a s ohledem na to, jak příbuzní pobyt zvládají, začíná je sestra pomalu zapojovat do ošetrovatelského procesu. Zde ovšem velmi záleží na vztazích v rodině. Ale většinou se setkává s kladnou odezvou. Ukazuje příbuzným, že mohou být nápomocni s masáží, s krmením, polohováním nebo hygienou. „*Nikdy však příbuzné nenutím. Už několikrát se mi také stalo, že oni správně nepochopí důvod, proč pomáhat a dají mi najevo, že placená jsem zde za to já. Snažím se jim vysvětlit, že pacient bude mít lepší pocit a bude ho to motivovat ke spolupráci.*“

Sestra 1 ale vysvětluje, že většina příbuzných se do ošetrovatelského procesu zapojí s chutí a z pomoci mají velmi dobrý pocit. „*Doporučím jim také, že mohou přinést z domova osobní věci, jako je například kniha, MP3, fotografie, nebo i uvařit domácí stravu odpovídající adekvátně zdravotnímu stavu.*“ Nejvíce se snaží zapojovat příbuzné u pacientů s ordinovanou bazální stimulací. Tam je pomoc příbuzného nejžádanější a nejdůležitější a bez ní by asi tolik nefungovala. „*Příbuzné v bazální stimulaci trénujeme. Vysvětlíme její princip a domluvíme si společné signály na oslovení a iniciační dotyk a společně spolupracujeme. Jsem přesvědčená, že tím docílíme lepších výsledků.*“

Sestra se domnívá, že pevné rodinné vazby napomáhají lepšímu zvládnutí hospitalizace nemocného. Příbuzní docházejí pravidelně a pomáhají mu nejvíce psychicky už svou přítomností. Na pacientech, kteří jsou sami, nebo mají návštěvy jen omezené (např. víkendové) je vidět, že chřadnou. Spolupráce s nimi je složitější, jsou mrzutější a myšlenky mají upnuté jen na víkend. Sestra popisuje pacienty bez rodiny: „*Jsou apatičtí, nemají zájem se uzdravit. Mnohdy od nich slyším, že nemají pro co žít a kdyby zemřeli, nebudou nikomu chybět. Pro mě je daleko těžší takovéto pacienty motivovat k uzdravování a spolupráci se mnou. Medicína není všemohoucí a poslední výzkumy, na které narážíme při seminářích a ve školách, ukazují stále častěji na to, že těžko uzdravíme tělo, bez uzdravení duše. Někdy se pacient natolik uzavře do sebe, že musíme použít medikamentózní léčbu pro zlepšení psychického stavu.*“

Pro případy pacientů propadajících chmurám či depresi mi sestra sděluje o možnosti návštěvy klinického psychologa. Protože sestra je s pacientem celý den, ona nejvíce vnímá kvalitu jeho psychického stavu. Po domluvě s lékařem je přizván klinický psycholog, který navrhne léčbu a aktivně několikrát denně dle potřeby pacienta k němu dochází a promlouvá s ním. V tom vidí sestra velké pozitivum, neboť někdy má pocit, že pacient se raději s důvěrou obrací na lékaře. Sestra se ve spolupráci s klinickým psychologem snaží nalézt cesty ke zlepšení psychického stavu a tím i k motivaci uzdravení se a rychlejší rekonvalescenci. „*Klinického psychologa doporučuji i příbuzným. Mohou se na něj obrátit, když psychicky nezvládají tento velký stres. Tam si mohou popovídat o problémech spojených s hospitalizací. I oni potřebují motivovat, aby*

vše zvládli a dokázali pokračovat v podpoře svého příbuzného při uzdravování a nadále ho navštěvovali. “

Sestra 2 (S2)

Sestra pracuje na ARO 3 roky. Nastoupila sem hned po ukončení bakalářského studia v oboru ošetrovatelství. Nyní studuje pomaturitní specializaci ARIP. Tu potřebuje pro práci na ARO, z důvodu zkvalitnění svých pracovních schopností a dovedností na intenzivní péči.

Komunikace sestry při prvním kontaktu s příbuznými závisí na tom, jakou dobu sem příbuzný již dochází. V každém případě se nejdříve představí a důrazně příbuznému připomene, ať se na ni obrátí s jakýmkoliv dotazem či vysvětlením. Sestra se maximálně snaží příbuznému dotazy zodpovědět. Pokud je zde příbuzný úplně poprvé, začíná ho pomalu seznamovat s oddělením. Nejdříve se sestra přesvědčí, zda už příbuznému byly podány informace od lékaře. *„U nás je zvykem, že poprvé lékař vysvětlí vše o zdravotním stavu, s jakou diagnózou zde pacient leží, jaké je v jeho aktuální postižení a potíže a sdělí příbuznému následný postup léčby a přibližnou prognózu hospitalizace. Já připomínám příbuzným, že je ale možné dostat informace každý den a tak mít přehled o aktuálním stavu,“* vysvětluje sestra. Pak příbuzného informuje o ošetrovatelských postupech, které u pacienta provádí a o veškeré přístrojové technice obklopující lůžko.

Sestra vypráví: *„ Za každých okolností chci být naprosto v komunikaci profesionální, vstřícná, příjemná. Vím, že příbuzní velmi trpí a tak jim chci zde pobyt maximálně ulehčit. “* Sděluje, že nynější trend na ARO je příbuzné nepřehlížet. Veškeré znalosti ze školy, kterou vystudovala, zde uplatňuje. Věří, že by nedokázala správně komunikovat s příbuznými, kdyby neměla předešlé potřebné teoretické znalosti. Na univerzitě jim byl zdůrazňován dnešní přístup k pacientovi a k příbuznému jako ke člověku, kde dobrá psychika hraje velkou roli. Ze školy je poučená o bio-psycho-sociologickém přístupu k nemoci a pacientům a o tom, jak důležitý vliv má na psychiku umožnění návštěv. Proto sestra podporuje příbuzné v navštěvování pacientů. Neustále je

ujišťuje, jak je jejich přítomnost důležitá, že pacienti mají strach a s příbuzným, který je drží za ruku, ho lépe překonávají. Mají pocit, že nejsou na všechno sami, mohou se jim svěřit se svými potížemi: „*K příbuzným mají pacienti větší důvěru. Někdy se stane, že se bojí o něco požádat, nebo je mu hloupé nějaké přání vyslovit. V mnoha případech je to také proto, že se stydí obtěžovat,*“ vysvětluje sestra. Přestože opakovaně vybízí pacienty k tomu, aby se nebáli, mnohdy se svěří jen rodině. Na sestře je, aby vzbudila v příbuzném takovou důvěru, aby se na ní kdykoliv s problémem obrátil a leckdy mluvil za pacienta v jeho prospěch. Jediný problém při komunikaci s příbuznými má a to tehdy, když se někteří snaží sestru přesvědčovat v tom, aby jim poskytla informace a diagnózu a prognózu zdravotního stavu. „*Snaží se mě do hovoru o nemoci pacienta vmanipulovat a někdy je komunikace s nimi velmi těžká. Opakovaně se snažím vysvětlovat, že tyto informace poskytuje pouze lékař.*“ Ještě sestra dodává, že mnoho příbuzných chce sdělovat informace, jak dlouho léčba potrvá, kdy se pacient probudí z bezvědomí, jak kvalitní bude jeho vědomí po probuzení, zda nebude mít nějaké následky, eventuálně, kdy půjde do domácího ošetření. Sestra musí dobře znát zásady komunikace, aby si s těmito situacemi dokázala poradit a přitom nezranila ani nerozčílila příbuzné a oni neměli pocit, že mu zatajuje důležité informace. Jinak se sestra nevyhýbá žádným tématům, které příbuzní nastíní. Velmi rádi si popovídají o tom, jaké to bylo před nemocí a o problémech, které vyvstanou, až se pacient uzdraví.

Návštěvní hodiny jsou oficiálně dané a striktně dodržované. Sestra ví, že příbuzní je do minuty vyžadují dodržovat. Ví, že jsou pro pacienty důležité, nebrání jim, ba naopak příbuzným radí, aby je maximálně využívali. Někdy se však setká i s naprosto negativní reakcí. Nejde o to, že by příbuzní nechtěli na návštěvy chodit, ale o to že nechtějí odejít. Někdy sestra přivře oko, a když je příbuzný velmi ustrašený (nejvíce se jedná o rodiče dětí), nechá ho na návštěvě déle. Problém ovšem v mnoha případech nastává, když je nutné návštěvu ukončit z důvodu nutného vyšetření či výkonu: „*Příbuzní nás někdy osočují, že to děláme snad schválně. Proč nemáme práci zorganizovanou tak, aby odpoledne už byl na oddělení klid a oni tu mohli být bez omezení.*“ To ovšem dle sestry nelze splnit. Jsou zde akutně řešeny problémy dle aktuálního zdravotního stavu a některá vyšetření se nedají odkládat. Většinou je prý

horší domluva s lidmi, kteří absolutně nerespektují provoz oddělení a tomu většinou ani nerozumí. Na sestře je potom to, jakým způsobem dokáže situaci zvládnout. Musí vystupovat profesionálně a řádně vysvětlit důvody ukončení návštěvy. Je nutné, aby komunikace byla vzájemná, sestra se musí přesvědčit, že příbuzný všemu porozuměl a že chápe, proč je toto nutné. V mnoha případech se však na důležitých okolnostech vždy domluví. V případě, že je velký problém, volá sestra k podání informací lékaře a s ním následně umožní jinou dobu na návštěvu. *„I když je někdy domluva složitá, snažíme se příbuzným s ohledem na chod oddělení vyjít vstříc a umožníme návštěvu v jinou denní dobu. Setkáváme se s kladnou odezvou na naše oddělení a měřítkem pro nás jsou následná písemná poděkování našemu vedení.“*

Při rozhovorech s příbuznými sestra neustále opakuje to, jaký má návštěva na pacienta pozitivní vliv. Poukazuje na to, jak se při jejich příchodu nemocnému zlepší nálada, je spokojenější a více nabitý energií a na návštěvu se těší každý den. *„Někteří pacienti před návštěvami neustále koukají na hodiny, které nají na dohled a je na nich vidět, že už se nemohou dočkat. Nejhuře to pocítují pacienti, kteří jsou z daleka a čekají návštěvy až o víkendu. S těmi je přes týden horší spolupráce, jsou depresivní a nemají chuť spolupracovat,“* vysvětluje sestra.

Sestra popisuje, že ve většině případech se setkává s pozitivní reakcí příbuzných na návštěvy. Před 14 hodinou se už začínají příbuzní před ARO shromažďovat, aby nepřišli ani o minutu z času, který na oddělení mohou strávit a odcházejí až těsně před 18. Hodinou. Sestra s nimi má vesměs dobré zkušenosti. Ráda jim vysvětlí veškeré úkony, které u nemocného provádí a pokaždé se zeptá, zda se chtějí zapojit. Mnoho jich to uvítá. Mají prý pocit, že jsou užiteční a že jen pasivně nesledují dění kolem sebe. Většina z nich chce nemocnému pomoci a tak i jakákoliv minimální pomoc z jejich strany je pro ně důležitá. Sestra jim vysvětlí, že pomáhají ne proto, aby si ona odpočinula, ale že vzájemný kontakt může být pro pacienta velmi důležitý a má velký pocit podpory z jejich strany. *„Pro mne je naopak práce navíc je zaučovat do některých úkonů. Ale vím, že spolupráce je důležitá a podporuje pacienty ve zlepšování psychiky a tím se i oni snaží rychleji uzdravit.“*

Sestra 2 se domnívá, že rodina hraje velmi důležitou roli v procesu uzdravování. Vidí rozdíly v procesu uzdravování. Sleduje rozdíly u pacientů, kteří podporu rodiny mají a kteří ne. Zlepšuje se jim psychický stav a alespoň na tu chvíli přes den mají lepší náladu, čas jim lépe uteče, když se jim příbuzní věnují a chtějí se brzy vrátit domů. Sestra říká: „*Pacienti s dobrým rodinným zázemím se lépe uzdravují už jen z toho důvodu, že mají lepší motivaci k návratu domů. Ví, že je tam někdo čeká a jsou rádi, když jsou nepostradatelní a mají pocit, že by to doma bez nich nezvládli. A tak více rehabilitují a snaží se, aby byli znovu soběstační a mohli z nemocnice odejít.*“ Sestra už pečovala i o pacienty bez rodiny. Nejhorší jsou na tom dle ní ti, kterým před časem zemřel partner, či někdo blízký. Ti hovoří jen o tom, že už také chtějí odejít a další život pro ně nemá smysl. V takových případech je vhodná konzultace klinického psychologa. Sestra nikdy tuto situaci neignoruje: „*Klinický psycholog si s pacientem povídá, zjistí důvod zhoršení psychického stavu a ukáže nám i jemu možnosti na jeho zlepšení.*“ Při prohlubování deprese se musí nasadit medikamentózní léčba, v mírnějších stavech stačí jen denní konzultace psychologa. Tuto možnost sestra nabízí i příbuzným. Aby mohli fungovat a pomáhat pacientům, musí být také v pohodě a vyrovnaní. Nakonec sestra i sděluje, že klinický psycholog funguje i pro fyzicky a psychicky přetížený zdravotnický personál.

Sestra 3 (S3)

Sestra má 11 let praxe. Po ukončení SZŠ pracovala na ARO v Praze. Zde dostudovala pomaturitní studium ARIP. Před 8 lety se přestěhovala do Plzně, zde pracuje 8 let ve FN na ARO. Toto oddělení jí vyhovuje, má ráda tuto vysoce psychicky i fyzicky náročnou práci. Nyní studuje 3 rokem bakalářské studium v oboru všeobecná sestra. Ke studiu byla více méně donucena zaměstnavatelem, ale nijak toho nelituje. Zjistila, že studium na vysoké škole se jí rozšíří obzory, učí se zde předměty, které jsou pro její práci důležité a které nikdy učivo SZŠ neobsahovalo.

Na ARO si sestry domluvily určité postupy, jak vhodně přistupovat k příbuzným, kteří dochází za pacienty. Sestra je přesvědčená, že to bylo nutné.

Sjednocením těchto postupů zabrání tomu, aby se na nějaké informace nezapomnělo, nebo aby se nestalo, že nějaký příbuzný má jen kusé informace. „*Také tím předejdeme následným stížnostem. Dnes si většinou naši práci příbuzní chválí. Z různých stran se pak zpětně dozvídáme o chvále na nás,*“ vypráví sestra. Také sděluje, jakým způsobem příbuzné uvádí na oddělení. Po zhlédnutí materiálu vyvěšeného v čekací místnosti a poskytnutí informací od lékaře, jsou příbuzní dovedeni na pokoj. „*Mnoho příbuzných jsou na ARO poprvé. Neviděli pacienta v bezvědomí, neznají naše přístroje, neví, k čemu slouží. Naši práci mnohdy nedoceňují. Stále je ještě na sestry pohlíženo jako na lepší služby.*“ Zde na ARO, když se příbuzní zorientují, zjistí, že je o pacienty velmi dobře postaráno. Sestra se snaží příbuzným podat veškeré informace, které se týkají ošetrovatelské péče. Seznámí je s provozem oddělení. Popíše naplánovanou ošetrovatelskou péči a při jednotlivých úkonech příbuzným vysvětluje, co a proč dělá. Setkává se s pozitivními reakcemi od příbuzných. Věří, že když jsou se vším seznámeni, lépe vše pochopí a sestry a ošetrovatelskou péči na tomto oddělení budou respektovat.

S rodinou pacienta se sestra snaží komunikovat pokaždé, když přijde. Dle ní musí mít základní znalosti a dovednosti spojené s komunikací. Musí být empatická. „*Musím vycítit, kdy je co vhodné říci a komu. Musím vycítit psychické rozpoložení příbuzného a adekvátně na něj reagovat. Slušné chování je samozřejmostí.*“ Sestra vysvětluje, jak je někdy komunikace s příbuznými složitá. Je nutné, aby byla trpělivá. Příbuzní se setkávají s tímto prostředím poprvé a nerozumí tomu, co se děje. Sestra musí opatrně vysvětlovat veškeré postupy, které s péčí o pacienta souvisejí. Musí nechat dostatečný prostor pro případné dotazy příbuzného. Aktivně se také sestra ptá, zda příbuzný všemu rozuměl. „*Dnes vidím, jak důležité je pro mě mít znalosti, které mi usnadňují komunikaci a já nemusím systémem pokus a omyl zjišťovat, zda jsem při rozhovorech s příbuznými neudělala chybu. Vyvaruji se tím velkým nedorozuměním a příbuzní vidí, že práci rozumím. Příbuzní jsou zde většinou velmi rozrušení a já musím rozhovory vést směrem, který potřebují. Musím příbuzné uklidnit a povzbudit, aby vše zvládli a chtěli nám a tím pacientovi pomoci.*“ Dále sestra v rámci komunikace označuje za nejtěžší navázat kontakt s agresivním nebo velmi negativistickým

příbuzným. Stojí jí velké úsilí příbuzného uklidnit. Většinou se takový člověk někoho snaží obvinít a tak slovně napadá i sestry. „*Agresivního příbuzného se snažím uklidnit a spíše ho nasměrovat k tomu, aby spolupracoval. Velmi také průběh komunikace závisí na důvěře. Jakmile mi příbuzný nevěří, nechce se domluvit většinou na ničem. V tom případě volám lékaře. Ten se snaží domluvit a opět příbuzného po poučení předá mě.*“ Sestra poučuje příbuzného o důležitosti spolupráce a ta bez vzájemné komunikace není možná.

V rámci seznámení se s oddělením sestra také upřesní dobu návštěv. Tato doba je oficiálně předepsána a je dodržována. Příbuzní ji tudíž vyžadují. „*Někdy se stane, že nemůžeme příbuznému z nějakého důvodu vyhovět v návštěvě a na mě je, abych citlivým, ale důrazným způsobem vysvětlila tyto důvody a požádala příbuzného o ukončení návštěvy.*“ Když sestra potřebuje provést nějaký nepříjemný úkon u pacienta, požádá příbuzného, zda by chvíli počkal před pokojem. Když se stane, že jsou nějaké komplikace a je třeba nerušeně pracovat, požádá sestra příbuzného, aby přišel následující den. Nabízí jim také možnost domluvit se s přednostou ARO na změně návštěvních hodin, ale s ohledem na provoz oddělení a pouze jen z vážných důvodů. „*O víkendu je provoz oddělení klidnější a tak je méně překážek návštěvu vykonat v jinou denní dobu. Ale samozřejmě se snažíme příbuzným maximálně vyjít vstříc a nikdy se nestalo, že bychom se nedomluvili. V mnoha případech se příbuzní návštěvním hodinám přizpůsobí už jen proto, že se domnívali, že na takovém oddělení se návštěvy nepovolují.*“

Dále sestra uvádí, že se snaží příbuzné zapojit do ošetrovatelského procesu. Ukazuje jim činnosti, při kterých mohou asistovat, anebo je provádět samostatně. Nejdříve se sestra ujistí, že příbuzný chce pomáhat a že to po předešlém poučení zvládne. „*Mnoho z nich se bojí, aby pacienta nepoškodili. Je na mě, abych jim vysvětlila, co mohou a co ne. Upozorním je, na co si mají dát pozor.*“ Sestra si před manipulací s pacientem nejdříve zkontroluje, zda všechny hadičky a kabely má dobře spojené, veškeré katétry zajištěné proti vytažení a pak nedojde k žádné situaci, která by pacienta ohrozila. Sestra má tu zkušenost, že po čase chodí příbuzní za pacienty jako „domů“. Nacvičí si určité stereotypy nutné na ARO, jako je dezinfekce rukou apod. a

přístupují k pacientovi bez obav. Nejlépe je prý to znát u dlouhodobě ležících, kdy zahajuje bazální stimulaci. Sestra ukáže příbuzným, jak s pacientem pracovat na principech bazální stimulace.

Jakmile se příbuzní na ARO zorientují a jsou seznámeni s přístroji a pomůckami u lůžka pacienta, zbaví se tím strachu se k němu přiblížit a manipulovat s ním. Když přijmou tu skutečnost, že jejich pomoc je pro pacienta důležitá a jejich rodinné vztahy jsou pevné, chtějí se ošetrovatelské péče zúčastnit. Jakmile vidí u pacienta pokroky, motivuje je to k další spolupráci. Sestra se ale nesetkává jen s pozitivními reakcemi. Některým příbuzným je nepříjemné s pacientem hýbat. Myslí si, že by měli nehybně ležet a že jakákoliv manipulace by mu ublížila a měl by velké bolesti. *„Při dnešní ošetrovatelské péči a lékařských možnostech není možné, aby pacient trpěl a měl bolesti. Samozřejmě mírnou bolest může pociťovat. To závisí na výšce prahu bolesti a na jeho osobnosti. Každý pacient snáší bolest jinak. Některého obtěžuje i malá bolest, jiný zvládne i větší bez větších problémů. Není ale na místě bolest ignorovat. Prohlubuje pacientovi depresi a omezuje jej v pohybu a rehabilitaci. Naším sídlem je snížit bolest na minimum, aby pacient nebyl omezován a bolestí obtěžován.“* K tomu sestra dodává, že když příbuzní vidí, že je pacient v pohodě, uleví se i jim. Velmi s pacientem soucítí a trpí pohledem na nemocného.

