

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Rodina jako partner v ošetrovatelském procesu

Bakalářská práce

Mgr. Dita Nováková, Ph.D.

Jana Gregorová

2010

Prohlášení

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

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

Datum:.....

.....

Podpis studenta

Abstract:

Cooperation between a client's family members and the medical staff in a nursing process is very important. It is beneficial in particular for the client since his/her family (especially in mental terms) and are able to put themselves in the client's role. The family should support the hospitalized family member and show active participation in the nursing process, which should also be made possible by the medical staff.

While providing nursing care, the medical staff pays their attention not only to the ill client but also to his/her family. Within the scope of the cooperation with the family they provide support and information. They have to ensure that not only the patient but also all his/her family members understand the disease, the treatment process and the consequences arising from the aforesaid for the family's function. They also assess whether after ending the hospitalization the family is able to provide the aftercare at home or whether it is necessary to find another option of care after the patient's discharge.

The objective of the thesis was to ascertain whether the family participates in nursing of the hospitalized client. The objective of the thesis has been fulfilled.

Two hypotheses were raised in the thesis. The first hypothesis pursued here was that the family participates in the nursing process. The second hypothesis dealt with the question whether the nursing staff makes it possible for the family to participate in the nursing process. Both hypotheses have been confirmed.

The research data were acquired in a quantitative research. Nurses, hospitalized clients and their families received anonymous questionnaires. The research set were the nurses working in the follow-up ward in Nemocnice České Budějovice a.s., the clients hospitalized in the same ward and their family members in the period from February to March 2010.

This bachelor thesis is supposed to draw attention to the ways of utilization of families in practice and importance of the family support for a hospitalized client.

Obsah

Úvod.....	3
1. Současný stav.....	5
1.1 Rodina a její význam v ošetrovatelském procesu.....	5
1.1.1 Rodina a její funkce.....	6
1.1.2 Rodina dříve a dnes	8
1.1.3 Reakce rodiny na změnu života.....	8
1.1.4 Negativní efekt pečování.....	9
1.1.5 Zapojení rodiny do péče o pacienta.....	9
1.1.6 Negativní vliv rodiny na pacienta.....	10
1.1.7 Vztah sestry, rodiny a pacienta.....	11
1.2 Ošetrovatelský proces.....	12
1.2.1 Posouzení.....	12
1.2.2 Diagnostika.....	13
1.2.3 Plánování.....	13
1.2.4 Realizace.....	13
1.2.5 Vyhodnocení.....	14
1.3 Ošetrovatelský proces u geriatrického klienta	14
1.3.1 Posouzení.....	15
1.3.2 Diagnostika.....	16
1.3.3 Plánování.....	17
1.3.4 Realizace.....	17
1.3.5 Vyhodnocení.....	18
2. Cíl práce a hypotézy.....	19
2.1 Cíl práce.....	19
2.1.1 Hypotézy.....	19
3. Metodika.....	20
3.1 Metoda sběru dat.....	20
3.2 Výzkumný soubor.....	20

4. Výsledky.....	22
4.1 Dotazník pro rodinné příslušníky.....	22
4.2 Dotazník pro pacienty.....	32
4.3 Dotazník pro sestry.....	41
5. Diskuze.....	52
6. Závěr.....	59
7. Seznam použitých zdrojů.....	61
8. Klíčová slova.....	65
9. Přílohy.....	66

Úvod

Rodina má na hospitalizovaného klienta velmi velký vliv, ať už v negativním nebo pozitivním smyslu slova. Dříve byl často pozitivní vliv při hospitalizaci opomíjen. Striktně musely být dodržovány návštěvní hodiny, pobyt rodinného příslušníka s hospitalizovaným klientem v nemocnici byl velice omezen téměř až zakázán. Matkám byly odebrány děti, dětem matky a otcové, manželům manželky, partnerům partneri... Docházelo k psychickému a citovému strádání všech zúčastněných, pobyt v nemocnici se díky tomu prodlužoval. V současnosti se tento přístup mění. Návštěvní hodiny jsou pouze napsané na dveřích oddělení, ale nedodržují se. Rodina je více vtažena do problematiky ošetrovatelské péče, ať už v teoretické nebo praktické oblasti této problematiky, matky mohou být hospitalizované se svými dětmi, otcové mohou vidět přicházet na svět své potomky, děti mohou u lůžka rodičů sedět tak dlouho, jak jen budou chtít, pokud tím nějak výrazně nenaruší běžný chod oddělení. Pokud si to hospitalizovaný klient přeje, tak by se rodina v současné době opravdu měla stát rovnocenným partnerem, který je seznámen se všemi informacemi, okolnostmi a hlavně se i jako partner chová, zapojuje se do ošetrovatelské péče, pomáhá zdravotnickému personálu v komunikaci s klientem, usnadňuje svému blízkému pobyt v nemocnici a je mu psychickou oporou. Bohužel tomu tak často není a to je důvod, proč jsem si téma Rodina jako partner v ošetrovatelském procesu zvolila k vypracování své bakalářské práce.

V minulosti bylo běžné, že se o nemocného člena rodiny starali ostatní členové, do nemocnice je odváželi až v nejhorších případech. V současné době se pozvolna tento trend vrací, ale přesto je stále nespočetné množství lidí, kteří své blízké doslova odkládají do nemocnic, jen aby si odpočinuli a byli bez starostí. Někdo si řekne, že dojít na návštěvu není takový problém, ale z vlastní praxe na Oddělení následné péče jsem se přesvědčila, že to bohužel často problém je.

Mým cílem je tedy poukázat na skutečnost, že velké množství rodin navštěvuje svého blízkého pouze tehdy, když něco potřebuje. Zapojení se do ošetrovatelské péče je pro ně absolutní tabu, nepřijatelná věc, jelikož ošetrovatelská péče je prací zdravotnického personálu, tak proč je připravovat o pracovní výkony? Na druhou stranu

se často setkávám i s tím, že zdravotní sestry odmítají nabízenou pomocnou ruku rodiny, kdy se její příslušníci chtějí zapojit do ošetrovatelské péče, chtějí svému blízkému pomoci, usnadnit mu hospitalizaci a zároveň i usnadnit práci sester.

Doufám, že díky šetření a vypracování práce na toto téma pomohu zdravotním sestrám, zdravotnickému personálu, hospitalizovaným klientům a jejich rodinám pochopit, co se v každém odehrává a jak moc je důležité, aby rodinní příslušníci byli opravdu rovnocennými a spolupracujícími partnery, kteří svými činy pomáhají svým blízkým, hospitalizovaným osobám přečkat těžké a ne vždy příjemné chvíle v nemocničním zařízení alespoň s tím pocitem, že v tom nejsou sami, že je tu někdo, na kom mu záleží a chce mu pomoci.

1. Současný stav

Rodina je společenská instituce a primární skupina, vznikající sňatkem muže a ženy, pokrevním vztahem rodičů a dětí, založením společné domácnosti, kde každý člen plní svoji funkci. Je také chápána jako bezprostřední soužití otce, matky a dětí, kteří jsou spojeni morálními, citovými, právními a pokrevními vazbami. Rodina tvoří více generační soužití několika osob a místo, kam se mají potřebu všichni vracet (7, 28).

1.1 Rodina a její význam v ošetrovatelském procesu

S rozvojem zdravotnictví, ošetrovatelství a změnou prioritních potřeb klienta se mění i role sestry a zdravotnického personálu. Tento postup je vynucen novými poznatky a rozvojem medicíny, ošetrovatelství jako takového, novými metodami psychologie, pedagogiky, sociologie a etiky. S dobou se mění i obraz dosavadního obrazu role nemocného a jeho rodiny. I když dochází k institucionalizaci zdravotnických problémů, tak se pro člověka stává trendem být aktivním účastníkem ošetrovatelského procesu a snažit se o udržení či zlepšení vlastního zdraví a soběstačnosti v každodenních bazálních činnostech. K tomu je nutné a nezbytné zajistit spolupráci rodiny a nejbližšího okolí hospitalizovaného člověka (14, 19).

Rodina má v oblasti ošetrovatelské péče důležité zastoupení a úlohu. Aby vše mohlo být plně a odborně v ošetrovatelské péči využito ve prospěch pacienta, musí dobře a úzce fungovat spolupráce mezi sestrou, pacientem a rodinou.

Rodina je důležitým a významným zdrojem informací pro ošetrovatelskou i léčebnou péči. Pokud nejde odebrat anamnéza přímo od pacienta, obracíme se na rodinu a zdravotnickou dokumentaci. Sestra si může utvořit mnohem komplexnější obraz o svém pacientovi zvláště, pokud se jedná o pacienta problémového. Rodina sdělí specifika laické ošetrovatelské péče a přístupu k pacientovi, díky čemuž se předejde zbytečným nedorozuměním a konfliktům mezi zdravotní sestrou a pacientem.

Pokud se rodina aktivně podílí na zdravotní a ošetrovatelské péči, stává se tzv. přímým účastníkem péče. Jakožto přímý účastník péče o nemocného může plnit různé funkce. Ochranná funkce dodává pacientovi pocit jistoty a bezpečí, ale nemocný si

nesmí přílišně uvědomovat svou závislost na jiných a závislost jiných na něm. Preventivní funkce se stává důležitou při domácím léčebném režimu, kdy pečovatel předchází vzniku komplikací, úrazu a zhoršování se stavu vlivem nedostatečné úpravy léčebného domácího režimu. Poslední funkcí je funkce podpůrná, kdy dochází k psychické podpoře a fyzické pomoci pacientovi (14).

Zapojení rodiny do ošetrovatelského procesu má pozitivní efekt na pacientův zdravotní i psychický stav, jelikož hospitalizace pro pacienta znamená mnoho změn, které s pomocí rodiny – pokud je dobře fungující – mnohem lépe zvládá (23).

1.1.1 Rodina a její funkce

Rodina jako celek má čtyři základní funkce, které se vyvíjely zároveň se změnou společnosti a ovlivnily rodinné vztahy. Některé funkce se staly důležitějšími, než tomu tak bylo dříve, souvisí to s modernizací rodiny. Aby rodina plnila všechny 4 funkce, musí být zapojeni všichni její členové a rodina musí být úplná. Pokud chybí jeden z rodičů, má to negativní vliv na sociální i emocionální vývoj dítěte a funkce nemohou být dostatečně zajištěny (20).

Biologicko - reprodukční funkce - je stěžejní funkcí rodiny, která má význam hlavně pro společnost, protože zajišťuje růst populace a je základem pro rozvoj a vývoj společnosti. Partneři by měli plodit potomky, aby se populace rozrůstala. V posledních letech je ale zaznamenán nižší počet porodů. Je to tím, že se kladou větší požadavky na vzdělání a finanční zajištěnost než v dřívějších letech. Ženy rodí ve vyšším věku a mnohé páry tak pohltit kariérismus, že ani následovníky své generace neplánují (20).

Sociálně - ekonomická funkce - rodina je důležitý článek ekonomického systému ve světě. Vzniká mnoho rodinných firem, které přispívají do státního rozpočtu a zajišťují zaměstnání některým členům rodiny. Dříve byla ekonomická funkce na jedné z předních příček důležitosti, jelikož silnější jedinec se musel finančně postarat o ekonomicky slabšího člena rodiny. Dnes je mnoho druhů sociálních dávek a podpor, takže pokud se jedinec octne ve finanční tísní, nemusí být závislý na ostatních rodinných příslušnících, ale dokáže využít ze státní podpory. Sociálně - ekonomická funkce spočívá i v zajištění ochrany a biologických, hygienických, zdravotních

i emocionálních potřeb rodiny – dospělých i dětí. Spočívá v zajištění zdravotního stavu v podobě domácí péče, časnějším propouštěním ze zdravotnického zařízení, ambulantním řešením onemocnění a přispíváním pacienta na zdravotní péči ve větší míře než dříve (20).

Výchovná funkce - rodiče jsou první, kdo učí dítě přizpůsobivosti k životu, orientaci ve světě, základním návykům a vystupováním ve společnosti a zajišťují pomyslný „mantinel“ negativního a nesprávného chování, chápou potřeby dítěte a snaží se je plnit. Základním úkolem je vychování dítěte tak, aby bylo schopno žít v běžném, praktickém životě s určitými morálními zásadami. Nejedná se pouze o výchovné působení rodičů na děti, ale i o působení opačném – dětí na rodiče, prarodiče, atd. Mladiství jsou flexibilnější, přizpůsobivější, a tak učí starší generace pochopit moderní metody a způsoby života jako např. zacházení s počítačem. Svou funkci rodina často přesouvá na výchovně-vzdělávací instituce a očekává, že profesionální pedagogové napraví to, co rodiče zanedbali. Tyto chyby vznikají nevhodnými přístupy k výchově, kam patří např. nepřiměřené rozmazlování dítěte, velmi volná a liberální výchova, perfekcionalismus, nadměrný strach o dítě, používání strohých příkazů a fyzického násilí. Rodinné vztahy by měly být založeny na bázi partnerství a demokracii, jedině tak může rodina optimálně fungovat (20).

Emocionální funkce rodiny je základní, nepostradatelná a nenahraditelná ale často opomíjená. Nikdo jiný nedokáže dítěti dát tolik lásky, bezpečí, jistoty, psychické podpory a pomoci jako rodina. Od první minuty života rodiče zajišťují socializaci dítěte, začlenění do společnosti a udržení se v ní. Průzkumy dokázaly, že přibývá čím dál tím více dětí s psychickými poruchami, depresemi a deprivacemi. Je to tím, že vzrůstá rozvodovost, zvyšuje se počet neúplných rodin a svobodných pracujících matek, které nemají sílu a čas věnovat se dítěti tak, jak by bylo potřebné a díky tomu není emocionální funkce plněna tak, jak by měla, či je dokonce úplně opomíjena a dítě psychicky strádá (20).

1.1.2 Rodina dříve a dnes

V minulosti bylo zcela samozřejmé, že se o nemocného člena rodiny staral někdo z příbuzných v domácím prostředí. Běžně se lidé setkávali se smrtí, utrpením a bolestí. Díky těmto zkušenostem byla populace silnější a péče o své blízké byla běžná věc, kterou bez problému zvládal každý. V dnešní době s velkým rozvojem různých institucí, zdravotnických zařízení, domů s pečovatelskou službou, domovů důchodců, atd. dochází k pobytu a hospitalizaci nemocných v těchto zařízeních. Ve většině případů se nemění ochota a schopnost rodiny pečovat o svého blízkého, ale nedovoluje a neumožňuje to dnešní svět a situace kolem nás. Lidé vidí jen svoji kariéru, mnohdy jim ani zaměstnání neumožňuje provádět ošetrovatelskou péči doma, proto ponechávají péči na sestrách, zdravotnických pracovnících, lékařích a sociálních pracovnících. Neuvědomují si ale to, jaký přínos má pro pacienta a mnohdy i pro ně samé, domácí péče a jakési pomyslné partnerství v ošetrovatelském procesu. Ženy i muži musí být zaměstnání, aby uživily své rodiny, příspěvky na péči jsou relativně nízké a pečující osoby jsou nedostatečně oceňovány, často je ochromí i nepředstavitelný strach z toho, co je čeká, pokud si vezmou pacienta domů. Mnoho lidí se bojí vidět utrpení svého blízkého, bojí se smrti. Existuje i spousta institucí a agentur domácí péče, jež jsou schopny zajistit odbornou část ošetrovatelské péče, jenže na to většinou rodiny a příbuzní nemají dostatečné finanční zázemí.

1.1.3 Reakce rodiny na změnu života

Nenadálé onemocnění, úraz a zhoršení stavu pacienta může v rodině vyvolat různé reakce. Zdravotní sestry si musí uvědomit, že pro pacienta i jeho rodinu je toto velká zátěž, na kterou každý reaguje jinak. Někdo může být uzavřený, agresivní, bagatelizující, hypochondrický, někdo podlehně své současné situaci a nechá se jí úplně ochromit, rezignuje a všechno vzdává. V tuto dobu je nutné, aby fungoval vztah sestra – lékař- rodina a pacient. Tyto čtyři složky, podílející se na ošetrovatelském procesu, musí spolupracovat a tvořit plně funkční tým. Zdravotnický personál musí být vždy empatický, měl by rodinu i pacienta podpořit, motivovat, ale zároveň je nechat prožít si nově vzniklou situaci. Každý se adapтуje jinak a vlídné slovo a nabídnutá pomocná ruka

vždy potěší a dodá novou sílu k boji s nemocí. Tato činnost náleží především zdravotní sestře, jelikož s pacientem tráví velké množství času. Pokud si člověk prožije všechno s nemocným klientem, i terminální stádium, vidí vše jinak, je klidnější a lépe se adaptuje na takovou těžkou ztrátu.

1.1.4 Negativní efekt pečování

Péče o pacienta v domácím prostředí je něčím přínosná jak pro pečovatele, tak i pro klienta, ale je i velice náročná. Výzkumy dokázaly, že se u pečujícího člověka často může objevit tzv. negativní efekt pečování. Tento efekt se projeví na zdravotním i psychickém stavu pečujícího. Je to v podstatě syndrom vyhoření, který může mít velmi negativní dopad na poskytovanou ošetrovatelskou péči a celkový stav pacienta. Pečující člen rodiny většinou tráví se svým pacientem většinu svého času, nemá dostatek prostoru sám pro sebe, ošetrovatelská péče je náročná, propadá stereotypu, a proto je nutné, aby za něj alespoň občas převzal péči někdo jiný, ať už zdravotnické zařízení, zdravotně-sociální zařízení či jiný člen rodiny a pečující si mohl psychicky i fyzicky odpočinout.

1.1.5 Zapojení rodiny do péče o hospitalizovaného pacienta

Současné formy péče o pacienty se realizují v rodině, v resortech zdravotnictví a sociálních služeb. Významně stoupá úloha občanských sdružení, církevních iniciativ a dobrovolnictví (8).

Pokud dojde k hospitalizaci pacienta, neměl by být přerušen kontakt pacienta s rodinou. V dnešní době jsou zdravotnická zařízení k návštěvám velice benevolentní. Pokud rodina přijde mimo určené návštěvní hodiny, návštěva se povětšinou umožní, ale ne vždy tomu tak je. Sestry a zdravotnický personál by měli umožnit rodině návštěvy kdykoliv, samozřejmě v rozumném čase, protože přítomnost blízkého vždy hospitalizovanému člověku pomůže a prospěje. Rodina se také zapojuje do ošetrovatelské péče, ať už je to hygiena nebo krmení nesoběstačného pacienta, tím vlastně usnadňuje práci sestrám a zároveň velice prospívá klientovi. Necítí se

vyčleněný, ostrčený a ví, že není sám a má pořád někde někoho, kdo o něj má zájem a chce mu pomoci (14).

Domácí péče je komplexní zdravotní, ošetrovatelská a sociální péče o pacienta v jeho vlastním domácím prostředí (6). Pokud si rodina vezme pacienta do domácí péče, tak je to pro něj většinou přínosem. Vědecké studie dokazují, že vlastní, domácí sociální prostředí a blízkost rodiny pozitivně působí na psychiku člověka, pozitivně ovlivňuje průběh léčby a rekonvalescence. Na druhé straně je domácí prostředí určitým provizoriem nemocničního pokoje, ale s velkým množstvím nedostatků. Pacient často leží na nízkém, nepolohovatelném lůžku přístupném jen z jedné strany, toalety a koupelny nejsou moc velké a přizpůsobené pro pacienty se zhoršenou pohyblivostí, kteří se pohybují za pomoci chodítek, popřípadě invalidních vozíků. Pokud je pacient natolik imobilní, že potřebuje péči přímo na lůžku, je nutné, aby rodina zajistila půjčení si polohovatelného, antidekubitního lůžka přístupného ze tří stran, což umožní lepší péči a navíc to usnadní práci pečovateli (36).

1.1.6 Negativní vliv rodiny na pacienta

Zapojení rodiny do ošetrovatelského procesu nemusí mít pouze pozitivní dopad, ale i negativní. Rodinní příslušníci mohou ovlivnit zdravotní stav pacienta nevhodnou stravou, sdělováním špatných zpráv, špatným způsobem komunikace, negativismem, pesimismem a ztrátou naděje na úspěšnou léčbu. Většinou se to podepisuje na psychickém stavu klienta. Těžce nese rodinné neshody, cítí se být zbytečný, mnohem rychleji rezignuje a utápí se ve svých problémech, které se z lůžka zdají neřešitelné. Tady opět nastává místo pro zásah zdravotnického personálu, lékaře a sestry. Lékař by měl promluvit s rodinou i pacientem, osvětlit situaci, negativní vliv nevhodného chování na pacienta a možná rizika zhoršení zdravotního i psychického stavu. Na sestře leží úkol komunikace s klientem, podpora, motivace, utěšování a rozveselení (14).

1.1.7 Vztah sestry, rodiny a pacienta

Sestra tráví s pacientem mnohem více času než kterýkoliv lékař. Mají k sobě tedy mnohem blíže, sestra zasahuje do pacientovy osobní zóny, intimity, do soukromí.

Poslední dobou se však zvyšují požadavky na její kvalifikaci, přibývá administrativních povinností a tak se i sestra pomaličku pacientovi vzdaluje, na pacienta zbývá méně času, výkony se provádějí rychleji, rutině. V této moderní uchvátané době, jež se velmi dotýká i zdravotnictví a ošetrovatelství, dochází k tomu, že se sice uspokojí fyzické potřeby, ale ty psychické jsou opomíjeny. Vede to ke zpomalení uzdravování, protože všechno se navzájem ovlivňuje, fyzično s duševnem, duševno s fyzičnem, a téměř každé onemocnění je psychosomatického rázu. Je výborné, že je sestra přesná, spolehlivá, bez problému vykoná a splní každý výkon, ale co citová podstata věci? Sestra by měla být vždy empatická, vřelá, komunikativní, milá, asertivní, měla by mít svou úroveň, autoritu a dodržovat si rozumný odstup. V těchto věcech nesmí docházet k přílišnému extremismu jako je flirt, extrémní soucit či opovrhování a negace. Pokud ji pacient seznámí se svými problémy, neměla by je řešit, pokud nemá psychoterapeutické vzdělání (5).

Typický vztah zdravotníků k nemocnému a jeho rodině se ve většině případů vyznačuje autoritativním postojem. Tento přístup není dobrý, jelikož vzniká obraz dominance a recesivity, kdy lékař a zdravotnický personál je něčím nadpřirozeným a za autoritou se mnohdy schovává i strach, kdy pacient i rodina nejsou schopni vyslovit nesouhlas s jakoukoliv věcí či názorem. Tento vztah by se měl změnit na jakési partnerství, ve kterém bude vzájemný respekt, úcta, lehká autorita, pravdivost, porozumění a empatie. Aby fungovala dobrá spolupráce mezi rodinou, zdravotnickým personálem a pacientem, je nutné, aby sestra byla nejen odbornicí v ošetrovatelském procesu, ale aby také měla osvojené komunikační techniky, které bude postupně rozvíjet. Tento celek ji dělá profesionálkou ve svém oboru (14).

1.2 Ošetrovatelský proces

Ošetrovatelský proces je soubor specifických ošetrovatelských zákroků v péči o zdraví jednotlivce, rodin nebo celých komunit. Zahrnuje použití vědeckých metod pro určení zdravotních potřeb klienta, rodiny nebo komunity a vymezení těch, které mohou být účinněji uspokojeny péčí sestry. Ošetrovatelský proces se skládá z pěti fází. Tyto fáze jsou: posouzení, diagnostika, plánování, realizace a vyhodnocení. Vždy musí být

zachováno dané pořadí fází, aby byl vytvořen správně fungující systém a dokumentace byla úplná (25).

1.2.1 Posouzení

Posouzení je první fází ošetrovatelského procesu, která tvoří základ ošetrovatelské péče. V této fázi sestra zjišťuje současný stav a biologické, psychosociální, kulturní a spirituální potřeby klienta. Pokud jsou tyto potřeby v nerovnováze, nebo nejsou uspokojovány, nastává tzv. ošetrovatelský problém. Z ošetrovatelského problému se tvoří tzv. ošetrovatelská diagnóza, která je označena příslušným číselným kódem.

Součástí této fáze ošetrovatelského procesu je získávání tzv. ošetrovatelské anamnézy. Anamnestické údaje získává sestra ze zdravotnické dokumentace pacienta, pozorováním, rozhovorem. Pokud pacient není schopen komunikace, získáváme údaje od rodinných příslušníků či zdravotnického personálu, který již byl s klientem v minulosti v kontaktu. Jestliže je mezi sestrou a klientem jazyková bariéra, musí sestra zajistit např. tlumočnicka, aby anamnestické údaje získala, protože ošetrovatelská anamnéza tvoří část celku zdravotnické dokumentace.

Ošetrovatelská anamnéza obsahuje mnoho důvěrných a důležitých údajů, které ale dopomáhají k celistvosti ošetrovatelského procesu a staví ošetrovatelskou péči na velice profesionální úroveň. Jedná se o zdravotnickou dokumentaci, a proto je více než nutné dodržovat povinnou mlčenlivost zdravotnického pracovníka (33).

