



Bakalářská práce

Hospitalizace v intenzivní péči z pohledu rodinných příslušníků se zaměřením na jejich psychiku

Studijní program:

B0913P360030 Všeobecné ošetřovatelství

Autor práce:

Lukáš Machek

Vedoucí práce:

Ing. Pavla Šafránková, DiS.

Fakulta zdravotnických studií

Liberec 2023



Zadání bakalářské práce

Hospitalizace v intenzivní péči z pohledu rodinných příslušníků se zaměřením na jejich psychiku

<i>Jméno a příjmení:</i>	Lukáš Machek
<i>Osobní číslo:</i>	D20000106
<i>Studijní program:</i>	B0913P360030 Všeobecné ošetřovatelství
<i>Zadávací katedra:</i>	Fakulta zdravotnických studií
<i>Akademický rok:</i>	2022/2023

Zásady pro vypracování:

Cíle Práce:

1. Popsat průběh hospitalizace v intenzivní péči.
2. Popsat psychický stav člověka nacházejícího se v krizové situaci.
3. Zjistit informovanost rodinných příslušníků o průběhu hospitalizace v intenzivní péči.
4. Zjistit, jak hospitalizace ovlivňuje rodinné příslušníky pacienta hospitalizovaného v intenzivní péči.

Teoretická východiska (včetně výstupu bakalářské práce):

S hospitalizací člena rodiny v intenzivní péči se v průběhu života pravděpodobně setká každý z nás. Takováto situace je velkou psychickou zátěží nejen pro hospitalizovaného, ale také pro jeho rodinu. Je důležité, aby rodinným příslušníkům byl podáván dostatek informací ve srozumitelné podobě a také nabídnuta psychická podpora. Zdravotníci pracující v intenzivní péči však nemají vzhledem k náročnosti své profese moc prostoru pro práci s rodinou. Situaci by mohla zlepšit informační brožura s obecnými informacemi o průběhu hospitalizace, vysvětlením základních lékařských termínů a v neposlední řadě také se seznamem kontaktů na instituce, které pomáhají rodinám zvládnout těžkou životní situaci. Takováto brožura ve většině nemocnic chybí. Výstupem bakalářské práce bude tedy návrh informačního materiálu pro rodiny pacientů hospitalizovaných v intenzivní péči.

Výzkumné předpoklady / výzkumné otázky

1. Jedná se o popisný cíl, výzkumná otázka nebyla stanovena.
2. Jedná se o popisný cíl, výzkumná otázka nebyla stanovena.
3. Jaké informace měla k dispozici rodina pacienta hospitalizovaného v intenzivní péči?
4. Jak hospitalizace rodinného příslušníka ovlivnila fungování rodiny?

Metoda:

Kvalitativní

Místo výzkumu:

Vybrané nemocnice Libereckého kraje.

Technika práce a vyhodnocení dat:

Polostrukturovaný rozhovor s využitím záznamového zařízení či záznamového archu. Data budou následně přepsána do programu Microsoft Word Office 2016. Data budou zpracována do schémat.

Vzorek:

Respondenti: rodinní příslušníci pacientů hospitalizovaných v IP

Počet respondentů: po dosažení teoretické saturace

Rozsah práce:

Rozsah bakalářské práce činí 50-70 stran (tzn. 1/3 teoretická část, 2/3 výzkumná část).

Forma zpracování kvalifikační práce:

Tištěná a elektronická.

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

Forma zpracování práce:

Jazyk práce:

tištěná/elektronická

Čeština

Seznam odborné literatury:

Literatura:

DAVIDSON, Judy. E. a Maurene. A. HARVEY. 2016. Patient and Family Post-Intensive Care Syndrome. AACN Advanced Critical Care. 27(2), 184-186. DOI 10.4037/aacnacc2016132. Dostupné také z:

<https://aacnjournals.org/aacnacconline/article/27/2/184/2286/Patient-and-Family-Post-Intensive-Care-Syndrome>

DRÁBKOVÁ, Jarmila. 2018. Časné intervence jsou prevencí rozvoje PTSD po intenzivní péči. Referátový výběr z anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny. 65(3), 54-55. ISSN 1212-3048. Dostupné také z:

<https://nlk.cz/zdroje/publikace-nlk/anesteziologie-resuscitace-a-intenzivni-medicina/>

KLEPÁČKOVÁ, O., Z. KREJČÍ a M. ČERNÁ. 2020. Trauma-informovaný přístup v sociální práci: jak se tělo zbavuje traumatu a obnovuje harmonii. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-1049-0.