Sestra neustále připomíná příbuzným, jak jejich návštěvy jsou pro ně důležité. To, jak dlouhá doba návštěv je povolena je sice velice zatěžuje, je pro ně psychicky náročné neustále vše příbuzným vysvětlovat, uklidňovat je a motivovat v tom, aby vydrželi, ale je si vědoma toho, jak je to pro pacienty důležité. *„Někdy je velmi vyčerpávající, když se příbuzný během návštěv na tu samou věc zeptá opakovaně. Musím se zachovat naprosto profesionálně a trpělivě a srozumitelně znovu a znovu vysvětlovat. Největší problém je se starými lidmi. Dnešní technice nerozumějí a tak jim naprosto unikají veškeré souvislosti.“* Sestra ale vždy vytrvá a nakonec je velmi ráda, že příbuzný má o pacienta zájem. *„Pro některé je naprosto přirozené se o pacienta starat. To je pro mě lehká práce. Nemusím je nutit do spolupráce, oni sami vidí, že jsou tu žádání a ví, že je pro pacienta důležité, aby tu byli. Ale většinou s pochopením, jak jsou*

návštěvy důležité není problém. Problém nastává ve chvíli, jak už jsem se zmínila, když žádám o spolupráci. “

Sestra při styku s příbuznými už docela dobře odhadne charakter a psychiku příbuzných. Jakmile má pocit, že se na příbuzného hrnou velké stresové situace a že on začíná mít problémy se s nimi vyrovnat, nabídne pomoc klinického psychologa. Tuto informaci sděluje velmi opatrně. Už se vícekrát setkala s negativní reakcí, kdy se příbuzný rozčílil, že není blázen a psychiatra nepotřebuje. Vysvětluje, že u mnoha lidí je v podvědomí z dřívějších dob, že psychiatr léčí blázny. Na sestře je, aby svými komunikačními dovednostmi uklidnila situaci a uvedla vše na pravou míru. Musí příbuznému vysvětlit, že klinický psycholog si s nimi může jen povídat. Jde o to, aby si o svých starostech a obavách mohli s někým promluvit a kdo jim ještě navíc může pomoci velkou psychickou zátěží lépe zvládat. Za pacienty, kteří na ARO leží, dochází psycholog v dopoledních hodinách a je většinou vítán. Pacienti mají dobrý pocit z toho, jak se jim všichni věnují a když mohou nějakým způsobem komunikovat, rádi s ním pohovoří.

Sestra 4 (S4)

Sestra vystudovala na VZŠ diplomovanou specialistku v oboru sestra pro intenzivní péči. Pro školu 2 roky studovala anglický jazyk v Anglii a zde si přivydělávala jako chůva dětí. Po návratu zpět do Plzně nastoupila na ARK. Na ARO pracuje již 8. rokem.

Sestra při rozhovoru sděluje, že kontakt s příbuznými je pro sestry, ošetrovatelskou péči, provoz oddělení a hlavně pro pacienty nedílnou součástí. Sestry přistupují k příbuzným naprosto přirozeně. Je pro ně samozřejmé je uvést na oddělení, seznamovat je s jeho chodem, ukazovat veškeré činnosti a neustále s nimi komunikovat, aby se zde dobře cítili a měli pocit sounáležitosti. Při prvním kontaktu s příbuznými zjistí, kolikátý den zde pacient leží, po kolikáté sem příbuzný přišel. Podle toho si sestra zhruba udělá obrázek, v jaké fázi informovanosti asi příbuzný je. *„Informace od lékaře je zvykem příbuzným podávat denně. Při změně zdravotního stavu k horšímu je lepší*

volat lékaře ihned k podání informace ještě před vykonanou návštěvou. Jinak lze informace podat během návštěvních hodin kdykoliv.“ Sestra se poté už příbuzným věnuje sama. Několika dotazy zjistí, jaké znalosti už zde příbuzní získali. Ujistí se, že příbuzní znají důvod hospitalizace a jsou seznámeni s provozem oddělení. Poté se sestra dotazuje k jednotlivým věcem zvlášť, aby mohla navázat kontakt na předešlé informace od kolegyň. Postupně příbuzné zasvěcuje do dalších věcí souvisejících s hospitalizací, léčbou a ošetřováním. *„Je velký rozdíl mluvit s příbuzným, který sem denně dochází 14 dní, než s tím, který je zde potřetí. Tomu také odpovídá úroveň vyšší komunikace. Příbuzní, kteří dochází pravidelně a mají velký zájem o to seznámit se s ošetrovatelskou péčí, brzy získají přehled o výkonech denně vykonávaných, ucelují si celkový obraz péče a už máme na co navázat. U těch, kteří ještě nejsou seznámeni s veškerými činnostmi na ARO, musíme víc vysvětlovat od základních úkonů ke složitějším.*“ Pro sestru je nejdůležitější výsledek komunikace. Opakovaně se příbuzných ptá, zda vše pochopili a potěší ji, když vidí, že po nějaké době začnou o věcech mluvit zasvěceně a visí, že její snaha měla smysl.

Při komunikaci s příbuznými se sestra snaží dodržovat určitá pravidla. Ty získala na přednáškách ve škole. Nadále se účastní seminářů o komunikaci pořádaných FN, kde většinou o problémech komunikace přednáší klinický psycholog. Tím si své znalosti spojené s komunikací zdokonaluje. Za nejdůležitější považuje empatii, snaží se vcítit do toho, co asi příbuzný prožívá. Rozhovory sestra vede na základě psychického rozpoložení a duševního stavu příbuzného. Na příbuzného mluví klidně a srozumitelně. Nechvátá na něj, aby si dokázal nějak srovnat myšlenky. Nechá mu také dostatečně velký prostor na případné dotazy. Aktivně příbuzného vybízí, ať se nebojí na cokoli, co ho zajímá, zeptat. Nejvíce dotazů je směřováno na vědomí pacienta a na funkci ventilátoru. Plno pacientů je zde v bezvědomí, někteří pod sedativy. Sestra je poučí o změně vědomí a uděluje rady, jak k takovým pacientům přistupovat. Sděluje, ať na ně mluví i když ze strany pacientů není žádná odezva. Ujišťuje je, že co se odehrává v podvědomí pacienta sice nikdo neví, ale určitě je pro takového pacienta lepší, když slyší známé hlasy. Sestra jim i doporučuje, aby se na pacienty nebáli sahat, mohu je držet za ruku nebo hladit. Dále se sestra snaží v rámci komunikace vysvětlit princip

ventilátoru. Jednoduchým způsobem, tak aby tomu i laik rozuměl, popíše činnost ventilátoru a vysvětlí jeho důležitost pro zajištění dýchání pacienta. „*Snažím se si na příbuzného udělat dostatek času, abychom si vše pověděli. Nemluví na ně za pochodu, snažím se zklidnit situaci i tím, že v klidu u lůžka vše vysvětluji. Poctivě se také snažím příbuzné vyslechnout a nepřerušovat je.*“ Dále ale sestra sděluje, že někdy není možné se příbuzným naplno věnovat. Někteří pacienti jsou v kritickém stavu a je u nich mnoho práce. Většinou ale má pocit, že to příbuzní chápou. Někdy jsou ale nervózní a začnou zbytečně vyhrcovat situaci a být nepříjemní. Sestra se omluví za to, že se jim nemůže tolik věnovat a vykonává svou práci. Sdělí příbuzným, že další jejich návštěva bude jistě klidnější a ujistí je, že jejich dotazy nezůstanou nezodpovězeny a až bude klidněji po pracovní stránce, kterákoliv sestra se jim bude věnovat.

Návštěvní hodiny jsou pro příbuzné určeny do 14 do 18 hodin každý den. Sestra se domnívá, že to je dostatečně dlouhá doba. Někdy toto nelze dodržet z důvodu pracovního vytížení. Příbuzným sestra 4 vysvětlí, že se toto stává a poprosí je, aby ji nechali v klidu pracovat. V některých případech, kdy pacient čerstvě nabyl vědomí, se stane, že je po delší době unavený. Na sestře je tedy, aby se s ním domluvila, jakým způsobem návštěvu uskutečnit. „*Někdy po hodině návštěvy příbuzným doporučím, jestli by si nezašli například na kávu do automatu, nebo se na chvíli prošli. Pacient si mezi tím odpočine a oni mohou pak ještě na chvíli přijít.*“ Dále sestra příbuzné informuje o podmínkách návštěv. Sdělí, že je možné se u lůžka pacienta střídat maximálně po dvou osobách a snaží se jim vysvětlit, že lepší je, aby se stříдали. „*Doporučuji příbuzným, aby se mezi sebou domluvili, kdo v které hodině na návštěvu půjde. Nám to usnadní práci a čas pro případné dohady.*“

Sestra se snaží příbuzným vysvětlit, že je také pro pacienta důležité, aby se aktivně zapojovali při návštěvě. Ukazuje jim možnosti, kde mohou pomoci, jakým způsobem mohou k pacientovi přistoupit, na jaké věci si dát pozor. Největší míře pomáhají pacientovi psychicky. Jsou jim oporou, musí je povzbuzovat při uzdravování a tím jim dodávat sílu, aby vše zvládli. Sestra hovoří s příbuznými o možnostech, jakými pomoci, když je pacient v bezvědomí, nutí příbuzné, aby na pacienta mluvili i když si myslí, že to nemá smysl. Doporučuje také fyzický kontakt. Je také možné, aby příbuzní

donesli MP3 s oblíbenou hudbou, pro některé není problém na ni nahrát svůj hlas a sestry ho pacientovi přehrávají. Mohou nahrát například předčítání nějaké knihy. Pacienty to uklidňuje a navozuje pocit bezpečí. Tam, kde už je pacient při vědomí, je komunikace lepší. Sestra poučuje příbuzné, jak s pacienty komunikovat. Někteří jsou ještě zaintubováni, někteří mají tracheostomii. Sestra musí naučit příbuzné různým technikám, jak se domlouvat. Pro tyto případy má sestra u každého lůžka tabulku s velkými písmeny, pacient na ně ukazuje a tím dává dohromady slova a věty. Lepší je, když pacient může psát, ale někdy toto není možné (z důvodu úrazu nebo nápichu arteriální kanyly), jinak není problém dát pacientovi tužku a papír. Daleko víc musí sestra u takovýchto pacientů vnímat jejich neverbální komunikaci, jejich gesta, výraz těla a obličeje – mimiku. Podle ní sestra hodně zjistí, např. zda je pacient klidný, rozčilený, unavený nebo nemá nějaké bolesti. Sestra se snaží příbuzné naučit nějaké technice dorozumění. Někdy se to nedaří, pacient může jen otevírat ústa. Sestra je proto takovým prostředníkem mezi pacientem a příbuzným a pomáhá dorozumět se. *„Když má pacient tracheostomii, stačí, když se snaží při sdělování informací hodně otevírat ústa a já dokážu slova odezírat. Potom příbuznému překládám, když nerozumí. Je to pro pacienta ovšem velmi namáhavé a tak se brzy unaví. Doporučuji příbuzným, aby z většiny mluvili oni, aby jim vyprávěli, co je doma nového, eventuálně kladly jen otázky, na které se dá odpovědět jen ano nebo ne. Čím méně pacienta unaví, tím déle se s ním mohou potěšit.“* Když už je pacient schopen jíst, doporučuje sestra příbuzným, že mohou nějaké jídlo donést z domova. Dobré jídlo také někdy zvedne pacientovi náladu. Příbuzní také mohou pomáhat při jednotlivých úkonech, jako je hygiena, dechová a kondiční rehabilitace, masáže a bazální stimulace. Sestra také nechá příbuzného i při výkonech, které jsou nepříjemné nebo bolestivé, aby drželi pacienta záruku. Bolest je pro něj snesitelnější a vše lépe zvládne, když má oporu z rodiny.

Sestra se setkává s mnoha různými typy lidí, kteří za pacienty docházejí. Už od začátku se snaží odhadnout, jakou mají povahu, aby je dokázala přesvědčit ke spolupráci. Dnes už si na to příbuzní postupně zvykají a přijde jim to normální. Ale stále sestra přichází do kontaktu s příbuznými, kteří pomáhat nechtějí. *„Dokážu ještě pochopit ty, kteří se nechtějí zapojit z důvodu, že mají strach, aby spíš pacientovi*

neublížili. To se dá ale vysvětlováním a ukázkami zlomit. Ukážu jim, jak jednotlivé věci fungují, poučím je, jak s nimi zacházet a hlavně nejdříve předvedu názornou ukázkou a příbuzné přesvědčuji, dokud je nezbavím strachu spolupracovat.“ Sestra pozná, podle toho jak příbuzní pomáhají, jak doma rodina funguje. Když mají dobré vztahy, je pro sestru lepší spolupráce, protože příbuzní mají snahu zapojit se a pomáhat.

Rodina pacienta je dle názoru sestry důležitá. Vidí na pacientech, jak po jejich příchodu se jim ihned zlepší nálada. Ale také se někdy setkává s opačnou reakcí. Pacienti po celou dobu návštěvy pláčou, protože se cítí bezmocní, mají strach a obavy z budoucnosti, zda se vyléčí úplně a odejdou domů bez trvalých následků. Příbuzní musí pacienta psychicky podporovat a povzbuzovat. Na sestře je, aby uklidnila situaci, nesmí nechat pacienta ve špatném psychickém rozpoložení, protože to se může odrazit v jeho fyzickém stavu. Příbuzní zde musí být od toho, aby pacienta podporovali a tím ho nutili k rychlejšímu uzdravování. Motivují ho, aby spolupracoval, rehabilitoval a nacvičoval péči o sebe a mohl opustit nemocnici. Také jsou příbuzní důležití k tomu, aby spolupracovali u agresivních nebo zmatených pacientů. Když vidí někoho známého, zklidní se a je s nimi lepší spolupráce. Někdy je pacient nespolupracující, protože má strach a nevěří zdravotnickému personálu. Sestra mu velmi pomůže, když příbuzný dokáže pacientovi vysvětlit, že jeho postoj je neoprávněný, že zdravotníci se snaží mu pomoci a léčit ho. *„Je to zvláštní, s jakými lidmi se setkáváme. Každý člověk je individualita. Někdy je větší problém s příbuznými, někdy s pacientem. Pro nás je nejlepší ta varianta, kdy pacient je rád, že má výbornou péči a i příbuzný toto ocení. To se ale nepovede vždy. Ale i přes tyto komplikace, že kterých si vždy musíme vzít pro další komunikaci ponaučení, návštěvy na ARO vítáme a chceme s nimi spolupracovat a děláme pro to vše možné i nemožné.“*

V případě, že domluva s příbuznými není žádná, nebo jen minimální, obracíme se o pomoc na klinického psychologa. Ne vždy s ním chce komunikovat. Když sestra má před sebou takovou situaci, po domluvě s lékařem se uskuteční návštěva psychologa u lůžka pacienta. Rozhovor s ním už ve většině případech příbuzný neodmítne. Psycholog s ním jen pohovoří a stane se i to, že jemu se příbuzný svěří s případným problémem a od toho se odvíjí naše další spolupráce. Klinický psycholog dochází i za

pacienty. Někteří se už těší, popovídají si o svých problémech, které z nějakého důvodu nechtějí vyprávět sestře. „*Někdy jsou pacienti tak ustrašení, že nechtějí se svými problémy obtěžovat sestru, aby jí například nezdržovali v práci. U psychologa mají pocit, že ten si na ně čas udělá a ví, že je tu od toho, aby jejich problémy vyslechl, eventuálně pomohl najít řešení.*“ Sestra ví, že není zvykem, aby všechny nemocnice službu klinického psychologa poskytovaly, ale ví, že je důležitá a stala se nedílnou součástí léčby a je využívána jak ze strany pacientů, tak ze strany příbuzných.

Sestra 5 (S5)

Sestra 5 má ukončené bakalářské studium v oboru všeobecná sestra. Na ARO pracuje 3 roky. Vzhledem k tomu, že se jí zde líbí a ráda by zde pracovala trvale, bude se hlásit na specializační studium ARIP. ARO je její prvé zaměstnání, vzhledem k náročnosti práce a absenci předešlé praxe na jiném oddělení, se déle zaučovala. Myslí si, že je jednodušší na ARO začínat po předchozí práci např. na některé z JIP.

Náročné bylo také pro sestru naučit se komunikovat s příbuznými. Musela si „oprášit“ základní komunikační dovednosti získané ve škole. Dokáže popsat, jakým způsobem je nutné komunikovat, musí mít na příbuzného dostatek času, hovořit na něj klidně a srozumitelně, nehovořit na něj za pochodu a naznačovat, že na něj má málo času. Musí také příbuznému dát dostatek prostoru na dotazy. Sestra se také opakovaně ptá, zda příbuzný všemu porozuměl, případně věc vysvětlí jiným způsobem. „*Někdy zapomenu, že mluvím s nezdravotníky a svádí mě to hovořit odborným jazykem. Většinou ale rychle pochopím, že mi příbuzný nerozumí a tak si na řeč dám pozor.*“ Dále sestra poukazuje na to, že každý člověk je jiný, někteří se stydí, nebo bojí a tak se málo ptají. Sestra musí být empatická, aby vycítila psychické rozpoložení příbuzného. Neustále ho při rozhovoru ujišťuje, že s ním soucítí, uklidňuje ho, přesvědčuje, aby se na ni obrátil kdykoliv, když něco bude potřebovat. Musí se také naučit komunikovat s negativistickými příbuznými. Svými přesvědčovacími schopnostmi jej ujistit, že pacient zde má veškerou péči, kterou potřebuje, že je o něj dobře postaráno. Musí vzbuzovat důvěru, aby příbuzný pochopil, že pro pacienta udělá vše, co je třeba. Musí

ukázat, že své práci rozumí a nesmí se nechat ničím vyvést z míry. „*O některých tématech se mi hůře hovoří. Někdy se příbuzní ptají, co když pacient zemře. Někdy vypráví, jaké neštěstí je ještě potkalo. Já musím na vše adekvátně reagovat, nezlehčovat jejich trápení, abych je neurazila. Když ke mně získají příbuzní důvěru, snadněji se na všem následně domluvíme.*“

Při prvním kontaktu s příbuzným se nejdříve sestra s příbuzným seznámí. Zajímá se o rodinné vztahy a vazby. Někdy to příbuzné uklidní, mají pocit zájmu ze strany sestry a víc se rozhovoří. Pro sestru je také důležité se dotázat na kvalitu života před úrazem, či onemocněním. Dotazuje se na to, zda pacient byl soběstačný, dokázal se o sebe postarat, chodil do práce, sportoval apod. „*Příbuzné velmi zajímá, zda kvalita jejich života bude stejná jako před hospitalizací. Někdy nelze toto zodpovědět, dokud není pacient překládán na jiné oddělení. Někdy mě také vyvede z míry, když začnou příbuzní vyžadovat informace, které nespadají do mé kompetence.*“ Vysvětluje, že i přes rozsáhlé informace denně poskytované lékařem dle aktuálního stavu, se někteří příbuzní dotazují dále i sester a snaží se získat nějaké jejich stanovisko, chtějí znát názor sestry, vědět, zda se na 100% uzdraví. Problém nastává někdy u pacientů po úrazu hlavy. Jsou v bezvědomí a nikdo nedokáže předem určit, do jaké míry může být poškozen mozek. Příbuzní někdy až dotěrným způsobem zjišťují nějaké informace u sester. Nechtějí slyšet, že jim to nikdo nemůže říct, neustále zjišťují, jak na tom pacient bude, až se vzbudí. Také velmi naléhají, aby jim sestry řekly, kdy se vzbudí. Sestra musí slušně, ale důrazně uvést věci na pravou míru. Sdělit, že délka doby k probuzení je individuální, liší se u každého člověka. Je možné, aby se probudil za den, ale také i za týden, nebo déle. Ani kvalita vědomí se nedá odhadnout a ona musí být v takové komunikaci velmi obratná, aby měl příbuzný z odpovědi dobrý pocit, nemyslel si, že jej chce sestra odbýt. Také se setkává s tím, že je příbuzní takzvaně „zkouší“. Při následných rozhovorech s kolegyněmi zjišťuje, že příbuzní se dotazují různých sester na nějaké věci a porovnávají odpovědi. Jakmile se liší, okamžitě je použijí proti sestře. Nelze se v takových případech dohadovat. Sestra vysvětlí, že i ta druhá sestra má pravdu a snaží se vysvětlit některé okolnosti týkající se problému, aby si příbuzný nemyslel, že jedna sestra dělá něco jinak než ta druhá. „*Musíme takovým příbuzným vše vysvětlit. Někdy se*

rozčílí, nechtějí se domluvit a chodí si stěžovat. Musíme být tedy velmi opatrné v tom, co řekneme. Musíme striktně dodržovat veškeré postupy dle standardů FN a tím se vyhneme rozdílností, nehledě na to, že nikdo z nás nechce ani neúmyslně poškodit pacienta.“ Sestra má ale ve většině případů dobré zkušenosti s příbuznými. Když on vidí ze strany sester vstřícnost a ochotu, staví se k ní také pozitivně. Vzájemná komunikace je velmi důležitá, neboť každá ze stran má nějaké požadavky a je nutné hledat kompromisy a domluvit se tak, aby spolupráce mezi sestrou a příbuznými fungovala bez problémů. Ví, že k jejím povinnostem patří komunikovat s příbuznými, zodpovědět jejich dotazy a vyhovět požadavkům na péči, požaduje však ze strany příbuzných, aby ji i její práci respektovali a ona udělá vše proto, aby jejich potřeby uspokojila.