1.2.2 Diagnostika

Hlavní funkce druhé fáze ošetrovatelského procesu je určování ošetrovatelských diagnóz pacienta. Každá diagnóza je označena příslušným číselným kódem a jsou sepsány v publikaci s názvem Ošetrovatelské diagnózy dle NANDA taxonomie II (viz. Příloha 4). Musíme určit vzniklé, ale i potencionální a hrozící problémy, které se nemusí nutně vyskytovat jen u nemocného klienta, ale i u člověka zdravého.

1.2.3 Plánování

Jestliže sestra u člověka zjistila ošetrovatelský problém a vytvořila ošetrovatelskou diagnózu, musí vytvořit plán ošetrovatelské péče. Ten by měl obsahovat aktuální i potencionální ošetrovatelské diagnózy označené číselným kódem, ošetrovatelské cíle, kritéria ošetrovatelské péče pro hodnocení, plánování ošetrovatelských činností, rozpis realizace péče a údaje sloužící k vyhodnocení plánu ošetrovatelské péče.

Při plánování ošetrovatelské péče se musí postupovat od nejjednodušších úkonů po ty složitější. Např. pokud trpí člověk bolestí, tak ji sestra nejprve zhodnotí, popíše, zkusí ji vyřešit třeba úlevovou polohou, nácvikem správných činností a až jako metodu poslední volby volí aplikaci analgetik (26).

1.2.4 Realizace

Realizace tvoří předposlední část ošetrovatelského procesu, ve které sestra svou péčí a činnostmi minimalizuje, odstraňuje a eliminuje ošetrovatelské problémy nebo alespoň působí preventivně proti jejich vzniku nebo znovuoobjevení. Při riziku vzniku nějakého problému sestra snižuje a odstraňuje faktory, které nepříznivě a rizikově působí na pacienta a tvoří potencionální hrozbu vzniku dalšího problému. V této fázi je důležitá spolupráce lékaře, sestry, zdravotnických pracovníků, pacienta a jeho rodiny. Každá činnost, lékařská i ošetrovatelská, se musí zaznamenávat do ošetrovatelské dokumentace (26).

1.2.5 Vyhodnocení

Poslední fází ošetrovatelského procesu je vyhodnocení. Sestra v ošetrovatelské dokumentaci hodnotí, zda byla péče účinná a jestli byl problém odstraněn, zmírněn, nebo jestli stále přetrvává. Hodnocení se píše průběžně a musí být označeno příslušným datem. Při propouštění klienta z nemocnice musí být provedeno definitivní vyhodnocení ošetrovatelského procesu, aby zdravotnická dokumentace mohla být ukončena (27).

1.3 Ošetrovatelský proces u geriatrického pacienta

Stárnutí je specifický, nevratný a neopakovatelný biologický proces, univerzální pro celou přírodu. Jeho průběh se nazývá život. Délka života je geneticky determinována pro každý živočišný druh, což platí i pro člověka, kde se předpokládá multifaktoriální typ dědičnosti. Stárnutí je možno charakterizovat i jako involuční proces, postihující všechny orgány a tkáně, při kterém dochází k úbytku jejich funkcí. Involuce je ireversibilní, nezvratný a jednosměrný proces, kdy dochází k poklesu životnosti, odolnosti organismu a adaptability. Tento proces končí zánikem individua (8, 17, 30).

Stáří je konečnou etapou procesu stárnutí. Při určení stáří se nejčastěji vychází z kalendářního věku, který je dán datem narození. Stářím se zabývá geriatric, což je samostatný lékařský obor, který poskytuje specializovanou péči nemocným vyššího věku – nad 65 let života, ale nejčastěji je to okolo 70 – 75 let. Cílem geriatric je zvýšit šance starého pacienta uchovat si zdraví včasným rozpoznáním akutních onemocnění a jejich léčbou, monitorováním a léčbou chronických chorob a uplatňováním prevence dosáhnout co nejvyšší aktivity, zdatnosti, soběstačnosti a nezávislosti na okolí a zajištění co nejlepší kvality života.

Spousta onemocnění probíhá ve stáří odlišněji a je to způsobeno tím, že průběh chorobného stavu je modifikován fyziologickými změnami stárnutí, které postihují jednotlivé orgány a systémy ztrátou funkčních kompenzačních mechanismů.

Se zvyšováním věku se mění tělesný vzhled, fyzická konstituce a zdravotní stav člověka. Dochází k polymorbiditě, k nárůstu somaticko-psychických a psychosomatických onemocnění a k celkovému zhoršování zdravotního stavu. Nemocný senior je odkázaný na pomoc a péči svého partnera, pokud je ještě schopný, rodiny a nejbližších příbuzných. Ztráta dlouholetého životního partnera představuje pro seniora trauma a zátěž, někdy dočasnou a někdy trvalou. Tento stav nejčastěji spouští sérii onemocnění, kdy se mění nejen zdravotní stav, ale celý dosavadní život, dochází k závislosti na druhých a často i k hospitalizaci, která je zpravidla pro starého člověka stresem. V této chvíli je nutná podpora rodiny i zdravotníků. Rodina by měla usilovat o převzetí seniora do domácí péče, ale ne vždy je to možné. Mezigenerační soužití

nebývá vždy úplně nejlepší, mladí lidé si chtějí žít svůj život a starý nemohoucí člověk je jim přítěží. Často domácí péči nelze uskutečnit i kvůli geografické vzdálenosti bydliště, neshodám a nedostatečnou zdatností příbuzných, u kterých by připadala v úvahu možnost pečování.

1.3.1 Posouzení

Při léčení a ošetřování starých osob je nutné mít dostatek informací nejen o jejich somatickém zdravotním stavu, ale současně zjistit sociální stránku jejich problémů a dopad těchto problémů na funkční výkonnost seniora. Stárnutí je doprovázeno poklesem adaptability a úbytkem funkční výkonnosti celého organismu. Přidají-li se k tomuto přirozenému stavu navíc choroby, může dojít ke zhoršení fyzických, psychických a sociálních funkcí starého člověka, které běžné geriatrické vyšetření nemusí odhalit, a proto je nutné, aby se sestra důkladně věnovala jednotlivým fázím ošetrovatelského procesu. Sestra zjišťuje současný stav a biologické, psychosociální, kulturní a spirituální potřeby klienta.

Anamnestické informace sestra zjišťuje ze zdravotnické dokumentace, vedením strukturovaného anamnestického rozhovoru, který je nutno přizpůsobit vzdělání, inteligenci, mentálním a jazykovým dovednostem a zrakovému či sluchovému omezení klienta. Další informace, např. celkový vzhled, obezitu, čistotu oděvu, stoj, chůzi atd., získává sestra pozorováním klienta a rozhovorem s rodinnými příslušníky.

Při příjmu sestra sepisuje s klientem příjmovou anamnézu, ze které zjistí potřeby a priority pacienta. V ošetrovatelské anamnéze sestra hodnotí výživu, vyprazdňování, aktivitu a cvičení, odpočinek a spánek, kouření, alkohol, protetické a kompenzační pomůcky, vztahy, sexualitu, stresovou toleranci a náboženské vyznání. Jako doplňující vyšetření a zhodnocení rizik se používá identifikační vyšetření dle Barthelové, škála rizika vzniku dekubitů dle Northonové, zjištění stádia demence za pomoci Mini–Mental State Examination, dále se používá geriatrická škála deprese, hodnocení nutričního stavu klienta a mnoho dalších. Díky tomuto komplexnímu vyšetření a příjmové lékařské anamnéze získá sestra přehled o celkovém zdravotním

stavu pacienta a jeho potřebách, tudíž může postoupit k dalšímu kroku ošetrovatelského procesu (9, 15, 16).

1.3.2 Diagnostika

Z informací, které sestra získala během posuzování, se tvoří ošetrovatelské diagnózy a problémy u seniora. Nejčastější ošetrovatelské diagnózy dle taxonomie II. v NANDA doménách jsou například:

- 00114 – Stresový syndrom po přemístění
- 00149 - Riziko stresového syndromu po přemístění
- 00070 – Oslabené přizpůsobení se
- 00148 – Strach
- 00147 – Úzkost ze smrti
- 00146 – Úzkost
- 00066 – Duchovní nouze
- 00067 – Riziko duchovní nouze
- 00155 – Riziko pádu
- 00132 – Akutní bolest
- 00133 – Chronická bolest
- 00051 – Zhoršená verbální komunikace
- 00120 – Situačně snížená sebeúcta
- 00053 – Sociální izolace
- 00130 – Porušené myšlení
- 00131 – Porušená paměť
- 00128 – Akutní zmatenost
- 00129 – Chronická zmatenost
- 00127 – Porušená interpretace okolí
- 00109 – Deficit sebepéče při oblékání a úpravě zevnějšku
- 00108 – Deficit sebepéče při koupání a hygieně
- 00102 – Deficit sebepéče při jídle

00110 – Deficit sebedpěče při vyprazdňování

00078 – Neefektivní léčebný režim (26).

1.3.3 Plánování

Pokud sestra získá anamnézu a vytvoří ošetrovatelské diagnózy, tak zhotoví individuální plán jejich řešení za spolupráce ostatních zdravotnických pracovníků a rodinných příslušníků. V ošetrovatelském plánu sestra stanoví, jakými způsoby a konkrétními postupy bude řešit individuální problémy klienta. Stanovení realizace ošetrovatelského procesu probíhá na základě rozpoznání a zpracování ošetrovatelských diagnóz (9, 26).

1.3.4 Realizace

Realizace je pro klienta nejdůležitější, neboť se mu při ní dostává ošetrovatelské péče, sestra plní a uspokojuje potřeby pacienta a dosahuje stanovených ošetrovatelských cílů. Dochází zde k preventivnímu působení na vznik problémů, jejich zmírnění až úplnému odstranění. Sestry využívají poznatků a postupů z ošetrovatelské péče a projevuje se zde jejich odbornost, samostatnost a profesionalita než v předchozích fázích (9, 26).

Při realizaci ošetrovatelského procesu sestra musí dodržovat všechny zásady etiky, respektovat intimitu pacienta a osobnost jako takovou. Musí si také uvědomit, že se stářím přichází zpomalenost a menší chápavost. Pokud pacient trpí nějakým handicapem, demencí nebo mentálním postižením, musí k němu sestra vždy přistupovat profesionálně, nesmí klienta znevýhodňovat a vyvolávat v něm méněcennost.

Zdravotní sestra by měla pomoci seniorovi pochopit, co a za jakým účelem se s ním a kolem něj děje, za pomoci neverbální i verbální komunikace. Verbální komunikace s geriatrickým pacientem bývá často náročná. Je ovlivněna zhoršením sluchu a mentálním zpomalením, proto se sestra musí na komunikaci zaměřit, provádět ji na profesionální úrovni. Při rozhovoru je nutné být trpělivý, upřímný, musí se přizpůsobit výška hlasu, nepoužívat příliš odborná a cizí slova, mluvit pomalu ale jasně,

dát klientovi prostor na dotazy, stále udržovat oční kontakt a v závěru se přesvědčit o zpětné vazbě, ujistit se, že klient vše správně chápe (37).

Péče o klienta je velmi individuální a specifická nejen podle typu a závažnosti onemocnění či postižení, ale i podle inteligenčních a osobnostních vlastností seniora.

1.3.5 Hodnocení

V této fázi dochází ke zhodnocení účinnosti a efektu ošetrovatelského procesu i péče během klientova pobytu ve zdravotnickém zařízení. Sestra objektivně hodnotí pozitivní, negativní nebo žádný efekt péče a do jaké míry se na realizaci ošetrovatelského procesu podílel pacient, rodina a ostatní zdravotnický personál.

Ošetrovatelský proces může hodnotit i sám pacient, kdy vyjadřuje své subjektivní pocity efektivity péče. Účast pacienta na hodnocení ošetrovatelské péče je stejně důležitá, jako účast v ostatních fázích procesu, neboť může ovlivnit samotnou realizaci, dát sestře nové poznatky, kde není naplánovaný ošetrovatelský proces dostatečně účinný (9, 26).

2. Cíle a hypotézy

2.1. Cíl práce

Cíl 1: Zjistit, jakou funkci zaujímá rodina v ošetrovatelském procesu.

2.2. Hypotézy

Hypotéza 1: Rodina se podílí na ošetrovatelském procesu.

Hypotéza 2: Zdravotnický personál umožňuje rodině podílet se na ošetrovatelském procesu.

3. Metodika

3.1 *Metoda sběru dat*

Ke sběru dat pro šetření v bakalářské práci byla použita forma kvantitativního šetření pomocí dotazníku. V šetření byly užity dotazníky pro sestry pracující na Oddělení následné péče, hospitalizovaného klienta na tomtéž oddělení a jeho rodinné příslušníky (potomky, sourozence, partnery/ky, manžele/ky a vnoučata), kteří klienta po dobu hospitalizace navštěvovali. Dotazníky byly rozdávány osobně a zároveň byly respondentům poskytovány informace a pokyny k jejich vyplňování. Vyplnění dotazníku bylo zcela anonymní. Na Oddělení následné péče byla umístěna schránka, do které byly vyplněné dotazníky sbírány, aby byla zachována dostatečná anonymita. Dotazníky tvořily otevřené, polootevřené a uzavřené otázky. Členové rodiny měli možnost vyjádřit své názory na přístup sester k jejich rodinným příslušníkům. Dotazník pro sestry a rodinné příslušníky obsahoval 17 otázek, dotazník pro hospitalizovaného pacienta 18 otázek. V dotazníku pro sestry jsme zjišťovali, zda se rodina zapojuje do ošetrovatelské péče o jejich blízkého a zda péči od rodinného příslušníka pacient vyžaduje. V dotazníku pro pacienty bylo hlavním cílem zjistit, zdali by pacientům pomohlo, kdyby se rodina aktivně podílela na ošetrovatelské péči, jestli tomu tak je nebo ne. V dotaznících pro rodinné příslušníky bylo hlavním tématem: návštěva blízkých na oddělení a jejich zapojení do ošetrovatelské péče, popřípadě proč tomu tak není.

3.2 *Výzkumný soubor*

Výzkumným souborem bakalářské práce byli hospitalizovaní klienti na Oddělení následné péče českobudějovické nemocnice, rodiny těchto klientů a sestry pracující na tomto oddělení. Rozdávání dotazníků bylo provedeno se souhlasem náměstkyně ošetrovatelské péče Nemocnice České Budějovice, a.s. Mgr. Jiřiny Otáskové, MBA a se souhlasem vrchní sestry Oddělení následné péče I., Bc. Jindřišky Haškové.

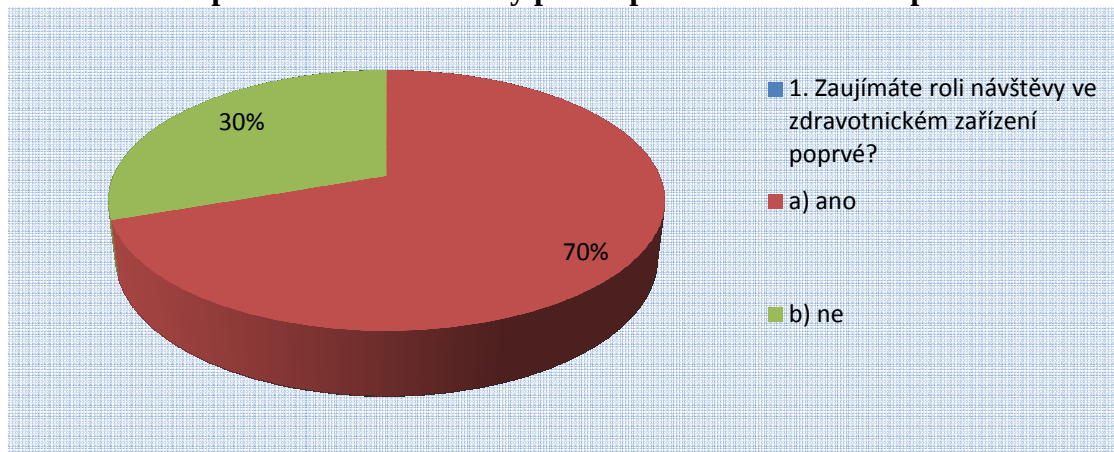
Celkem bylo rozdáno 300 dotazníků, 100 klientům, 100 rodinným příslušníkům a 100 sestrám. Výzkum proběhl v období února a března 2010. Vraceno bylo celkem

169 dotazníků, z toho se muselo kvůli neúplnému a nedostatečnému vyplnění 19 vyřadit. Ke zpracování bylo zařazeno celkem 150 dotazníků, z toho 49 dotazníků od klientů, 56 od rodinných příslušníků a 45 od sester. Návratnost byla celkem 56 %. S částí hospitalizovaných respondentů, starších 56 let (18), byly dotazníky vyplněny. Dotazování proběhlo pomocí rozhovoru a odpovědi respondentů byly zaznamenány do dotazníku.

4. Výsledky

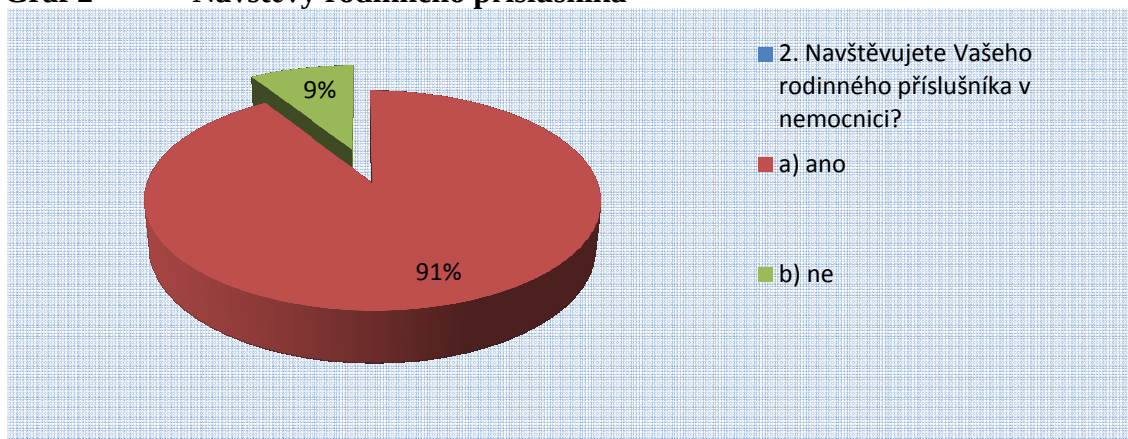
4.1 Dotazník pro rodinné příslušníky

Graf 1 Opakování role návštěvy při hospitalizaci rodinného příslušníka



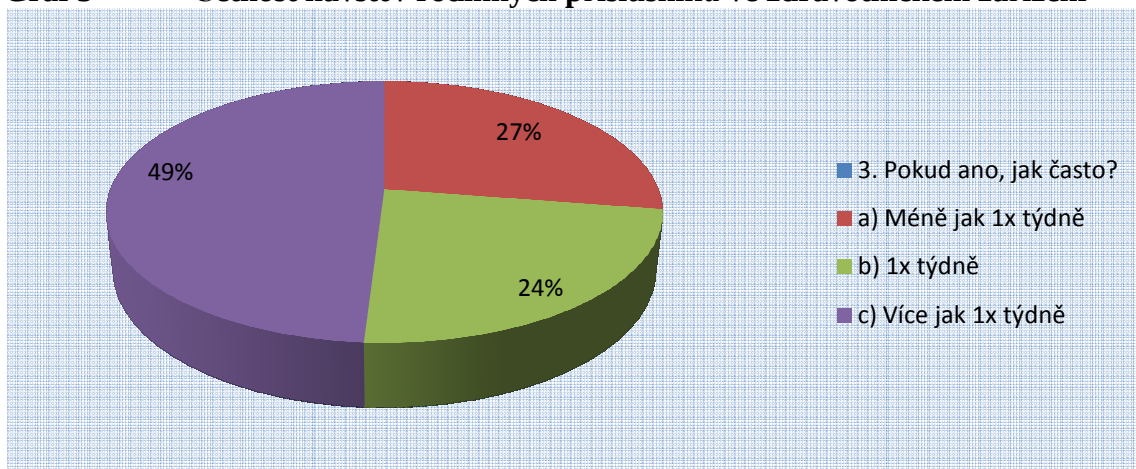
Na otázku, zda rodina zaujímá roli návštěvy poprvé, odpovědělo z celkového počtu 56 dotazovaných (100%), 17 respondentů (30%), že nezaujímají postoj návštěvy poprvé a 39 respondentů (70%) ano.

Graf 2 Návštěvy rodinného příslušníka



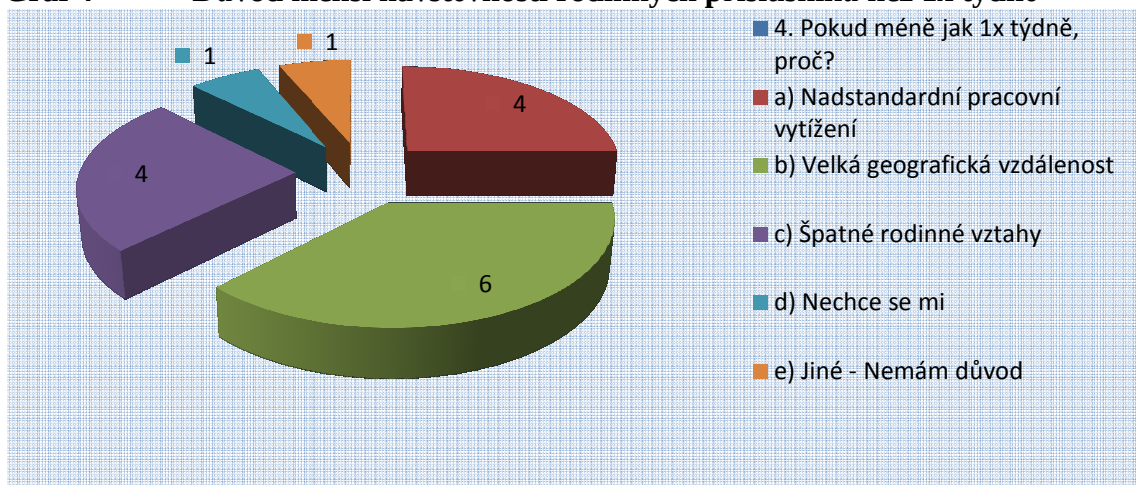
Z celkového počtu 56 dotazovaných (100%) 51 respondentů (91%) navštěvuje svého rodinného příslušníka v nemocnici a pouze 5 respondentů (9%) ne.

Graf 3 Četnost návštěv rodinných příslušníků ve zdravotnickém zařízení



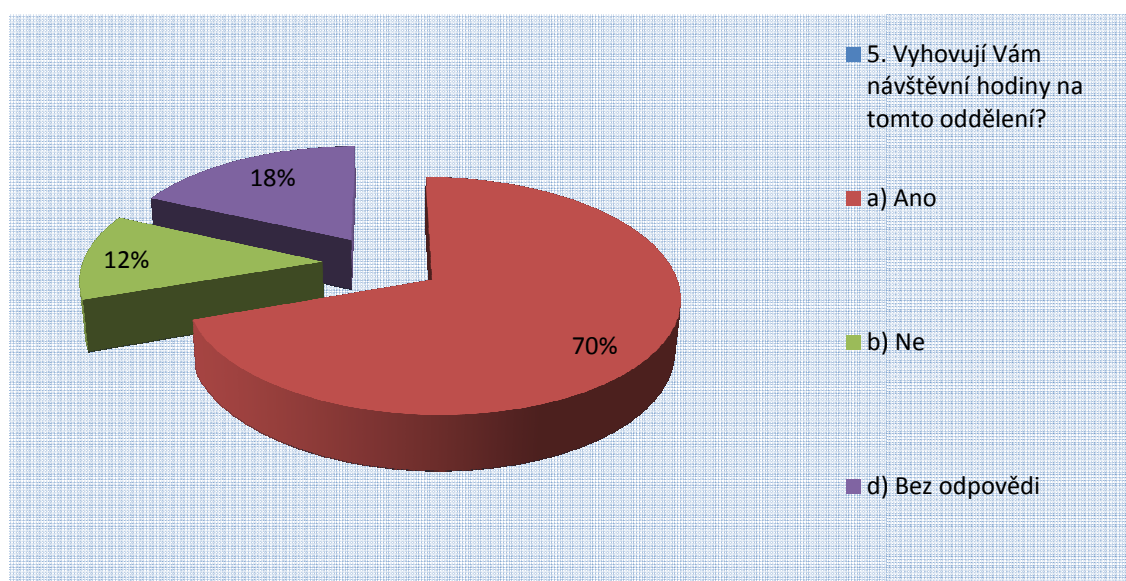
Z celkového počtu 51 dotazovaných (100%), kteří na předchozí otázku 2 (viz. Graf 2) odpověděli ano, navštěvuje svého rodinného příslušníka 14 respondentů (27%) méně jak 1x týdně, 12 respondentů (24%) pouze 1x týdně a 25 respondentů (49%) více jak 1x týdně.