LEVINE, Peter Alan. 2017. Trauma a paměť. Praha: Maitrea. ISBN 978-80-7500-253-2.

LEVINE, Peter Alan. 2018. Léčba traumatu: program probuzení moudrosti těla. Praha: Maitrea. ISBN 978-80-7500-404-8.

LEVINE, Peter Alan. 2019. Němé zpovědi: jak se tělo zbavuje traumatu a obnovuje harmonii. Praha: Maitrea. ISBN 978-80-750-0449-9.

MALÁSKA, Jan et al. 2020. Intenzivní medicína v praxi. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-675-7.

NYDAHL, Peter. 2021. Icu-diary.org [online]. Kiel, Peter Nydahl [cit. 2022-01-10]. Dostupné z: <http://www.icu-diary.org/diary/start.html>

SHELLONG, J., F. EPPLÉ a K. WEIDNER, eds. 2021. Psychotraumatologie. Praha: Stanislav Juháňák – TRITON. ISBN 978-80-7553-950-2.

TENENBAUM, Sylvie. 2018. Deprese, odkaz předků: transgenerační přenos. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1301-7.

VAN DER KOLK, Bessel. 2021. Tělo sčítá rány: jak trauma dopadá na naši mysl i zdraví a jak se z něj léčit. Praha: Jan Melvil Publishing. ISBN 978-80-7555-130-6.

Vedoucí práce:

Ing. Pavla Šafránková, DiS.

Fakulta zdravotnických studií

Datum zadání práce:

25. října 2022

Předpokládaný termín odevzdání: 5. května 2023

L.S.

prof. MUDr. Karel Cvachovec, CSc.,

MBA

děkan

Prohlášení

Prohlašuji, že svou bakalářskou práci jsem vypracoval samostatně jako původní dílo s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím mé bakalářské práce a konzultantem.

Jsem si vědom toho, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb., o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu Technické univerzity v Liberci.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědom povinnosti informovat o této skutečnosti Technickou univerzitu v Liberci; v tomto případě má Technická univerzita v Liberci právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Současně čestně prohlašuji, že text elektronické podoby práce vložený do IS/STAG se shoduje s textem tištěné podoby práce.

Beru na vědomí, že má bakalářská práce bude zveřejněna Technickou univerzitou v Liberci v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů.

Jsem si vědom následků, které podle zákona o vysokých školách mohou vyplývat z porušení tohoto prohlášení.

Poděkování

Tímto bych rád poděkoval vedoucímu práce paní Ing. Pavla Šafránková, DiS. za odborné vedení, důležité rady a připomínky a také za trpělivost během vypracování této bakalářské práce. Dále bych rád poděkoval všem respondentům za jejich skvělou spolupráci, vstřícnost a upřímnost během prováděného výzkumu. V neposlední řadě děkuji své rodině a přátelům za podporu během celého studia.

ANOTACE

Jméno a příjmení autora:	Lukáš Machek
Instituce:	Fakulta zdravotnických studií, Technická univerzita v Liberci
Název práce:	Hospitalizace v intenzivní péči z pohledu rodinných příslušníků se zaměřením na jejich psychiku
Vedoucí práce:	Ing. Pavla Šafránková, DiS
Počet stran:	64
Počet příloh:	3
Rok obhajoby:	2023

Anotace:

Bakalářská práce je zaměřena na hospitalizaci v intenzivní péči z pohledu rodinných příslušníků se zaměřením na jejich psychiku. Obsahově je práce rozdělena do dvou základních bloků – na část teoretickou a praktickou. V teoretické části popisujeme krizi jako takovou a její možné příčiny, fáze, průběh a intervence. Obsahem teorie je také část, ve které se zabýváme popisem intenzivní péče a rolí rodiny během hospitalizace příbuzného. Praktická část je zpracována pomocí kvalitativní metody výzkumného šetření. Výzkumná část se zabývá otázkami, které mají zjistit informovanost rodinných příslušníků a jak tato situace ovlivňuje rodinu. Výzkum je veden formou polostrukturovaných rozhovorů s vybranými respondenty.