Když funguje vzájemná komunikace, domluví se sestra s příbuzným na návštěvních hodinách. Ty jsou určené přednostou s ohledem na provoz oddělení. Čas je určen mezi 14 – 16 hodinou. Když to provoz neumožní z důvodu příjmu pacienta, nebo komplikováním stavu, návštěvní hodiny zkrátí. Sestra také upozorňuje příbuzné na to, že je možné si s přednostou ARO telefonicky domluvit jiný termín, nebo při jeho nepřítomnosti sloužícího lékaře. Ve většině případů, když příbuzný z vážného důvodu nemůže ve stanovené hodiny, není problém umožnit náhradní termín návštěvy. Poté je to sděleno sestře a ta si přizpůsobí práci tak, aby příbuzní měli možnost nerušené návštěvy. Sestra je přesvědčená, že návštěvní hodiny jsou dostatečné i vzhledem k tomu, že jsou benevolentní k individuálním termínům. Ví, že není na všech odděleních zvykem mít takto rozšířené návštěvy, ale zde je toto umožňováno z důvodu velmi kriticky nemocných. Jejich aktuální zdravotní stav se mnohdy rychle mění k lepšímu, ale bohužel někdy i k horšímu, proto je důležité, aby příbuzní s pacienty trávili co nejvíce času.

Když dochází příbuzný za pacientem delší dobu, sestra se snaží zapojit jej do ošetrovatelského procesu. Myslí si, že odpoledne tak pacientovi i příbuznému rychleji uteče a oba se zaměstnají a méně přemýšlí o kritickém stavu pacienta a trochu se rozptýlí. Sestra jim radí, jakým způsobem se zapojit. Doporučuje hlavně to, aby na pacienta neustále hovořili, nebo předčítali knihu, časopisy, aby pacient vnímal to, že

příbuzný je zde. Také chce, aby s ním navázal fyzický kontakt. Aby jej minimálně drželi za ruku. Ukazuje příbuzným různé masážní techniky a zapojuje je do kondiční rehabilitace. Poučuje příbuzné o technikách RHC, vysvětluje, jak je důležité pro znovunavrácení jejich síly a znovunastolení soběstačnosti. Sestra jim také musí sdělit, jako dobu s pacientem cvičit, musí se začít pozvolna, aby nedošlo k únavě pacienta a následnému zhoršení zdravotního stavu.

Sestra také požaduje na příbuzných podporu a zapojení se do ošetrovatelského procesu tím, že se mohou účastnit na stravování pacienta. Mohou z domova donést oblíbené jídlo, a pokud souhlasí, mohou jej i nakrmit. Příbuzní s radostí přijímají to, když jim sestra řekne, že z domova mohou přinést známé věci, které má pacient rád. Je to třeba obrázků, fotografie, jedná-li se o dětského pacienta, pak hračky. Sestra se domnívá, že to pacientovi velmi pomůže, neboť má pocit, že není od domova tak odtržený a motivuje jej to k rychlejšímu uzdravování, protože dle ní je největší motivací pro pacienty vidina návratu domů, do svého prostředí a k lidem, kteří jej mají rádi.

Sestra je ráda, když je přístup rodiny pozitivní, když jsou příbuzní ochotni spolupracovat. Když mají dobré rodinné vztahy, odrazí se to i na následné spolupráci. Většina z nich dá na rady sester a zařídí se podle jejich instrukcí. Jsou ochotni z domova donést vše potřebné. Na zeď kolem postele zavěsí fotografie dětí, vnučat, fotografie ze společně strávených chvil, obrázky, které namalují s přáním brzkého uzdravení, věřící obrázky svatých a symbolů víry. Na požádání také donesou hygienické pomůcky, zde jim sestra vysvětlí, že to není z důvodu úspor materiálu, ale pro lepší psychiku pacienta je dobré, když se umyje mýdlem s jeho oblíbenou vůní. Sestra dovolí donést i parfém, který pacient používá pro jeho větší komfort.

Jakmile jsou pacienti schopni přijímat stravu, nosí příbuzní i doma připravené jídlo, různé pochoutky a tekutiny, na které je pacient zvyklý, samozřejmě s ohledem na jeho dietu. Sestra je ráda, že spolupracujících příbuzných je zhruba 90%. Je jí nepříjemné, když musí příbuzné ke spolupráci nutit. Někdy jsou lhostejní, někdy je jim přítěží péče o pacienta a jsou i tací, kteří se proti pomoci ohradí. Po zavedení regulačních poplatků se sestra setkává s tím, že příbuzný má pocit, že dost doplácí na to, aby museli ještě do nemocnice donášet jídlo, pití, hygienické pomůcky a podobně. Ale takových je skutečně

jen minimum, většinou po zhlédnutí práce sester a lékařů na ARO a seznámením se se způsobem péče o pacienty uznají jejich snahu a také se více či méně zapojí.

Na přítomnost rodiny a spolupráci s ošetrovatelským personálem má sestra kladný názor. Když studovala, byla sestrám kladena na srdce duševní pohoda pacientů. Naučila se, že nelze léčit jen pacientova nemoc, ale je nutné přihlédnout také k jeho potřebám, ať psychickým, tak sociálním. Uspokojení těchto potřeb se také odrazí v jeho fyzickém stavu. Velký důraz se také klade na důležitost návštěv a sestra tento názor vzala v potaz a řídí se jím. Návštěvy plní svou důležitou roli tím, že zlepšují psychický stav pacienta. Tím, že jsou mu příbuzní na blízku, ukazují na to, že jim není pacient lhostejný a že ho ve všech směrech podporují. Tím zlepší jeho pocit bezpečí a lépe pak pacient snáší bolest a nepříjemnosti spojené s hospitalizací. Sestra je ráda, že na ARO se tento trend podporuje, neboť vede k ulehčení pobytu nemocného. Také vidí důležitost návštěv v tom, že pacient má zprávy z domova, je rád, že mu někdo zajistí domácnost a on je o všem včas informován. Má tak skutečný kontakt s domovem a není tolik odříznut od okolního světa.

Když má příbuzný potíže vyrovnat se s onemocněním pacienta, je možné zajistit psychologickou pomoc, domluví s lékařem konzultaci. Příbuzní už většinou o této možnosti ví, protože v čekací místnosti je tato informace vyvěšena. Příbuzní mohou klinického psychologa kontaktovat i sami, bez ohledu na doporučení. Někteří se za tuto potřebu stydí a tak nemusí sestrám tuto skutečnost sdělovat. Klinický psycholog příbuzné přijme a vyslechne je a dá jim rady, jakým způsobem se dát dohromady. Mnohokrát se stane, že se příbuzný sestry ptá na to, co návštěva klinického psychologa obnáší. Sestra jim vysvětlí, že jej mohou bez obav navštívit i třeba jen z toho důvodu, že si potřebují někde „vylít srdce“. „*Je dobré se obrátit na klinického psychologa na našem oddělení, protože ten dochází v dopoledních hodinách i za pacienty a tak se zná se všemi pacienty a je seznámen s okolnostmi jejich nemoci a léčby.*“ Stane-li se, že je pacient zmatený, agresivní, či nespolupracující a negativistický, doporučuje sestra i v tomto případě, aby příbuzní klinického psychologa navštívili. On jim poradí, jak s pacientem zacházet, promluví i s pacientem, zjistí důvod jeho chování a poradí příbuznému, jak navázat kontakt a vysvětlí důvod pacientova chování. Sestra vítá

takovouto komplexní spolupráci, neboť někdy je těžké s pacienty vyjít a příbuzní jsou ti, kteří mohou s chováním pacienta pomoci a svou podporou jej přesvědčit, že se vše zlepší, když on bude klidný, trpělivý a bude spolupracovat. S úsměvem ještě sestra dodává: „*A kdyby toho na mě bylo příliš a práce mě vyčerpávala hlavně psychicky, mohu za klinickým psychologem zajít i já sama.*“

Sestra 6 (S6)

Sestra pracuje na ARO 18 let. Nastoupila sem ihned po skončení Střední zdravotnické školy v oboru všeobecná sestra. V průběhu práce absolvovala pomaturitní specializační studium ARIP. Z důvodu dnešních požadavků na celoživotní vzdělávání se již 2 rokem hlásí na bakalářské studium obor všeobecná sestra. Specializuje se na bazální stimulaci, má kurz bazální stimulace, přednáší o ní a publikovala i články v časopise Sestra.

Denně se sestra setkává s příbuznými, kteří docházejí za pacienty. Někakým způsobem s nimi musí vyjít a domluvit se na zásadních věcech týkajících se návštěvních hodin, hygienicko-epidemiologického režimu, ošetrovatelské péči o pacienta a spolupráci s příbuzným. Když sestra přijde do kontaktu s příbuzným, který přišel úplně poprvé, uvede ho do čekací místnosti. Představí se, sdělí, jaký lékař se bude o pacienta starat, požádá ho o sečkání v čekací místnosti a volá lékaře k informaci o zdravotním stavu. Než lékař přijde, upozorní příbuzné na veškerý informační materiál, týkající se provozu ARO a toho, jakým způsobem jsou u pacientů zajištěny dýchací cesty, krevní oběh a jaké jsou okolo něj přístroje. Upozorní také na to, že po poskytnutí informací od lékaře si vše vysvětlí blíže, bude čas, aby se příbuzný zeptal, čemu nerozumí a pak ho odvede na pokoj nemocného. Sestra sděluje, že po podání informací od lékaře o zdravotním stavu pacienta jsou někteří příbuzní zmateni z mnoha informací, které jim lékař poskytne. Sestra musí mu vysvětlit, jak vlastně pacient vypadá. Upozorní na změnu vědomí, intubaci, eventuálně tracheostomii, popíše zhruba a laicky ventilátor a ostatní přístroje v okolí lůžka pacienta. Pokud není pacient po nehodě a nemá poškozený obličej, většinou návštěva proběhne v klidu, příbuzným sestra popíše, že

pacient bude vypadat, jako když spí. „*Někdy v důsledku psychického stresu a obav o život pacienta někteří příbuzní kolabují. Musím rychle reagovat na vzniklou situaci, uložit příbuzného do lehu a se zvednutými dolními končetinami, nechat ho probrat k vědomí a následně dodávat tekutiny. Abych předešla takovýmto situacím, musím co nejlépe příbuzného připravit na to, co uvidí a hlavně ho podporovat v tom, aby neměl obavy, že to zvládne.*“ Po příchodu s příbuzným k lůžku, ho nechá sestra rozkoukat a když vidí, že už se z nejhoršího šoku vzpamatoval, začne popisovat vše co se kolem pacienta děje. „*Příbuzní lépe reagují, když porozumí tomu, co vidí. Přístrojům, které vidí, nerozumí, a když jsou seznámeni se vším, cítí se na ARO lépe a nemají takový strach k pacientovi přistoupit.*“

Následná spolupráce s příbuzným musí probíhat oboustranně. Sestra se drží všeobecně známých zásad při komunikaci. Ví, jak je nutné udělat na člověka dobrý dojem i vzbudit u něj pocit důvěry a profesionality. Ke komunikaci sestra přistupuje zodpovědně, nepodceňuje ji, ví, že je těžké se při problémech následně rozumně domluvit. O správných zásadách komunikace je neustále poučována při seminářích na toto téma, kde je vysvětlováno vše od důvodu vhodné komunikace až po možné komplikace, které se při ní mohou vyskytnout. Také je zde vysvětlováno, jak se v takových případech zachovat.

Sestra příbuzným vysvětluje a popisuje věcně používané přístroje. Dodává jim jistotu, že pacient je díky nim v bezpečí, že zajišťují a podporují funkce nefungujících orgánů. Sestra se většinou setkává s příbuznými, kteří nikdy na ARO nebyli a nikdy toto prostředí neviděli. Vše je pro ně nové, neznají léčbu ani ošetrovatelskou péči na ARO. Sestra příbuzné zasvěcuje do provozu oddělení, popisuje ošetrovatelskou péči a snaží se, aby všemu porozuměli. Při komunikaci je sestra empatická, klidná, vstřícná, vyslechne dotazy příbuzného a ty se snaží adekvátně zodpovědět. Snaží se si vymezit na příbuzného dostatek času, aby z její strany cítil zájem a také chtěl komunikovat. Ne vždy se to ale vzhledem k vysokému pracovnímu vytížení daří. Pro sestru je pravidlem, že se nově přichozímu příbuznému věnuje maximálně, co to jde, aby se zde nezalekl a aby se se vším seznámil. Když už na ARO dochází několikátý den, je už s mnoha věcmi zde seznámen a tak už nevyžaduje takovou pozornost a sestra se může více věnovat své

práci. Ale tím nemyslí, že by příbuzného zanedbávala. Neustále s ním i při práci komunikuje. Vysvětluje jednotlivé postupy při ošetřování, vysvětluje, co a proč právě dělá. Na příbuzné dělá dobrý dojem, když sestra nemlčí, ale stále spolupracuje. Sami příbuzní poté, když vidí, že je sestra vstřícná, mají dotazy a o její práci se zajímají. *„Potěší mne, když od příbuzných následně slyším chválu na mou práci. Většina příbuzných neví, co práce zde obnáší. Mnoho jich ale uznává, že jde o velmi psychicky a fyzicky náročnou práci. Celé odpoledne nám koukají pod ruce, vidí, že se neustále snažíme zkvalitňovat svou péči o pacienta a uspokojovat jeho potřeby. To, že s nimi neustále mluvíme, také velmi ocení.“*

Sestra sděluje, že příbuzným se snaží celý zdravotnický tým co nejvíce vyhovět a tak i návštěvní hodiny jsou dostatečně dlouhé. Je možné, aby příbuzní docházeli denně od 14 do 18 hodin. Po celou dobu se mohou věnovat pacientům. Jediné omezení, které v rámci návštěv je, aby na pokoji byli maximálně 2 osoby a ostatní se postupně vždy po 2 střídali. Když začnou být nějaké komplikace se zdravotním stavem a sestry i lékaři musí pacientův akutní stav řešit, doporučuje sestra příbuzným, aby si po nutnou dobu počkali v čekací místnosti. Když to vypadá, že na práci kolem pacienta bude třeba více času, návštěva se ukončuje a příbuzní jsou vyzváni, aby přišli druhý den. Vyskytne-li se nějaký vážný důvod, pro který není možné uskutečnit návštěvu ve vyhrazenou dobu, sestra příbuzným sdělí, že je možné domluvit si individuální termín s přednostou klinika a poté přijít v jinou denní dobu. Sestra je přesvědčena, že celý tým vychází příbuzným maximálně vstříc a že po téhle stránce nejsou žádné výhrady ze strany rodiny.

Sestra zapojí ve většině případů rodinu do ošetrovatelského procesu, pokud to dovolí chod oddělení, zdravotní stav pacienta a příbuzný má zájem pomáhat. Vzhledem k tomu, že se specializuje na bazální stimulaci, bývá jí přidělen na starost pacient, u kterého se tato stimulace provádí. Vysvětlí jím, z jakého důvodu se tímto způsobem pracuje s pacientem a jak k nim přistupovat: *„Nejprve příbuznému sdělím veškeré informace k bazální stimulaci. Při ní potřebuji vstřícnou spolupráci, neboť potřebuji počáteční informace o pacientovi, o jeho zvyklostech a předešlé kvalitě života. Poté společně sestavíme plán a já postupně zaučuji příbuzného do postupů při bazální stimulaci. Následný efekt je výraznější, když je bazální stimulace provázena známým*

hlasem a doteky.“ Sestra musí být k příbuznému velmi empatická, neboť jí záleží na spolupráci s ním.

V rámci spolupráce je také úkolem pro sestru motivovat příbuzné k tomu, aby měli zájem pomáhat. Jejimi komunikačními dovednostmi musí přesvědčit příbuzného o důležitosti bazální stimulace. *„Největším motivem pro příbuzné je, když vidí, že tato práce má nějaký smysl. Ukazují jim, že v jejich přítomnosti se pacient uklidní, je spokojenější a reaguje pozitivně na jejich doteky a hovor“.* Spolupráce sester s příbuznými v největší míře závisí na jejich přístupu, zda se chtějí zapojit a kolik času tomu chtějí věnovat. Jsou i takoví příbuzní, kteří si zkrátí pracovní dobu, jen aby mohli chodit po celou dobu vymezených návštěvních hodin. Při dnešním pracovním vytížení lidí, je jen málo takových, kteří mohou u lůžka příbuzného trávit celé odpoledne a každý dne. Mnoho příbuzných dochází jen ob den, nebo o víkendech. Problémem je pro některé příbuzné také dostupnost. Vzhledem k tomu, že jsou zde hospitalizováni pacienti z celé spádové oblasti Západočeského kraje, někteří jsou závislí na dopravě prostředky hromadné dopravy, je tedy problém dojíždět každý den. V mnoha případech se nesetkávají sestry s problémem, že příbuzní nechtějí spolupracovat, je to spíše jen v případech časového zaneprázdnění. Proto chvíli, kterou zde tráví, vyplní povídáním si s pacientem, pokud je při vědomí, ale i to je pro něj velmi důležité. Už jenom jejich přítomnost zde, je pro pacienta důležitá. *„Věřím, že pacient, který zde leží a má nějakým způsobem kvalitativně pozměněné vědomí, leckdy neví, co se s ním děje, nerozumí věcem kolem sebe, probere se z bezvědomí a neví, kde je a nepoznává lidi, kteří se o něj starají, má strach a potřebuje mít u sebe někoho, komu důvěřuje a s kým bude mít alespoň částečně pocit bezpečí.“* Sestra prostřednictvím příbuzného také může pacienta povzbuzovat k lepší spolupráci a společně s ním mu zlepšit náladu a motivovat ho k rychlejšímu uzdravení.

Pro případ, že je příbuzný nebo i pacient ve špatném psychickém stavu, doporučuje sestra návštěvu klinického psychologa. Záleží na každém, zda tuto pomoc přijme. Někdo se se stresem dokáže vyrovnat sám, někdo je na tom tak, že je nutná i nějaká medikace. Rozhodnutí, zda psychologa navštívit, ponechá sestra na příbuzných, jen se jim snaží vysvětlit, že to není nic neobvyklého, že si tam minimálně popovídají.

K pacientům dochází na ARO klinický psycholog denně, nebo častěji dle aktuálního stavu.

Sestra 7 (S7)

Sestra má 14 let praxe, kterou získala na různých odděleních, různých nemocnic. Po ukončení SZŠ začala pracovat na chirurgickém oddělení ve Strakonici, kde žila se svými rodiči. Poté se za svým přítelem přestěhovala do Prahy, kde pracovala na chirurgické JIP. Zde dostudovala pomaturitní specializaci ARIP. Před 6 lety se přestěhovala do Plzně a nastoupila na ARO. Před rokem ukončila bakalářské studium v oboru všeobecná sestra na Západočeské univerzitě. Po všech absolvovaných odděleních se jí nejvíce líbí práce na ARO, protože zde uplatní svoje znalosti ze studií a vyhovuje jí tato psychicky i fyzicky náročná práce.

V rámci své kompetence sestra poskytuje informace související s ošetrovatelskou péčí, péčí o pomůcky a přístroje, informuje o rehabilitaci a provozu oddělení. Při první návštěvě sestra zjistí, zda už příbuzný dostal informace od lékaře a zjistí, zda jím dobře porozuměl a byli pro něj v dostatečném rozsahu. Ujistí příbuzného, že informace od lékaře jsou podávány denně dle aktuálního stavu pacienta. Sestra poté naváže a poskytuje dále informace o ošetrovatelské péči. Nejdříve upozorní na informace v přijímací místnosti. Dle zdravotního stavu pacienta s příbuzným pohovoří o jeho vědomí, či bezvědomí, popíše, jak bude pacient vypadat, aby byli příbuzní připravení. Seznámí je s ventilátorem, vysvětlí jeho důvod jeho použití a zhruba popíše jeho funkci. Vysvětlí, že pacient je 24 hodin monitorován, že má zavedeny katétry, které slouží k dodávání živin a tekutin, sleduje příjem a výdej tekutin, je krmen, atd. Informace podává vždy individuálně, dle onemocnění pacienta. Po uvedení příbuzného na pokoj nemocného s ním neustále komunikuje. Odpovídá na dotazy, seznámí jej s provozem oddělení, upozorní na hygienicko-epidemiologický režim a upřesní dobu návštěv.

Po celou dobu sestra s příbuzným komunikuje. Dodržuje striktně základní komunikační dovednosti, protože je to slušné a navíc je toto krédem ARO. Ve škole

získané základní znalosti v komunikaci ještě rozvíjí při seminářích na toto téma pořádaných různými zdravotnickými organizacemi a FN. Snaží se být profesionální, zároveň empatická, soucítí s příbuzným a takto k němu i přistupuje. Naprosto chápe jeho psychické rozpoložení, strach a úzkosti spojené s neznalostí oddělení a nejisté prognóze pacienta. Při komunikaci si hledá sestra vhodné chvíle, kdy není pracovně přetížena, snaží se mluvit v klidu, jasně a srozumitelně, aby příbuzný, který mnoha přístrojům nerozumí, všech pochopil a ujasnil si situaci. Snaží se ho psychicky podržet, neslibuje nemožné, ale snaží se příbuzného uklidnit a dodat mu odvalu. Na dotazy odpovídá vstřícně a aktivně ho k dotazům vybízí. Sestra musí také reagovat na dotazy spojené se zdravotním stavem. Nenechá se svést k odpovědím o prognóze a o zdravotním stavu. Je pro ni lepší, když ví, co sdělil příbuznému lékař, neboť někteří příbuzní někdy informace překrucují a zkreslují a někdy chtějí vědět po sestře nemožné a nesdělitelné. Na to sestra reaguje slušně, ale důrazně upozorní příbuzného na to, že tyto informace podává lékař a v případně nedorozumění jej může i zavolat. Vždy je nutné, aby příbuzní byli vyrozuměni o tom, kdo jaký druh informací podává a tím se i řídí.