Graf 4 Důvod menší návštěvnosti rodinných příslušníků než 1x týdně



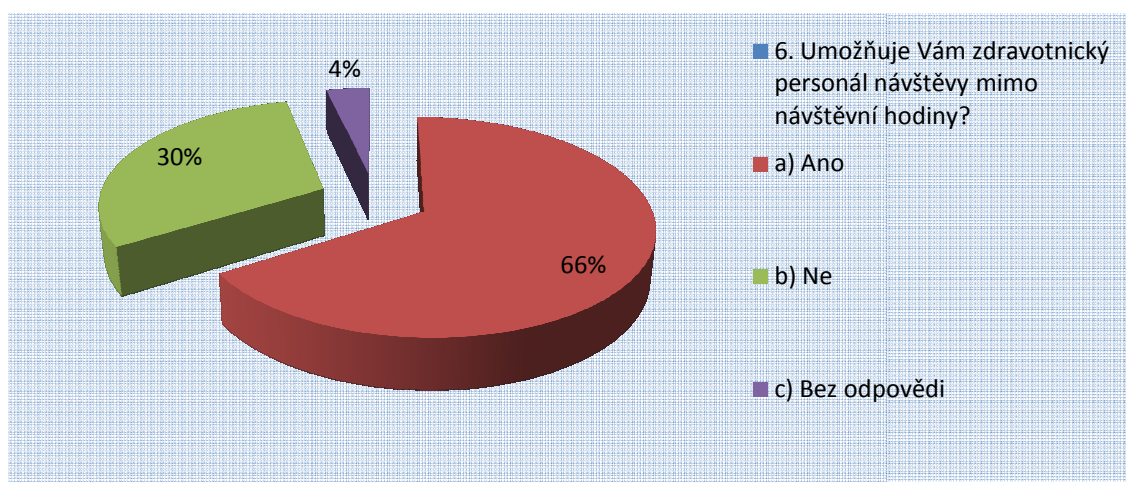
Z celkového počtu 14 dotazovaných respondentů, kteří měli možnost více odpovědí a na předchozí otázku (viz. Graf 3) udali menší návštěvnost jak 1x týdně, navštěvují svého rodinného příslušníka méně jak 1x týdně z důvodu nadstandardního pracovního vytížení 4 respondenti, z důvodu velké geografické vzdálenosti 6 respondentů, díky špatným rodinným vztahům 4 respondenti, 1 respondent nemá důvod, 1 respondentovi se nechce.

Graf 5 Spokojenost s návštěvními hodinami



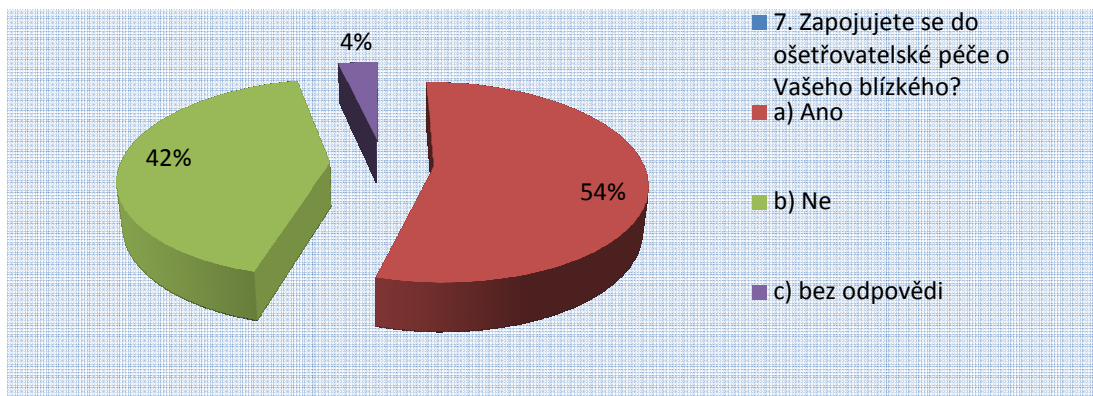
Z celkového počtu 56 dotazovaných (100%) návštěvní hodiny na Oddělení následné péče vyhovuje 46 respondentům (70%), 8 respondentům (12%) nevyhovují a 12 dotazovaných (18%) neodpovědělo.

Graf 6 Umožnění návštěv rodinným příslušníkům mimo návštěvní hodiny



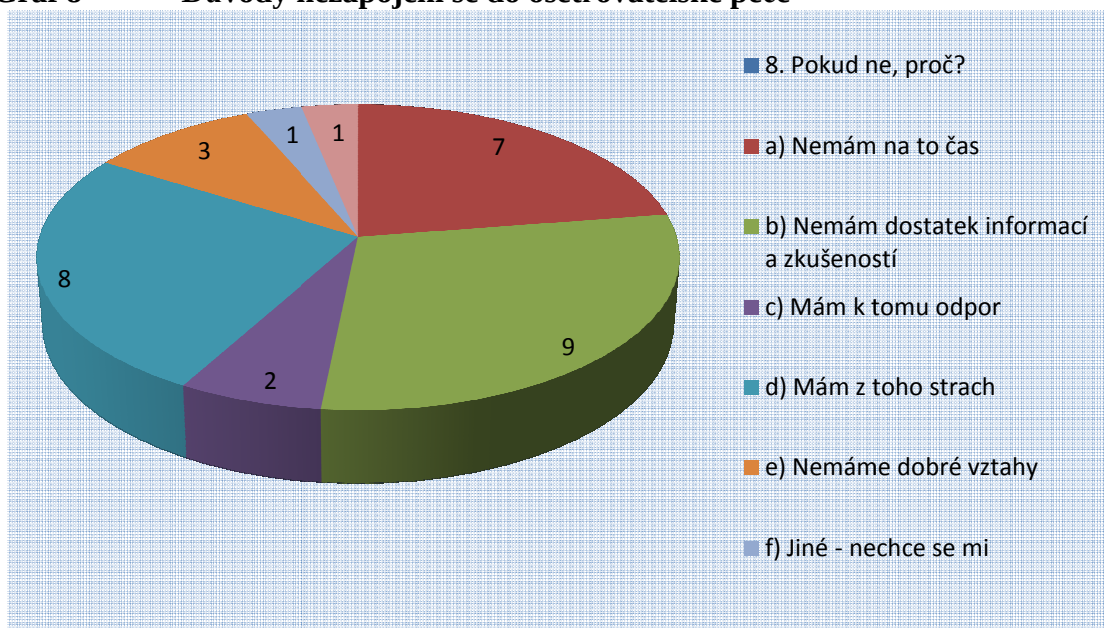
Z celkového počtu 56 dotazovaných (100%) odpovědělo 37 dotazovaných (66%), že zdravotnický personál umožňuje návštěvy mimo návštěvní hodiny, 17 dotazovaných (30%) odpovědělo, že zdravotnický personál neumožňuje návštěvy mimo návštěvní hodiny, 2 dotazovaní (4%) neodpověděli.

Graf 7 Zapojení se rodinných příslušníků do ošetrovatelské péče



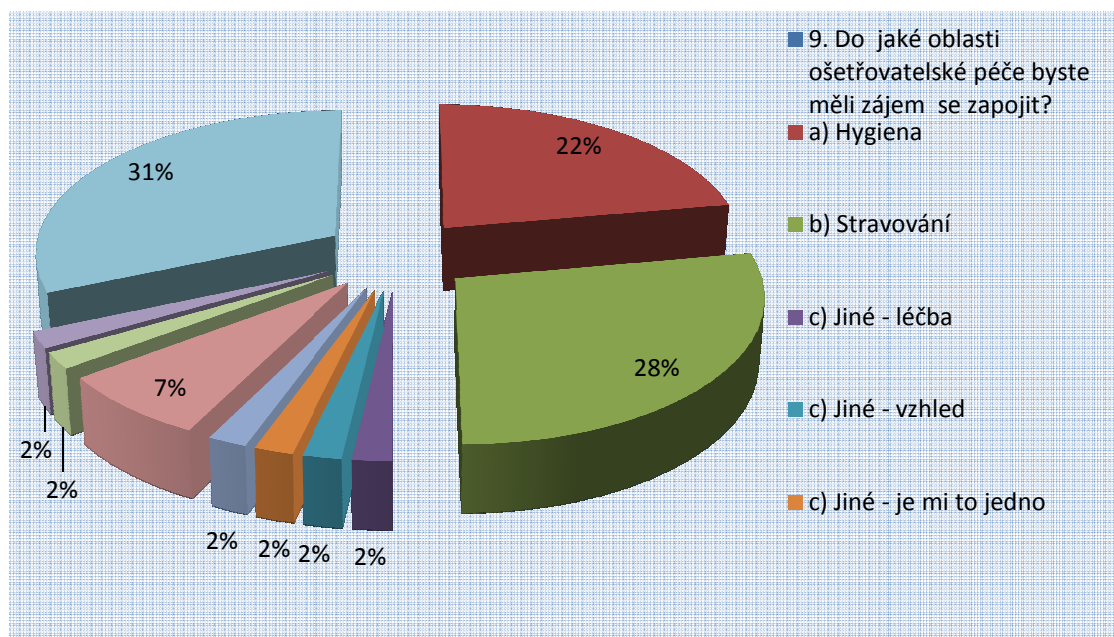
Z celkového počtu 56 dotazovaných (100%) se do ošetrovatelské péče zapojuje 31 lidí (54%), nezapojuje se 24 respondentů (42%) a 2 respondenti (4%) neodpověděli.

Graf 8 Důvody nezapojení se do ošetrovatelské péče



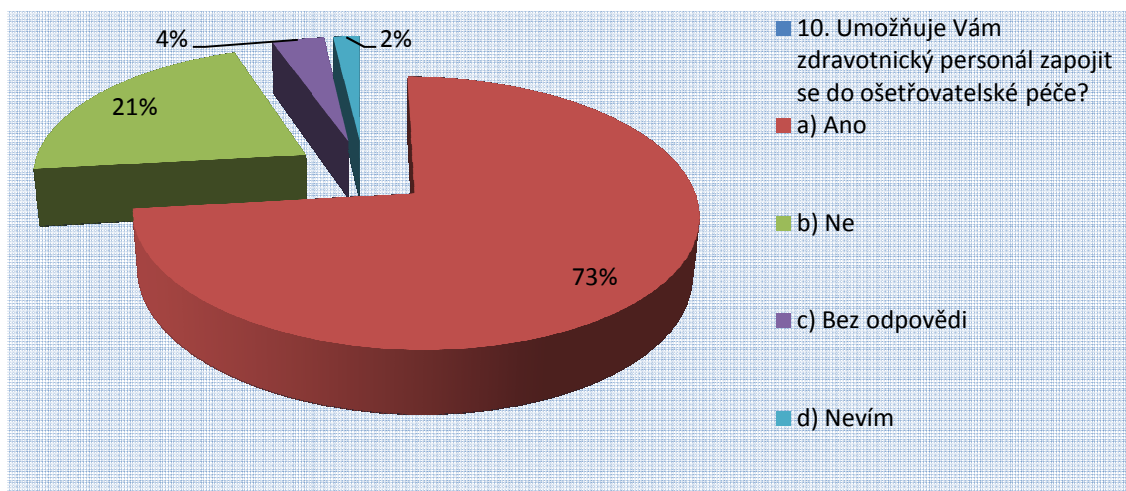
Z celkového počtu 24 dotazovaných, kteří na předchozí otázku (viz. Graf 7) odpověděli ne a měli možnost výběru více odpovědí, se nezapojuje do ošetrovatelské péče 7 respondentů kvůli tomu, že nemají čas, 9 respondentů nemá dostatek informací a zkušeností, 2 dotazovaní mají k ošetrovatelské péči odpor, 8 respondentů má strach, 3 respondenti nemají s hospitalizovaným dobré vztahy, 1 respondentovi se nechce a 1 respondent nemá důvod.

Graf 9 Oblasti zájmu rodiny zapojit se do ošetrovatelské péče



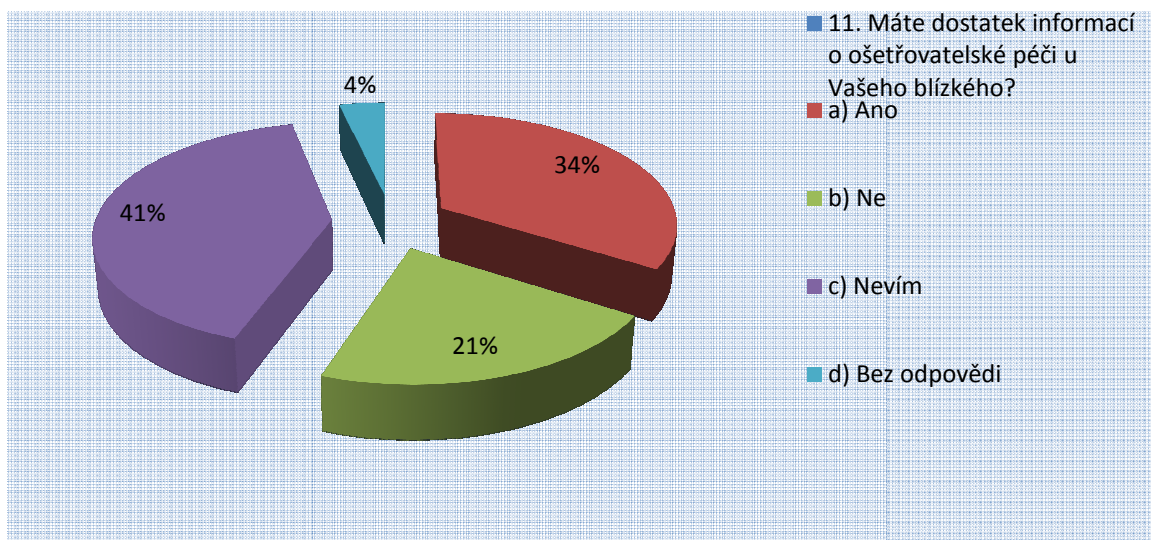
Z celkového počtu 56 dotazovaných (100%) by se 12 respondentů (22%) mělo zájem zapojit do oblasti hygieny, 15 respondentů (28%) do stravování, 1 respondent (2%) do léčby, 1 respondent (2%) do péče o vzhled, 1 respondentovi (2%) je to jedno, 4 respondenti (7%) se nechtějí zapojit do žádné z oblastí, 1 respondent (2%) by byl ochoten pomoci psychickou podporou, 1 respondent (2%) by se zapojil do jiných potřebných věcí a 17 respondentů (31%) neodpovědělo.

Graf 10 Umožnění zapojení se do ošetrovatelské péče ze strany personálu



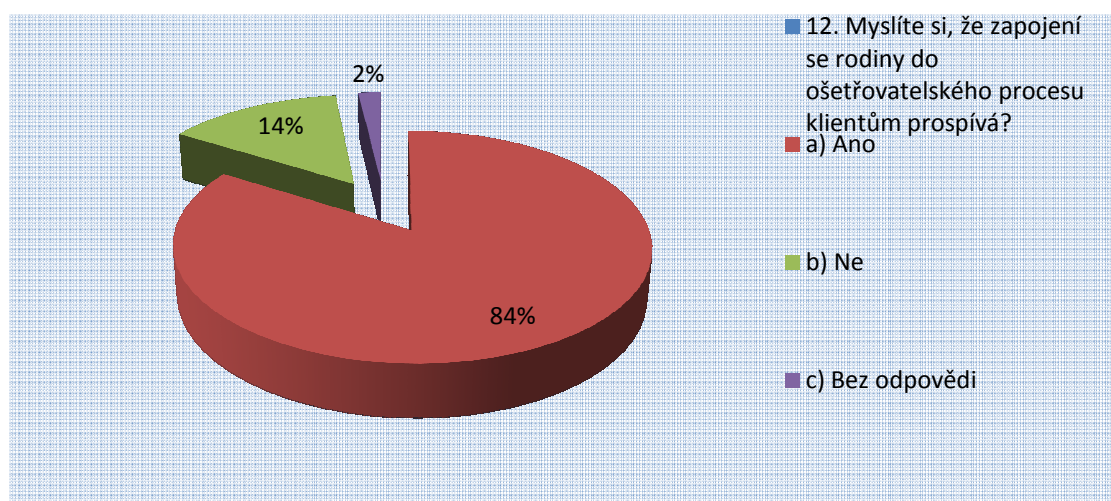
Z celkového počtu 56 dotazovaných (100%) odpovědělo 41 respondentů (73%), že zdravotnický personál umožňuje rodině zapojit se do ošetrovatelské péče, 12 respondentů (21%) říká, že personál tuto možnost neumožňuje, 2 respondenti (4%) neodpověděli a 1 respondent (2%) neví.

Graf 11 Informovanost o ošetrovatelské péči



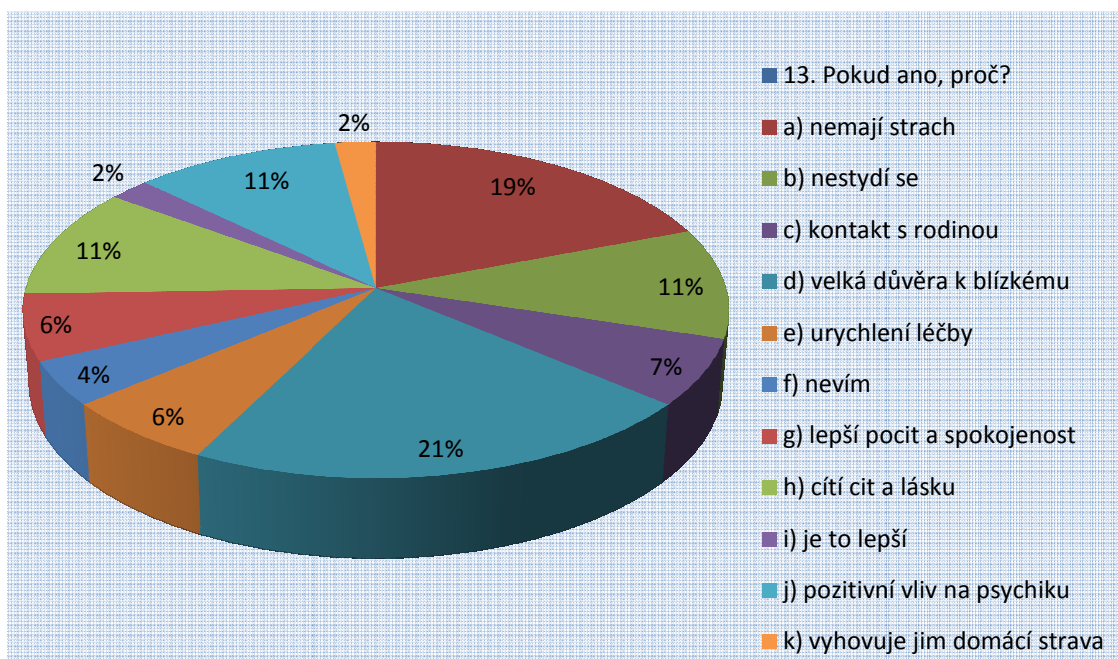
Z celkového počtu 56 dotazovaných (100%) se cítí 19 respondentů (34%) dostatečně informováno, 12 respondentů (21%) se necítí informováno, 23 respondentů (41%) neví, 2 respondenti (4%) neodpověděli.

Graf 12 **Názor na prospěšnost zapojení se rodiny do ošetrovatelské péče**



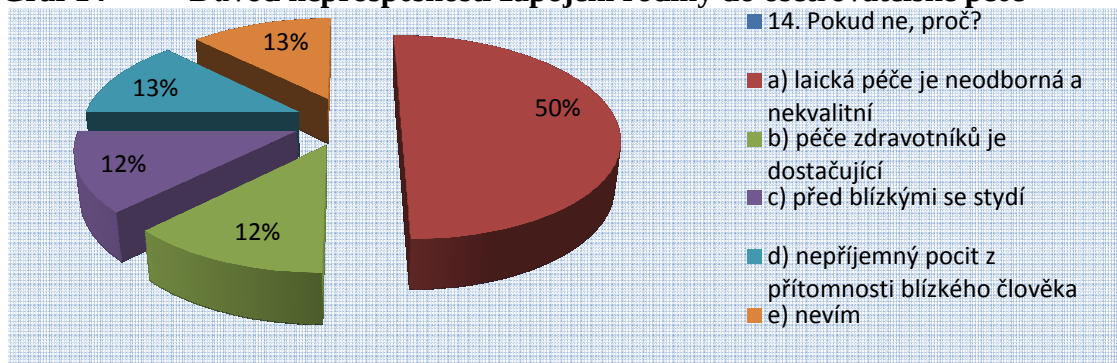
Z celkového počtu 56 dotazovaných (100%) si 47 respondentů (84%) myslí, že zapojení do ošetrovatelské péče klientům prospívá, 8 respondentů (14%) odpovídá, že jejich péče neprospívá, 1 respondent (2%) neodpověděl.

Graf 13 Důvody prospěšnosti zapojení rodiny do ošetrovatelské péče



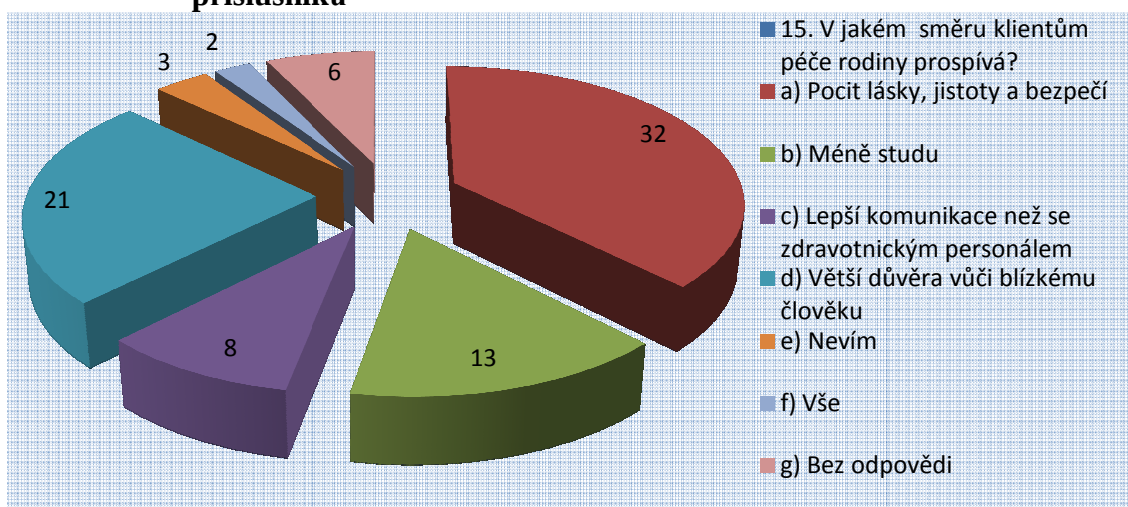
Z celkového počtu 47 dotazovaných (100%), kteří na předchozí otázku (viz. Graf 12) odpověděli ano, se 9 respondentů (19%) domnívá, že pokud se zapojí do ošetrovatelské péče, tak hospitalizovaný klient nemá strach, 5 respondentů (11%) se domnívá, že se klienti tolik nestydí, 3 respondenti (7%) udávají, že je důležitý kontakt s rodinou, 10 respondentů (21%) tvrdí, že k blízkému má hospitalizovaný větší důvěru, 3 respondenti (6%) – urychlení léčby, 2 respondenti (4%) neví, 3 respondenti (6%) si myslí, že péče blízkého člověka dodává hospitalizovaným lepší pocit a spokojenost, 5 respondentů (11%) udává, že z péče blízkého člověka cítí cit a lásku, 1 respondent (2%) tvrdí, že je to tak prostě lepší, 5 respondentů (11%) udává pozitivní vliv na psychiku, 1 respondentovi (2%) vyhovuje více domácí strava než-li ta nemocniční.