Klíčová slova:

Hospitalizace, informovanost, intenzivní péče, krize, psychika, rodina.

ANNOTATION

Name and surname:	Lukáš Machek
Institution:	Faculty of Nursing Studies, Technical University of Liberec
Title:	Hospitalization in intensive care from the perspective of family members with a focus on their psyche
Supervisor:	Ing. Pavla Šafránková, DiS
Pages:	64
Number of attachments:	3
Year:	2023

Annotation:

The bachelor thesis is focused on hospitalization in intensive care from the perspective of family members with a focus on their psyche. In terms of content, the work is divided into two basic blocks. For the theoretical and practical part. In the theoretical part, we describe the crisis as such and its possible causes, phases, progress and interventions. The content of the theory is also a part in which we deal with the description of intensive care and the role of the family during the hospitalization of a relative. The practical part is processed using a qualitative research method. The research part deals with questions to find out the awareness of family members and how this situation affects the family. The research is conducted in the form of semi-structured interviews with selected respondents.

Keywords:

Hospitalization, awareness, intensive care, crisis, psychology, family.

Obsah

Seznam symbolů a zkratk	10
1 Úvod.....	11
2 Teoretická část	12
2.1 Krize	12
2.1.1 Definice krize	12
2.1.2 Příčiny krize	13
2.1.3 Fáze krizí	13
2.1.4 Průběh krize.....	15
2.1.5 Krizová intervence	16
2.2 Intenzivní péče.....	17
2.2.1 Intenzivní péče z pohledu rodiny pacientů.....	18
2.2.2 Reakce rodiny na akutní hospitalizaci příbuzného.....	19
2.2.3 Role rodiny a její význam pro hospitalizovaného v intenzivní péči	20
2.2.4 Spolupráce rodiny a personálu v ošetrovatelském procesu.....	21
2.2.5 Bazální stimulace	23
3 Praktická část	24
3.1 Cíle a výzkumné předpoklady/otázky	24
3.1.1 Cíle výzkumu	24
3.1.2 Výzkumné otázky.....	24
3.2 Metody	24
3.3 Analýza výzkumných dat a vyhodnocení cílů.....	25
3.3.1 Kategorie 1: Jaké informace měla k dispozici rodina pacienta hospitalizovaného v intenzivní péči	27
3.3.2 Kategorie 2: Jak hospitalizace rodinného příslušníka ovlivnila fungování rodiny?.....	32
3.4 Vyhodnocení cílů a výzkumných otázek/předpokladů.....	37

3.4.1	Vyhodnocení výzkumného cíle č. 1	37
3.4.2	Vyhodnocení výzkumného cíle č. 2	37
3.4.3	Vyhodnocení výzkumného cíle č. 3	38
3.4.4	Vyhodnocení výzkumného cíle č. 4	40
4	Diskuze	43
5	Návrh doporučení pro praxi	47
6	Závěr	49
	Seznam použité literatury	50
	Seznam příloh.....	54
	Příloha A: Souhlasy respondentů s provedením výzkumu	55
	Příloha B: Ukázka kódování dat	62
	Příloha C: Informační brožura	63

Seznam symbolů a zkratk

Atd.	A tak dále
ANA	Americká asociace sester
ARO	Anesteziologicko-resuscitační oddělení
DABDA	popírání/šok, hněv/agrese, smlouvání, deprese a smíření
EKG	Elektrokardiografie
IP	Intenzivní péče
JIP	Jednotka intenzivní péče
PTSD	Posttraumatická stresová porucha
Tzv.	Takzvaný
WHO	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

1 Úvod

Bakalářská práce je zaměřena na hospitalizaci v intenzivní péči z pohledu rodinných příslušníků s důrazem na jejich psychiku. Téma práce vychází nejen z absolvované praxe autora práce, kdy se setkal s lidmi v krizové situaci, ale také z vlastní zkušenosti z rodiny. V průběhu obou zkušeností si povšiml, že ačkoli veškeré dotazy návštěvníků nemocnice zvládal vyřídit personál, chyběla zde možnost si informace „odnést“ s sebou domů.