Sestra hovoří o návštěvách vesměs kladně. Na návštěvních hodinách se sestra dokáže s příbuznými domluvit. Ty jsou denně od 14 do 18 hodin, včetně víkendů a příbuzní je většinou respektují. Dle potřeby si mohou domluvit individuální plán návštěv. Je jim většinou povolen, ale jen z vážných důvodu, nebo výjimečně z důvodů pracovního vytížení. Někteří příbuzní pracují do večerních hodin a tak když nenaruší chod oddělení, je jim povolen vstup i večer. Někteří příbuzní, když nemohou trávit tolik času s pacientem na ARO, toto řeší tak, že se u lůžka střídají. To funguje dobře a na oddělení to není překážkou. I pro sestry je dobré, když se příbuzní střídají, nemohou však k lůžku ponechat víc než 2 osoby najednou. Z doslechu od příbuzných sestra ví, že hodiny jsou dostatečné, že jsou příjemně překvapeni jejich rozsahem. Z jiných pracovišť jsou zvyklí na více okleštěné návštěvní hodiny a navíc z dřívějších dob jsou zvyklí, že návštěvy na ARO jsou povoleny jen na velice omezenou dobu.

Sestra se při návštěvách snaží příbuzné zapojit do ošetrovatelského procesu. Snaží se, aby příbuzní chtěli pomáhat. To mohou při jednoduchých úkonech denní péče.

Když s tím souhlasí příbuzný i pacient (pacienti se někdy před příbuznými stydí), může sestra spolu s příbuzným vykonávat některé činnosti spojené s hygienou. Mohou žínkou otírat obličej, hodní a dolní končetiny, mohou natřít vysušené tělo krémem. Dále se příbuzní mohou účastnit rehabilitace, sestra je učí jednoduchým cvikům, při kterých pacientovi pomáhají. Mohou také pomoci při jídle, když už může přijímat stravu a také mohou nějaké jídlo po domluvě se sestrou přinést z domova. U pacientů v bezvědomí sestra zaučuje příbuzné v bazální stimulaci. Pro sestru je také pomoc a spolupráce už také v tom, že příbuzní jsou ochotni přinést z domova hygienické potřeby a některé věci, které jsou na ARO povoleny, jako například obrázky, přehrávač se známou poslechovou hudbou, knihu, časopis, brýle nebo drobné dárečky. Zlepšuje to pacientovo prostředí a to na něj poté nepůsobí tak neosobně.

Sestra se snaží, aby příbuzní opravdu spolupracovali. Mnoho se jich hned první den aktivně ptá, co mohou přinést a ostatním sestra vysvětluje, jak je to nutné a snaží se je motivovat ke spolupráci. Mnoho jich spolupracovat chce, jen je nenapadne, že nějaké věci mohou přinést. Domnívají se, že ARO je naprosto sterilní prostředí, kde není povoleno nic z domova. Sestra vysvětlí, že tak to není, hygienicko-epidemiologický režim je nutné dodržovat, ale většina věcí je omyvatelných, obrázky se zataví do fólie a ostatní se vypere. Po tomto vysvětlení je většina příbuzných nadšena a ve všem se snaží sestrám vyhovět. Jen ojediněle se stane, že příbuzní nechtějí pomáhat. Dochází na návštěvy, přinesou věci z domova, ale nechtějí se účastnit péče o nemocného. Někdy je to z obavy, aby pacientovi neublížili, někdy je jim nepříjemné s ním manipulovat, protože je pro ně velkým problémem na ARO vůbec vstoupit, neboť se jim dělá nevolno při pohledu na krev a špatně na ně působí nemocniční prostředí. To samozřejmě sestra respektuje, nijak je nenutí a doufá, že při delším docházení se toto změní a lepší.

Na ARO je doporučováno příbuzným, aby docházeli co nejčastěji, jak jim to jen pracovní vytížení dovolí. Sestry zde jsou vůči nim vstřícné. Uvědomují si to, že nemocniční prostředí působí negativně na psychiku pacienta. Pobyt zde je provázen také nepříjemnými a bolestivými výkony, pacient má pocit bezmoci a má strach z budoucnosti. Příbuzní jim mohou alespoň trochu ulehčit situaci tím, že je budou psychicky podporovat a povzbuzovat k tomu, aby spolupracovali a rehabilitovali, aby

co nejvíce uspíšili návrat domů. Tím, že jim dokazují podporu svou přítomností, alespoň na chvíli u pacientů navodí pocit jistoty a bezpečí, pohovoří o jejich zdravotním stavu, léčbě a postupu při uzdravování. Jsou jejich pojítkem s okolním světem a někdy také prostředníkem v jejich spolupráci se zdravotníky. *„Někdy se stane, že je pacient ve velmi špatném psychickém stavu, nechce spolupracovat, může být i agresivní nebo odmítá léčbu a kontakt se sestrou. Pak je na místě obrátit se na rodinu, aby zasáhla a díky jejímu pozitivnímu vlivu na pacienta jej donutila ke spolupráci, která je pro nás nepostradatelná.“*

U hůře řešitelných případů, kdy není lehká domluva s pacientem a po domluvě s lékařem, je kontaktován klinický psycholog. Ten si s pacientem promluví, zjistí jeho problémy a co jej trápí a spolu se sestrou navrhne opatření. U některých je nutné nasadit zklidňující léky, některým stačí, když klinický psycholog denně dochází a s pacientem si popovídá. Služby klinického psychologa jsou také nabízeny příbuzným, protože trauma spojené s hospitalizací postihuje i příbuzné, neboť oni mají strach, že ztratí milovanou osobu. *„Pokud si příbuzný nevšimne letáku vyvěšeného v přijímací místnosti, já sama ho o této možnosti informuji a je potom na každém z nich, zda pomoc přijme, či nikoliv. Určitě jim je ale schopen zlepšit psychický stav.“*

4.2 Výsledky rozhovorů - příbuzní

Příbuzný 1 (P1)

Příbuzná je dcerou pacienta hospitalizovaného na ARO. Otec zde leží 15. den. Byl operován na chirurgii. Vzhledem k jeho vážnému stavu byl přeložen na ARO. Dcera za otcem dochází každý den, včetně víkendů. Stráví s ním zde minimálně 2 hodiny.

Po telefonickém oznámení, že otec příbuzné bude po břišní operaci převezen na ARO, si na internetu zjišťovala veškeré dostupné informace, než toto oddělení navštíví. Neměla představu o tom, s čím se zde může setkat a jací pacienti jsou zde hospitalizováni. Ze strachu chtěla být na vše připravena předem. Po příchodu na

oddělení jí uvítala sestra, posadila ji do čekací místnosti a ihned volala lékaře k podání informace o zdravotním stavu otce. Lékař podal veškeré informace, zdůraznil vážnost zdravotního stavu a připravil jí na to, že léčba bude vyžadovat dlouhodobý pobyt. Další informace už poskytovala sestra. Ta se jí představila a sdělila, že ona se dnes o otce stará. V přijímací místnosti upozornila na vyvěšený informační materiál týkající se péče spojené s hospitalizací na ARO. Upozornila na to, jak otec bude vypadat, přístrojovou techniku, která otce obklopuje a zdůraznila i to, že otec je v bezvědomí a tudíž nebude možná komunikace. Také vysvětlila, že je zaintubován a dýchá za něj ventilátor. Všechny tyto sdělné informace dle dcery pacienta jí napomohly k tomu, že se nebála k němu přistoupit a nepodlehla při pohledu na něj panice.

Dle slov příbuzné komunikace se sestrami probíhala bez problémů. Nedokáže označit ani jednu sestru, se kterou by se nedomluvila na nějakém problému. Sestry vždy ke komunikaci přistupovaly se zájmem. Dokázaly zodpovědět všechny její dotazy. *„Jsem takový typ člověka, že se jen tak s nějakou odpovědí nespokojím. Když něčemu nerozumím, poprosím, aby mi to bylo vysvětleno jiným způsobem. Snažím se vše pochopit.“* Ve všech případech se setkala s vysokou profesionalitou a ochotou podat ucelené a vyčerpávající informace. *„Překvapilo mě, že mi sestra vysvětlovala i veškeré postupy při jakékoliv manipulaci s otcem. Vždy mi řekla, co a proč právě dělá.“* Dle jejího sdělení ale sestry nejen odpovídaly na dotazy, ale sami aktivně ji vyzývaly, aby se ptala bez ostychu na cokoli, co jí zajímá. V rámci svých kompetencí sestry dokázaly popsat veškerou péči věnovanou pacientovi od základní péče až po specializované výkony.

S návštěvními hodinami byla seznámena hned po příchodu. Bylo jí sděleno, že může docházet každý den bez předchozí domluvy mezi 14-18.00 hodinou. Tato doba se jí zdá dostatečná a v plné míře jí vyhovovala. Byla upozorněna na to, že když se bude u otce provádět některé nutné vyšetření nebo výkon, bude požádána, aby vyčkala v čekárně, nebo při delším vyšetření ukončila návštěvu. Toto chápe, protože už lépe ARO poznala a je si vědoma toho, že jde o záchranu života pacientů. Mile ji ovšem překvapilo, že v případě, že nemůže v určené hodiny přijít, je jí umožněna po domluvě s přednostou kliniky jiná doba návštěv s ohledem na provoz oddělení. Otec 10. den

nabyl vědomí, přesto se domnívá, že návštěvní hodiny jsou dostačující vzhledem k vážnému stavu pacientů. Sama vidí, že po dvou hodinách návštěvy je otec unaven a tak ho raději nechá odpočívat.

Na otázku, jakým způsobem ji sestry zapojují do ošetrovatelského procesu uvádí, že zatím toto vzhledem ke zdravotnímu stavu otce nebylo možné. Jedině, co jí sestry neustále kladly na srdce, bylo to, že i přes zhoršené vědomí má s ním neustále komunikovat. Vysvětlily jí důležitost jejích návštěv při uzdravování a svou přítomností u otce vzbuzení pocitu bezpečí. Má pocit, že i přes zhoršené vědomí ji určitě slyší a je rád, že s ním je. Dovolily jí také držet ho za ruku, hladit ho nebo masírovat.

Příbuzná je ochotná pomáhat a je odhodlaná udělat vše, co jí sestry doporučí a má pocit, že i otec by si to tak přál. Věří, že když on uvidí snahu z její strany, že chce o něj pečovat, bude pro něj jednodušší věřit, že i kdyby zůstal s nějakým trvalým postižením, dcera se o něj dokáže postarat i doma. Je přesvědčena o tom, že kdyby za otcem nedocházela, byl pro něj pobyt v nemocnici náročnější. Myslí si, že vzhledem k jeho povaze by upadl do deprese a všechno vzdal. Věří tomu, že mu dodává odvahu k uzdravení a naději, že se mu vrátí jeho síla a schopnost se o sebe postarat.

Už i při vstupu na oddělení si všimla informačních materiálů nabízejících pomoc klinického psychologa, kterou zatím nevyužila, neboť je optimisticky naladěna, vidí v léčbě otce pokroky a věří, že vše dobře dopadne. Kdyby měla pocit, že je pro ni situace nadále psychicky nezvladatelná, určitě by pomoc klinického psychologa uvítala a nebránila by se jí. O tom, že klinický psycholog navštěvuje v dopoledních hodinách i samotné pacienty nevěděla, nicméně moc ji tato informace potěšila.

Příbuzný 2 (P2)

Příbuzná je matka mladého pacienta, který je na ARO hospitalizován pro polytrauma. Leží zde 10. den. Byl přivezen jako poúrazové poranění hlavy s dalšími přidruženými komplikacemi zdravotního stavu, které nespecifikujeme v rámci zachování anonymity. Má zavedenou TS z důvodu dlouhodobé ventilace, protože pacient po příjezdu byl v bezvědomí. Nyní se začíná pomalu probouzet, kvalita vědomí

však není ještě dobrá. Je zmatený, nespolupracuje a musí se částečně tlumit psychofarmaky. Jeho matka dochází většinou pravidelně každý den s manželem. Někdy je vystřídá bratr pacienta.

Při zjištění, že je syn hospitalizován na ARO, se začala jeho matka hroutit. Nedokázala se soustředit na jedinou myšlenku. Nechápala, co jí lékaři a sestry říkají. Jediné, co jí zajímalo, bylo to, že syn žije. Informace poskytnuté hned po příchodu zběžně vyslechla, ale moc jim nerozuměla a zároveň se nechtěla dlouho zdržovat řečmi a chtěla syna co nejrychleji vidět. Jediné, co si pamatuje je to, že syn je v bezvědomí, vypadá, jako když spí, je napojen na dýchací přístroj a má kolem sebe mnoho přístrojů. Toho se nezalekla, prostředí oddělení vůbec nevnímala. Nevnímala ani sestry, které se jí věnovaly. Viděla jen svého syna a soustředila se jen na myšlenku, a že žije a že musí být v pořádku a ti lidé okolo (sestry, lékaři) udělají pro záchranu jejího syna vše možné i nemožné. Už o ARO slyšela a tak věděla, že syn je v dobrých rukou a zdravotnickému personálu důvěřovala.

Asi 3. den, kdy byl její syn stabilizován, ona se uklidnila a začala vnímat lidi i věci kolem sebe: „*Sestřičky to se mnou myslí moc dobře. Prý chápou, jak mi asi je. Jsou ke mně moc ohleduplné. Hezky se ke mně chovají. Neustále se mi snaží vše vysvětlit i když já je někdy moc neposlouchám.*“ Matka pacienta některým věcem vůbec nerozumí, ale sestry se prý snaží jí vše vysvětlit. Vysvětlily jí, že za syna dýchá ventilátor, popsaly jí jednotlivé přístroje a co mají za úkol. Ukázaly jí všechny hadičky, na které je syn napojen a postupně ukazovaly, kam která vede a k čemu slouží. Vysvětlily ji to laicky, že i ona vše pochopila. „*Je pravda, že tomu tak nerozumím. Někdy jsem se na některou konkrétní věc ptala několikrát. Sestry se nade mnou nepovyšovaly. Ujistily mě, že laik si těžko vše hned zapamatuje a že to je tady běžné, že se příbuzní ptají na věc opakovaně.*“ Byla velmi mile překvapena, že sestry byly tak ochotné. Po dřívějších zkušenostech z hospitalizací její i manžela se velmi divila, že se sesterská komunikace velmi zlepšila. Sestry se chovají velmi profesionálně a ona jim naprosto důvěřuje. Při rozhovorech se sestrami má pocit, že ví, co dělají a své práci rozumějí.

Na návštěvy chodí téměř každý den. Vyměnila si kvůli tomu služby v práci, zrušila si odpolední směny. Zaměstnavatel jí ochotně vyšel vstříc. Vyhovuje jí, že zde

může být téměř do 18. hodin, protože se do nemocnice stihne po ranní směně v klidu dopravit a ještě má čas se synem strávit dost času. „*Někdy, když nemají sestřičky takový fofr, mi dovolí i pár minut přes čas. Jsou hrozně ochotné a pořád se na mě usmívají. Jedna z nich mi sdělila, že kdybych nestihla přijít, můžu se domluvit s panem doktorem a ten mi povolí návštěvu v jinou denní dobu. Nechci toho zneužívat. Když nemohu, nějak si to zařídí manžel, nebo jde druhý syn. Nikdy ale nechceme, aby tady náš syn jeden den byl bez návštěvy. Ale zatím nás ještě tolik nevnímá, takže návštěvní doba nám stačí.*“

Pro příbuznou je velmi příjemné to, že nemusí na svého syna jen koukat. Uvítala, že s ním může mít i fyzický kontakt. Sestry jí vysvětlily, co může u něj dělat. Začaly jí postupně zapojovat do bazální stimulace. Vyplnily s ní jednoduchý dotazník a teď jí ukazují, jak má se synem pracovat. Má pocit, že je užitečná, nedokázala by sestry v tichosti přihlížet a nic nedělat. Takhle může syna masírovat, držet za ruku, hladit ho. Sestry jí neustále upozorňují, aby se synem hovořila a tím ho uklidňovala. „*Mám pocit, že syn ví, že tu jsem. Když přijdu a začnu na něj mluvit a hladit ho, zklidní se. Sestry mi řeknou, že dopoledne byl neklidný, lezl z postele a nebyl možný navázat kontakt a tak ho musely tlumit léky. Já ho začnu uklidňovat a hladím ho a on po chvílce usne. Dělá to skoro celou dobu návštěv a syn pospává a je klidný. Myslím, že vnímá, že jsem nablízku.*“ Matce nevadí, že syn pospává. Věří, že si takhle alespoň odpočine a jeho tělo bude mít sílu s nemocí bojovat. Navíc věří, že se mu zlepší vědomí tím, že u něj je.

Matka pacienta je ochotná naprosto spolupracovat. Kdyby bylo potřeba v případě, že syn nebude úplně v pořádku, musí se od sester naučit, jak se synem manipulovat. V nemocnici by ho chtěla nechat jen po nezbytně dlouhou dobu a na doléčení by si jej vzala domů. Až začne syn jíst, je rozhodnutí mu vařit domácí stravu a do nemocnice ji donášet. Ví, že je syn v jídlu vybíravý a tak mu uvaří jeho oblíbená jídla.

Je ráda, že provoz oddělení umožňuje každodenní návštěvy. Věří, že je její přítomnost při uzdravování důležitá a sestry jí v tom podporují. Je nadšená z toho, jak se zdravotnický personál k návštěvám staví. V dřívějších dobách nebyly návštěvy vítány, ba naopak má pocit, že byly i zakazovány a omezovány. Jí se jeví jako naprosto přirozené pomáhat při ošetřování. Bude nápomocna až do konce hospitalizace, alespoň

uvidí pokroky v léčbě. „*Bude důležité, abych tu byla, až syn nabude plně vědomí. Je velmi bojácný a špatně snáší jakoukoliv nemoc a bolest. Budu mu nablízku a tím pomohu sestrám, aby ho zvládaly, kdyby dělal problémy a nechtěl spolupracovat. Já ho nejvíce znám a vím, jak bude reagovat. Když mě uvidí, bude mít pocit bezpečí, bude klidný a bude určitě lépe snášet hospitalizaci.*“

První dny, kdy začala na ARO docházet, nedokázala zmobilizovat všechny síly a soustředit se na pomoc synovi. Lékař jí doporučil klinického psychologa. Přestože se tomu v počátku bránila, nakonec byla nucena tam zajít. Dnes je ráda, že to udělala, neboť se zklidnila a už se dokáže soustředit jen na syna a jeho vyléčení. S psychologem se domluvila na nějaké lehké medikaci a při potřebě se zde zastaví a promluví si. Je moc ráda, že na ARO pracuje i klinický psycholog, protože kdyby se zhroutila, nemohla by synovi pomáhat. Také je ráda, že klinický psycholog navštěvuje i samotné pacienty. „*Určitě jim dodává sílu a to pomáhá při zdravení. Víím, že leckdy jenom řeči nepomohou a že je někdy nutné se obrátit na odborníka*“.

Příbuzná 3 (P3)

Příbuznou je manželka pacienta, který je hospitalizován pro polytrauma. Manželka za ním dochází většinou každý den. Když nemůže, vzhledem k zaměstnání, vystřídá ji dcera. Její manžel je hospitalizován 8. den. Je při vědomí, byl extubován. Po extubaci se u něj začíná provádět dechová rehabilitace. Pro zlomeninu stehenní kosti má omezený pohyb, avšak horní polovinu těla už začíná pozvolna rozvíčovat.

Na ARO je manželka pacienta poprvé až v souvislosti s hospitalizací manžela. Vzhledem k tomu, že pracuje jako zubní laborantka, o zdravotnictví má přehled a věděla, jaké oddělení ARO je. Přesto, ale byla vystrašená, protože věděla, jací pacienti jsou zde hospitalizováni a tím i měla obavu o život manžela. Po podaných informacích od lékaře se částečně uklidnila. Manželův stav byl již druhý den stabilizován, byl sice zaintubován, ale ventilátor zajišťoval dýchání a dle potřeby mu byly podávány léky. Od sestry, která si jí vyzvedla v čekací místnosti, nepotřebovala téměř žádné informace. Věděla, že manžel je tlumen léky, tudíž v bezvědomí, pro intubaci s ní nebude

komunikovat. Slušně sestru odmítla a domluvila se s ní, že pokud jí bude něco zajímat, nebude se bát jí oslovit.