Graf 14 Důvod neprospěšnosti zapojení rodiny do ošetrovatelské péče



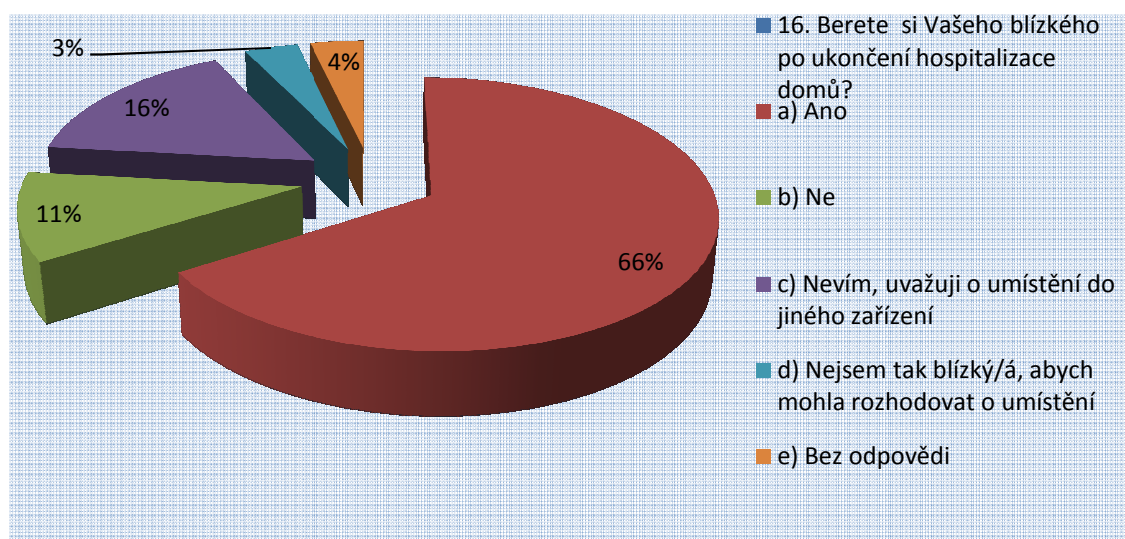
Z celkového počtu 8 dotazovaných (100%), kteří na otázku 12 (viz. Graf 12) odpověděli ne, si 4 respondenti (50%) myslí, že laická péče je neodborná a nekvalitní, 1 respondent (12%) se domnívá, že péče zdravotníků je dostačující, 1 respondent (12%) se před blízkými stydí, 1 respondent (13%) má nepříjemný pocit z přítomnosti blízkého člověka a 1 respondent (13%) neví, proč není prospěšné, když se rodinný příslušník zapojí do ošetrovatelské péče o osobu jemu blízkou.

Graf 15 Vliv péče rodiny na hospitalizované příbuzné z pohledu rodinných příslušníků



Z celkového počtu 56 dotazovaných, kteří měli možnost vícečetných odpovědí, si 32 respondentů myslí, že péče rodinného příslušníka dodává hospitalizovaným pocit lásky, jistoty a bezpečí, 13 respondentů se domnívá, že se hospitalizovaní méně stydí, 8 respondentů udává, že se s blízkou osobou lépe komunikuje než se zdravotnickým personálem, 21 respondentů by mělo k blízkému člověku větší důvěru, 3 respondenti neví, 2 respondenti udávají všechny možnosti, 6 respondentů neodpovědělo.

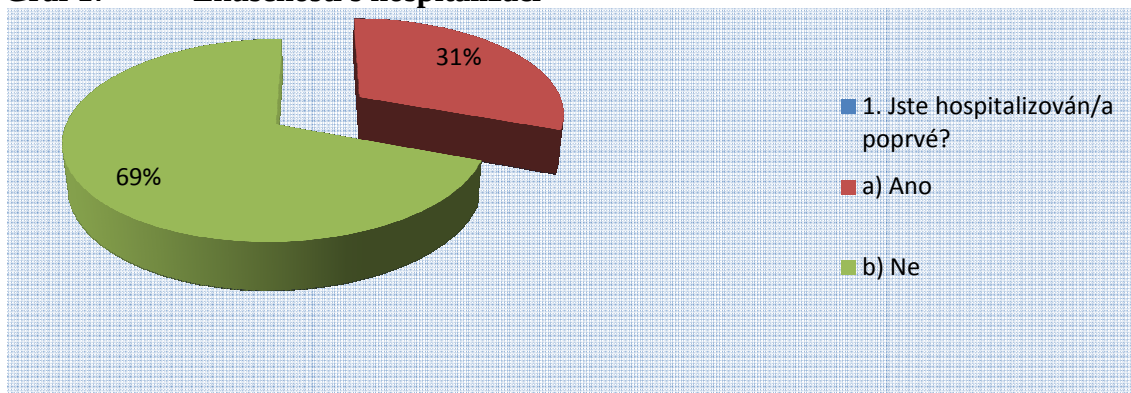
Graf 16 Místo odchodu po propuštění



Z celkového počtu 56 dotazovaných (100%) si bere po propuštění 37 respondentů (66%) svého blízkého do domů, 6 respondentů (11%) si klienta do domácí péče nebere, 9 respondentů (16%) uvažuje o umístění do jiného zařízení, 2 respondenti (3%) nejsou tak blízcí, aby o tomto kroku mohli rozhodovat a 2 respondenti (4%) na danou otázku neodpověděli.

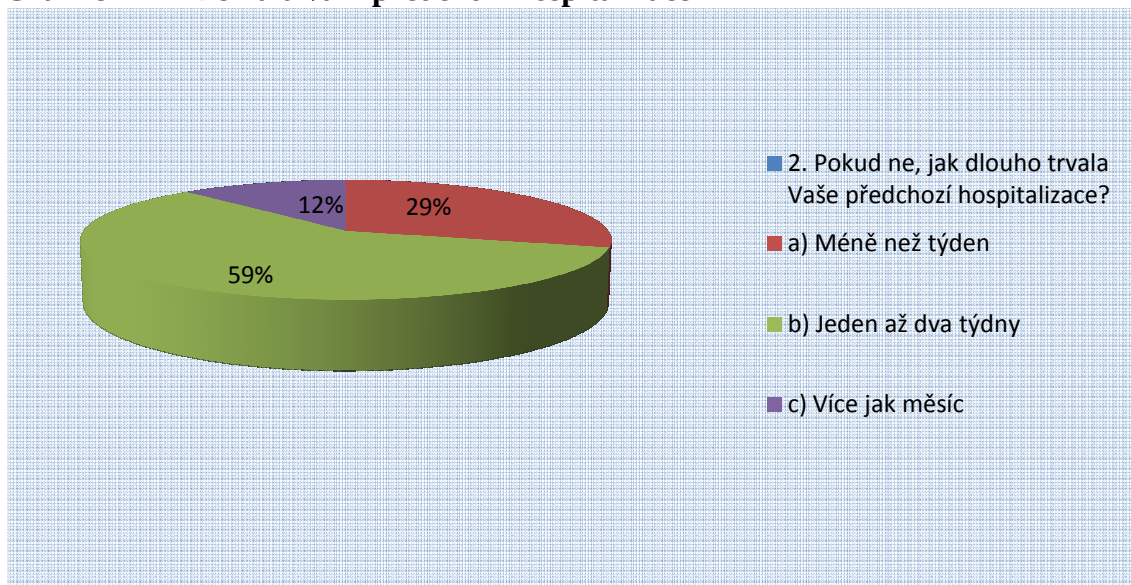
4.2 Dotazník pro hospitalizované klienty

Graf 17 Zkušenosti s hospitalizací



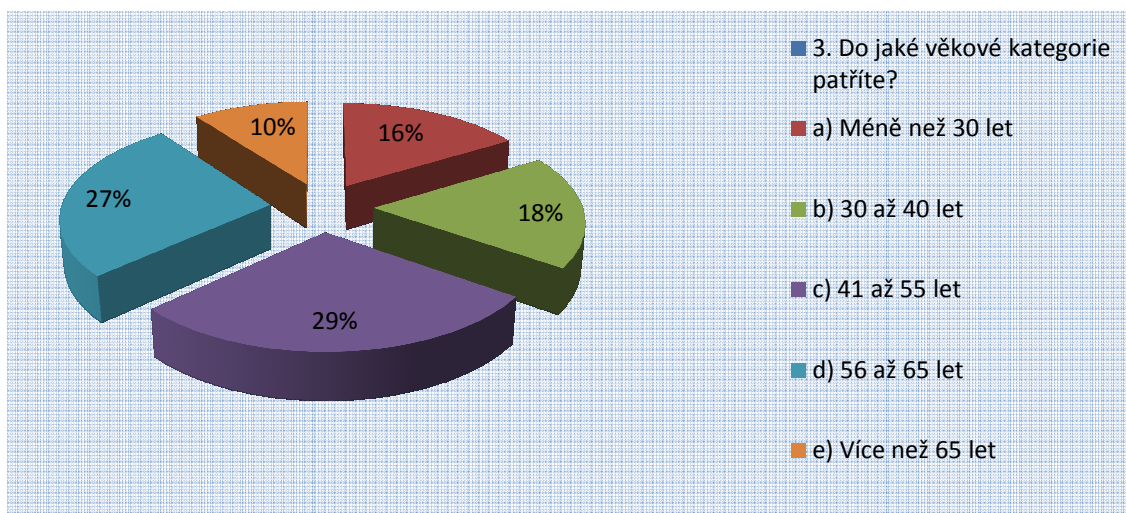
Z celkového počtu 49 dotazovaných (100%) je 15 respondentů (31%) hospitalizováno poprvé a 34 respondentů (69%) je hospitalizováno opakovaně.

Graf 18 Délka trvání předchozí hospitalizace



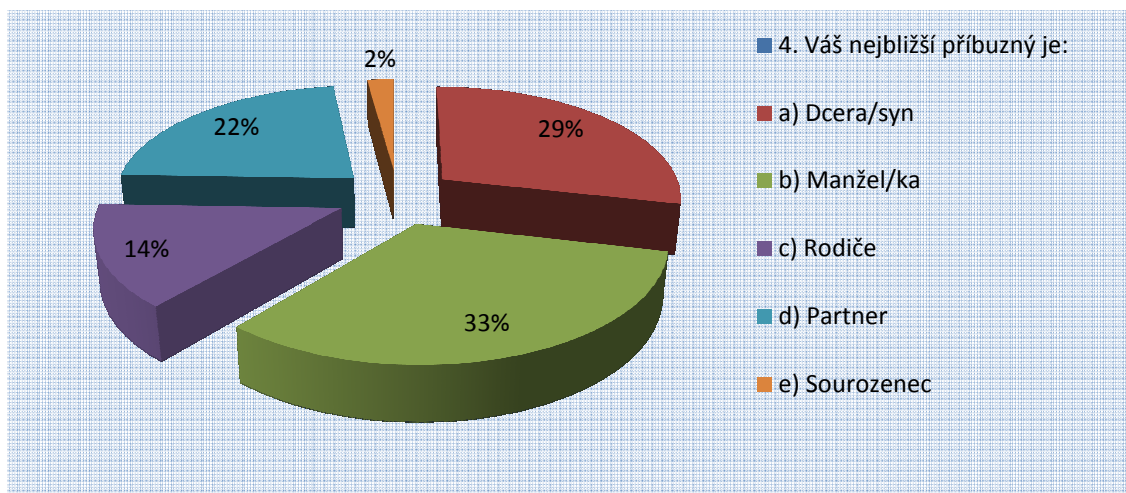
Z celkového počtu 34 dotazovaných (100%), kteří na předchozí otázku (viz. Graf 17) odpověděli ne, trvala 10 respondentům (29%) předchozí hospitalizace méně jak jeden týden, 20 respondentů (59%) bylo hospitalizováno jeden až dva týdny a 4 respondenti (12%) více jak měsíc.

Graf 19 Věkové kategorie respondentů - pacientů



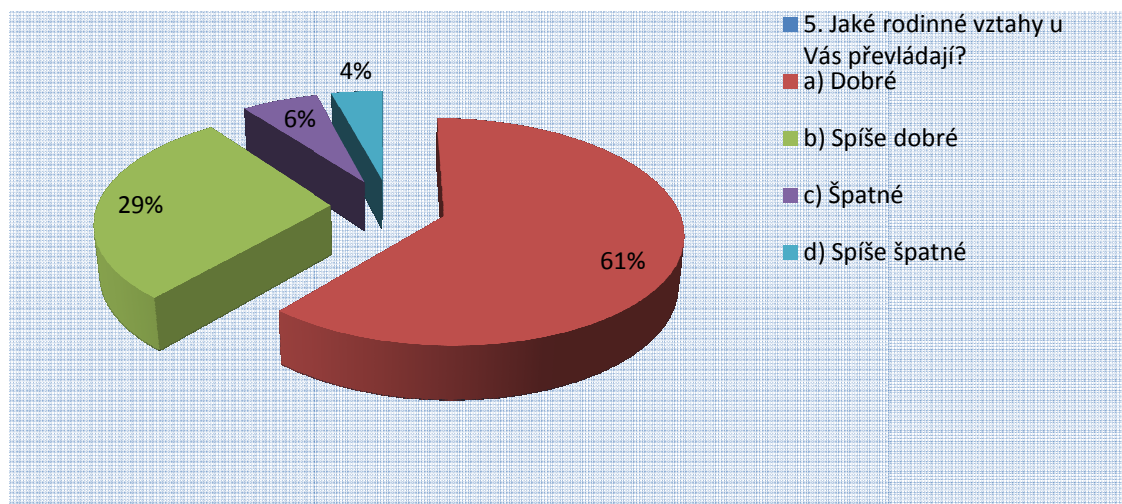
Z celkového počtu 49 dotazovaných (100%) uvedlo 8 respondentů (16%), že jsou mladší než 30 let, 9 respondentů (18%) spadá do kategorie 30 až 40 let, 14 respondentů (29%) do kategorie 41 až 55 let, 13 respondentů (27%) do kategorie 56 až 65 let, 5 respondentů (10%) je starší 65 let.

Graf 20 Nejbližší příbuzný respondentů - pacientů



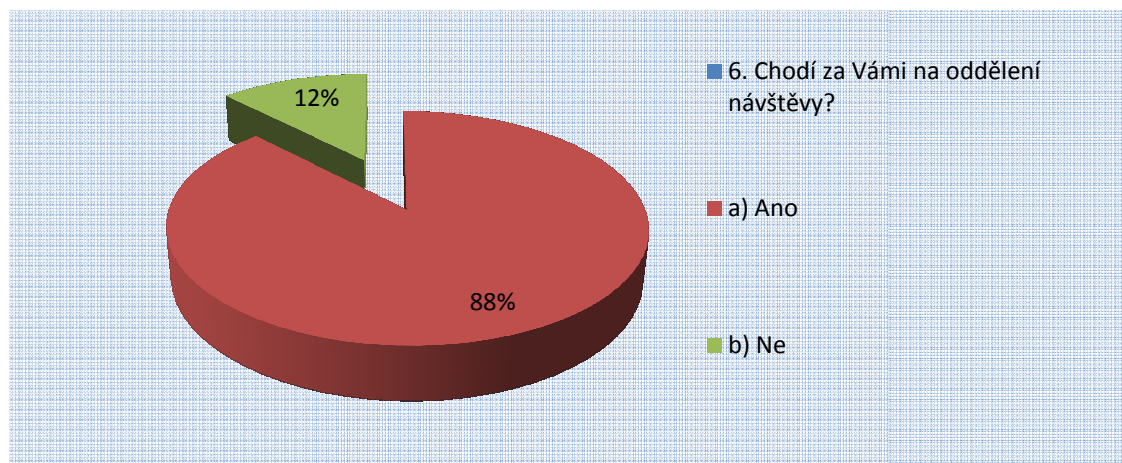
Z celkového počtu 49 dotazovaných (100%) uvedlo 14 respondentů (29%), že jejich nejbližším příbuzným je dcera/syn, 16 respondentů (33%) manžel/ka, 7 respondentů (14%) uvedlo, že nejbližšími příbuznými jsou rodiče, u 11 respondentů (22%) je nejbližším partner a u 1 respondenta (2%) je to sourozenec.

Graf 21 **Názor na rodinné vztahy**



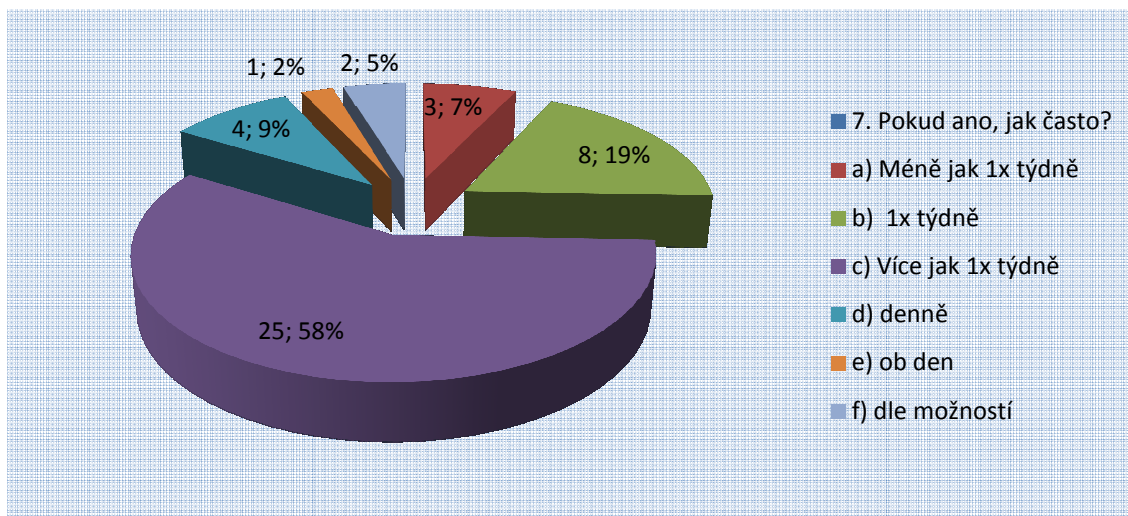
Z celkového počtu 49 dotazovaných (100%) uvádí 30 respondentů (61%), že u nich v rodině převládají dobré rodinné vztahy, u 14 respondentů (29%) spíše dobré, 3 respondenti (6%) špatné a 2 respondenti (4%) uvádí, že jejich rodinné vztahy jsou spíše špatné.

Graf 22 **Přítomnost návštěv na oddělení**



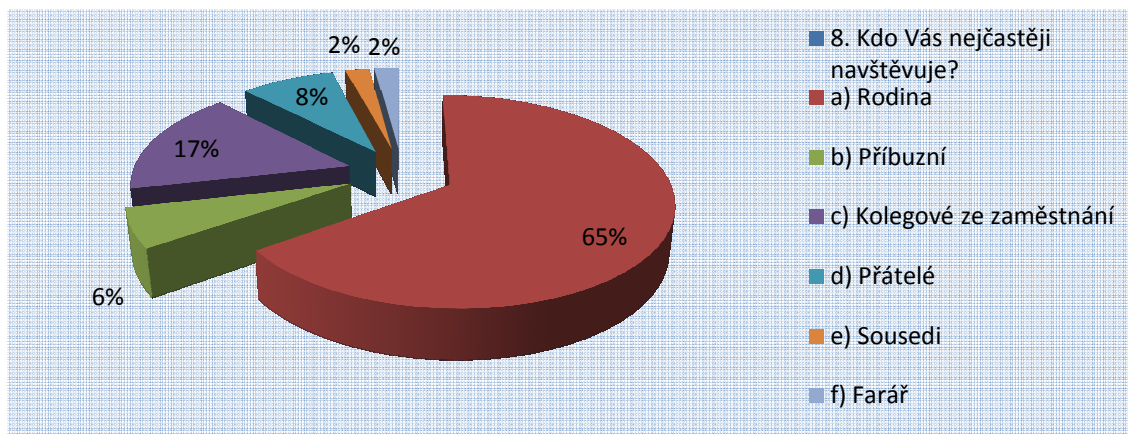
Z celkového počtu 49 dotazovaných (100%) uvedlo 43 respondentů (88%), že za nimi na oddělení návštěvy chodí, 6 respondentů (12%) uvedlo, že na oddělení za ním návštěvy nechodí.

Graf 23 Četnost návštěv dle hospitalizovaných pacientů



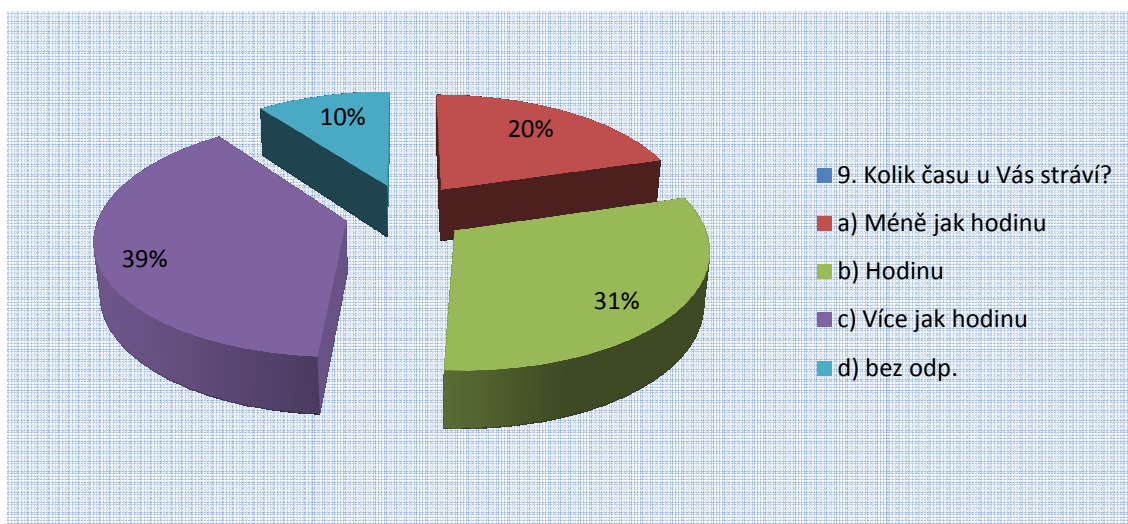
Z celkového počtu 43 dotazovaných (100%), kteří ne předchozí otázku (viz. Graf 22) odpověděli ano, uvedli 3 respondenti (7%), že mají návštěvy méně jak 1x týdně, 8 respondentů (19%) 1x týdně, 25 respondentů (58%) uvedlo, že mají návštěvy více jak 1x týdně, 4 respondenty (9%) navštěvují denně, 1 respondenta (2%) ob den a 2 respondenty (5%) dle možností.

Graf 24 Nejčastěji osoby navštěvující respondenty - pacienti



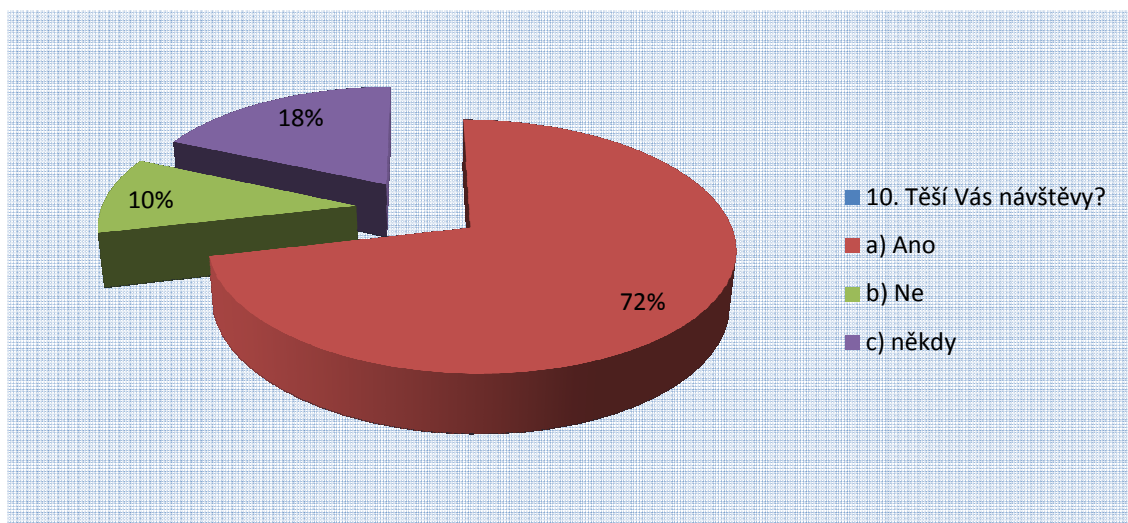
Z celkového počtu 49 dotazovaných (100%) uvedlo 32 respondentů (65%), že je nejčastěji navštěvuje rodina, 3 respondenty (6%) příbuzní, 8 respondentů (17%) navštěvují kolegové ze zaměstnání, 4 respondenty (8%) přátelé, 1 respondenta (2%) nejčastěji navštěvují sousedé a 1 respondenta (2%) pan farář.