V teoretické části je specifikován psychický stav člověka nacházejícího se v krizové situaci a průběh hospitalizace v intenzivní péči. Cílem je zlepšení informovanosti rodiny o průběhu intenzivní péče a možnostech zmírnění dopadů na jejich psychiku. V úvodu je detailněji popsán význam, průběh a rozdíly intenzivní péče oproti standardnímu oddělení, dále je rozebrána psychická stránka člověka jako taková a následně psychika člověka, který se nachází v krizové situaci.

Praktická část je zaměřena nejprve na rozhovory s jednotlivými respondenty, kteří se v takovéto krizové situaci ocitli v nemocnicích Libereckého kraje, a následně je provedena analýza a vyhodnocení výsledků.

Na základě výsledků výzkumného šetření budou zodpovězeny výzkumné otázky a následně vytvořen informační materiál pro rodiny pacientů, který si klade za cíl jim ulehčit těžkou situaci.

2 Teoretická část

2.1 Krize

S pojmem krize se v dnešním světě setkáváme denně v mnoha významech. Může se jednat v širším měřítku o světovou krizi (uplynulá covidová situace), v menším pak u člověka slýcháme o krizích v různých oblastech života. Velká (světová či národní) krize může vzniknout z různých důvodů (například může jít o krizi vládní, hospodářskou, finanční, energetickou, ekologickou, rodinnou atd.) a lze ji jen těžko ovlivnit. V dnešním světě může působit, že je vše v krizi, což je dané tím, že moderní společnost dosáhla svého vrcholu. Každý jedinec, ačkoli je jen zrnkem písku v populaci, však může vnímat svou osobní krizi stejně rozsáhle, jako světovou krizi, ne-li více. Jakákoli krize není příjemná, ale musíme si uvědomit, že je to stav patřící k životu, každá krize nás může svým způsobem obohatit, dát nám nové zkušenosti. Je to přirozená součást našeho vývoje a je potřeba to brát na vědomí. Jak vyplývá z názvu bakalářské práce, my se budeme zabývat krizí rodinnou (Novotná, 2021).

2.1.1 Definice krize

Jelikož se jedná o poměrně rozsáhlý pojem, je potřeba si jej pro účely práce, která se zabývá krizovou situací, definovat. První zmínka o slovu krize se objevila v souvislosti s klasickým řeckým dramatem. *„Po uvedení hlavních postav a základního problému (expozice) se objevuje první střet zájmů či idejí (kolize), který směřuje do dramatické podoby, v krizi představující v jistém ohledu první vyvrcholení děj. Krizí však drama nekončí, následuje katastrofa nebo také katarze se svým očišťujícím vlivem“* (Novotná, 2021, s. 12).

Krizi si můžeme definovat jako situaci, která má zpravidla předem danou dobu trvání, kdy se dějí věci, které jsme předem neočekávali, nemáme možnost je změnit a narušují nám naše předem dané plány. Z těchto informací si můžeme říct, že krize je každá situace, se kterou si nejsme schopni sami poradit dle našich zvyklostí a musíme buď něco změnit, anebo vyhledat pomoc druhé osoby, abychom byli schopni se s krizovou situací vyrovnat (Novotná, 2021).

2.1.2 Příčiny krize

„Individuální krize je výsledkem události, série událostí nebo souboru okolností, které jsou prožívány jako fyzicky nebo emocionálně zraňující či život ohrožující a které mají přetrvávající nepříznivé účinky na fungování daného jedince a jeho fyzickou, duševní, emocionální, sociální a duchovní pohodu.“ (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2014).

Rozsáhlá studie WHO, které se účastnilo 68 894 osob, zjišťovala, kolik procent respondentů bylo vystaveno krizi nebo traumatické situaci. Výsledkem výzkumů bylo, že 70,4 % respondentů v průběhu života takovou situaci zažilo. Nejčastějším typem bylo úmrtí blízké osoby (31,4 %), další v pořadí bylo přímé vystavení úmrtí nebo vážnému zranění například z pozice svědka (23,7 %), pokračovalo loupežné přepadení (14,5 %), život ohrožující autonehody (14 %) a nakonec vážné onemocnění (11,8 %) (Klepáčková, 2020).