Komunikace se sestrami probíhá pro příbuznou v rámci slušnosti. Sestry se k ní chovají mile, snaží se jí vše vysvětlit. Některá je komunikativní víc, jiná méně. Jí spíše vyhovují zdrženlivější sestry. Je pořád z nehody manžela rozrušená a tak se moc nechce kontaktovat. „*Sestry jsou zde všechny hrozně ochotné a slušné. Snaží se mě rozptýlit a trochu povzbuzovat. Já ale většinou mlčím. Ale když se zeptám, všechno mi důkladně vysvětlí. Pořád se přesvědčují, zda jim rozumím a vím, o čem mluví. Asi je komunikace lepší, když jsem částečně ve škole prošla zdravotnickým vzděláním.*“

Příbuznou překvapilo, jak jsou zde na oddělení návštěvy respektovány. Je dne umožněn dlouhý pobyt. Z dřívějších dob se spíše setkala s negativními reakcemi. Byl ráda, že manžela může navštěvovat i dcera. Vždy se domluví, který den kdo půjde. Vzhledem k velkému provozu na ARO a kriticky nemocných zde hospitalizovaných je omezen pouze počet navštěvujících. Na doporučení sester by se měli střídat maximálně po 2, aby nebyl narušen chod oddělení. O víkendech manžela navštěvují i jeho rodiče a tak ona jde jen na hodinu před koncem návštěv. Dokud byl manžel v bezvědomí, zdály se jí návštěvní hodiny až zbytečně dlouhé. Teď, když už mohou komunikovat, je za ně ráda. Pouze 1x musela návštěvu ukončit dříve. Sestra ji poprosila, zda by přišla až následující den. Manžel leží na dvoulůžkovém pokoji a byl k němu přivezen nový pacient. Sestra jí vysvětlila, že je nutné, aby jim poskytla volný prostor pro práci. „*Chápu, že je nutné odejít, když mají sestry a lékaři mnoho práce. Já můžu přijít následující den. Oni musí zajistit jiného pacienta a také ho začít léčit. Sestra mě poprosila, vysvětlila fakta a moc se omlouvala. Bylo to od ní velmi hezké, ani jsem se nemohla kvůli tomu zlobit.*“ Sděluje, že snad každý, s kým se hezky zachází, je potom o to více ochoten vyhovět.

Sestry se snaží manželku zapojovat do péče o manžela. Ukázali jí, jak s ním provádět dechovou rehabilitaci. Podává manželovi, dle rady sestry, inspirační trenážer a mikronebulizátor. Když manžel chce, maže mu ruce a nohy. Většinou ale nechce, cítí se bezmocně, je mu nepříjemné, aby mu manželka posluhovala. Většinou řekne, že to udělají sestry. Ona však chce pomoci. Dělá to pro něj ráda. Na radu sester už druhý den

po extubaci nosí nějaké jídlo, dle chuti manžela. Jídla zde má manžel dost, ale má rád pivo po obědě a nějaké sladkosti.

Rady sester poslouchá a ví, že sestry své práci rozumí a tak je beze zbytku dodržuje. I přes mírné reptání ze strany manžela se sestrami spolupracuje a chce jim pomáhat. Ví, že určitě je to pro něj dobré.

Na návštěvy za manželem chodí pravidelně. Manžel však nechce ukázat své slabosti a tak jí vždy po chvilce vyhání domů. Ona i přesto zůstává, protože jí návštěvy přijdou důležité. Vidí na manželovi, že má velké bolesti a je i vystrašen. Nemá rád nemocnice, ani žádné nemoci. Když má jen chřipku, zalézá si do kouta a nechce s tím nikoho obtěžovat. Zde si však manželka myslí, že její podpora je nutná. Alespoň na chvíli musí manžel vědět, že ho podporuje a soucítí s ním. Věří, že její přítomnost mu může situaci alespoň částečně ulehčit. Snaží se ho rozptylovat rozhovorem o tom, co se děje doma, o škole dcery a o počasí. Hlavně ho pořád ujišťuje, že uzdravování probíhá bez komplikací a že musí být ještě nějaký čas trpělivý.

Z materiálu vyvěšeného v čekací místnosti ví o možnosti kontaktu s klinickým psychologem. Ona o ní však ani neuvažovala. Je přesvědčená, že vše zvládá a není důvod psychologa navštívit. Myslí si, že je tam víceméně jen pro nemocné klienty.

Příbuzný 4 (P4)

Osloveným příbuzným je 71letý manžel pacientky. Pravidelně se střídá se svým synem. Syn dochází až k večeru po zaměstnání a o víkendech i se svou manželkou. Manžel pacientky je v důchodu, dochází každý den. Vzhledem k jeho vysokému věku je toto pro něj velká zátěž. Jsou ale na sebe s manželkou velmi fixováni a tak pro ni manžel udělá cokoliv. 68letá pacientka je hospitalizovaná 4 den pro polytrauma. Vzhledem k dechovým potížím byla pacientka zaintubována a napojena na ventilátor. Pro zachování anonymity dále nespecifikujeme lékařskou Dg.

Na ARO manžel pacientky přichází poprvé. Neměl představu o tom, jak oddělení vypadá. Asi před 5 lety ležel na chirurgické JIP a tak se domníval, že toto oddělení je podobné. Sestra, která jej uvedla na pokoj manželky, mu sdělila, že rozdíl,

mezi JIP a ARO je ten, že zde leží pacienti se zajištěnými dýchacími cestami, neboť sami dýchat nemohou. Sestra mu vysvětlila, že systém spočívá v tom, že pacient má zavedenou rourku do dýchacích cest a ta je napojena hadicemi na ventilátor, který kontroluje a zajišťuje dýchání. Bylo mu také vysvětleno, že manželka je tlumena léky, aby neměla žádné bolesti a lépe hospitalizaci tolerovala. Bylo jí navozeno umělé bezvědomí. On si toto vysvětluje tak, že manželka je pod silnými léky, které navozují spánek. Ostatní přístroje moc neregistruje, neví, na co všechny jsou. Důležité pro něj je, že mu sestra sdělila, že manželce nepřetržitě měří tlak, puls a teplotu, aby viděla, zda se jí daří dobře. Diví se, že se sestry se ve všech přístrojích a hadičkách dokážou zorientovat. Dále mu sestry sdělily něco o provozu oddělení, upozornily na návštěvní hodiny a seznámily jej s hygienicko-epidemiologickým režimem. Dále mu sestry poskytl dostatek informací o ošetrovatelské péči. Sdělily, že denně provádí osobní hygienu, masáže zad a hýždí, ukázaly, jak polohují pacientku proto, aby zamezily vzniku dekubitů. Vzhledem k tomu, že má pacientka zlomenou pánev, je polohování na boky omezené a tak má speciální antidekubitální lůžko se střídavým vyfukováním jednotlivých částí pod hýžděmi. Vysvětlily mu, jakým způsobem podávají stravu a tekutiny a jak zajišťují vylučování. Bylo to pro něj velmi mnoho informací, něčemu úplně nerozuměl, ale sestry se snažily mu situaci nastítnit tak, aby vše pochopil. Jediné, co je pro něj velmi důležité, aby bylo o manželku dobře postaráno.

Manžel pacientky je velmi spokojen s chováním sester, se kterými byl dosud v kontaktu. Všechny na něj byly milé a příjemně ho vždy na pokoji uvítaly. Každá sestra se hned zajímala o to, zda už zde byl a jaké informace mu byly podány. Vždy se nezapomenou zeptat, zda už mluvil s lékařem a dostal informace o zdravotním stavu. Pokud ne, lékaře hned volají. Ostatní informace, které potřebuje, už mu poskytují sestry. Sestra, která se ten den o manželku stará, mu vše vysvětluje. Díky tomu mu vše, co se zde prování, dává smysl. Když neví, o čem sestry mluví, nebo nerozumí nějakému odbornému výrazu, sestra mu jej vysvětlí tak, aby to pochopil. Opakovaně se ho ptá, zda všemu porozuměl. Je to pro něj velmi mnoho informací a tak sestře poděkuje a upozorní na to, že jí důvěřuje a že je spokojený, když mu sdělí jen ty základní a

nejdůležitější informace. Sám se aktivně nedotazuje, protože je pro něj prostředí ARO velmi komplikované, někdy se opakovaně ptá na jednu věc pro lepší zapamatování.

Na návštěvy, které jsou každý den, dochází hned kolem 14 hodiny, je zde tak do 16 hodin, pak jej vystřídá syn nebo snacha. Je to pro něj sice únavné, ale snaží se zde trávit maximálně času s manželkou. Byl překvapen, že sestra aktivně pro něj přinesla židli, aby mu to maximálně ulehčila. Zatím je manželka ve špatném zdravotním stavu a spí, proto má pocit, že návštěvní hodiny neutíkají, drží jí alespoň za ruku a doufá, že se zdravotní stav brzy zlepší a bude s ním moci komunikovat. Návštěvní hodiny mu plně vyhovují, protože je v důchodu, snadno se jim podřídí.

Vzhledem k tomu, že manželka je zatím v umělém spánku a její zdravotní stav je kritický, není možné se zatím zapojovat do ošetrovatelského procesu. Vzhledem k jeho věku se domnívá, že by nebyl schopen se aktivně zapojit při ošetřování. Je však domluven se snachou, že kdyby bylo potřeba, ráda ona tuto roli převezme. Sestry mu nastínily, jakým způsobem mohou pomáhat. Jde především o pomoc při rehabilitaci, nácviku sebezpečí při běžných denních aktivitách. Ví, že až se zdravotní stav zlepší, je možné z domova donést hygienické potřeby. Těší se, že bude manželce předčítat z knihy a časopisů.

Sám příbuzný se domnívá, že až se manželka probere z bezvědomí, bude ráda, že jej uvidí. Myslí si, že v první chvíli nebude vědět, co se s ní stalo a bude mít strach z dění kolem ní. On by u probouzení chtěl být z toho důvodu, že má pocit, že jí pomůže vidět známou tvář. Manželka bude klidnější a bude určitě lépe snášet hospitalizaci. Až bude v lepším zdravotním stavu a bude možná komunikace, chtěl by být u ní po celou dobu návštěv a psychicky jí podporovat a tím ji motivovat k tomu, aby se snažila spolupracovat (rehabilitace, nácvik sebezpečí). Vzhledem k věku a fyzickým schopnostem jej mrzí, že nebude moci být více nápomocen, ale v tomto případě se bude moci obrátit na pomoc syna a snachy a manželce usnadnit pobyt.

Sestry ho také upozornily, že na ARO je možnost klinického psychologa v případě nezvládání velké psychické zátěže spojené s hospitalizací manželky. On tuto možnost nevyužil, neboť se domnívá, že ji nepotřebuje.

Příbuzný 5 (P5)

Příbuznými jsou rodiče 21 letého chlapce hospitalizovaného na ARO pro polytrauma. Poranění blíže specifikujeme jen jako neurochirurgické. Pacient je hospitalizovaný 3. den a je nadále v bezvědomí.

Po příchodu rodičů na oddělení podal lékař podrobné informace o zdravotním stavu. Rodiče byli upozorněni na to, že stav je velmi kritický, i během hodin může docházet k jeho změně a přes veškerou poskytovanou resuscitační péči může dojít k úmrtí. Rodiče i přes to doufají, že se zdravotní stav zlepší. Sestra odvedla rodiče k lůžku pacienta. Podala základní informace o ošetrovatelské péči a snažila se vysvětlit přístrojovou techniku v okolí postele. Vzhledem k tomu, že matka nebyla schopna situaci zvládnout, musel jí zastoupit manžel. Sestra se snažila jej seznámit s prostředím ARO a ošetrovatelskou péčí.

Otec pacienta po seznámení s provozem oddělení se začal zajímat o konkrétní věci spojené s ošetrovatelskou péčí. Dle jeho názoru k němu přistupují sestry vstřícně. Za všech okolností se snaží mu vše vysvětlit a vyhovět jeho přání. On sám zná okolnosti autonehody a oceňuje absolutně profesionální přístup sester, myslí si, že i přesto s ním sestry soucítí, snaží se mu pomoci překonat počáteční šok. Pokud sestrám čas dovolí, snaží se mu maximálně věnovat. Neustále s ním komunikují, což mu psychicky při pobytu zde velmi pomáhá. Sestra vše vysvětluje s ohledem na to, že on nemá zdravotnické vzdělání a aby mu bylo vše srozumitelné. Aktivně ho sestry vybízí k případným dotazům a ty mu ihned zodpovídají.

Příbuzný plně využívá stanovenou dobu návštěv, nad jejich rámec další nevyžaduje, neboť se musí navíc věnovat manželce, která se psychicky zhroutila, sama není schopna za synem docházet, avšak vyžaduje informace, které jí on doma podá. Bylo mu sděleno, že v případě kritického zlomu a náhlého zhoršení zdravotního stavu, bude ihned informován a bude mu umožněn okamžitý přístup i mimo návštěvní hodiny. Toto velmi uvítal, neboť chce syna maximálně podporovat i být mu v jeho situaci nablízku.

Vzhledem ke kritickému stavu pacienta a neustálé resuscitační péči nebyl otec zapojen do ošetrovatelského procesu. Bylo mu pouze doporučeno, aby na syna mluvil, může jej držet za ruku a tím udržovat fyzický kontakt.

Až se upraví zdravotní stav syna, otec je domluven se sestrami, že by se rád také účastnil péče o něj, je pro něj naprosto přirozené pomáhat svému dítě. Navíc doufá, že i zdravotní stav manželky se zlepší a upraví natolik, aby i ona byla schopna docházet na ARO a alespoň částečně být nápomocná při ošetřování.

Vzhledem k tomu, že otec ví, že nemůže zatím synovi nijak pomoci, spoléhá na zdravotnický personál, ale domnívá se, že samotná přítomnost jeho u lůžka syna je důležitá. *„Přesto, že vím, co se stalo a znám okolnosti nehody, nemohu své dítě opustit a i když mu nemohu pomoci, budu alespoň vedle něj a doufám, že on v podvědomí cítí moji přítomnost.“* Přesto, že je syn v bezvědomí, doufá, že jej slyší a díky tomu se bude cítit bezpečněji. Při návštěvě na syna mluví, vypráví mu, co je doma nového, že ho pozdravují kamarádi, kteří se na něj ptají a přejí mu brzké uzdravení. Ví, že zdravotní stav je velice vážný, přesto ale doufá, že vše společnými silami zvládnou.

Už při prvním vstupu na ARO a sdělení informací o zdravotním stavu se začala manželka hroutit. Zdravotnický personál dobře odhadl situaci a zavolali klinického psychologa. Ten byl přítomen již při podávání informací. Protože manželka nebyla schopna situaci zvládnout, byla jí podána sedativa a zůstala v čekací místnosti s klinickým psychologem. Jeho péči uvítal, neboť by nevěděl, jak v této situaci manželce pomoci. Klinický psycholog po vyhodnocení situace doporučil péči psychiatra s následnou adekvátní medikací. Bylo mu sděleno, že pokud nebude situaci dále zvládat, může se po předchozí domluvě obrátit na pomoc psychologa i on. Může docházet pravidelně na rozhovory s klinickým psychologem, pokud zjistí, že je to pro něj přínosné a hlavně, pokud mu to ulehčí situaci. Velice uvítal, že jej klinický psycholog vyhledal sám v době návštěv, zeptal se na jeho zdravotní stav a i stav manželky, byl rád, že mohl o zdravotním stavu syna s někým mluvit, radil se s ním o tom, jakým způsobem sdělovat špatné informace o zdravotním stavu syna manželce, aby tím nedošlo k dalšímu zhoršení jejího psychického stavu. *„Klinický psycholog je*

pro mě velice důležitý, domnívá se, že bez jeho pomoci bychom situaci zvládali mnohem obtížněji a s některými situacemi bychom si vůbec nevěděli rady.“

Příbuzná 6 (P6)

Vzhledem k tomu, že pravidelně na návštěvy za pacientkou dochází matka, poskytují se informace především jí. Pacientka je zde hospitalizována po rozsáhlé břišní operaci a pro dechovou nedostatečnost intubována a napojena na ventilátor. Je zde 9. den. Matka byla po příchodu informována o zdravotním stavu, v čekací místnosti měla možnost se zhruba seznámit prostřednictvím materiálů vyvěšených na nástěnce s tím, co může očekávat na pokoji. Sestra, spolu s lékařem, ji dovedli na pokoj, byli maximálně ohleduplní k jejímu váhání při vstupu. Dali jí dostatek času, aby se nejprve vzpamatovala mezi dveřmi a poté vstoupila na pokoj dcery. Sestra jí začala popisovat veškeré přístroje, na které byla dcera napojena. Seznámila jí s ventilátorem, který zajišťuje dýchání, ukázala infuzní terapii a vysvětlila, že vzhledem k pankreatitidě je nutná nitrožilní výživa. První dny byla pacientka tlumena a sestra matce popsala stav jejího vědomí. Dále ji seznámila s provozem oddělení, s rozsahem doby návštěv a s hygienicko epidemiologickými opatřeními a ošetrovatelskou péčí.

Matka pacientky sdělila, že byla velice podrobně a srozumitelně informována o ošetrovatelské péči. Byl jí poskytnut dostatek informací, a pokud něčemu nerozuměla, nebo se jí nezdála informace dostatečně obsáhlá, ochotně jí sestra vše dovysvětlila. Vzhledem ke své dřívější profesi, kdy pracovala jako nižší zdravotnický personál na LDN, snáze byla schopna chápat podávané informace. Je velmi spokojena se slušným chováním a vystupováním sester, většina sester se jí po příchodu ihned představila a sdělila, že pro tento den je určena se o dceru starat. Velmi ji potěšilo, že i přes velmi těžkou práci, se sestry příjemně chovají i k dceři. Oceňuje, že se sestry chovají profesionálně a jestli jim vadí obezita dcery, nedávají toto najevo. Přesto, že byla první dny pacientka tlumena, neustále s ní sestry komunikovaly a upozorňovaly na výkony, které právě prováděly. Opakovaně ji sestry vybízely k případným dotazům a dávaly jí najevo, že se na ně může obrátit s jakoukoliv prosbou.

Stanovené návštěvy od 14. do 18 hodin se jí zdají být dostačující, někdy z důvodů pracovního vytížení tuto dobu nevyčerpá. Pokud se mimořádně stane, že je třeba provést nějaké vyšetření nebo výkon, je požádána, aby vyčkala v čekací místnosti, nebo jedná-li se o výkon časově náročnější, je vyzvána, aby návštěvu ukončila a přišla následující den. Protože si je vědoma náročnosti péče, toto respektuje.

V době, kdy byla dcera již při vědomí, začala ji sestra seznamovat podrobněji s ošetrovatelskou péčí a následně ji do ní i zapojovat. Největším přínosem pro ni bylo to, že sestra ji naučila s dcerou komunikovat. Poskytla jí tabulky s abecedou, kdy měly nacvičeno, že dcera ukazuje jednotlivá písmena a matka si z nich skládá slova a věty. Zpočátku to ale bylo pro dceru obtížné, neboť byla zesláblá a neudržela dlouho ruku ve vzduchu, jednoduchá slova bylo možné odezírat ze rtů. Sestra jí sdělila, že až bude dcera v lepším zdravotním stavu, dostane tužku a papír a bude moci psát. Vzhledem k tomu, že je pacientka obézní, jsou na hygienu a polohování kladeny vyšší nároky. Matce je umožněno dceru masírovat, otírat pot žínkou a procvičovat horní a dolní končetiny. Vzhledem k tomu, že nemůže přijímat potravu a tekutiny per os, je také nutná zvýšená péče o dutinu ústní. Jako prevence vysychání sliznic jí sestra doporučila, že může otírat ústa vlhkým kapesníkem a vytírat ústa citronovými štětičkami. Sestra jí také vyzvala, aby z domova donesla hygienické potřeby a dovolila, že jí na stěnu může rozvěsit fotografie dětí.

Matka pacientky je ráda, že může pomoci, neboť si je vědoma toho, že ošetrovatelská péče u její dcery je velmi náročná a má radost, když sestry její pomoc ocení, nedělá to však jen z důvodu pomoci sestrám, ale především pro lepší komfort své dcery. Je ochotná k jakékoliv spolupráci, pokud na ni fyzicky stačí, zároveň si tím i zpestří dobu návštěv a i pacientce to lépe utíká, navíc si myslí, že raději s požadavkem na péči osloví dcera ji než sestru, stydí se za svoji obezitu.

Je maximálně spokojena s tím, že může docházet na návštěvy a pomáhat sestrám s péčí o dceru, neboť se domnívá, že je jí to jenom ku prospěchu. Vidí na její zlepšující se náladě a vůli uzdravovat se, že toto pomáhá. Velkou radost jí udělá, když o víkendu přijdou i děti, které studují mimo domov a nemůžou chodit častěji, zlepšuje jí to hlavně psychickou pohodu a má potřebu rychleji se uzdravit a vrátit se domů.

Onemocnění své dcery dokázala dobře přijmout, neboť ji neustále upozorňovala na možné komplikace obezity. Protože je zvyklá se v nemocničním prostředí pohybovat a s takovými to pacienty má zkušenosti, dokázala svůj psychický stav zvládnout a soustředit se především na pomoc dceři. Proto informace o možnosti využít pomoci klinického psychologa pro ni byla bezpředmětná.

Příbuzný 7 (P7)

Manžel dochází za svou ženou, která je zde hospitalizována 2 den po intoxikaci léky. Pacientka je nyní už při vědomí, je s ní možné navázat kontakt.