Graf 25 Čas, který návštěva tráví u respondenta - pacienta



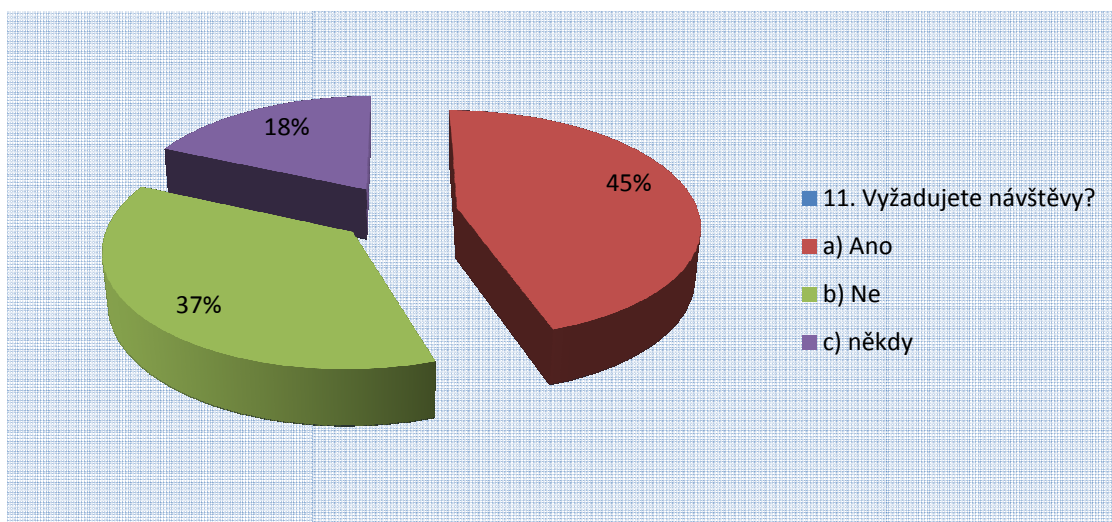
Z celkového počtu 49 dotazovaných (100%) uvedlo 10 respondentů (20%), že návštěvy u nich tráví méně jak hodinu. U 15 respondentů (31%) tráví přibližně hodinu, u 19 respondentů (39%) tráví návštěvy více jak hodinu svého času. 5 respondentů (10%) neodpovědělo.

Graf 26 Potěšení z přítomnosti návštěv



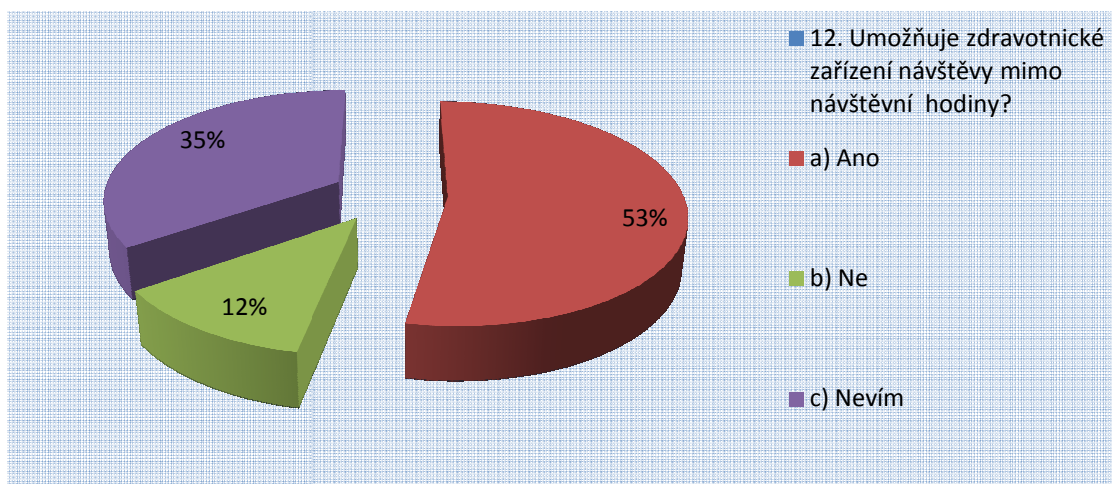
Z celkového počtu 49 dotazovaných (100%) uvedlo 35 respondentů (72%), že je návštěvy těší, 5 respondentů (10%), že je návštěvy netěší a 9 respondentů (18%) uvedlo, že je návštěvy těší někdy.

Graf 27 Vyžadování návštěv pacienty - respondenty



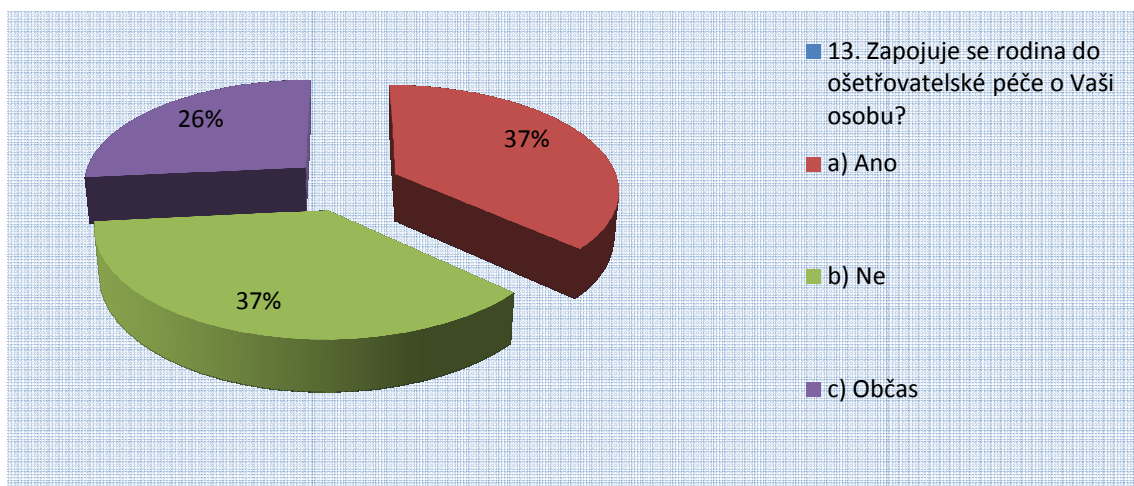
Z celkového počtu 49 dotazovaných (100%) uvedlo 22 respondentů (45%), že návštěvy vyžadují, 18 respondentů (37%) návštěvy nevyžaduje a 9 respondentů (18%) návštěvy vyžadují pouze někdy.

Graf 28 Umožnění návštěv mimo návštěvní hodiny



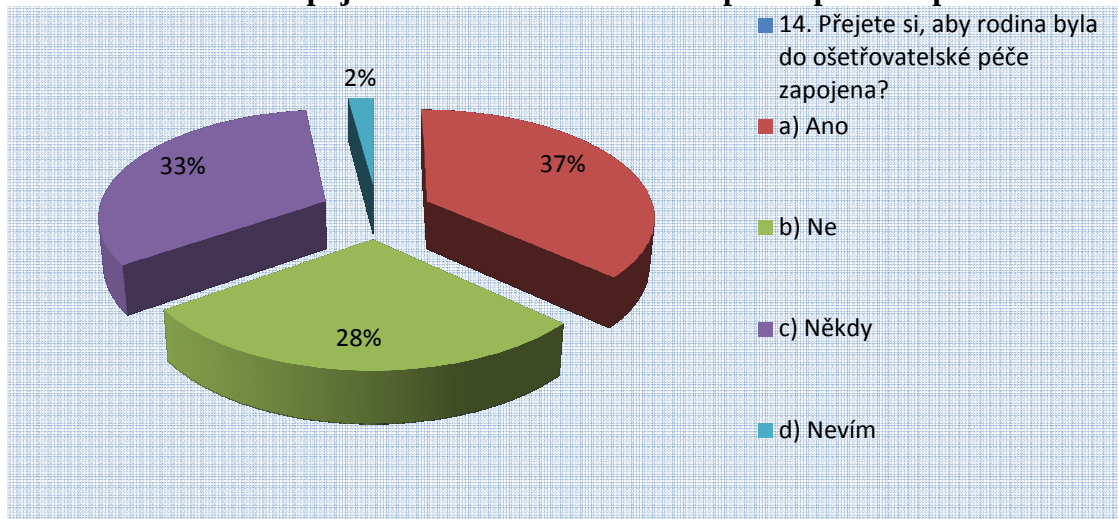
Z celkového počtu 49 dotazovaných (100%) uvedlo 26 respondentů (53%), že zdravotnické zařízení umožňuje návštěvy mimo návštěvní hodiny, 6 respondentů (12%) uvádí, že oddělení návštěvy mimo návštěvní hodiny neumožňuje a 17 respondentů (35%) o těchto informacích nic neví.

Graf 29 Zapojení rodiny do ošetrovateľskej péče



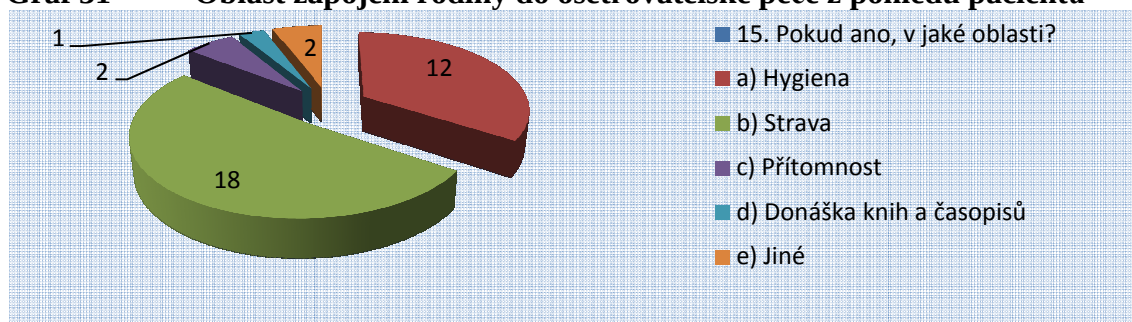
Z celkového počtu 49 dotazovaných (100%) uvedlo 18 respondentů (37%), že se rodina do ošetrovateľskej péče o jejich osobu zapojuje, 18 respondentů (37%) uvádí, že se rodina do ošetrovateľskej péče nezapojuje a 13 respondentů (26%) uvádí občasné zapojení.

Graf 30 Práni zapojiť rodinu do ošetrovateľskej péče z pohľadu pacienta



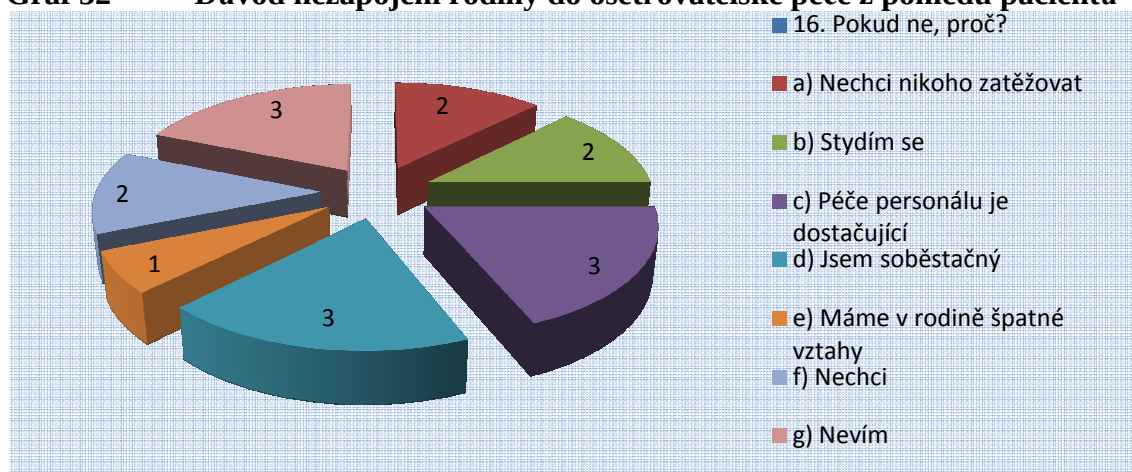
Z celkového počtu 49 dotazovaných (100%) uvedlo 18 respondentů (37%), že si přejí, aby rodina byla do ošetrovateľskej péče zapojena, 14 respondentů (28%) si to nepřejí, 16 respondentů (33%) by uvítalo, kdyby se někdy rodina do ošetrovateľskej péče zapojila, 1 respondent (2%) neví.

Graf 31 Oblast zapojení rodiny do ošetrovateľskej péče z pohľadu pacientů



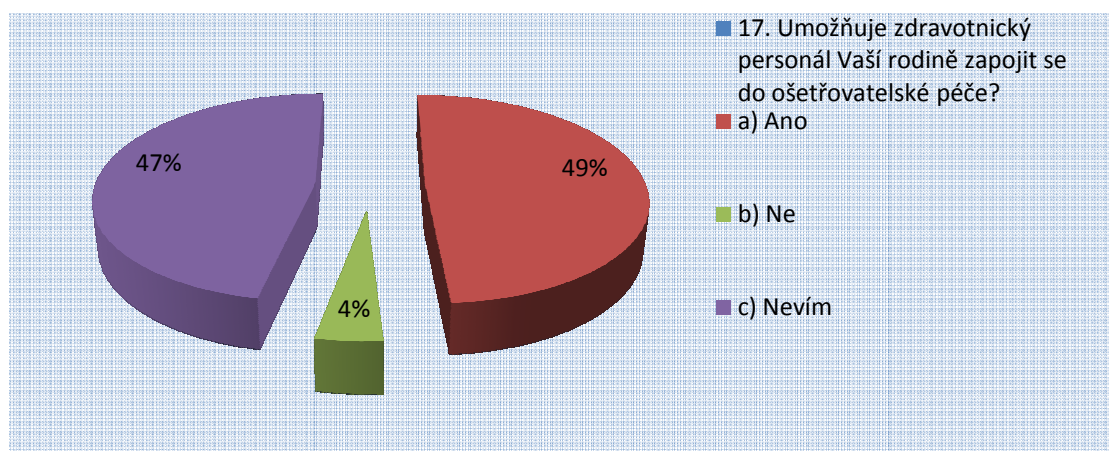
Z celkového počtu 18 dotazovaných, kteří na předchozí otázku (viz. Graf 30) odpověděli ano a měli možnost více čtených odpovědí, uvedlo 12 respondentů, že by si přálo, aby se rodina zapojila do ošetrovateľskej péče v oblasti hygieny, 18 respondentů v oblasti stravování, 2 respondenti by ocenili pouze přítomnost, 1 respondent (3%) by chtěl, aby mu blízcí donášeli knihy a časopisy a 2 respondenti uvedli jinou možnost bez bližší charakteristiky.

Graf 32 Důvod nezapojení rodiny do ošetrovateľskej péče z pohľadu pacientů



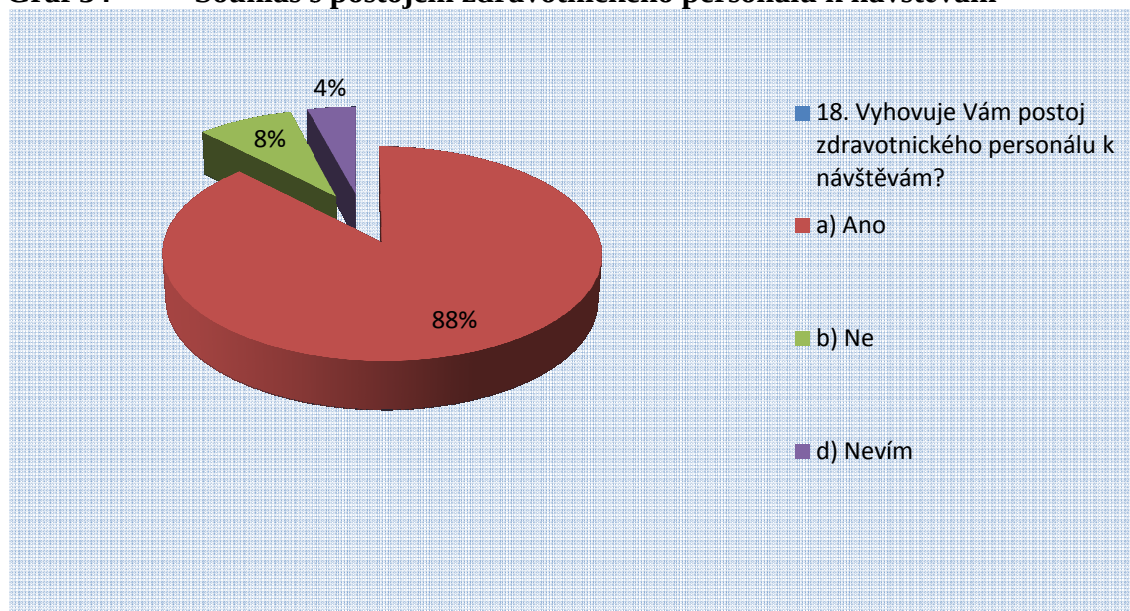
Z celkového počtu 14 dotazovaných, kteří měli možnost vícečetných odpovědí a na otázku 15 (viz. Graf 30) odpověděli ne, uvedli 2 respondenti, že si nepřejí, aby se jejich blízcí zapojili do ošetrovateľskej péče, protože nechtějí nikoho zatěžovat. 2 respondenti se stydí, 3 respondentům přijde péče personálu dostačující, 3 respondenti uvádí, že jsou plně soběstační. 1 respondent odmítá péči rodiny kvůli špatným rodinným vztahům. 3 respondenti péči rodiny nechtějí bez udání důvodů a 2 respondenti odpověď na tuto otázku neví.

Graf 33 **Umožnění zapojení rodiny do ošetrovatelské péče zdravotnickým personálem**



Z celkového počtu 49 dotazovaných (100%) uvedlo 24 respondentů (49%), že zdravotnický personál umožňuje rodinným příslušníkům zapojit se do ošetrovatelské péče, 2 respondenti (4%) udávají, že tuto skutečnost zdravotnický personál neumožňuje a 23 respondentů (47%) neví.

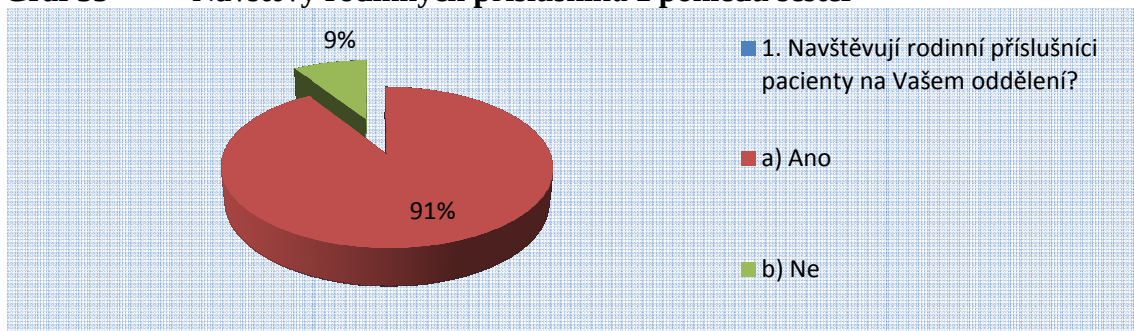
Graf 34 **Souhlas s postojem zdravotnického personálu k návštěvám**



Z celkového počtu 49 dotazovaných (100%) uvedlo 43 respondentů (88%), že jim postoj zdravotnického personálu k návštěvám vyhovuje, 4 respondentům (8%) postoj personálu nevyhovuje a 2 respondenti (4%) neví.

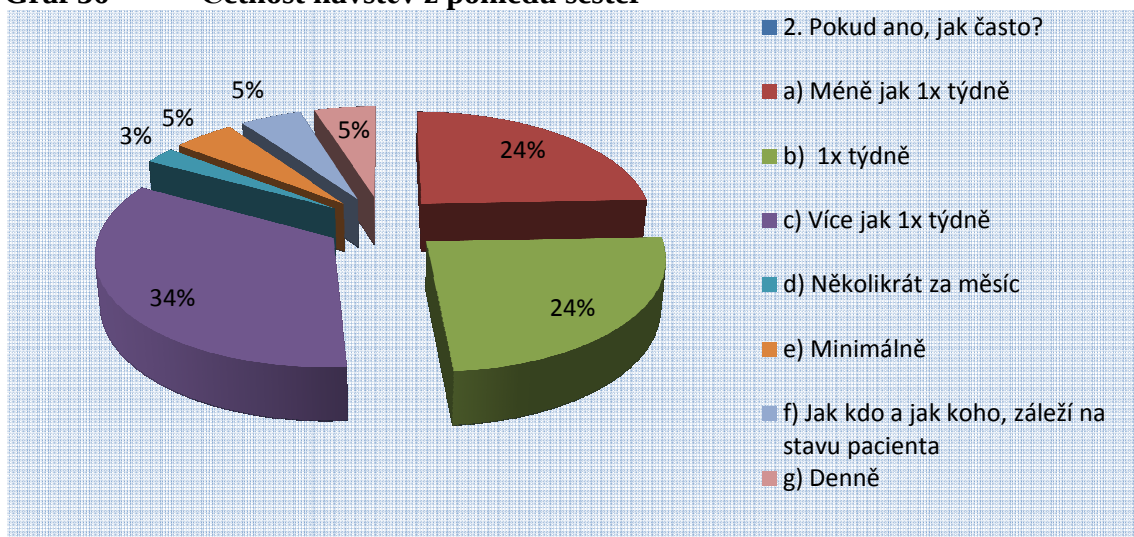
4.3 Dotazník pro sestry

Graf 35 Návštěvy rodinných příslušníků z pohledu sester



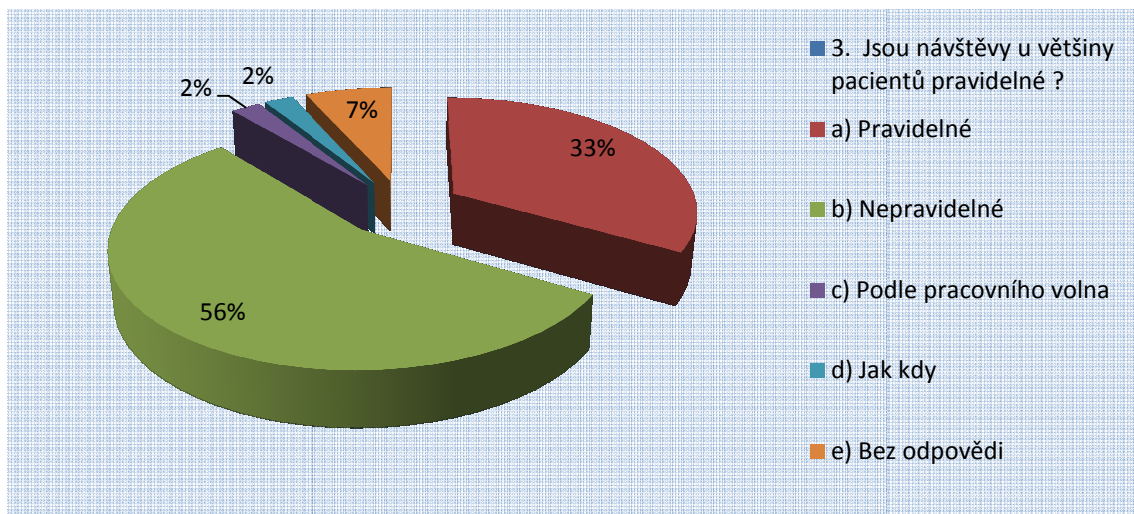
Z celkového počtu 45 dotazovaných (100%) uvedlo 41 respondentů (91%), že hospitalizované klienty rodinní příslušníci v nemocnici navštěvují, 4 respondenti (9%) udávají, že ne.

Graf 36 Četnost návštěv z pohledu sester



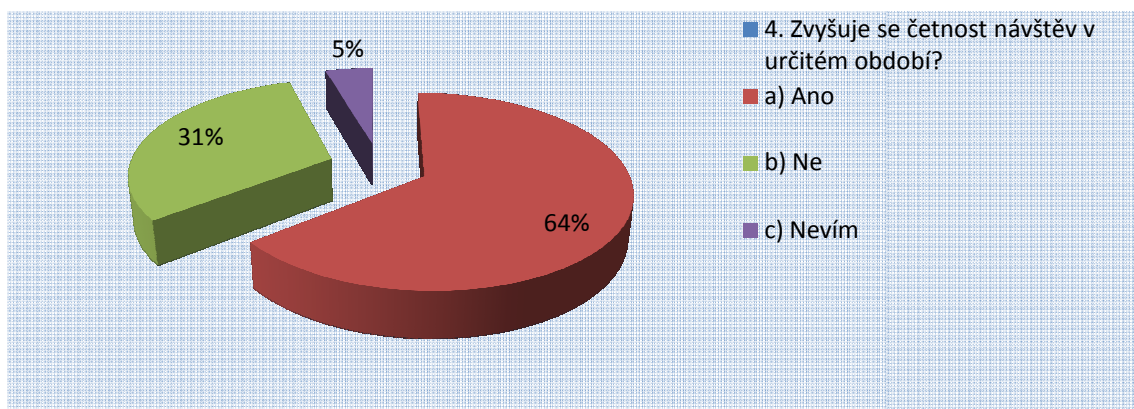
Z celkového počtu 41 dotazovaných (100%), kteří na předchozí otázku odpověděli ano (viz. Graf 35), uvádí 10 respondentů (24%), že návštěvy na Oddělení následné péče dochází méně jak 1x týdně. 10 respondentů (24%) uvádí, že návštěvy probíhají 1x týdně, 14 respondentů (34%), že více jak 1x týdně. 1 respondent (3%) uvádí, že návštěvy probíhají pouze několikrát za měsíc, 2 respondenti (5%), že návštěvy na oddělení dochází minimálně. Další 2 respondenti (5%) tvrdí, že návštěvy probíhají jak kdy a jak u koho, závisí na stavu pacienta. 2 respondenti (5%) zaznamenaly návštěvy denně.