On našel manželku v bezvědomí, přivolal lékařskou pomoc a ihned jí následoval do nemocnice. Zde, než byla provedena veškerá vstupní vyšetření a zajištěny základní životní funkce, byl usazen do přijímací místnosti, kde vyčkal příchodu lékaře, který mu sdělil informace o zdravotním stavu. Prostředí ARO celkem nevnímal, soustředil se především na péči o manželku. Poté se ho ujala sestra, odvedla jej na pokoj, zdravotní stav mu popsal lékař, proto se sestra soustředila především na seznámení s technickými záležitostmi, popsala zajištění dýchacích cest a napojení na ventilátor, popsala jednotlivé katétry zavedené do těla pacientky, na které jsou napojeny infuze a léky podporující krevní oběh, sonda pro odvod žaludečního obsahu a močová cévka ke kontrole vylučování. Sestra mu poskytla veškeré informace, které potřeboval vědět k tomu, aby se zorientoval na oddělení a udělal si obrázek o péči, která je manželce poskytována. Také mu sestra sdělila dobu návštěv.

Manžel pacientky sdělil, že informace, které mu sestra podala, byly naprosto vyčerpávající, o péči si díky nim udělal ucelený obrázek. Sestra byla velmi vstřícná a ochotně zodpověděla všechny jeho dotazy týkající se ošetrovatelské péče.

Byl seznámen s tím, že návštěvní hodiny jsou denně v době od 14 do 18 hodin. Vzhledem k pracovnímu vytížení nebude schopen na návštěvy docházet každý den, alespoň budou mít možnost přijít manželčini rodiče, budou se ob den střídat. V případě nutnosti mu byla nabídnuta možnost požádat o náhradní termín, nechce toho však zneužívat, protože se k němu všichni chovají moc vstřícně.

Sestrám mu bylo doporučeno donést hygienické potřeby a jiným způsobem její sestry do ošetrovatelské péče nezapojovali. Pacientka je při vědomí, takže s ní navázal verbální kontakt. Vzhledem k povaze události komunikace mezi nimi vážne. „*Jsem velice nešťastný z toho, co se stalo, je pro mě velmi těžké se s touto situací vypořádat. Manželka je neustále ve špatném psychickém rozpoložení, mám pocit, že už ani nevím, jak s ní mluvit, abych jí ještě více nepřitížil.*“

Vzhledem k tomu, že manželka rychle znovu nabyla soběstačnosti, nevyvstala nutnost pomoci v ošetrovatelské péči. Jednoduché úkony – vyčištění zubů apod., zvládne sama, s ostatním jí pomohou sestry.

Ví o tom, že přítomnost příbuzných ve většině případů má pozitivní vliv na uzdravování pacienta, ale on se v současné době necítí schopen další psychické podpory. Vzhledem k její předešlé anamnéze a jeho maximální snaze jí pomoci, přesto došlo k současné situaci a on sám se domnívá, že už víc udělat nemůže a že i jeho psychický stav má omezený limit.

Byl informován o možnosti návštěvy klinického psychologa a rozhodně hodlá tuto službu využít, byť jen z toho důvodu, aby se svěřil s tíživou situací, která předcházela manželčinu pokusu o sebevraždu. Požádal psychologa o konzultaci i u manželky, neboť se domnívá, že odborník by byl lépe schopen pochopit její jednání, vysvětlit mu její pohnutky a ukázat možnosti jak v nastalé situaci dále pokračovat a řešit jí. Oceňuje, zvláště v takovýchto případech, okamžitou pomoc klinického psychologa, neboť se domnívá, že by se v současné době bez této pomoci neobešel.

4.3 Kategorizace dat pomocí tabulek

Tabulka č. 1 Úroveň vzdělání sester ARO

Odpověď sestry	Součet	S = sestra						
		S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7
SZŠ	3	1		1			1	
VZŠ Dis	1				1			
VŠ	3		1			1		1
VŠ - studující	2	1		1				
Specializace ARIP	5	1	1	1			1	1

Zdroj: Vlastní výzkum

V tabulce jsou prezentovány odpovědi sester na otázku týkající se úrovně dosaženého vzdělání. 3 sestry mají vzdělání středoškolské, 1 na vyšší zdravotní škole jako diplomovaný specialista a 3 vysokoškolské. 2 sestry studují na vysoké škole a celkem 5 má specializaci ARIP.

Tabulka č. 2 Přínos studia pro komunikaci s příbuzným

Odpověď sestry	Součet	S = sestra						
		S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7
Získání teoretických znalostí a dovedností	6		1	1	1	1	1	1
Zdokonalení teoretických znalostí	4	1		1	1			1
Zlepšení komunikace	2	1					1	
Holistické chápání člověka	2		1			1		
Celkový výskyt	14	2	2	2	2	2	2	2

Zdroj: Vlastní výzkum

V tabulce jsou prezentovány odpovědi sester na to, jaký mělo studium v komunikaci pro sestry přínos. 6 ze 7 dotazovaných odpověděly, že získaly teoretické znalosti a dovednosti, 4 si tyto znalosti zdokonalily. Pro 2 se tímto zlepšila komunikace. 2 sestry odpověděly, že studiem získaly znalosti o holistickém chápání člověka.

Všechny sestry odpověděly ve dvou kategoriích, S1 vypověděla o zdokonalení teoretických znalostí a tím i zlepšení komunikace. S2 a S5 shodně odpověděly, že přínosem studia pro komunikaci u nich bylo získání teoretických znalostí a dovedností a seznámení se s holistickým chápáním člověka. S3, S4 a S7 vypověděly o získání teoretických znalostí a dovedností a jejich zdokonalování při studiu. S6 sdělila, že přínosem studia získala teoretické znalosti a dovednosti v komunikaci a tím se jí zlepšila i komunikace.

Celkový výskyt kategorizačních odpovědí bylo 14.

Tabulka č. 3 Nejčastější bariéry při spolupráci s příbuznými

Odpověď sestry	Součet	S = sestra						
		S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7
Strach a stud	4	1	1	1		1		
Agrese a vztek	3		1	1		1		
Dotazy příbuzných o prognóze	3		1			1		1
Nedocenění práce sestry	2			1			1	
Slovní napadání sestry	1			1				
Vysoké pracovní vytížení sestry	1				1			
Lhostejnost příbuzných při zapojování do oš. procesu	2			1		1		
Celkový výskyt	16	1	3	5	1	4	1	1

Zdroj: Vlastní výzkum

V tabulce jsou uvedeny nejčastější bariéry při spolupráci s příbuznými. Nejčastějším problémem při spolupráci byl uveden strach a stud – a to ve 4 případech. Ve 3 případech bylo hovořeno o agresi a vzteku. 3 sestry hovořily o dotazech příbuzných na prognózu pacienta. 2 odpovědi se týkaly nedocenění práce sestry, 1 slovního napadání sestry. 2 odpovědi souvisely s lhostejností příbuzných při zapojování do oš. procesu a 1 o vysokém pracovním vytížení sestry.

S1 hovořila, že pro ní je bariérou strach a stud. Pro S2 a S5 je to strach a stud, agrese a vztek a dotazy příbuzných na prognózu pacienta. S5 ještě navíc připojila odpověď o lhostejnosti příbuzných při zapojování do oš. procesu. V pěti kategoriích odpověděla S3 a to strach a stud, agrese a vztek, nedocenění práce sestry, slovní napadání sestry a lhostejnost příbuzných při zapojování do oš. procesu. S4 vypověděla v jedné z kategorií o vysokém pracovním vytížení sestry. Pro S6 je bariérou při spolupráci s příbuznými je nedocenění práce sestry, pro S7 dotazy příbuzných o prognóze.

Celkový výskyt kategorizačních odpovědí bylo 16.

Tabulka č. 4 Poskytované informace příbuzným sestrou v rámci její kompetence

Odpověď sestry	Součet	S = sestra						
		S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7
Postupy při oš. péči	7	1	1	1	1	1	1	1
Důvody vykonávané péče	2			1			1	
Stav vědomí pacienta	5	1			1	1	1	1
Přístrojová technika	4	1	1				1	1
Zajištění DC a monitoring	4	1			1		1	1
Provoz oddělení	4			1	1		1	1
Návštěvní hodiny	6	1	1	1		1	1	1
Celkový výskyt	32	5	3	4	4	3	7	6

Zdroj: Vlastní výzkum

V tabulce jsou prezentovány informace od sester poskytované příbuzným. Všechny dotazované sestry odpověděly, že sdělují informace o ošetrovatelské péči. Další nejčastější odpovědi byly informace týkající se návštěvních hodin – odpovědělo 6 sester. 5 sester poskytovalo informace o stavu vědomí pacienta, 2 sdělovaly důvody o vykonávané péči, 4 sestry podávaly informace o přístrojové technice, zajištění DC a monitoringu a o provozu oddělení.

S1 odpověděla v pěti kategoriích – sděluje informace o postupech oš. péče, stavu vědomí pacienta, přístrojové technice, zajištění DC a monitoringu a o návštěvních hodinách. S2 poskytuje informace v oblasti oš. péče o přístrojové technice a návštěvních hodinách. S3 informuje příbuzné o postupech a důvodech při oš. péči, o provozu oddělení a návštěvních hodinách. S4 odpověděla ve čtyřech kategoriích – informace o oš. péči, stavu vědomí pacienta, zajištění DC a monitoringu a o provozu oddělení. S5 informuje příbuzné o postupech při oš. péči, stavu vědomí pacienta a návštěvních hodinách. S6 odpověděla ve všech zkoumaných kategoriích. S7 odpověděla ve všech kategoriích vyjma důvodů vykonávané péče.

Celkový výskyt kategorizačních odpovědí bylo 32.

Tabulka č. 5 Specifika při komunikaci sestry s příbuznými

Odpověď sestry	Součet	S = sestra						
		S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7
Dodržování základních znalostí a dovedností	6		1	1	1	1	1	1
Vzbuzení důvěry	5	1	1	1		1	1	
Empatie	6	1		1	1	1	1	1
Komunikace jako permanentní proces	5			1	1	1	1	1
Profesionální přístup	3		1				1	1
Přesvědčování příbuzného ke spolupráci	3			1	1			1
Dostatek času	3				1		1	1
Možnost dotazů a zpětné vazby od příbuzných	7	1	1	1	1	1	1	1
Celkový výskyt	35	3	4	6	6	5	7	7

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka ukazuje na specifika při komunikaci sestry s příbuznými. Všechny dotazované sestry odpověděly, že umožňují příbuzným dotazovat se. 6 odpovědí se týká dodržování základních znalostí a dovedností při komunikaci sester a empatie. 5 dotazovaných sester má za specifikum při komunikaci vzbuzení důvěry a bere komunikaci jako permanentní proces. 3 sestry upřednostňují profesionální přístup, přesvědčování příbuzného ke spolupráci a dostatek času při komunikaci.

S1 pohovořila o vzbuzení důvěry, empatii a prostoru pro možnost dotazů a zpětné vazby od příbuzných. S2 odpověděla ve čtyřech kategoriích – o dodržování základních znalostí a dovedností, o vzbuzení důvěry, profesionálním přístupu a možnosti dotazů od příbuzných. S3 uvedla všechny kategorie kromě profesionálního přístupu a dostatku času při komunikaci. S4 označila kategorii o dodržování základních znalostí a dovedností při komunikaci, empatii, o komunikaci jako permanentním procesu, o přesvědčování příbuzného ke spolupráci, o dostatku času a možnosti dotazů od příbuzných. S5 odpověděla v pěti kategoriích – dodržování základních znalostí a dovedností, vzbuzení důvěry, empatie, komunikace jako permanentní proces, možnost dotazů a zpětné vazby od příbuzných. S6 odpověděla ve všech kategoriích kromě

přesvědčování příbuzného ke spolupráci, S7 ve všech kategoriích kromě vzbuzení důvěry.

Celkový výskyt kategorizačních odpovědí bylo 35.

Tabulka č. 6 Informace týkající se návštěvní doby

Odpověď sestry	Součet	S = sestra						
		S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7
Návštěvní hodiny umožňuje	4	1				1	1	1
Doporučuje docházet co nejvíce	3	1	1					1
Doporučuje z důvodu měnícího se zdr. stavu	2				1	1		
Myslí, že doba je dostatečná	2			1	1			
Vysvětlí důvod předčasně ukončené návštěvy	5		1	1	1	1	1	
Doporučí individuální termín	6	1	1	1		1	1	1
Sdělí podmínky návštěv	3				1		1	1
Celkový výskyt	25	3	3	3	4	4	4	4

Zdroj: Vlastní výzkum

V tabulce jsou prezentovány odpovědi sester týkající se návštěvní doby. 4 sestry návštěvní hodiny umožňují, 3 doporučují docházet co nejvíce. 2 sestry doporučují návštěvy z důvodu měnícího se zdravotního stavu. 2 se domnívají, že návštěvní doba je dostatečná. 5 vysvětlí důvod předčasně ukončené návštěvy a 6 z nich sdělí možnost individuálního termínu. 3 sestry sdělí podmínky návštěv.

S1 a S7 odpověděly ve třech ze sedmi kategorií a to, že návštěvní hodiny umožňuje a doporučuje docházet co nejvíce. Dále doporučily individuální termín. S7 navíc sdělila podmínky návštěv. S2 doporučila docházet co nejvíce, vysvětlila důvod předčasně ukončené návštěvy a doporučila individuální termín. S3 se domnívá, že rozsah návštěvní doby je dostatečný, vysvětlila důvod předčasně ukončené návštěvy a doporučila individuální termín. S4 doporučuje návštěvy z důvodu měnícího se zdravotního stavu, myslí, že doba návštěv je dostatečná, vysvětlí důvody předčasně ukončené návštěvy a sdělí podmínky návštěv. S5 odpověděla ve čtyřech kategoriích. Návštěvní hodiny umožňuje, doporučuje je z důvodu měnícího se zdravotního stavu, vysvětlí důvod předčasně ukončené návštěvy a doporučí individuální termín. S6 rovněž

vysvětlí důvod předčasně ukončené návštěvy a doporučí individuální termín a sdělí podmínky návštěv.

Celkový výskyt kategorizačních odpovědí bylo 25.

Tabulka č. 7 Zapojování příbuzných do ošetrovatelského procesu

Odpověď sestry	Součet	S = sestra						
		S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7
Spolupráci ovlivňují funkční rodinné vztahy	4	1	1		1	1		
Motivuje v zapojení do oš. procesu	7	1	1	1	1	1	1	1
Podporuje příbuzné v komunikaci	4				1	1	1	1
Podporuje příbuzné ve fyzickém kontaktu	4	1			1		1	1
Celkový výskyt	19	4	2	1	4	3	3	3

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka popisuje zapojování příbuzných do ošetrovatelského procesu. Odpovědi sester ukazují, že sedm z nich motivuje příbuzné v zapojení do ošetrovatelského procesu. 4 sestry odpověděly, že spolupráci ovlivňují funkční rodinné vztahy, 4 sestry podporují příbuzné v komunikaci, 4 ve fyzickém kontaktu.

S1 odpověděla, že spolupráci ovlivňují funkční rodinné vztahy a ona příbuzné motivuje k zapojení do oš. procesu, také příbuzné podporuje ve fyzickém kontaktu. S2 odpověděla, že spolupráci ovlivňují funkční rodinné vztahy a ona rodinu motivuje k zapojení do oš. procesu. S3 příbuzné motivuje v zapojení do oš. procesu. S4 odpověděla ve všech čtyřech zkoumaných kategoriích, S5 také, kromě kategorie o podpoře příbuzných ve fyzickém kontaktu. S6 a S7 shodně odpověděly ve třech kategoriích, motivují příbuzné v zapojení do oš. procesu, podporují příbuzné v komunikaci a ve fyzickém kontaktu.

Celkový výskyt kategorizačních odpovědí bylo 19.

Tabulka č. 8 Jak je vnímána důležitost přítomnosti rodiny v procesu uzdravování

Odpověď sestry	Součet	S = sestra						
		S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7
Psychická podpora	6	1	1	1	1	1		1
Motivace pacienta k rychlejšímu uzdravení	3		1			1	1	
Motivace pacienta ke spolupráci	6	1	1	1	1		1	1
Pocit jistoty a bezpečí	4				1	1	1	1
Pojítka s okolním světem	3		1			1		1
Ulehčení pobytu v nemocnici	2					1	1	
Jiné důvody	7	1	1	1	1	1	1	1
Celkový výskyt	31	3	5	3	4	6	5	5

Zdroj: Vlastní výzkum

V tabulce jsou prezentovány odpovědi sester na to, jak je vnímána důležitost rodiny v procesu uzdravování. 6 sester odpovědělo, že příbuzní jsou důležití jako psychická podpora nemocného, 3 odpověděly, že rodina motivuje pacienta k rychlejšímu uzdravení. 6 z dotazovaných sester uvedlo, že rodina je důležitá pro motivaci pacienta ke spolupráci, 4 pro zvýšení pocitu jistoty a bezpečí. 3 sestry odpověděly, že příbuzní jsou pojátkem s okolním světem pro pacienta a 2, že příbuzní ulehčí pacientovi pobyt v nemocnici. Všechny sestry shodně uvedly i jiné důvody pro důležitost přítomnosti rodiny v procesu uzdravování.

S1 a S3 odpověděly shodně ve třech ze sedmi kategorií – důležitost přítomnosti rodiny v procesu uzdravování je v psychické podpoře, motivaci pacienta ke spolupráci a jiných důvodech. S2 odpověděla v pěti kategoriích – psychická podpora, motivace pacienta k rychlejšímu uzdravení a ke spolupráci, jako pojítka s okolním světem a jiné důvody. S4 a S7 odpověděly shodně ve čtyřech kategoriích týkajících se důležitosti přítomnosti rodiny – v psychické podpoře, motivaci pacienta ke spolupráci, pro pocit jistoty a bezpečí a jiné důvody. S7 navíc uvedla i důležitost přítomnosti rodiny jako pojítka s okolním světem. S5 se vyjádřila ve všech kategoriích kromě motivace pacienta ke spolupráci. S6 odpověděla v pěti kategoriích a to v motivaci pacienta k rychlému

uzdravení a ke spolupráci, pro pocit jistoty a bezpečí, ulehčení pobytu v nemocnici a jiné důvody.

Celkový výskyt kategorizačních odpovědí bylo 31.

Tabulka č. 9 Problematika týkající se možnosti klinického psychologa

Odpověď sestry	Součet	S = sestra						
		S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7
Doporučuje klinického psychologa	7	1	1	1	1	1	1	1
Pro zlepšení psych. stavu příbuzného	6	1	1	1		1	1	1
Vyrovnnání se se stresem	3	1		1			1	
Pohovořit o problémech týkajících se pacienta	5	1	1		1	1		1
Získání rady	3		1		1	1		
Celkový výskyt	14	4	4	3	3	4	3	3

Zdroj: Vlastní výzkum

V tabulce je prezentována problematika týkající se možnosti klinického psychologa. Toho doporučuje všech 7 sester. 6 z nich pro zlepšení psychického stavu, 3 pro vyrovnnání se se stresem, 5 pro možnost pohovořit o problémech týkajících se pacienta a 3 pro získání rady.

S1 odpověděla ve čtyřech z pěti kategorií, doporučuje klinického psychologa, doporučuje jej pro zlepšení psychického stavu, vyrovnnání se se stresem a možnosti pohovořit o problémech týkajících se pacienta. S2 a S5 shodně vypověděly ve všech kategoriích, kromě doporučení psychologa pro vyrovnnání se se stresem. S3 a S6 odpověděly shodně ve třech kategoriích, klinického psychologa doporučují, doporučují jej pro zlepšení psychického stavu a pro vyrovnnání se se stresem. S4 doporučuje klinického psychologa, z důvodu možnosti pohovořit o problémech týkajících se pacienta a získání rady. S7 se vyjádřila ke třem kategoriím. Klinického psychologa doporučuje, doporučuje jej pro zlepšení psychického stavu, příbuzný může pohovořit o problémech týkajících se pacienta.

Celkový výskyt kategorizačních odpovědí bylo 14.

Tabulka č. 10 Skutečnosti zmírňující negativní vliv prostředí ARO na příbuzného

Odpověď příbuzného	Součet	P = příbuzný						
		P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7
Podání informací a komunikace	3	1			1	1		
Důvěra ve zdravotnický personál	2			1		1		
Zdravotnické vzdělání příbuzného	2			1			1	
Podpora klinickým psychologem	3		1			1		1
Celkový výskyt	10	1	1	2	1	3	1	1

Zdroj: Vlastní výzkum

V tabulce jsou prezentovány odpovědi příbuzných na otázku týkající se skutečnosti zmírňujících negativní vliv prostředí ARO na ně. Pro 3 příbuzné to bylo podání informací a komunikace, pro 2 z nich důvěra ve zdravotnický personál. Dvěma příbuzným napomohlo zdravotnické vzdělání a 3 podpora klinického psychologa.

P1 a P4 uvedli, že negativní vliv prostředí ARO jim zmírnilo podání informací a komunikace. P2 a P7 měli podporu klinickým psychologem. P3 odpověděl ve dvou ze čtyř kategorií – důvěra ve zdravotnický personál a zdravotnické vzdělání. P5 odpověděl ve všech kategoriích kromě zdravotnického vzdělání. P6 odpověděl, že zdravotnické vzdělání mu umožnilo zmírnění negativního vlivu prostředí ARO.

Celkový výskyt kategorizačních odpovědí bylo 10.