Graf 37 Pravidelnost návštěv u pacientů z pohledu sester



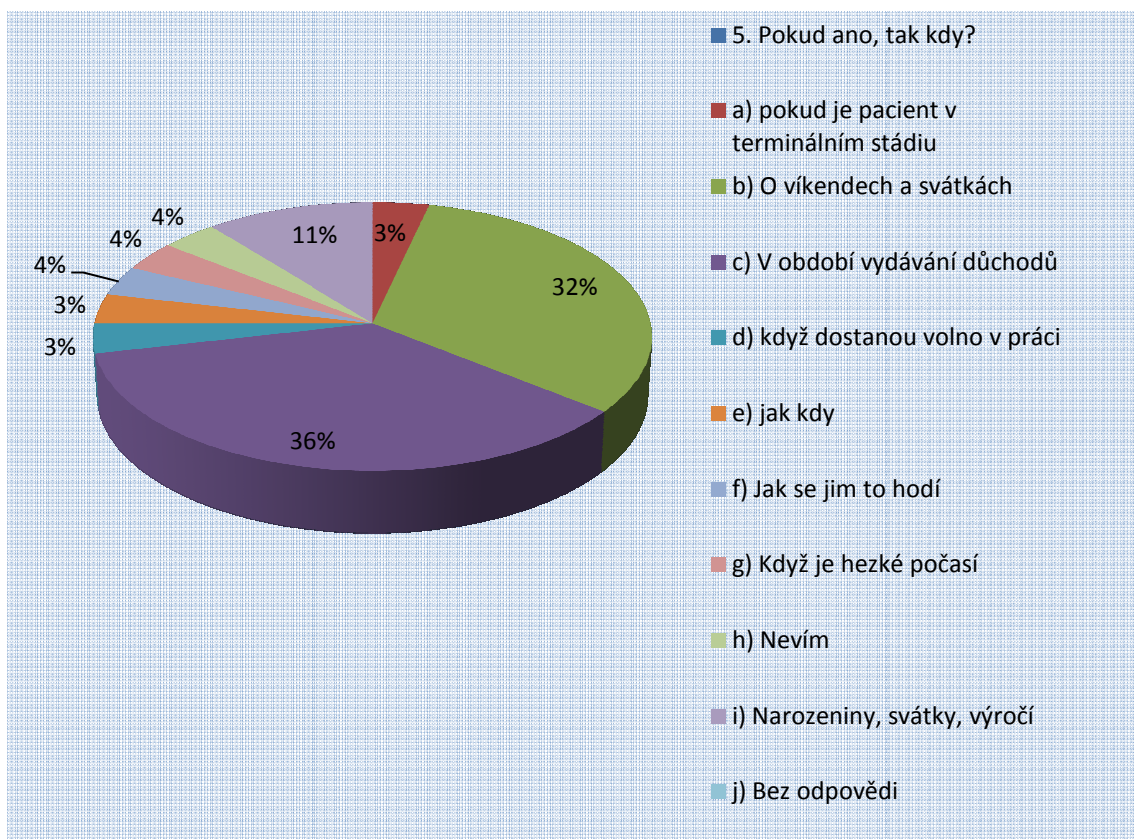
Z celkového počtu 45 dotazovaných (100%) uvádí 15 respondentů (33%) pravidelnost návštěv, dalších 25 respondentů (56%) zaznamenává nepravidelnost. 1 respondent (2%) udává, že návštěvy docházejí na oddělení dle pracovního volna. 1 respondent (2%) tvrdí, že pravidelnost nelze specifikovat, návštěvy jsou pravidelné jak kdy. 3 respondenti (7%) na tuto otázku neodpověděli.

Graf 38 Existence zvýšené četnosti návštěv rodinných příslušníků z pohledu sester



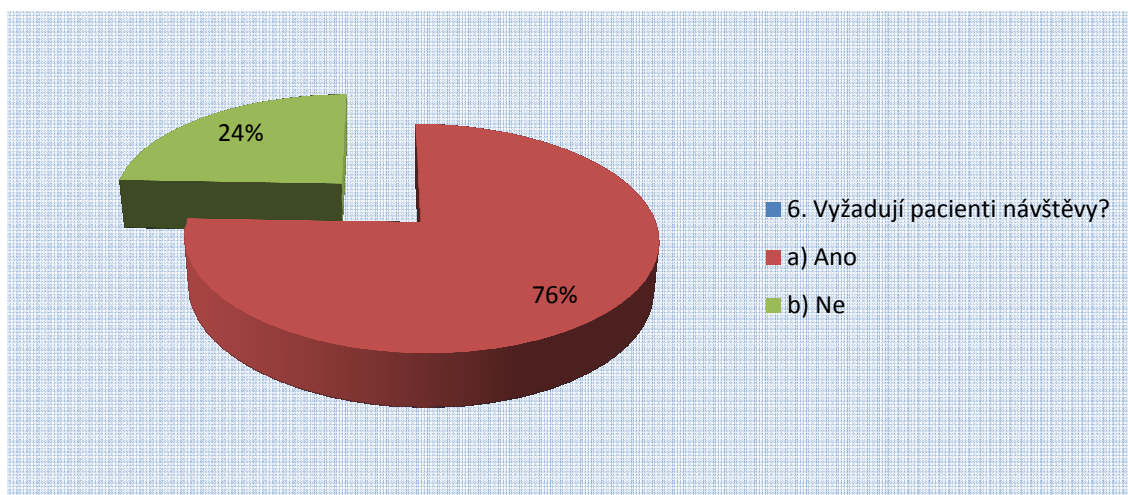
Z celkového počtu 45 dotazovaných (100%) udává 29 respondentů (64%) zvýšení četnosti návštěv v určitém období, 14 respondentů (31%) zvýšení nezaznamenalo, 2 respondenti (5%) neví.

Graf 39 **Období zvýšené četnosti návštěv z pohledu sester**



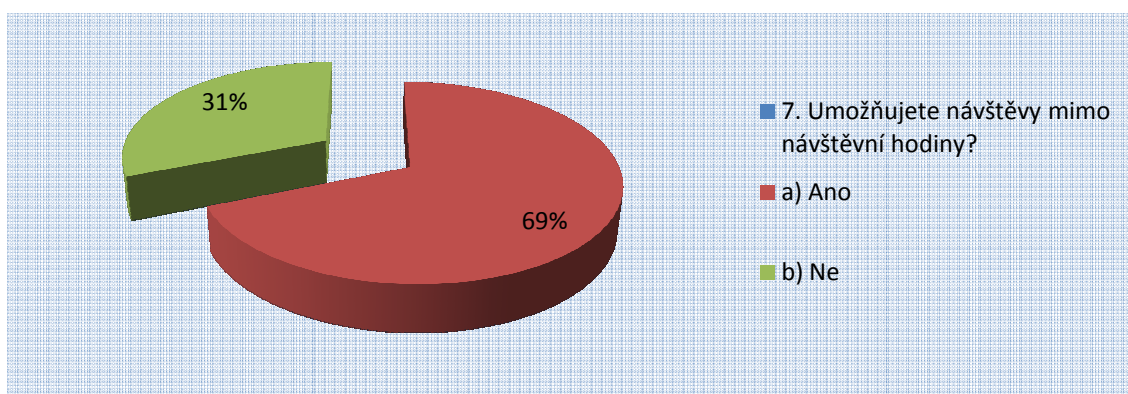
Z celkového počtu 29 dotazovaných (100%), kteří na předchozí otázku (viz. Graf 38) odpověděli ano, uvedlo 9 respondentů (32%), že návštěvnost se zvyšuje o víkendech a svátcích, 1 respondent (3%), že zvýšení je zřejmé u klientů v terminálním stádiu nemoci. 10 respondentů (36%) zaznamenalo nárůst návštěv v období vydávání důchodů. 1 respondent (3%) tvrdí, že ke zvýšení dochází vždy, když navštěvující dostane volno v práci, 1 respondent (3%) udává, že někdo chodí na návštěvy více, když něco potřebuje a hodí se mu to, 1 respondent (4%) do dotazníku zaznamenal, že pokud je hezké počasí, tak chodí i více návštěv. 1 respondent (4%) na tuto otázku nezná odpověď. 3 dotazovaní navštěvují své blízké, když mají narozeniny, svátky či jiná výročí a 1 respondent (4%) neodpověděl.

Graf 40 Vyžadování návštěv pacienty z pohledu sester



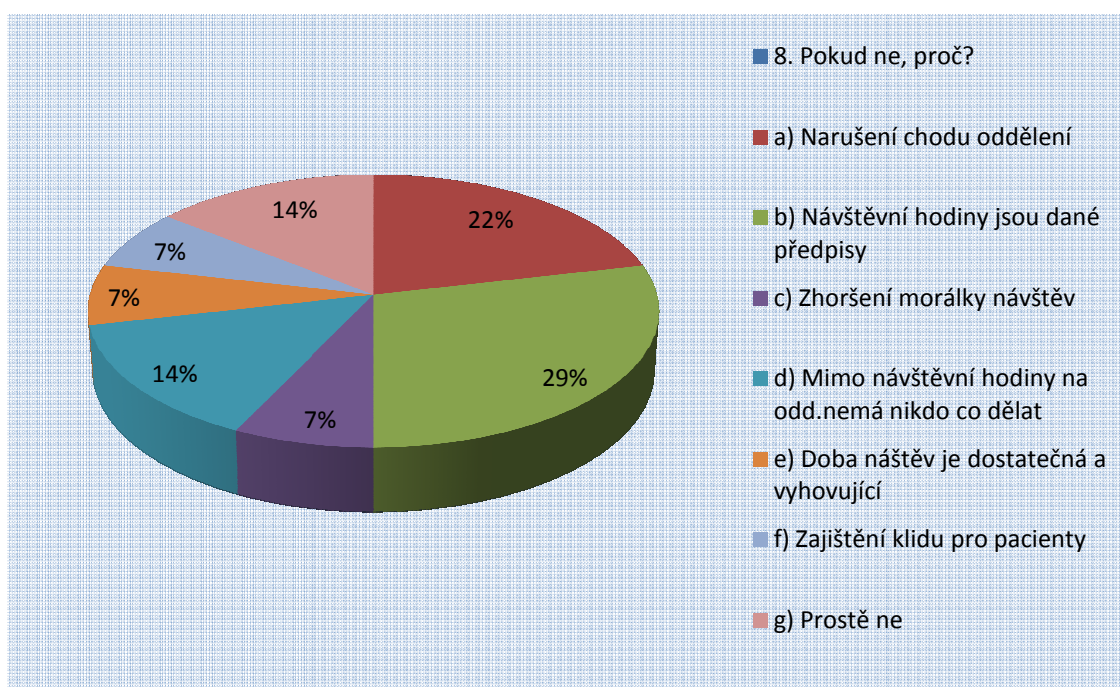
Z celkového počtu 45 dotazovaných (100%) uvedlo 34 respondentů (76%), že pacienti návštěvy vyžadují. 11 respondentů (24%) uvedlo, že pacienti na Oddělení následné péče návštěvy nevyžadují.

Graf 41 Umožňování návštěv mimo návštěvní hodiny



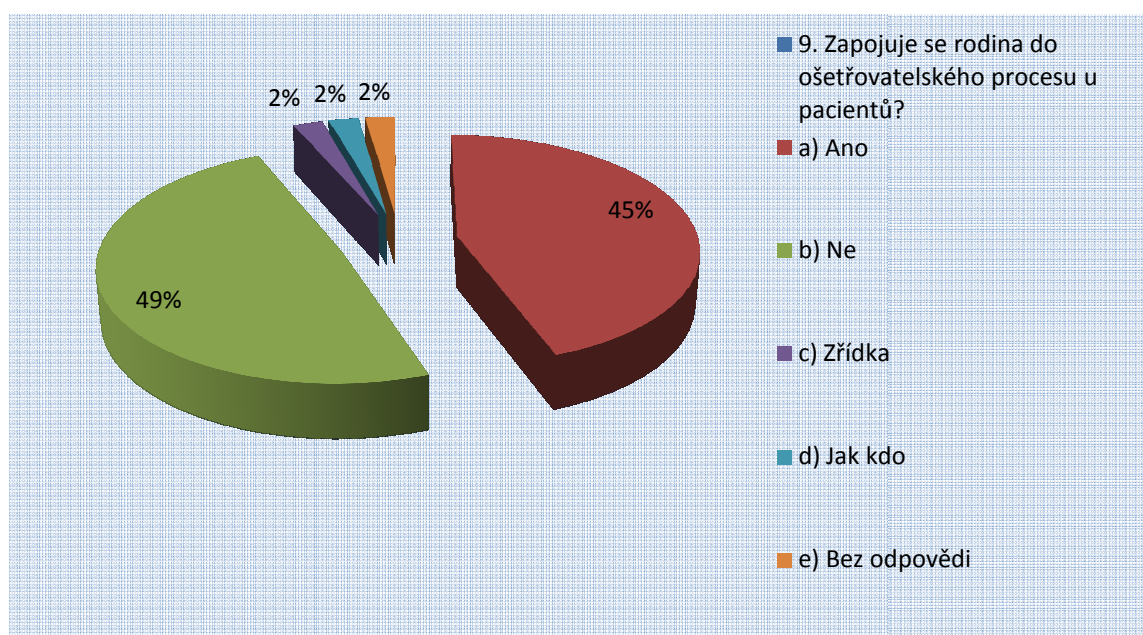
Z celkového počtu 45 dotazovaných (100%) uvedlo 31 respondentů (69%), že umožňuje návštěvy na oddělení mimo návštěvní hodiny. 14 respondentů (31%) návštěvy mimo návštěvní hodiny neumožňuje.

Graf 42 **Důvody neumožnění návštěv mimo návštěvní hodiny z pohledu sester**



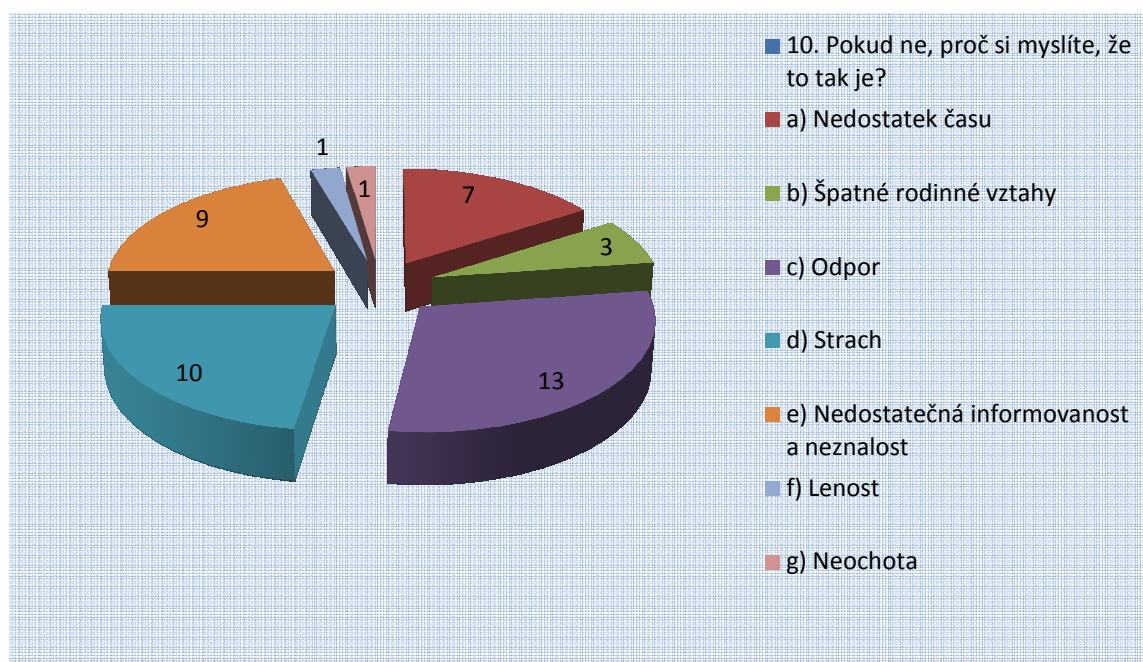
Z celkového počtu 14 dotazovaných (100%), kteří na předchozí otázku (viz. Graf 41) uvedli 3 respondenti (22%), že neumožňují návštěvy z důvodu narušení chodu oddělení, 4 respondenti (29%) toto neumožňují, protože návštěvní hodiny jsou přesně dány předpisy, které se musí dodržovat. 1 respondent (7%) návštěvy nepovoluje kvůli tomu, aby se nezhoršila morálka návštěv. 2 respondenti (14%) udávají, že mimo návštěvní hodiny na oddělení nemá nikdo co dělat. 1 respondent (7%) udává, že doba návštěv je dostatečná a vyhovující. 1 respondent (7%) zajišťuje nepovolením návštěv klid pacientům a 2 respondenti (14%) návštěvy nepovolují bez udání důvodu.

Graf 43 **Zapojení rodiny do ošetrovatelského procesu z pohledu sester**



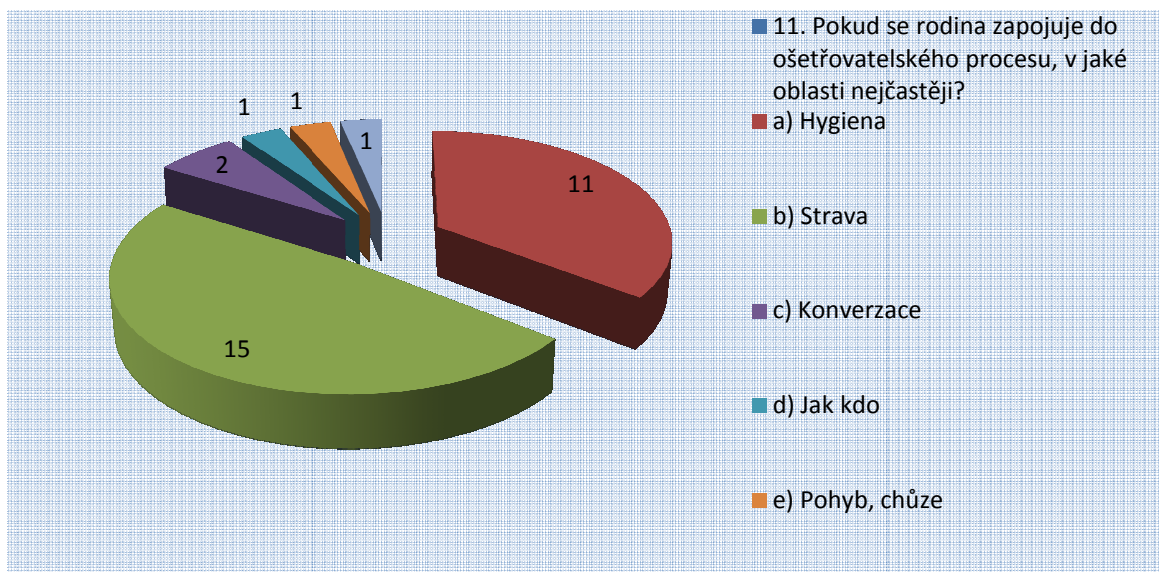
Z celkového počtu 45 dotazovaných (100%) uvedlo 20 respondentů (45%), že se rodina zapojuje do ošetrovatelského procesu, 22 respondentů (49%) uvádí, že se rodina na ošetrovatelském procesu nepodílí. 1 respondent (2%) zaznamenal aktivitu rodiny zřídka a 1 respondent (2%) udává, že aktivita je různá, někdo se zapojuje, někdo ne. 1 respondent (2%) na otázku neodpověděl.

Graf 44 Příčiny neaktivity rodiny při zapojení se do péče o hospitalizovaného rodinného příslušníka z pohledu sester



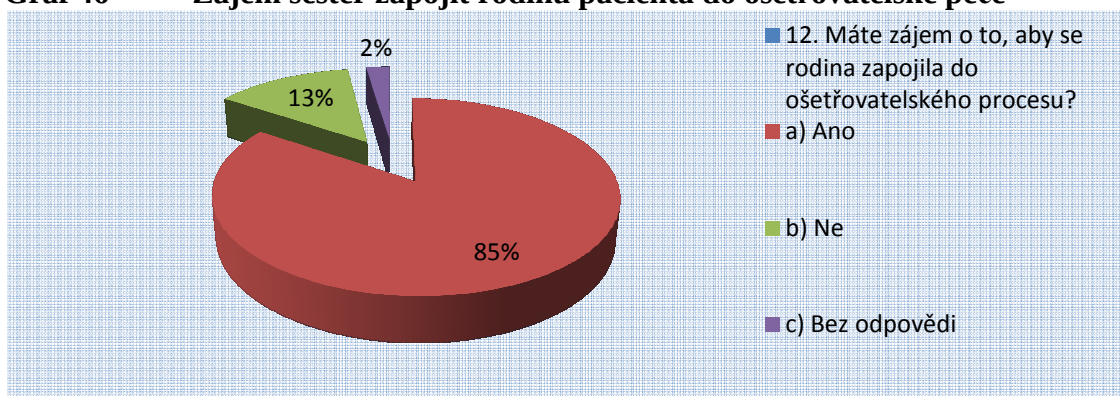
Z celkového počtu 22 dotazovaných, kteří na předchozí otázku (viz. Graf 43) odpověděli ne a měli možnost vícečetných odpovědí, uvedlo 7 respondentů, že se rodina nezapojuje do ošetrovatelského procesu z důvodu nedostatku času, 3 respondenti si myslí, že mají rodiny s pacienty špatné rodinné vztahy, 13 respondentů upozorovalo odpor, 10 respondentů strach. 9 respondentů zaznamenalo nedostatečnou informovanost a neznalost u rodiny, 1 respondent lenost a 1 respondent si všiml neochoty zapojit se do ošetrovatelského procesu.

Graf 45 Oblasti zapojení se rodiny do ošetrovatelského procesu z pohledu sester



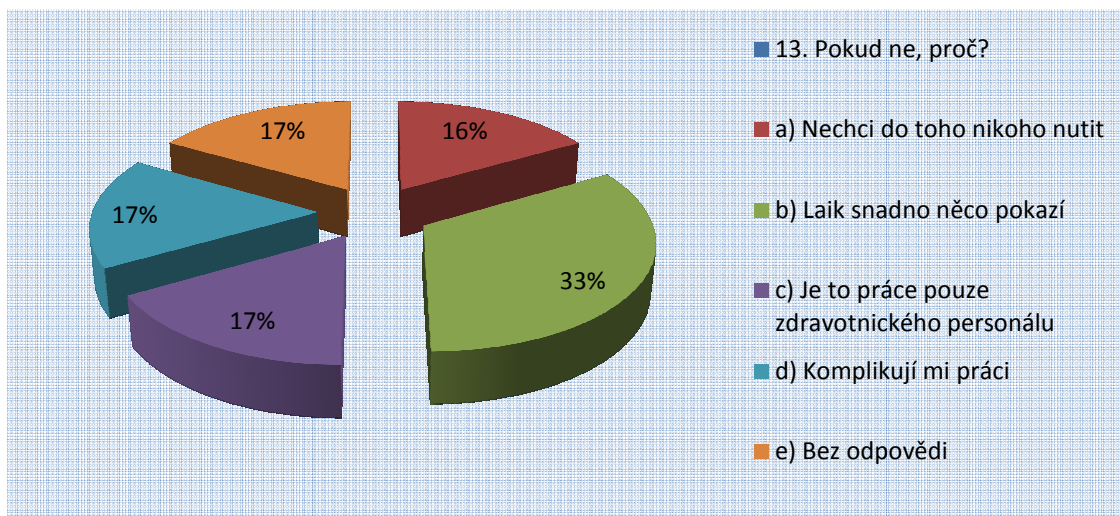
Z celkového počtu 20 dotazovaných, kteří na otázku 9 (viz. Graf 43) odpověděli ano a měli možnost vícečetných odpovědí, uvedlo 11 respondentů, že se rodina zapojuje v oblasti hygieny, 15 respondentů, že zapojení probíhá v oblasti stravy, 2 respondenti zaznamenali pouze konverzaci, 1 respondent udává, že oblasti jsou různé, každý se zapojuje do jiné. 1 respondent udává, že rodinní příslušníci se nejčastěji zapojují do oblasti pohybu a chůze a 1 respondent, že je rodina aktivní ve všech směrech.

Graf 46 Zájem sester zapojit rodinu pacienta do ošetrovatelské péče



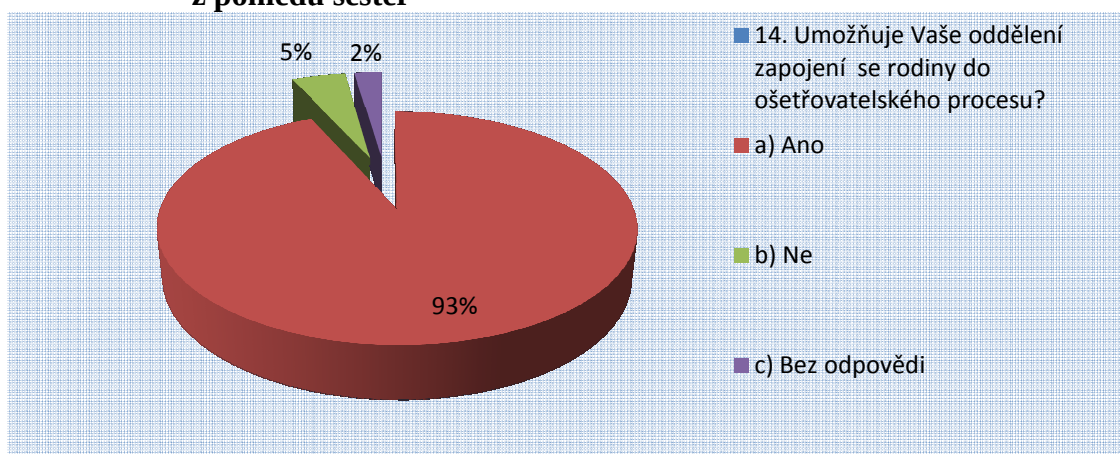
Z celkového počtu 45 dotazovaných (100%) uvedlo 38 respondentů (85%), že má zájem o to, aby se rodina zapojila do ošetrovatelského procesu. 6 respondentů (13%) zájem nemá a 1 respondent (2%) neodpověděl.

Graf 47 **Důvody sester pro nezapojení rodiny do ošetrovatelské péče**



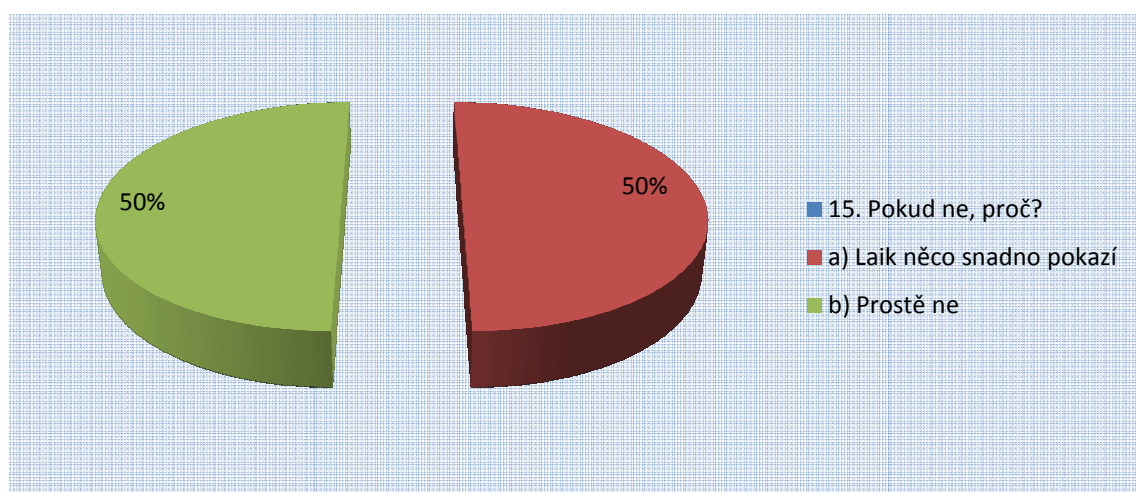
Z celkového počtu 6 dotazovaných (100%), kteří na otázku 12 (viz. Graf 46) odpověděli ne, uvedl 1 respondent (16%), že nechce rodinné příslušníky do ošetrovatelské péče nutit. 2 respondenti (33%) nechtějí aktivitu rodiny z toho důvodu, že laik snadno něco pokazí. 1 respondent (17%) zastává ten názor, že ošetrovatelská péče je práce pouze zdravotnického personálu, 1 respondentovi (17%) komplikují rodinní příslušníci práci a 1 respondent (17%) na tuto otázku neodpověděl.

Graf 48 **Umožnění zapojení se rodiny do ošetrovatelské péče na oddělení z pohledu sester**



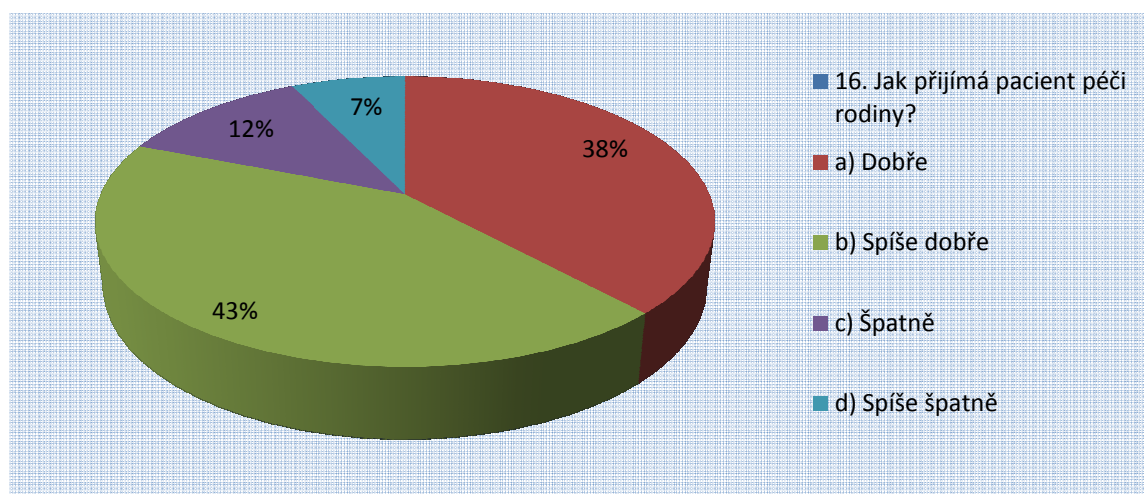
Z celkového počtu 45 dotazovaných (100%) uvedlo 42 respondentů (93%), že oddělení umožňuje zapojení rodiny do ošetrovatelského procesu, 2 respondenti (5%) tuto možnost neumožňuje. 1 respondent (2%) na tuto otázku neodpověděl.

Graf 49 **Důvody sester nezapojit rodinu do ošetrovatelské péče**



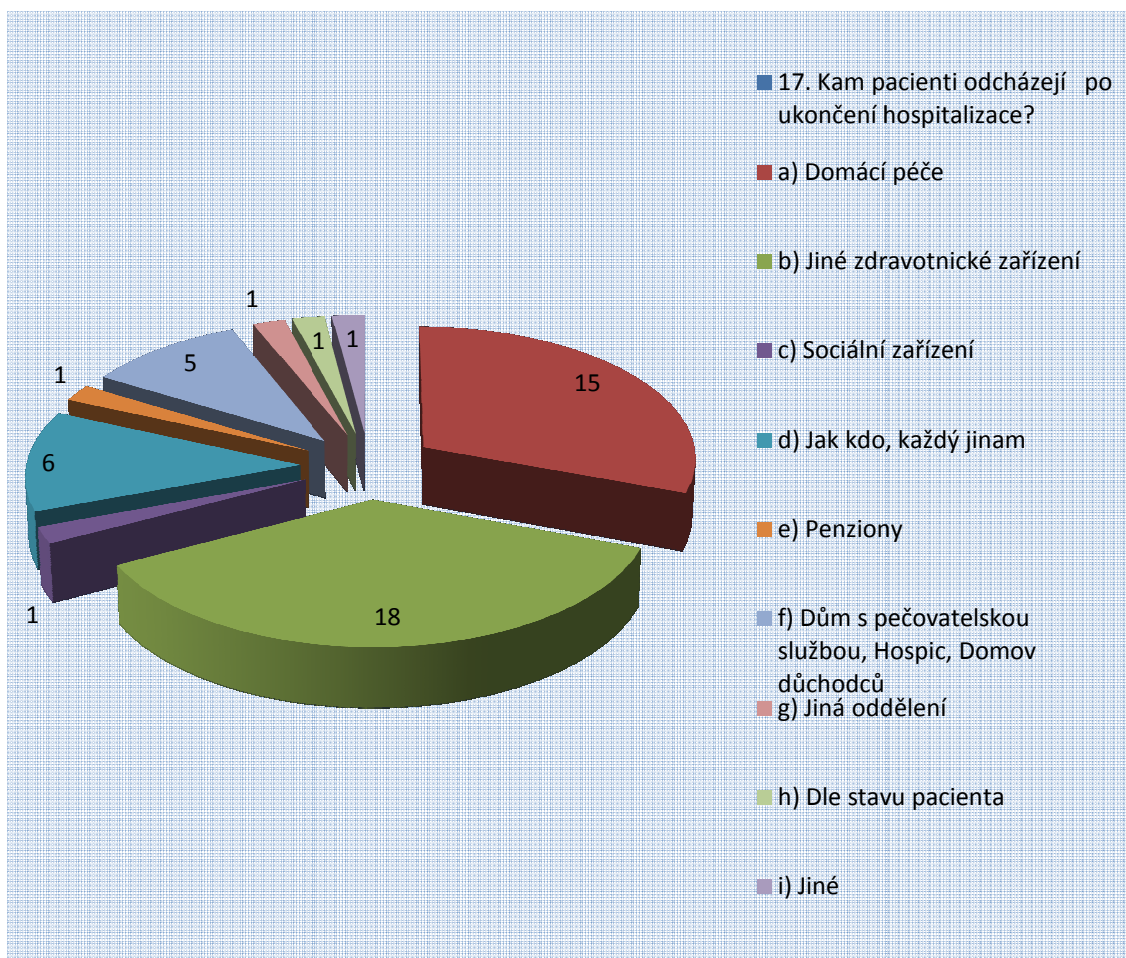
Z celkového počtu 2 dotazovaných (100%), kteří na předchozí otázku 14 (viz. Graf 48) odpověděli ne, uvedl 1 respondent (50%), že možnost zapojení se rodiny do ošetrovatelského procesu nepovoluje, protože laik snadno něco pokazí a 1 respondent (50%) to neumožňuje bez udání důvodu.

Graf 50 **Reakce pacienta na péči rodiny z pohledu sester**



Z celkového počtu 42 dotazovaných (100%), kteří na otázku 14 (viz. Graf 48) odpověděli ano, uvedlo 16 respondentů (38%), že pacienti přijímají péči rodiny dobře, 18 respondentů (43%), že spíše dobře. 5 respondentů (12%) se přiklání k názoru, že rodinná péče je snášena špatně, 3 respondenti (7%), že spíše špatně.

Graf 51 Místa odchodu pacientů po ukončení hospitalizace



Z celkového počtu 45 dotazovaných, kteří měli možnost vícečetných odpovědí, uvedlo 15 respondentů, že pacienti po propuštění odcházejí nejčastěji do domácí péče, 18 respondentů, že pacienty propouští do jiného zdravotnického zařízení. 1 respondent uvedl, že pacienti jsou propouštěni do sociálního zařízení, 6 respondentů udává, že místa odchodů pacientů jsou různá, každý odchází jinam. 1 respondent zaznamenává odchody do penzionů pro seniory. 5 respondentů udává, že pacienti jsou nejčastěji propouštěni do domů s pečovatelskou službou, hospiců a do domovů důchodců. 1 respondent uvedl, že pacienty překládá na jiná oddělení, 1 respondent udává, že záleží na zdravotním stavu pacientů a 1 respondent poznamenal jinou možnost bez bližší specifikace.

5. Diskuze

Během své praxe jsem zpozorovala, jak jsou hospitalizovaní pacienti opomíjeni rodinou, jakou přítěží je pro rodinu přijít navštívit hospitalizovaného příbuzného, pomoci mu v běžných denních činnostech, které díky onemocnění už nejsou zvladatelné, natož si vzít příbuzného domů. Tato skutečnost mě velice znepokojila, a proto jsem se ve své bakalářské práci zabývala šetřením, ve kterém jsem chtěla poukázat na to, že rodina se na Oddělení následné péče téměř nezapojuje do ošetrovatelské péče o svého hospitalizovaného blízkého. Návštěvnost je minimální a zvyšuje se např. v období vydávání důchodů. Rodinám jsou často hospitalizovaní příbuzní přítěží, ze kterých se snaží pouze těžit a veškerá možná pomoc je jim cizí.

Rodina by měla být nezastupitelným, nenahraditelným, nejdůležitějším a prvotním partnerem v ošetrovatelské péči jak ve vztahu rodina – pacient, tak ve vztahu rodina – sestra. Pokud tento vzorec nefunguje, dochází ke zhoršení komunikace, psychického stavu pacienta i ke znesnadnění ošetrovatelské péče sestrám. V literatuře se uvádí, že klíčem ke koordinaci dobrých vztahů je spolupráce a komunikace mezi ošetrovatelským personálem a rodinou. Při vzájemné kvalitní komunikaci a spolupráci může personál zasvětit rodinu do ošetrovatelské problematiky a do péče o nemocného klienta (1). Spolupráce rodinných příslušníků v rámci ošetrovatelského procesu je velmi důležitá pro klienta i pro rodinu samu (22). Proto jsme do výzkumného souboru zařadili nejen samotného hospitalizovaného klienta, ale také rodinné příslušníky navštěvující hospitalizovaného klienta na Oddělení následné péče a sestry pracující na tomto oddělení. Účelem bylo, aby se k problematice zapojení rodiny do ošetrovatelského procesu vyjádřili všichni zúčastnění, pacienti, rodina i sestry, jejichž názor byl pro nás důležitý, protože jsou nestrannými pozorovateli a netýkají se jich případné rodinné problémy, které mohou vést k tomu, že se rodina do ošetrovatelského procesu nezapojuje. Šetření probíhalo na Oddělení následné péče v nemocnici České Budějovice a.s. Celkem bylo rozdáno 300 dotazníků, vrátilo se jich 169, z nichž bylo použitelných pouze 150.

V úvodních otázkách dotazníku pro rodinné příslušníky jsme se dotazovali, zda rodiny zaujímají postoj návštěvy v nemocnici poprvé. Zjistili jsme, že 30% respondentů tuto roli opravdu zaujímá poprvé, tudíž je to pro ně něco zcela nového, neobvyklého a že tedy mají nárok na to, aby nevěděli, jak se v dané, pro ně nové, situaci chovat, jak postupovat v péči o svého blízkého hospitalizovaného. Celých 70% dotazovaných respondentů postoj návštěvy nezaujímá poprvé, již někdy někoho v nemocnici navštěvovali, zastávali roli a funkci pečovatele.

Zapojení se rodiny do ošetrovatelské péče je velmi důležité, protože to má pozitivní vliv na hospitalizované klienty, jak uvedlo 84% dotazovaných rodinných příslušníků. V šetření jsme zjistili, že přestože sestry umožňují rodinným příslušníkům zapojit se do péče o hospitalizovaného příbuzného (93%), 42% rodinných příslušníků se do ošetrovatelské péče nezapojuje, nejčastěji díky pocitu strachu, nedostatečné informovanosti a nedostatku zkušeností (graf 8). 13 sester odpovědělo, že je důvodem odpor k ošetrovatelské péči, 10 sester, že strach a 7 sester, že důvodem je nedostatek času (graf 44). Na tomto výsledku může mít svůj díl viny i zdravotnický personál, protože na pacienta i jeho blízké nemají dostatek času anebo nejsou ochotni poskytovat informace, vysvětlovat či jakkoliv komunikovat, což vede vedle nedostatku informací také ke strachu a úzkosti, které mohou být příčinou, proč nejsou rodinní příslušníci ochotni zapojovat se do ošetrovatelské péče o svého hospitalizovaného příbuzného. Krivohlavý ve své knize Psychologie nemoci uvádí, že jestliže ošetřující personál s nejbližšími hovoří o tom, co je u klienta naplánováno, může je získat k podpoře a aktivní spolupráci (23). Právě sestry jsou ty, kdo uvádí ošetrovatelský proces v praxi a měly by motivovat a vést rodinné příslušníky k aktivnímu zapojení se do ošetrovatelského procesu (24). Jak se uvádí v literatuře, tato motivační role sestry se však může uskutečnit pouze za předpokladu, že ošetrovatelská péče, kterou na oddělení poskytuje je prováděná a organizovaná tak, že sestra má přiděleny své klienty, s nimiž pracuje, individuálně navazuje cílený kontakt prostřednictvím realizace ošetrovatelského procesu, za něž nese individuální odpovědnost (34).

Ve výzkumném šetření se ukázalo, že informace o ošetrovatelské péči poskytnuté ze strany sester nejsou dostatečné - 21% rodinných příslušníků se necítí být

dostatečně informováno a 41% si není zcela jisto, zda množství informací je dostačující (graf 11). Toto tvrzení se nám potvrdilo i v šetření u sester, kdy z celkového počtu 22 dotazovaných, které měly možnost vícečetných odpovědí, uvedlo 9 sester, že se rodinní příslušníci se necítí být dostatečně informovaní o zdravotním stavu a způsobu provádění ošetrovatelské péče u svých blízkých (graf 44). Pokud by se zlepšila kvalita komunikace zdravotnického personálu s klientem a jeho rodinou, pokud by bylo poskytováno dostatečné množství informací, vyřešilo by se hned několik problémů najednou. Honzák ve své knize Komunikační pasti v medicíně (11) uvádí, že umět klást otázky, umět naslouchat a analyzovat slyšené, je dovednost, kterou mnoho zdravotníků postrádá. A to často jenom z důvodu, že tuto dovednost podceňují a preferují diagnostické a terapeutické postupy. Pak si ale neuvědomují, že pokud by systematicky budovali vztah s pacientem a jeho rodinou, vytvořila by se snadněji atmosféra důvěry a spolupráce (11). Během své praxe jsem zaregistrovala, že díky nedostatečné informovanosti o ošetrovatelské péči se klienti cítí méněcenní, rodiny ignorovány a už se narušuje pomyslný vzorec vztahů rodina – pacient, pacient – sestra, rodina – sestra. Rovnováha se narušuje a nedochází k poskytování kvalitní ošetrovatelské péče natož zapojení se rodiny do ošetrovatelské péče. Těžko se mohou blízcí aktivně podílet na ošetrovatelské péči, když nemají informace a nejsou znalí postupů konkrétních oddělení při konkrétním onemocnění. Je tedy potřeba klást velký důraz na komunikaci a informovanost klientů i jejich rodin. Zdravotnický personál by se neměl zaměřovat pouze na klienta, ale i na jeho rodinu a brát je všechny jako celek, poskytovat jim oporu i informace. Nejen hospitalizovaní klienti, ale i rodinní příslušníci by měli pochopit a poznat příčinu onemocnění, postup léčby i to, co je čeká po ukončení léčebného procesu. Jak se uvádí v literatuře, je třeba klienta poučit nejen o prognóze a nejvhodnějším způsobu života po propuštění a o očekávaných rolích jak klienta, tak členů jeho nejužšího sociálního prostředí, ale často je nutné naučit klienta či jeho rodinné příslušníky zcela specifický postup a činnosti. Úlohou sestry i lékaře by mělo být informovat rodinu, jak co nejpřínosnějším a zároveň nejjednodušším způsobem tyto specifika splnit, popřípadě nabídnout možnost jiných alternativních postupů (34).

Celkem 54% rodinných příslušníků (graf 7) uvádí, že se zapojuje do ošetrovatelské péče, což odsouhlasilo i 37% hospitalizovaných klientů (graf 29) a 45% dotazovaných sester pracujících na Oddělení následné péče (graf 43). Tímto zjištěním se potvrdila hypotéza 1, že se rodina zapojuje do ošetrovatelské péče. Rodina by měla zájem, dle odpovědí rodinných příslušníků, se nejčastěji zapojit do oblasti stravování (28%), 22% respondentů z řad rodinných příslušníků by mělo zájem se zapojit do ošetrovatelské péče v oblasti hygieny a ostatní do léčebného procesu, do péče o vzhled a psychické podpory a terapie (graf 9). Hospitalizovaní klienti by nejvíce uvítali, kdyby se rodina zapojila do ošetrovatelské péče v oblasti stravy (18 respondentů), v oblasti hygieny (12 respondentů), což se shoduje i s názorem rodinných příslušníků, tudíž by se potřeby pacientů měly dokonale uspokojit. 2 dotazovaní hospitalizovaní klienti by si přáli alespoň přítomnost svých blízkých a 1 klient donesení knihy nebo časopisů (graf 31). Během svého šetření jsme dále zjistili, že 85% sester má zájem o to, aby se rodina zapojila do ošetrovatelské péče o svého hospitalizovaného blízkého (graf 46), 93% sester umožňuje zapojení se do ošetrovatelské péče (graf 48), což potvrzuje i 73% rodinných příslušníků (graf 10) a 49% hospitalizovaných klientů (graf 33). Tímto můžeme konstatovat, že se potvrdila hypotéza 2, že zdravotnický personál umožňuje rodině zapojení se do ošetrovatelské péče. Pouze 2 sestry možnost zapojení se do ošetrovatelského procesu a péče o hospitalizovaného zamítají bez udání důvodu a jedna z důvodu obav, že by laik mohl snadno něco pokazit (graf 47). 37% hospitalizovaných klientů ošetrovatelskou péčí rodiny oceňuje, 33% by si přálo zapojení se rodiny alespoň někdy, 2% dotazovaných respondentů neví (graf 30). Dle 38% sester přijímají hospitalizovaní klienti péči rodiny dobře, 43%, že spíše dobře. 12% sester se přiklání k názoru, že rodinná péče je snášena špatně, 7% sester, že spíše špatně (graf 50). Naopak, stane-li se pacient i rodina aktivním účastníkem v ošetrovatelském procesu, dochází k pozitivní stabilizaci zdravotního stavu a uzdravení se mnohem rychleji a efektivněji (34).

Oddělení jsou v dnešní době velice benevolentní a umožňují návštěvy mimo návštěvní hodiny. Dotazované sestry tuto skutečnost uvedli v 67% a souhlasné odpovědi jsme zaznamenali i v odpovědích rodinných příslušníků - 66% a v odpovědích

samotných hospitalizovaných klientů - 53%. Dokonce 70% (graf 5) dotazovaným rodinným příslušníkům vyhovují návštěvní hodiny nařízené vedením nemocnice a 88% hospitalizovaných klientů (graf 34) je spokojeno s přístupem personálu k návštěvám. Pouze 31% sester návštěvy mimo návštěvní hodiny neumožňuje (graf 41). Tuto skutečnost odůvodňují narušením chodu oddělení (23%) a 31% sester nechce porušovat předpisy a vyhlášky nařízené vedením nemocnice (graf 42). Na základě mých zkušeností při práci sestry na oddělení následné péče si přesto myslím, že návštěvnost není dostatečná, i když 88% dotazovaných klientů uvádí, že návštěvy během svého pobytu na oddělení mají (graf 22). S tímto tvrzením souhlasí 91% sester a 9% ho vyvrací (graf 35). Na návštěvách hospitalizovaných pacientů se podílí převážně rodina (65%), 6% vzdálení příbuzní, 17% kolegové ze zaměstnání a 8% přátelé (graf 24). U 20 % pacientů však tráví návštěvy méně jak hodinu času, u 31% jednu hodinu a u 39% více jak hodinu svého času (graf 25). Pouze 9% hospitalizovaných uvádí, že má návštěvy denně a 58% respondentů – pacientů zaznamenává návštěvy více jak 1x týdně (graf 23). Jak udává 56% sester (graf 37), tak návštěvy jsou velice nepravidelné a pouze 32% klientů má návštěvy více jak jedenkrát týdně (graf 36). Odlišné výsledky šetření u sester a respondentů může být zapříčiněno přáním pacientů a jejich nepřipouštěním si situace.