Tabulka č. 11 Informace od sestry poskytnuté příbuzným

Odpověď příbuzného	Součet	P = příbuzný						
		P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7
O ošetrovatelské péči	5	1			1	1	1	1
O zajištění DC	4		1	1	1		1	
O změně vědomí	6	1	1	1	1		1	1
O technickém vybavení ARO	6	1	1		1		1	1
O provozu oddělení	5			1	1	1	1	1
O návštěvních hodinách	3				1		1	1
Nezajímal se	1		1					
Celkový výskyt	30	3	4	3	6	3	6	5

Zdroj: Vlastní výzkum

V tabulce jsou prezentovány odpovědi příbuzných na otázku týkající poskytnutých informací. 5ti z dotazovaných příbuzných byly poskytnuté informace o ošetrovatelské péči, 4 ok zajištění dýchacích cest, 6ti o změně vědomí, 6ti o technickém vybavení ARO, 5ti o provozu oddělení, 3 o návštěvních hodinách, 1 příbuzný se nezajímal.

P1 odpověděl ve třech kategoriích – dostal informace o ošetrovatelské péči, o změně vědomí a o technickém vybavení ARO. P2 byly poskytnuty informace o zajištění dýchacích cest, změně vědomí a technickém vybavení ARO, přesto že se o ně nezajímal. P3 dostal informace o zajištění dýchacích cest, změně vědomí a provozu oddělení. P4 a P6 dostali informace v šesti kategoriích, o oš. péči, zajištění DC, změně vědomí, technickém vybavení ARO, provozu oddělení a návštěvních hodinách. P5 byly poskytnuty informace o oš. péči a provozu oddělení. P7 podaly sestry informace o oš. péči, změně vědomí, technickém vybavení ARO, provozu oddělení a návštěvních hodinách.

Celkový výskyt kategorizačních odpovědí bylo 30.

Tabulka č. 12 Způsob komunikace sester s rodinou pacienta

Odpověď příbuzného	Součet	P = příbuzný						
		P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7
Bez problémů	3	1		1	1			
Profesionální	3	1	1			1		
Sestry ochotně odpovídaly na dotazy	7	1	1	1	1	1	1	1
Sestry komunikovaly neustále	3		1			1	1	
Sestry byly aktivní v komunikaci	7	1	1	1	1	1	1	1
Sestry mají základy slušné komunikace	7	1	1	1	1	1	1	1
Celkový výskyt	30	5	5	4	4	5	4	3

Zdroj: Vlastní výzkum

V tabulce jsou prezentovány odpovědi příbuzných na otázku týkající se způsobu komunikace sester s nimi. Všichni shodně uvedli, že sestry ochotně odpovídaly na dotazy, byly aktivní v komunikaci a mají základy slušné komunikace. 3 příbuzní uvedli, že komunikace probíhala bez problémů, sestry byly profesionální a komunikovaly neustále.

P1 se vyjádřil ke všem kategoriím kromě té, že sestry komunikují neustále. P2 a P5 odpověděli na šest ze sedmi kategorií – že sestry komunikují profesionálně, ochotně odpovídaly na dotazy, neustále komunikovaly, v komunikaci byly aktivní a mají základy slušné komunikace. P3 a P4 na otázku správné komunikace odpověděli, že ta probíhala bez problémů, sestry ochotně odpovídaly na dotazy, v komunikaci byly aktivní a mají základy slušné komunikace. P6 a P7 odpověděli, že sestry ochotně odpovídaly na dotazy, byly aktivní v komunikaci a mají základy slušné komunikace, P6 navíc zmínil kategorii, že sestry komunikovaly neustále.

Celkový výskyt kategorizačních odpovědí bylo 30.

Tabulka č. 13 Problematika návštěvních hodin

Odpověď příbuzného	Součet	P = příbuzný						
		P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7
Jsou seznámeni	7	1	1	1	1	1	1	1
Dochází pravidelně	5	1	1	1	1	1		
Respektují předčasné ukončení návštěv	4	1		1	1		1	
Jsou pro ně dlouhé	4			1	1		1	1
Informace o individuálním termínu	4	1	1			1		1
Celkový výskyt	24	4	3	4	4	3	3	3

Zdroj: Vlastní výzkum

V tabulce jsou prezentovány odpovědi příbuzných o problematice návštěvních hodin. Všechny 7 příbuzných s návštěvními hodinami byli seznámeni. 5 z nich dochází pravidelně, 4 respektují předčasné ukončení návštěv, pro 4 jsou návštěvní hodiny dostatečně dlouhé, 4 byla poskytnuta informace o individuálním termínu.

P1 uvedl odpovědi ve čtyřech z pěti zkoumaných kategorií – s návštěvními hodinami byl seznámen, dochází pravidelně, respektuje předčasné ukončení návštěvy, byly mu poskytnuty informace o individuálním termínu. P2 a P5 byli seznámeni s návštěvními hodinami, dochází pravidelně a byly jim poskytnuty informace o individuálním termínu. P3 a P4 uvedli shodně, že jsou seznámeni s návštěvními hodinami, dochází pravidelně, respektují předčasné ukončení návštěv a návštěvní hodiny jsou pro ně dostatečně dlouhé. P6 vypověděl ve třech kategoriích – s návštěvními hodinami je seznámen, respektuje předčasné ukončení návštěv a ty jsou pro něj dostatečně dlouhé. P7 byl také seznámen s návštěvními hodinami, které jsou pro něj dostatečně dlouhé a byly mu poskytnuty informace o individuálním termínu.

Celkový výskyt kategorizačních odpovědí bylo 30.

Tabulka č. 14 Zapojování rodiny do ošetrovatelského procesu

Odpověď příbuzného	Součet	P = příbuzný						
		P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7
Jsou ochotni spolupracovat	7	1	1	1	1	1	1	1
V komunikaci	5	1		1	1	1	1	
V udržování fyzického kontaktu	3		1		1	1		
Jsou zapojeni do oš. procesu	4		1	1			1	1
Nemohou být zapojeni	3	1			1	1		
Nechtější se zapojit do oš. procesu	0							
Celkový výskyt	24	3	3	3	4	4	3	2

Zdroj: Vlastní výzkum

V tabulce je prezentováno zapojování rodiny do oš. procesu. Všichni příbuzní jsou ochotni spolupracovat, 5 z nich je podporováno v komunikaci, 3 v udržování fyzického kontaktu. 4 příbuzní jsou zapojeni do oš. procesu, 3 nemohou a žádný z nich nechce.

P1 odpověděl ve třech z šesti kategorií. Je ochoten spolupracovat, komunikuje, z jiných důvodů nemůže být zapojen. P2 je ochoten spolupracovat, udržuje fyzický kontakt a do ošetrovatelského procesu je zapojen. P3 a P6 jsou také ochotni spolupracovat, komunikují s pacientem, jsou zapojeni do oš. procesu. P4 a P5 odpověděli ve čtyřech kategoriích – jsou ochotni spolupracovat, komunikují, udržují fyzický kontakt, ale z nějakého důvodu nemohou být více zapojeni. P7 je ochoten spolupracovat a do oš. procesu je zapojen.

Celkový výskyt kategorizačních odpovědí bylo 24.

Tabulka č. 15 Důležitost rodiny pro nemocného

Odpověď příbuzného	Součet	P = příbuzný						
		P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7
Pro zlepšení psychického stavu	6	1		1	1	1	1	1
Pro pocit bezpečí	3		1	1		1		
Ulehčení hospitalizace	4	1	1	1	1			
Povzbuzení k uzdravení	4	1		1	1		1	
Jiné důvody	5	1	1		1		1	1
Celkový výskyt	22	4	3	4	4	2	3	2

Zdroj: Vlastní výzkum

V tabulce jsou prezentovány odpovědi příbuzných na otázku týkající se důležitosti rodiny pro nemocného. 6 z nich se domnívá, že jsou důležití pro zlepšení psychického stavu, 3 pro pocit bezpečí, 4 pro ulehčení hospitalizace, 4 pro povzbuzení k uzdravení a 5 z jiných důvodů.

P1 a P4 odpověděli ve všech pěti kategoriích, kromě zlepšení pocitu bezpečí. P2 vidí důležitost rodiny v poskytnutí pocitu bezpečí, ulehčení hospitalizace a z jiných důvodů. P3 odpověděl ve čtyřech kategoriích, ve kterých je důležitost rodiny – pro zlepšení psychického stavu, pro pocit bezpečí, ulehčení hospitalizace a povzbuzení k uzdravení. P5 uvedl, že rodina je důležitá pro zlepšení psychického stavu a pocitu bezpečí. P6 uvedl, že rodina zlepšuje psychický stav, povzbuzuje k uzdravení a jiné nespécifikované důvody. P7 vidí důležitost rodiny ve zlepšení psychického stavu a jiných důvodech.

Celkový výskyt kategorizačních odpovědí bylo 22.

Tabulka č. 16 Přínos klinického psychologa pro příbuzné

Odpověď příbuzného	Součet	P = příbuzný						
		P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7
Žádný – nebyl důvod	4	1		1	1		1	
Uvítal možnost a navštívil	3		1			1		1
Zlepšení psychického stavu	3		1			1		1
Dodání síly	1		1					
Možnost pohovořit o problémech	2					1		1
Celkový výskyt	13	1	3	1	1	3	1	3

Zdroj: Vlastní výzkum

V tabulce je prezentován přínos klinického psychologa pro příbuzné. 4 z nich uvedli, že přínos nebyl, neboť nebyl důvod jej kontaktovat. 3 jeho služby uvítali a navštívili jej, 3 příbuzným byl přínosem ve zlepšení psychického stavu, 1 dodával sílu a měli možnost s ním pohovořit o svých problémech.

P1, P3, P4 a P6 z jejich pohledu neměli důvod klinického psychologa navštívit. P2 uvítal možnost klinického psychologa pro zlepšení jeho psychického stavu a dodání síly. P5 a P7 shodně vypověděli ve třech z pěti kategorií – možnost klinického psychologa uvítali, přínosem bylo zlepšení psychického stavu a možnost s ním pohovořit o problémech.

Celkový výskyt kategorizačních odpovědí bylo 13.

5. Diskuze

V této bakalářské práci je zkoumána problematika spolupráce sester s rodinou pacienta hospitalizovaného na ARO. Vzhledem k naší zkušenosti na ARO víme, jak je tato problematika aktuální. Sestra pracující na ARO musí nejenom vykonávat každodenní úkony spojené s ošetrovatelskou činností, plnění ordinací od lékaře a aktivně vyhodnocovat pacientův zdravotní stav a adekvátně a rychle reagovat na změny, je ale také vystavena neustálému dennímu kontaktu s příbuznými. Z tohoto důvodu je důležité vědět, jakým způsobem sestry ke spolupráci s příbuzným přistupují, jak toto zvládají a s čím se musí při této spolupráci potýkat. Spolupráce mezi nimi však musí fungovat oboustranně. V této práci je také zkoumán přístup příbuzných a jejich ochota ke spolupráci se zdravotnickým personálem. Výzkum byl prováděn se dvěma skupinami respondentů. Na jedné straně se sestrami a na druhé straně s příbuznými hospitalizovaných pacientů. Rozhovory s oběma skupinami byly prováděny na anesteziologicko - resuscitačním oddělení ARK Fakultní nemocnice v Plzni.

V rámci výzkumu prováděného se sestrami pracujícími na ARO byla zjišťována úroveň vzdělání a přínos studia pro práci sester, zlepšení jejich komunikačních schopností a následně i lepší fungování vztahů při spolupráci sestry a příbuzného (tab. 1, tab. 2). Při rozhovorech se sestrami byla zjištěna velmi vysoká úroveň vzdělání, všechny sestry zodpovědně přistupují k celoživotnímu vzdělávání pro zdokonalování svých teoretických i praktických znalostí a dovedností. Žádná sestra neskončila studiem na SZŠ a dále se již nesebevzdělává. Na ARO jich většina vystudovala specializaci ARIP a také si doplnila vysokoškolské vzdělání nebo v současné době studuje (tab. 1). Motivace ke vzdělání u sester je různá, nikoliv však z pohledu sester zbytečná. Všechny se ještě navíc zdokonalují při seminářích pořádaných Fakultní nemocnicí nebo jinými zdravotnickými organizacemi. Z výzkumu vyplývá, že úroveň vzdělání má velmi významný podíl na míře teoretických a praktických znalostí a jejich zavádění do praxe. Na středních zdravotnických školách byl dříve přístup k ošetrovatelství takový, že byly sestry vedeny pouze k tomu, aby plnily jen příkazy lékaře. Trend dnešních vyšších a vysokých škol je v přístupu k člověku, jako k bio-psycho-sociologické bytosti. Ve větší míře je vyzdvihována důležitost psychické pohody pacienta a sociální jistoty při

hospitalizaci a ošetřování. V sestrách se toto v posledních několika letech zakořeňuje díky zvyšování vzdělanosti a kvalifikaci. Celoživotní vzdělávání v tomto má velmi pozitivní přínos.

I z našeho pohledu má zvyšování úrovně vzdělání velký přínos. Sestry ve většině případů ve škole získají maximální vědomosti o teoretických znalostech týkajících se komunikace, která má ve spolupráci s příbuzným přední místo. Bez ní by spolupráce nebyla možná a správná komunikace se následně odráží v ochotě příbuzných se sestrou spolupracovat.

Dále z výzkumu vyplývá, že ve školách, specializačních kurzech a seminářích se teoretické znalosti sester zdokonalují, mají pocit, že celkově se komunikace zlepšuje (tab. 2). Také je pro sestry důležité, že chápou nutnost komunikace pro rozvoj vztahů s příbuznými, aby následně společně uspokojovali bio-psycho-sociologické potřeby nemocných.

Nejdůležitější bylo pro sestry být empatická (tab. 5). Jak popisuje Beran ve své publikaci (2010), empatie je základní složka efektivní komunikace. Popisuje empatii jako vcítění se do duševního stavu člověka, porozumět jeho psychickému stavu a dle něj také upravit způsob komunikace. Mělo by být důležité podle psychického rozpoložení člověka adekvátně reagovat v komunikaci a brát ohled na to, co prožívá. To se shoduje i s výsledky našeho výzkumu. Většina sester tyto znalosti využívá a dodržuje. Snaží se být maximálně empatické, na příbuzného si dle možnosti pracovního nasazení udělat čas a ohleduplným způsobem ho seznámit s děním kolem něj a pomoci mu překonat strach a nejistotu při návštěvách. Sestry ve školách získají základní teoretické komunikační dovednosti, které si následně celoživotně prohlubují.

Pro většinu dotazovaných sester je také důležité vzbudit v příbuzném pocit důvěry (tab. 5). Z našeho hlediska je toto naprosto nutné. Chceme po příbuzném spolupráci a tak on musí vědět, že my své práci rozumíme, že nepoškodíme pacienta a tím, že nám příbuzný důvěřuje, reaguje pozitivně na naše rady a snaží se spolupracovat. Většina sester také popsala komunikaci jako permanentní proces. Mnoho z nich se vyjádřilo, že komunikují nestále. Poskytují informace v oblasti postupů ošetrovatelské

péče, o změnách vědomí pacienta, zajištění dýchacích cest a monitoringu a také o provozu oddělení a návštěvních hodinách (tab. 4).

Byla položena otázka: „*Jak sestry komunikují s rodinou pacienta?*“ Zde sestry v rozhovorech uvedly, že při komunikaci musí mít dostatečné přesvědčovací schopnosti k získání příbuzného ke spolupráci, při komunikaci dbát na co nejlepší podmínky a udělat si na příbuzného dostatek času. Sestry aktivně vybízí příbuzného k dotazům. Pro ně je to druh zpětné vazby zda příbuzný rozumí, či nerozumí, nebo že se o práci sestry vykonávané u pacienta zajímají (tab. 5). Z pohledu naší zdravotnické praxe na ARO je komunikace takovýmto způsobem důležitá, neboť se předejde nedorozuměním a následným stížnostem na práci sester, nebo na jejich špatný přístup k příbuznému. Komunikaci je nutné přizpůsobit psychickému stavu příbuzného a podmínkám oddělení. Tímto byla výzkumná otázka č. 1 zodpovězena.

Sestry také při styku s příbuznými, jak vyplývá z výzkumu, narážejí na určité bariéry vzniklé při spolupráci mezi nimi (tab. 3). Ty znesnadňují sestrám komunikaci, není jich však mnoho. Nejčastěji sestry narážejí na strach a stud příbuzného při dotazování a získávání informací. Ty se však odstraňují nejjednodušeji – opět komunikací. Sestry zbaví příbuzného strachu a studu svým profesionálním chováním. Na stejné dotazy ochotně odpovídají, na příbuzného se nepovyšují, ani ho nijak nezrazují při kladení otázek. V menší míře se sestry setkávají s agresivními příbuznými. Špatenková (2009) uvádí, že znalostmi a komunikačními dovednostmi by měly sestry tuto situaci zvládnout. Je nutné, aby sestra zjistila příčiny tohoto chování a adekvátně na ně poté reagovala. K tomuto chování může vést strach a obava z neznámého prostředí, obava ze ztráty mimované osoby, či strach a úzkost z nejistoty. V menší míře se sestry setkávají s lhostejností příbuzných, či nedocenění její práce. Z našeho pohledu víme, že pro většinu příbuzných je naprosto přirozené se o pacienty starat, snaží se jim maximálně pomoci překonat dobu hospitalizace a ulehčit jim tento pobyt psychickou podporou a tím je motivují ke spolupráci se zdravotnickým personálem a návratu sebek péče pro brzký návrat domů.

Sestry tedy vnímají přítomnost rodiny v procesu uzdravování velmi pozitivně (tab. 8). Šest ze sedmi dotázaných uvádí, že rodina je důležitá hlavně jako psychická

podpora. Pacient při hospitalizaci strádá hlavně psychicky, je omezen v běžných denních aktivitách a nemoc působí na psychiku nepříznivě. Jak uvádí Nakonečný (2003), základem všech vztahů je rodina a ta poskytuje pro nemocného ochranu a dodává mu tím pocit jistoty a bezpečí. S tímto názorem se ztotožnila většina dotazovaných sester. Sestry také uvádí, že velkým přínosem rodiny pro jejich společnou spolupráci je motivace pacienta ke spolupráci a tím i k rychlejšímu uzdravení. Přikláníme se také k tomu, že pacienti, kteří mají oporu ve své rodině, jsou motivováni ke spolupráci. Není lehké s pacientem pracovat proti jeho vůli. Když se jeho psychický stav zhorší, on upadá do apatie, nespolupracuje, nesnaží se rehabilitovat a nacvičovat soběstačnost, o to déle trvá hospitalizace a zdravotní stav pacienta se zlepšuje pomaleji. Jak vyplývá z rozhovorů, mají sestry i jiné důvody, proč je přítomnost příbuzných důležitá při hospitalizaci. Může to být například důvod smyslu života, pomoc v zorientování se pacienta po probuzení z bezvědomí, jako opora při nepříjemných a bolestivých výkonech, pro zlepšení nálady, či jako prostředník mezi zdravotníkem a pacientem.

Také byla v rámci výzkumu položena otázka: *„Jak umožní sestra, dle nemožností oddělení, pacientovi dostatečně dlouhou dobu na kontakt s rodinou?“* Na ARO jsou návštěvy povoleny a sestrami také podporovány (tab. 6). Informace o návštěvních hodinách jsou vyvěšeny v informačních materiálech na oddělení a sestry jsou také zvyklé o nich s příbuzným sdělit. Všechny také příbuzné upozorní, že z důvodu vysokého pracovního nasazení mají právo předčasně návštěvu ukončit, nebo příbuzné požádat o setrvání v čekací místnosti. Ve většině případech sestry příbuzným sdělují důvod ukončení návštěvy. Svými komunikačními dovednostmi by měly dokázat příbuzného nasměrovat k pochopení dané situace a ne v něm vzbudit vztek nebo rozladěnost z dané situace. Ukončení návštěvy je zde jen z vážných důvodů, jako je neodkladné vyšetření pacienta, výkon, či zhoršení pacientova stavu a tím zvýšení pracovního nasazení. V těchto případech také sestra upozorní na možnost požádání o individuální termín návštěvy. Pacientův stav se může mnohdy kriticky zhoršit, a proto je zde umožněn co nejdelší pobyt příbuzných. Všeobecně se sestry domnívají, že vycházejí příbuzným maximálně vstříc, že návštěvní doba je dostatečně dlouhá a

příbuzným tato délka jistě vyhovuje. Výzkumná otázka č. 2 o možnosti návštěv byla tímto zodpovězena.

Na ARO jsou sestry zvyklé v rámci možnosti a aktuálnímu stavu pacienta zapojovat příbuzné do ošetrovatelského procesu (tab. 7). Sestry odpovídaly na okruh otázek týkajících se motivace pro zapojení od ošetrovatelského procesu, co spolupráci ovlivňuje a jakým způsobem příbuzné sestru zapojuje. Na dotaz, co nejvíce ovlivňuje spolupráci příbuzných se sestrami, jich nejvíce odpovědělo, že funkční rodinné vztahy. Bártlová (2002) uvádí, že spolupráce může fungovat za předpokladu, že rodina je funkční a tím pádem chce být do ošetrovatelského procesu zapojena. Rodina má pozitivní vliv při procesu uzdravování. Jestliže jsou však rodinné vztahy narušené, odráží se toto i v ošetřování nemocného. S tím se shodují i výsledky našeho výzkumu. Pacient je negativistický, nevidí důvod svého uzdravení, nechce spolupracovat a tím urychlit návrat domů. Proto všechny sestry nějakým způsobem motivují příbuzného ke spolupráci. Je nutné, aby svými přesvědčovacími schopnostmi docílily toho, aby příbuzní spolupracovat chtěli. Sestry vysvětlí důvody, proč by měla být rodina v co největším rozsahu přítomna. Víme, že přítomnost příbuzných usnadňuje pacientům hospitalizaci. Snižují tím strach z nejistoty, z prostředí a z prognózy zdravotního stavu. Jsou jim psychickou oporou, zlepšují pocit bezpečí, pacienti mají pocit, že je mohou ochránit před bolestí a nepříjemnými výkony.

Také jsme si v rámci výzkumu položili otázku: „*Jakým způsobem sestry zapojují rodinu do ošetrovatelského procesu v péči o pacienta?*“ Příbuzní se mohou aktivně účastnit při ošetrovatelském procesu. Z rozhovorů vyplývá, že sestry zapojují příbuzné do hygienické a rehabilitační péče. Pokud chtějí a fyzické síly jim to dovolí, s pacientem cvičí a pomohou jim s nácvikem sebepečí. Mohou se aktivně účastnit při stravování, při dietních opatřeních přinést domácí stravu, mohou pomoci při krmení pacienta. Sestry také zapojují příbuzné do bazální stimulace a doporučují pro zlepšení prostředí donést fotografie, obrázky, či upomínkové předměty z domova.

Nejvíce ovšem sestra příbuzného podporuje v rámci ošetrovatelského procesu v komunikaci a fyzickém kontaktu s pacientem (tab. 7). V některých případech se stane, že je pacient v kritickém stavu a tak je zapojování do ošetrovatelského procesu

omezeno. Sestry vždy příbuzné vybízí, aby na pacienta mluvili, sdělovali novinky z domova, předčítali, či nahráli svůj hlas na CD přehrávač. Více než polovina sester doporučuje příbuzným fyzický kontakt. Dovolí jim alespoň držet pacienta za ruku, hladit nebo mírně masírovat. Věříme, stejně jako tyto sestry, že pacient vnímá dotyky a známý hlas příbuzného i přes změnu vědomí. Zmatení pacienti se zklidní a pospávají. Neslézají z postele a nevytrhávají zavedené katétry. Nikdo nevidí do mozku člověka, neví, co se v něm odehrává, ale na těchto konkrétních pacientech můžeme při přítomnosti rodiny takovouto změnu pozorovat. Tímto jsme na výzkumnou otázku č. 3 odpověděli.

Jak pro samotné pacienty, tak i pro jejich příbuzné je hospitalizace a nemoc velkým stresem. Příbuzní pocítují strach, nejistotou a úzkost a tím jsou velmi zranitelní. I oni prožívají velké psychické vypětí a se stresem se vyrovnávají různými způsoby, vztekem, agresí, nebo obviňováním ostatních lidí. Adaptaci na velkou životní zátěž popsala Dr. E. Kübler-Rossová jako fáze vyrovnání se stresem. Ty byly popsány v publikacích Svatošové (2003) a Slámy, Kabelky a Vorlíčka (2007). Dr. E. Kübler-Rossová popsala a seřadila tyto fáze jako negace, agrese, smlouvání, deprese a smíření. U každého člověka je však průběh individuální, některá fáze chybí, často se některé vrací opakovaně. Z tohoto důvodu bylo důležité klást i otázku týkající se odborné pomoci klinického psychologa pro příbuzné. Všechny dotazované sestry klinického psychologa doporučují. Tuto informaci sdělují s ohledem na psychický stav příbuzného, vstřícnost příbuzného, jsou při ní maximálně ohleduplné a taktní. Důvody, proč sestry klinického psychologa doporučují jsou zřejmé (tab.9). Šest z dotazovaných vidí tuto pomoc ve zlepšení psychického stavu příbuzného. Většina jej doporučuje už jen z toho důvodu, že si mohou pohovořit o problémech týkajících se pacienta, jeho nemoci a hospitalizace. Tři sestry vidí pozitivum v tom, že se příbuzní lépe vyrovnávají se stresem a tři, že psycholog může příbuznému sdělit rady spojené s léčbou, s tím, jak k pacientovi přistupovat, nebo s ním komunikovat, či jak se vyrovnat s jeho dočasným nebo trvalým postižením. V této odborné pomoci vidíme podporu a povzbuzení příbuzného při velkém stresu spojeném s hrozcí ztrátou pacienta. Jestliže nebude příbuzný psychicky podporována a bude se hroutit, nebude mít sílu spolupracovat se

zdravotnickým personálem a pomáhat při uzdravování, nebude oporou pro pacienta a ten bude následně psychicky strádat a nebude mít motivaci se uzdravit.

Dále byly při našem výzkumu oslovení příbuzní hospitalizovaných pacientů. Z rozhovorů s nimi vyplynulo, že jsou určité skutečnosti, které negativní vliv ARO na ně mohou zmírnit. Z celkových sedmi respondentů tři odpověděli, že strach z prostředí ARO a neznámého pozitivně ovlivnila dobrá komunikace ze stran sester a podání vyčerpávajících informací (tab.10). Z našich zkušeností víme, že čím je příprava příbuzného lepší (sdělení informací o tom, co na oddělení čekat), tím lépe reaguje při příchodu na pokoj nemocného, tolik se nezalekne, nezpanikaří a pozorněji poté vyslechne další důležité informace. Tři příbuzní v rozhovorech sdělili, že velkou oporou pro ně byl klinický psycholog. Nestydí se za tuto skutečnost. Klinický psycholog poskytne rady ohledně vyrovnání se se situací a jak být oporou nemocnému. Všichni tři ocenili, že si mohli pohovořit o problémech, které je trápí. Dvěma příbuzným při vstupu na oddělení pomohlo, že mají částečně zdravotnické vzdělání a tím lépe chápali poskytované informace a snadněji se zorientovali na oddělení a ve vykonávaných odborných činnostech. Dva příbuzní také vyzdvihli důvěru ve zdravotnický personál. Při sledování práce sester viděli, že jí rozumí a byli těmito skutečnostmi uklidněni a věděli, že pacient je v dobrých rukou.

Jak bylo shora zmíněno, nejdůležitější roli pro seznamování s oddělením a poskytovanou péčí hrálo množství a kvalita podaných informací. Ve většině případů byli sestrami informováni o ošetrovatelské péči, o zajištění dýchacích cest a funkci ventilátoru, o změně pacientova vědomí, o technickém vybavení ARO, o provozu oddělení a návštěvních hodinách (tab. 11). Pouze jedna příbuzná ze sedmi dotazovaných se vyjádřila, že se o informace podané sestrou nezajímá. Jak však v rozhovoru vysvětlila, je to z důvodu, že technickým věcem nerozumí a nechce se tím zatěžovat. Dle ní se opakovaně ptá na stejné věci a ty si i přes vyčerpávající odpovědi sester stejně nedokáže zapamatovat. Nejdůležitější pro ni je, že je o syna dobře postaráno a ona doufá ve zlepšení zdravotního stavu.

Pro výzkum bylo také důležité zjištění o způsobech komunikace sester (tab. 12). Příbuzní byli dotazováni, co by vyzdvihli při komunikaci s nimi. Všichni respondenti se

shodli na tom, že sestry mají dostatečný cit pro slušné chování při komunikaci, že v komunikaci byly aktivní a ochotně příbuzným odpovídaly na dotazy. Vysvětlili, že sestry jsou milé, empatické a vstřícné. V komunikaci s nimi příbuzní neměli problémy. Sestry aktivně hovořily o ošetrovatelské péči a provozu oddělení, vysvětlovaly jednotlivé úkony a důvody, proč činnost provádí. Seznámily příbuzné s přístrojovou technikou, s důvodem a způsobem zajištění dýchacích cest a zavedením katétrů. Dle nich sestry nejen ochotně odpovídaly na dotazy, ale také je aktivně k dotazování vybízely. Tři příbuzní sdělili, že sestry komunikovaly neustále, u třech probíhala komunikace bez problémů a pro tři byl přístup sester v komunikaci naprosto profesionální. Tímto byla zodpovězena výzkumná otázka č. 4: „*Jaká je zpětná vazba od příbuzných po sdělení informací, které jim sestra v rámci své kompetence poskytne?*“ Od příbuzných jsme získali odpovědi, že poskytnutým informacím od sester rozumí, chápou, co bylo řečeno, eventuálně mají dostatek prostoru pro případné dotazy.

Všichni příbuzní byli seznámeni s návštěvními hodinami (tab. 13). Většina příbuzných dochází pravidelně a návštěvní hodiny se jim zdají dostatečně dlouhé. Sestry jim také poskytují informace o možnosti individuálního termínu v jinou denní dobu a oni respektují předčasné ukončení návštěv z vážných důvodů.

Z výzkumu vyplývá, že rodina má v procesu uzdravování důležité místo (tab. 15). Šest ze sedmi příbuzných odpovědělo, že dochází na oddělení pro zlepšení psychického stavu pacienta. Beran (2010) popisuje význam psychologických faktorů při léčbě somaticky nemocných. Jejich vliv se odráží na somatickém stavu pacienta. I nám se toto ve výzkumu potvrdilo. Pro většinu příbuzných je psychická podpora pacientů samozřejmostí. Čtyři příbuzní se zmínili o tom, že se snaží pacientovi ulehčit hospitalizaci svou přítomností a povzbuzují je k tomu, aby vydrželi v dané situaci a mysleli na brzké uzdravení. Polovina hovořila, že cítí, že svou přítomností pro pacienta navozují pocit bezpečí. Domníváme se, že příbuzní chápou důvody k uskutečňování návštěv. Většina z nich uvedla i jiné důvody, jako je prevence deprese, uklidnění pacienta, pomáhání při nácviku sebepečí, nebo se jen řídí svými pocity a ví, že pacient jejich přítomnost uvítá.

Rodinní příslušníci také pohovořili o tom, že jsou aktivními účastníky při uzdravování a jsou zapojováni do ošetrovatelského procesu (tab. 14). Byly zkoumány odpovědi na otázku číslo 5: „*Jaký je přístup rodiny pacienta při spolupráci s ošetrovatelským personálem?*“ Všichni byli víceméně ochotni spolupracovat. Záviselo to na schopnostech příbuzného a zdravotním stavu pacienta. Nejčastěji jim ze stran sester bylo kladeno na srdce, aby co nejvíce s pacientem komunikovali. I když není ze strany pacientů zpětná vazba, jsou příbuzní motivováni v tom, aby na pacienty hovořili. Čtyři příbuzní byli nějakým způsobem zapojeni do ošetrovatelského procesu, zbylí se tohoto nemohli účastnit. Bylo to ze shora uvedených důvodů. Jedením z důvodů byl kritický zdravotní stav pacienta, druhým fyzické omezení příbuzného. Ten byl ale domluven se sestrami, že v případě nutnosti ráda pomůže snacha. Při naší praxi se setkáváme většinou s příbuznými, kteří opravdu mají zájem spolupracovat. Jsou tím nadšeni, mají pocit, že se alespoň nějakým způsobem mohou podílet na uzdravení pacienta. Ať už to dělají z lásky, nebo z respektu k ošetrované osobě, svůj účel to splní. A tím nejdůležitějším společným cílem je znovu obnovit pacientovu soběstačnost, co nejvíce mu zpříjemnit a ulehčit pobyt v nemocnici a dokázat to, aby se opět navrátila jeho předešlá kvalita života.

V tabulce 16 jsou prezentovány odpovědi příbuzných na využití možnosti klinického psychologa a jeho přínosu. Čtyři dotazovaní o této možnosti věděli, ale neměli důvod ji využít. Tři uvítali tuto možnost a klinického psychologa kontaktovali. Umožnilo jim to zlepšení psychického stavu, dodání síly pro následné dny. Dva z nich byli rádi, že si mají s kým pohovořit o svých problémech. Domníváme se, že v dnešním stresujícím a hektickém světě, kdy každý člověk má mnoho problémů pracovních nebo soukromých, jsou na ně kladeny vysoké nároky. Hospitalizace jejich milovaných je už leckdy to poslední, co jim nabourá psychiku a tudíž potřebují odbornou pomoc, aby situaci zvládli a dokázali se s ní vyrovnat.

6. Závěr

Spolupráce sestry s rodinou pacienta hospitalizovaného na ARO je v dnešní době velmi aktuální téma. Význam rodiny je velmi důležitý v psychické podpoře pacienta. ARO je oddělení pro pacienty v kritickém stavu. Mají strach z nejistoty vyléčení a prostředí, ve kterém se nachází. Na rodině je, aby pacienta uklidnila a podporovala a dávala najevo, že vždy stojí při něm. Stane-li se, že je pacient následně trvale omezen, musí zde být v první řadě rodina, která ho podpoří, dodá sílu a odvahu toto zvládnout a následně mu i doma pomoci.

Tato bakalářská práce je věnována problematice spolupráce sestry s rodinou pacienta. Cílem bylo zjistit specifika při jejich spolupráci, zmapovat, zda sestry chápou důležitost kontaktu pacienta s rodinou pro zlepšení psychického stavu, zda sestry zapojují rodinu do ošetrovatelského procesu a poskytují dostatek informací o ošetrovatelské péči. Také zde byl zkoumán i pohled příbuzných na sestry na jejich společnou spolupráci. Tento cíl byl splněn.

Výzkum ukázal, že nejdůležitějším aspektem při spolupráci sestry s příbuzným je komunikace. Bez komunikačních dovedností sestry a zpětné vazby od příbuzných by spolupráce nebyla možná. Jakým způsobem probíhá komunikace, to se odráží následně do výsledku spolupráce. Sestry mají pojem o zásadách správné komunikace a příbuzným poskytují dostatečné informace. Na míře komunikace se také odráží úroveň vzdělání a zdokonalování se při celoživotním sebevzdělávání.

Z výsledku vyplynulo, že sestry i příbuzní chápou důvody, které ukazují na to, že přítomnost rodiny u pacienta má nezastupitelnou roli. Společně spolupracují na ošetrovatelské péči, povzbuzují pacienta k nácviku sebepéče a motivují ho, aby se chtěl uzdravit a navrátit zpět do života. Jsou zde popsány také negativní aspekty ovlivňující spolupráci sestry s příbuzným. Těch bylo však zjištěno minimum a sestra svými komunikačními dovednostmi musí tyto situace zvládnout. Zároveň se také ukázalo, že i příbuzní potřebují pomoc ze strany zdravotnického personálu ke zvládnání stresových situací a ta je jim poskytována klinickým psychologem.

Výzkum ukázal, že na ARO FN Plzeň toto již funguje. Sestry jsou vedeny ke spolupráci s příbuznými. Výsledky této práce mohou posloužit jako vzorový materiál

pro sestry ke zlepšování kvality poskytované péče o pacienty. Mohou poukázat na chyby, kterých je třeba se vyvarovat při spolupráci s rodinou pacienta. Všechny výzkumné otázky byly zodpovězeny.

7. Seznam použitých zdrojů

1. BÁRTLOVÁ, Sylva. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 4.vyd. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2002. 167 s. ISBN 80-7013-355-4.
2. BERAN, Jiří a kolektiv. *Lékařská psychologie v praxi*. 1.vyd. Praha : Grada Publishing, 2010. 140 s. ISBN 978-80-247-1125-6.
3. BOROŇOVÁ, Jana. *Kapitoly z ošetrovatelství*. 1.vyd. Plzeň : Maurea, 2010. 193 s. ISBN 978-80-902876-8.
4. FARKAŠOVÁ, Dana a kol. *Ošetrovatelství teorie*. 1.vyd. Martin : Osveta, 2006. 211 s. ISBN 80-8063-227-8.
5. FIŠEROVÁ, Jaroslava. *Etika v ošetrovatelství : Pomocný učební text*. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. 60 s.
6. HONZÁK, Radkin. *Komunikační pasti v medicíně*. 2.dopl.vyd. Praha : Galén, 1999. 165 s. ISBN 80-7262-032-0.
7. KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1.vyd. Praha : Grada Publishing, 2007. 352 s. ISBN 978-80-247-1830-9.
8. Kolektiv autorů. *Sestra a urgentní stavy*. 1.vyd. Praha : Grada Publishing, 2008. 552 s. ISBN 978-80-247-2548-2.
9. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. 1.vyd. Praha : Grada Publishing, 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0.
10. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. 1.vyd. Praha : Portál, 2001. 280 s. ISBN 80-7178-551-2.
11. MIKULÁŠTÍK, Milan. *Komunikační dovednosti v praxi*. 1.vyd. Praha : Grada Publishing, 2003. 161 s. ISBN 80-247--0650-4.
12. NAKONEČNÝ, Milan. *Úvod do psychologie*. 1.vyd. Praha : Academia, 2003. 507 s. ISBN 80-200-0993-0.
13. POLÁCHOVÁ, Eva. Empatie v ošetrovatelském kontextu. *Sestra*. 2009, 10, s. 18. ISSN 1210-0404.

14. SLÁMA, Ondřej; KABELKA, Ladislav; VORLÍČEK, Jiří et al. *Paliativní medicína : pro praxi*. 1.vyd. Praha : Galén, 2007. 362 s. ISBN 978-80-7262-505-5.
15. STUDENT, Johann-Christoph; MÜHLUM, Albert; STUDENT, Ute. *Sociální práce v hospici a paliativní péči*. 1.vyd. Jinočany : H&H, 2006. 161 s. ISBN 80-7319-059-1.
16. SVATOŠOVÁ, Marie . *Hospice a umění doprovázet*. 5.dopl.vyd. Praha : Ecce homo, 2003. 150 s. ISBN 80-902049-4-5.
17. ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Poradenství pro pozůstalé*. 1.vyd. Praha : Grada Publishing, 2008. 143 s. ISBN 978-80-247-1740-1.
18. ŠPATENKOVÁ, Naděžda; KRÁLOVÁ, Jaroslava. *Základní otázky komunikace : Komunikace (nejen) pro sestry*. 1.vyd. Praha : Galén, 2009. 135 s. ISBN 978-80-7262-599-4.
19. TOMOVÁ, Šárka. Komunikace-dorozumívání, nebo porozumění. *Sestra*. 2009, 9, s. 26. ISSN 1210-0404.
20. TRACHTOVÁ, Eva a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2.vyd. Brno : Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů , 2005. 186 s. ISBN 80-7013-324-4.
21. VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1.vyd. Praha : Grada Publishing, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
22. VYBÍRAL, Zbyněk. *Psychologie lidské komunikace*. 1.vyd. Praha : Portál, 2000. 264 s. ISBN 80-7178-291-2.
23. VYMĚTAL, Jan. *Úvod do psychoterapie*. 3. aktualiz. a dopl.vyd. Praha : Grada Publishing, 2010. 287 s. ISBN 978-80-247-2667-0.
24. ZADÁK, Zdeněk; HAVEL, Eduard a kol. *Intenzivní medicína na principech vnitřního lékařství*. 1.vyd. Praha : Grada, 2007. 335 s. ISBN 978-80-247-2099-9.
25. ZIKMUNDOVÁ, Květuše; ZAVÁZALOVÁ, Helena. *Výukový portál Lékařské fakulty v Plzni* [online]. 12.11.2009, 27.4.2010 [cit. 2010-11-21]. Etika terminální péče. Dostupné z WWW: <[http://mefanet.lfp.cuni.cz/clanky.php? aid=16](http://mefanet.lfp.cuni.cz/clanky.php?aid=16)>. ISSN 1804-4409.

8. Klíčová slova

Anesteziologicko – resuscitační oddělení

Edukace

Efektivní komunikace

Empatie

Komunikace

Komunikační dovednosti

Ošetrovatelský proces

Rodina

9. Přílohy

Příloha 1

Otázky položené sestrám pracujících na ARO:

1. Základní informace o dotazované osobě.
2. Jak probíhá 1. kontakt s příbuzným hospitalizovaného pacienta, jaké informace v rámci své kompetence poskytujete pro lepší seznámení příbuzného s ošetřováním a provozem oddělení?
3. Jakým způsobem komunikujete s rodinou pacienta a jaká je zpětná vazba od příbuzného po sdělení informací?
4. Jak umožňujete příbuzným dostatečně dlouhou dobu na kontakt s nemocným dle možností provozu oddělení?
5. Jakým způsobem zapojujete rodinu pacienta do ošetřovatelského procesu a jak je motivujete v důležitosti jejich přítomnosti a spolupráce?
6. Jaký je přístup rodiny pacienta při spolupráci s ošetřovatelským personálem?
7. Jaký máte názor na to, zda je důležitá přítomnost rodiny v procesu uzdravování?
8. Jak sdělujete možnost obrátit se o pomoc klinického psychologa?

Příloha 2

Otázky kladené na příbuzného pacienta hospitalizovaného na ARO:

1. Základní informace o dotazované osobě.
2. Jak na Vás působí prostředí ARO a jaké informace Vám sestry poskytnou, abyste se zde zorientovali?
3. Jakým způsobem s Vámi probíhají rozhovory vedené sestrami, jak srozumitelně a ochotně sestry přistupují k rozhovoru? Poskytují Vám sestry dostatek informací, rozumíte jim a máte dostatek prostoru na případné dotazy?
4. Jaký čas strávený na návštěvě u pacienta by pro Vás byl dostačující? Je toto respektováno?
5. Jakým způsobem Vás sestry zapojují do ošetrovatelského procesu?
6. Za jakých podmínek jste ochotni spolupracovat a pomáhat při ošetřování?
7. Jaký máte názor na to, jak Vaše přítomnost může napomoci v procesu uzdravování?
8. Víte něco o možnosti kontaktu klinického psychologa? Byl Vám doporučen a využili jste této možnosti?