Při přípravě šetření jsme se domnívali, že četnost návštěv se zvyšuje v určitých obdobích. Naši domněnku potvrdilo 64% dotazovaných sester pracujících na Oddělení následné péče (graf 38). Výsledky jsou dle našeho mínění zarážející. V celých 35% sestry odpovídaly, že návštěvnost výrazně stoupá v období vydávání důchodů, pouze 4% sester uvedla, že se návštěvnost zvyšuje, pokud je pacient v terminálním stádiu nemoci (graf 39). Je to velmi zarážející, ba přímo děsivé. Bohužel celkový výsledek návštěvnosti není velký ani v odpovědích rodinných příslušníků. 24% respondentů z řad příbuzenstva udává, že navštěvuje svého blízkého po dobu hospitalizace 1x týdně a 27% rodinných příslušníků navštěvuje svého blízkého méně jak 1x týdně (graf 3). Jak uvádí Bártlová, klient, který je delší dobu upoután na lůžko, je závislý, jak svými náladami, tak i touhou po uzdravení na účasti a úsilí svých blízkých. Dobré sociální a rodinné zázemí je jedním ze základních předpokladů pro příznivý vývoj jakéhokoli onemocnění

(1). Rodiny se hájí tím, že jsou nadstandardně pracovně vytížené (4 respondenti), 6 dotazovaných rodinných příslušníků uvádí velkou geografickou vzdálenost, 4 respondenti mají špatné rodinné vztahy a 2 respondentům se nechce či nemají důvod chodit na návštěvy (graf 4). Tyto situace, kdy rodina opomíjí hospitalizovaného člena svého společenství, vedou ke zhoršování se psychického stavu pacientů. A protože existuje souvislost mezi psychickým stavem a stavem fyzickým, zhoršuje se i vývoj a účinek léčby, což si ale rodina, která svého blízkého v nemocnici nenavštěvuje, vůbec neuvědomuje. Rodina má možnost člověku usnadnit léčbu a pobyt v nemocnici, tak proč toho nevyužít a nenabídnout pomocnou ruku přítomnosti, radosti a smíchu?

Díky informovanosti o příčině nemoci, průběhu léčby a o tom, co bude po ukončení léčebných postupů, mají rodiny čas a možnost se rozhodnout, co bude dál, jestli zvládnou mít svého blízkého v domácí ošetrovatelské péči, nebo jej budou muset umístit do jiného zdravotnického nebo sociálního zařízení a hledat jiné alternativy pomoci a péče. Získávají i dostatek času na to, aby si uvědomili, jaký dopad na funkci rodiny bude mít domácí ošetrovatelská péče a jestli jsou ochotni něco obětovat, aby popřípadě mohli upravit domácí prostředí určené k pobytu jakkoliv nemocného člověka. V šetření dotazování rodinní příslušníci uvedli v 66%, že po propuštění si vezmou svého blízkého do domů, 11% dotazovaných rodinných příslušníků tuto možnost striktně zamítlo a 16% ještě není rozhodnuto a uvažuje o umístění do jiného zdravotnického popř. sociálního zařízení (graf 16). Otázku týkající se umístění pacienta po ukončení pobytu na jejich oddělení jsme se ptali i sester. Podle 15 sester se hospitalizovaní klienti propouští do domácí péče, 18 sester dle svých zkušeností a pozorování udává, že klienti odcházejí do jiných zdravotnických zařízení, 1 sestra zaznamenala odchody do sociálních zařízení a 5 sester do hospiců, domů s pečovatelskou službou a domovů důchodců. 6 sester udává, že na tuto otázku nemohou konkrétně odpovědět, místo propuštění se liší u každého pacienta (graf 51). Překvapili nás odpovědi více jak poloviny dotazovaných, že jsou rozhodnuti si svého příbuzného vzít po ukončení hospitalizace domů. Přesto, že konečný výsledek, jak uvádí odpovědi sester, je odlišný a do domácího prostředí se vrací menší procento pacientů lze z odpovědí rodinných příslušníků usoudit, že splňují vizi tzv. funkční

rodiny, která, jak uvádí literatura, splňuje všechny čtyři základní funkce rodiny (20), chce se o klienta starat a citové vztahy mezi jejími členy jsou dobré a nejsou opomíjeny. Díky tomu je rodina schopná a ochotná svoji podpůrnou, ochrannou i výchovnou roli v péči o klienta pochopit a plnit (34).

To, že si rodiny berou své blízké po propuštění do domácí péče je určitě dáno i tím, že se v dnešní době velice rozrůstají agentury domácí péče, jsou více medializovány a ti, co se rozhodnou pečovat o svého blízkého v domácím prostředí, mají možnost odborné pomoci nebo i jenom rady, kdykoliv a v jakoukoliv denní či noční hodinu. Rovněž se mi velmi líbí hospicová péče o klienty v terminálním stádiu. Měla jsem možnost navštívit Hospic sv. Jana Nepomuckého Neumanna v Prachaticích, kde působí nejenom sestry se zdravotnickým vzděláním, ale i sestry boromejky, s vyznáním duchovním. Díky tomu péče dostává úplně jiný ráz. U klientů je uspokojována i potřeba duchovní opory a jistoty, což se na běžných odděleních opomíjí a v domácí péči to jde těžko zařídit. V hospici se klade velký důraz na zapojení se rodiny do ošetrovatelské péče, rodina má možnost pobytu přímo s klientem popřípadě rodina může klienta kdykoliv navštěvovat a doba návštěv je samozřejmě neomezená. Velice se mi líbila i přátelská atmosféra na oddělení, nejenom mezi personálem, ale i mezi samotnými klienty. Za každým rohem číhá smrt, ale i přesto jsou lidé veselí, plní optimismu a prosluněných srdcí. A to jen díky vstřícnému přístupu personálu a díky tomu, že rodiny nenechávají své blízké na poslední cestě v osamocení, ale jsou jim oporou i v té nejtěžší a nejsmutnější chvíli života.

Myslím si, že stejnou nebo alespoň podobnou péči by si zasloužili všichni pacienti, tedy i pacienti hospitalizovaní na Oddělení následné péče.

6. Závěr

Tématem mé bakalářské práce je Rodina jako partner v ošetrovatelském procesu. Toto téma jsem si vybrala kvůli tomu, že jsem přesvědčená, že je nutné, aby byla rodina na stejné úrovni jako zdravotnický personál a hospitalizovaný klient. Cílem bylo zvoleno zjistit, jakou funkci zaujímá rodina hospitalizovaného klienta v ošetrovatelském procesu. K cíli byly stanoveny dvě hypotézy. H 1: Rodina se podílí na ošetrovatelském procesu. H 2: Zdravotnický personál umožňuje rodině podílet se na ošetrovatelském procesu. Obě hypotézy byly šetřením potvrzeny.

Výsledkem šetření bylo zjištění, že se rodina snaží zapojovat do ošetrovatelského procesu, ale spousta respondentů tuto možnost zamítá, protože se necítí dostatečně informováni o postupu činností v ošetrovatelském procesu. Zdravotnický personál umožňuje rodinám zapojit se do ošetrovatelského procesu o své blízké. Vidí v tom psychickou pomoc pro hospitalizovaného klienta ale i ulehčení práce pro sebe samé.

Rodina má na hospitalizovaného klienta velmi velký vliv, ať už negativním nebo pozitivním smyslu slova. Dříve byl ten pozitivní vliv při hospitalizaci opomíjen, striktně musely být dodržovány návštěvní hodiny, pobyt rodinného příslušníka s hospitalizovaným klientem v nemocnici byl velice omezen téměř až zakázán. Docházelo k psychickému a citovému strádání všech zúčastněných, pobyt v nemocnici se díky tomu prodlužoval. V současnosti se tento přístup změnil, návštěvní hodiny jsou pouze napsané na dveřích oddělení, ale nedodržují se, rodina je více vtažena do problematiky ošetrovatelské péče, ať už v teoretické nebo praktické oblasti této problematiky, matky mohou být hospitalizované se svými dětmi, otcové mohou vidět přicházet na svět své potomky, děti mohou u lůžka rodičů sedět tak dlouho, jak jen budou chtít, pokud tím nějak výrazně nenaruší běžný chod oddělení. Pokud si to hospitalizovaný klient přeje, tak se rodina v současné době opravdu stává rovnocenným partnerem, který je seznámen se všemi informacemi, okolnostmi a hlavně se i jako partner chová, zapojuje se do ošetrovatelské péče, pomáhá zdravotnickému personálu

v komunikaci s klientem, usnadňuje svému blízkému pobyt v nemocnici a je mu psychickou oporou.

Z šetření lze vyvodit závěr, že je nutné rodinu dostatečně informovat, být trpělivý, vše vysvětlit a nejen klienta, ale i rodinu psychicky podpořit a být jim vždy oporou. Díky těmto krokům se rodinní příslušníci zbaví strachu, budou se cítit rovnocennými partnery i se tak budu chovat. Nejen sestry, ale i celý zdravotnický personál by si měl uvědomit, že tímto pomohou nejen hospitalizovanému klientovi ale především i sobě.

Doufám, že mnou zjištěné informace a výsledky mého výzkumného šetření pomohou zdravotnickému personálu uvědomit si, jak je důležité partnerství rodiny v ošetrovatelském procesu,lepší se informovanost rodinných příslušníků i samotných klientů,lepší se i komunikace mezi všemi zúčastněnými a tohle vše přispěje ke zkvalitnění poskytované ošetrovatelské péče.

Cíl práce byl splněn.

Práce může být využita tam, kde je zapotřebí zkvalitnění vztahů mezi hospitalizovaným klientem, rodinou a zdravotnickým personálem. Práce může být prezentována v rámci Jihočeské univerzity a publikována na internetu a v časopisech.

7. Použitá literatura

1. BÁRTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2005. 188 s. ISBN 80-247-1197-4.
2. BÁRTLOVÁ, S. *Sociologická problematika*. Laická péče o seniory a nemocné. Sestra, Praha, roč. 2002. č. 10, s. 23 – 24. ISSN 1210-0404.
3. BÁRTLOVÁ, S. *Vybrané kapitoly ze sociologie medicíny*. Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. Brno, 1996. 117 s. ISBN 80-7013-233-7.
4. BEBJAKOVÁ, D. Význam rodiny v životě starých lidí. *Výživa a zdraví*. 1995. č.5, s. 91 - 94. ISSN 0042-9406.
5. BOUCHAL, M. *Zdravotnická psychologie*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 1993. 82 s. ISBN 80-210-0641-2.
6. CEJNOHOVÁ, M. Ošetrovatelská péče o geriatrického pacienta. *Sestra*, Praha: 2009, ročník 19, č. 1, s. 45 - 46. ISSN 1210-0404.
7. DUNOVSKÝ, J. *Sociální pediatrie*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 1999. 284 s. ISBN 80-7169-254-9
8. HAŠKOVCOVÁ, H., *České ošetrovatelství 10, Manuálek sociální gerontologie, Ediční řada – Praktická příručka pro sestry*. 1. vyd Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2002. 72 s. ISBN 80-7013-363-5.
9. HAŠKOVCOVÁ, H., *České ošetrovatelství 4: Jak provádět ošetrovatelský proces?, Ediční řada – Praktická příručka pro sestry*. 1. vyd Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999. 66 s. ISBN 80-7013-283-3.
10. HAŠKOVCOVÁ H. *České ošetrovatelství 10, Manuálek sociální gerontologie, Ediční řada – Praktická příručka pro sestry*. 1. vyd Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2002. 72 s. ISBN 80-7013-363-5.
11. HONZÁK, R. *Komunikační pasti v medicíně*. 2. vyd. Praha: Galén, 1999. 165 s. ISBN 80-7262-032-0.

12. JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory*. 1. vyd Ostrava: Ostravská Univerzita. 2006. 96 s. ISBN 80-7368-110-2.
13. JOBÁNKOVÁ, M. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2002. 225 s. ISBN 80-7013-365-1.
14. JUŘENOVÁ, H. Úloha rodiny a nejbližšího sociálního prostředí v ošetrovatelské péči. *Urologie pro praxi*, 2005, č.1. ISSN - 1803-5299 (online verze). Dostupné z:
<http://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2005/01/10.pdf> [cit. 2010-01-08].
15. KALVACH, Z., ONDERKOVÁ, A. *Stáří. Pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Praha: Galén, 2006. 44 s. ISBN 80-7262- 455-5.
16. KALVACH, Z. a kol. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada, 2008. 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4.
17. KALVACH, Z. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2004. s. 861. ISBN 80-2470-548-6.
18. KOZIEROVÁ, B. *Osetrovatelstvo, I., II*. 1. vyd Martin: vydavatelstvo Osveta. 1995. 1474 s. ISBN 80-217-0528-0.
19. KLEVETOVÁ, D. Komplexní hodnocení seniorů v domácí péči. Mezinárodní evropský výzkumný projekt v ČR. *Sestra*, 2002, č. 10. s. 22. ISSN 1210-0404.
20. KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I., *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada, 2008. 208 s. ISBN 978-80-247-2169-9.
21. KOMÍNKOVÁ, H. Právo na důstojné umírání. *Sestra*, 2002, č. 1. s. 20 – 21. ISSN 1210-0404.
22. KRÁLÍČKOVÁ, I. Spolupráce rodiny v ošetrovatelském procesu. *Florence*. Časopis moderního ošetrovatelství, 2007. roč. 3, č. 11, s. 469 – 472. ISSN 1801 – 464X.
23. KŘIVOHLAVÝ J., *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0.

24. KUTNOHORSKÁ, J., *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2007. 164 s. ISBN 978-80-247-2069-2.
25. Lemon: Učební texty pro sestry a porodní asistentky. Díl 1, ošetrovatelský proces, klinická ošetrovatelská praxe, glosář. 1.vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1996. 184 s. ISBN 80-7013-234-5.
26. MAREČKOVÁ, J. *Internacionální diagnostika v ošetrovatelském procesu, NIC a NOC klasifikace*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2006. 80 s. ISBN 80-7368-109-9.
27. MAREČKOVÁ, J. *NANDA domény v posouzení a diagnostické fázi ošetrovatelského procesu*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2005. 86 s. ISBN 80- 7368-030-0.
28. MATOUŠEK, O. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. 1. vyd Brno: Sociologické nakladatelství, 1997. 144 s. ISBN 80-85850-24-9.
29. MOŽNÝ, I. *Moderní rodina*. 1. vyd. Brno: Blok, 2000. 184 s. ISBN 80-7029- 018-8.
30. MÜLEROVÁ, L. *Klinická gerontologie – geriatrie*. Univerzita Jana Evangelisty Purkyně, Pedagogická fakulta, 2003. 70 s. ISBN 80-7044-536-X.
31. RAPČÍKOVÁ, T. Význam uspokojování potřeby jistoty a bezpečí u hospitalizovaných dětí. *Florence*. Praha: 2008, č. 3, s. 118 – 119. ISSN 1801 – 464X.
32. ŠRÁMKOVÁ, J., ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada, 2007. 232 s. ISBN 980-80-247-2068-5.
33. STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství 3: Jak zavést ošetrovatelský proces do praxe, Ediční řada – Praktické příručky pro sestry*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999. 49 s. ISBN 80-7013-282-5.
34. STAŇKOVÁ, M. *Význam spolupráce mezi sestrou a rodinou v průběhu hospitalizace*. Praha: Sestra, 1994, č.4, 8-10 s. ISSN 1210 – 0404.
35. SVATOŠOVÁ, M. *Práce s příbuznými a pozůstalými. Sestra*. Praha: 2002, roč. 12, č. 1, s. 22. ISSN 1210-0404.

36. VÁCLAVSKÁ M., ŽVÁČKOVÁ P. Péče o imobilního pacienta v domácím prostředí. *Sestra*. Praha: 2008, roč. 18, č. 4, s. 38. ISSN 1210-0404.
37. VENGLÁŘOVÁ M., MAHROVÁ G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2006. s. 144. ISBN 80-247-1262-8.

8. Klíčová slova

Hospitalizace

Ošetrovatelský proces

Pacient

Partner

Rodina

Sestra

9. Přílohy

1. Dotazník pro hospitalizovaného pacienta
2. Dotazník pro rodinné příslušníky
3. Dotazník pro zdravotní sestry
4. Nejčastější ošetrovatelské problémy

Příloha 1

Dotazník pro pacienty

Dobrý den,

jmenuji se Jana Gregorová a jsem studentkou Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity, 3.ročníku oboru Všeobecná sestra. Chtěla bych Vás poprosit, zda by jste mi vyplnili anonymní dotazník k mé bakalářské práci n téma Rodina jako partner v ošetrovatelském procesu. Cílem mého výzkumu je zjistit, jakou funkci zaujímá rodina v ošetrovatelském procesu, zda se na něm aktivně podílí a zda zdravotnická zařízení umožňují rodině zapojit se do ošetrovatelské péče o jejich blízkého. Dále pak chci poukázat na možnosti využití rodiny v ošetrovatelském procesu.

Děkuji za spolupráci a Vámi věnovaný čas.

1. Jste hospitalizován/a poprvé?
 - a) Ano
 - b) Ne

2. Pokud ne, jak dlouho trvala Vaše předchozí hospitalizace?
 - a) Méně než týden
 - b) Jeden až dva týdny
 - c) Jiné.....

3. Do jaké věkové kategorie patříte?
 - a) Méně než 30 let
 - b) 30 až 40 let
 - c) 41 až 55 let
 - d) 56 až 65 let
 - e) Více než 65 let

4. Váš nejbližší příbuzný je:

- a) Dcera/syn
- b) Manžel/ka
- c) Rodiče
- d) Partner
- e) Jiné

5. Jaké rodinné vztahy u Vás převládají?

- a) Dobré
- b) Spíše dobré
- c) Špatné
- d) Spíše špatné

6. Chodí za Vámi na oddělení návštěvy?

- a) Ano
- b) Ne

7. Pokud ano, jak často?

- a) Méně jak 1x týdně
- b) 1x týdně
- c) Více jak 1x týdně
- d) Jiné.....

8. Kdo Vás nejčastěji navštěvuje?

- a) Rodina
- b) Příbuzní

- c) Kolegové ze zaměstnání
- d) Jiné.....

9. Kolik času u Vás stráví?

- a) Méně jak hodinu
- b) Hodinu
- c) Více jak hodinu

10. Těší Vás návštěvy?

- a) Ano
- b) Ne
- c) někdy

11. Vyžadujete návštěvy?

- a) Ano
- b) Ne
- c) někdy

12. Umožňuje zdravotnické zařízení návštěvy mimo návštěvní hodiny?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

13. Zapojuje se rodina do ošetrovatelské péče o Vaši osobu?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Občas

14. Přejete si, aby rodina byla do ošetrovateľskej péče zapojena?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Někdy

15. Pokud ano, v jaké oblasti?

- a) Hygiena
- b) Strava
- c) Jiné.....

16. Pokud ne, proč?

.....

17. Umožňuje zdravotnický personál Vaší rodině zapojit se do ošetrovateľskej péče?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

18. Vyhovuje Vám postoj zdravotnického personálu k návštěvám?

- a) Ano
- b) Ne

19. Pokud máte nějaké připomínky, prosím napište je.

.....
.....
.....

Příloha 2

Dotazník pro rodinné příslušníky

Dobrý den,

jmenuji se Jana Gregorová a jsem studentkou Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity, 3.ročníku oboru Všeobecná sestra. Chtěla bych Vás poprosit, zda by jste mi vyplnili anonymní dotazník k mé bakalářské práci n téma Rodina jako partner v ošetrovatelském procesu. Cílem mého výzkumu je zjistit, jakou funkci zaujímá rodina v ošetrovatelském procesu, zda se na něm aktivně podílí a zda zdravotnická zařízení umožňují rodině zapojit se do ošetrovatelské péče o jejich blízkého. Dále pak chci poukázat na možnosti využití rodiny v ošetrovatelském procesu.

Děkuji za spolupráci a Vámi věnovaný čas.

1. Zaujímáte roli návštěvy ve zdravotnickém zařízení poprvé?
 - a) Ano
 - b) Ne
2. Navštěvujete Vašeho rodinného příslušníka v nemocnici?
 - a) Ano
 - b) Ne
3. Pokud ano, jak často?
 - a) Méně jak 1x týdně
 - b) 1x týdně
 - c) Více jak 1x týdně
4. Pokud méně jak 1x týdně, proč?

- a) Nadstandardní pracovní vytížení
- b) Velká geografická vzdálenost
- c) Špatné rodinné vztahy
- d) Nechce se mi
- e) Jiné.....

5. Vyhovují Vám návštěvní hodiny na tomto oddělení?

- a) Ano
- b) Ne

6. Umožňuje Vám zdravotnický personál návštěvy mimo návštěvní hodiny?

- a) Ano
- b) Ne

7. Zapojujete se do ošetrovatelské péče o Vašeho blízkého?

- a) Ano
- b) Ne

8. Pokud ne, proč?

- a) Nemám na to čas
- b) Nemám dostatek informací a zkušeností
- c) Mám k tomu odpor
- d) Mám z toho strach
- e) Nemáme dobré vztahy
- f) Jiné.....

9. Do jaké oblasti ošetrovateľskej péče by ste mali zájem sa zapojiť?

- a) Hygiena
- b) Stravovanie
- c) Jiné.....

10. Umožňuje Vám zdravotnícky personál zapojiť sa do ošetrovateľskej péče?

- a) Ano
- b) Ne

11. Máte dostatok informácií o ošetrovateľskej péči u Vašeho blízkeho?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

12. Myslíte si, že zapojenie se rodiny do ošetrovateľského procesu klientům prospívá?

- a) Ano
- b) Ne

13. Pokud ano, proč?

.....

14. Pokud ne, proč?

.....

15. V jakém směru klientům péče rodiny prospívá?

- a) Pociť lásky, jistoty a bezpečí
- b) Méně studu

- c) Lepší komunikace než se zdravotnickým personálem
- d) Větší důvěra vůči blízkému člověku
- e) Jiné.....

16. Berete si Vašeho blízkého po ukončení hospitalizace domů?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím, uvažuji o umístění do jiného zařízení
- d) Jiné.....

17. Pokud máte nějaké připomínky, prosím napište je.

.....
.....
.....

Příloha 3

Dotazník pro sestry

Dobrý den,

jmenuji se Jana Gregorová a jsem studentkou Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity, 3.ročníku oboru Všeobecná sestra. Chtěla bych Vás poprosit, zda by jste mi vyplnili anonymní dotazník k mé bakalářské práci n téma Rodina jako partner v ošetrovatelském procesu. Cílem mého výzkumu je zjistit, jakou funkci zaujímá rodina v ošetrovatelském procesu, zda se na něm aktivně podílí a zda zdravotnická zařízení umožňují rodině zapojit se do ošetrovatelské péče o jejich blízkého. Dále pak chci poukázat na možnosti využití rodiny v ošetrovatelském procesu.

Děkuji za spolupráci a Vámi věnovaný čas.

1. Navštěvují rodinní příslušníci pacienty na Vašem oddělení?

a) Ano

b) Ne

2. Pokud ano, jak často?

a) Méně jak 1x týdně

b) 1x týdně

c) Více jak 1x týdně

d) Jiné.....

3. Jsou návštěvy u většiny pacientů pravidelné?

a) Pravidelné

b) Nepravidelné

c) Jiné.....

4. Zvyšuje se četnost návštěv v určitém období?

a) Ano

b) Ne

5. Pokud ano, tak kdy?

.....

6. Vyžadují pacienti návštěvy?

a) Ano

b) Ne

7. Umožňujete návštěvy mimo návštěvní hodiny?

a) Ano

b) Ne

8. Pokud ne, proč?

.....

9. Zapojuje se rodina do ošetrovatelského procesu u pacientů?

a) Ano

b) Ne

10. Pokud ne, proč si myslíte, že to tak je?

a) Nedostatek času

b) Špatné rodinné vztahy

c) Odpor

d) Strach

e) Nedostatečná informovanost a neznalost

f) Jiné.....

11. Pokud se rodina zapojuje do ošetrovatelského procesu, v jaké oblasti nejčastěji?

- a) Hygiena
- b) Strava
- c) Jiné.....

12. Máte zájem o to, aby se rodina zapojila do ošetrovatelského procesu?

- a) Ano
- b) Ne

13. Pokud ne, proč?

.....

14. Umožňuje Vaše oddělení zapojení se rodiny do ošetrovatelského procesu?

- a) Ano
- b) Ne

15. Pokud ne, proč?

.....

16. Jak přijímá pacient péči rodiny?

- a) Dobře
- b) Spíše dobře
- c) Špatně
- d) Spíše špatně

17. Kam pacienti odcházejí po ukončení hospitalizace?

- a) Domácí péče

b) Jiné zdravotnické zařízení

c) Jiné.....

18. Pokud máte nějaké připomínky, prosím napište je.

.....
.....
.....

Příloha 4

Nejčastější ošetrovatelské problémy:

00125 – Bezmocnost

00054 – Riziko osamělosti

00061 – Přetížení pečovatele

00062 – Riziko přetížení pečovatele

00060 – Přerušovaný život rodiny

00159 – Ochota ke zlepšení funkce rodiny

00055 – Neefektivní plnění role

00064 – Konflikt rodičovské role

00052 – Poškozená sociální interakce

00065 – Neefektivní sexuální život

00114 – Stresový syndrom po přemístění

00149 - Riziko stresového syndromu po přemístění

00148 – Strach

00146 – Úzkost

00069 – Neefektivní zvládání zátěže

00073 – Neschopnost rodiny zvládat zátěž

00075 – Ochota blízké rodiny lépe zvládat zátěž

00066 – Duchovní nouze

00067 – Riziko duchovní nouze

00155 – Riziko pádu

00139 – Riziko sebepoškození

00138 – Riziko násilí vůči jiným

00140 – Riziko násilí vůči sobě

00150 – Riziko sebevraždy

00037 – Riziko intoxikace (25).