Bohužel je dnes trauma stále často přehlíženou a neřešenou příčinou lidského utrpení, které ale na každého člověka působí jinak. Právě i z tohoto důvodu je často přehlížené, protože si nemusíme uvědomovat, že pro jiného člověka může být traumatická i taková situace, u které by to nás osobně ani nenapadlo (Levine, 2018). Projevy traumatu mohou vypadat jako psychiatrické onemocnění, proto musíme pečlivě vyšetřit základní problém, protože kdybychom neřešili skutečnou podstatu těchto potíží, nebyly by naše intervence účinné (Van der Kolk, 2021).

2.1.3 Fáze krizí

Krizové fáze můžeme charakterizovat více způsoby. Radkin Honzák popisuje čtyři fáze, a to prodromální, akutní, chronickou a restituci (Novotná, 2021). Níže si zmíněné fáze rozebereme podrobněji pro jejich hlubší porozumění.

Fáze prodromální

První fáze je varovná, kdy příznaky v této části můžeme většinou vysledovat zpětně, protože v době, kdy probíhají, je někdy opomíjíme, nevěnujeme jim pozornost, nedáváme jim takový význam anebo jsme proti nim imunní svou vlastní slepotou.

Na osobní úrovni se může projevovat různorodými způsoby, od malých fyzických příznaků u zdravotních krizí, přes signály z mezilidské sféry ve vztahových a sociálních krizích až po podvědomou řeč, která se může odrazit v našich snech.

Naše osobní krize může vzniknout i z krize celého systému, například při letecké havárii, která byla zaviněna pochybením někoho jiného a nemůžeme za takovou situaci my sami (Novotná, 2021).

Fáze akutní

Druhá, akutní, fáze znamená konflikt s předpověditelnými událostmi. Ty jsou ale bohužel často nepředpověditelné anebo přinejmenším neovlivnitelné. V této fázi jsme většinou velice krátkou dobu (pouze hodiny, maximálně dny). Obsahuje celou řadu událostí a dějů, které se odehrávají chaotickým, nejasným a nekontrolovatelným způsobem. Zde je již krize ve svém vrcholu a zastihuje nás na tuto situaci nepřipravené. Většinou reagujeme stresovou reakcí, která se může projevit různě: od jevu mrtvého brouka (což znamená, že se vzniklou situaci snažíme ignorovat a děláme, jako by se nic nestalo) může pokračovat hyperaktivitou až rezignací, vzdáním se a depresí.

Tuto fázi můžeme označit jako nejdůležitější ze všech a máme v ní poslední možnost změnit chod událostí a co nejvíce snížit negativní dopad krize. Musíme se snažit aktivně předcházet událostem, které mohou vzniknout, a být na ně dostatečně připraveni. To znamená, že je nutné krizi dokonale zanalyzovat a zjistit, který její moment je rozhodující. Když toto uděláme, můžeme zjistit, který moment je potřeba ovlivnit, aby na nás měla co nejmenší negativní vliv (Novotná, 2021).

Fáze chronická

V chronické fázi se projeví všechny chyby, kterých jsme se dopustili v předchozích fázích. Její trvání může probíhat týdny, měsíce ale i roky, což ale neznamená, že už nemůžeme nic dělat. Často právě chronická krize nás donutí změnit postoje a hodnoty. Obvykle teprve v této fázi může proběhnout katarze, která je dobou počítání zranění a ztrát a také sbírání drobných zisků, které se podařilo udržet díky správným akcím v minulosti (Novotná, 2021).

Fáze restituce

Poslední fáze velmi často znamená přesun do jiných oblastí, než které byly dány před vypuknutím krize, protože dvakrát do stejné řeky nevstoupíte. Jedinec, který přežil krizi, je o něco chudší a o něco bohatší. Zbohatnutí se týká především zkušenosti, ale může se jednat i o nový postup, a dokonce i materiální zisk. Lidé připravení na nouzovou situaci tak mohou po vhození do vody vyjít s rybou v ústech. Můžeme si představit spoustu pacientů, pro které byla nemoc velmi složitou životní krizí, ale

během ní změnili svůj přístup k životním hodnotám a mohli v sobě objevit sílu i schopnosti, o kterých neměli do té doby vůbec tušení (Novotná, 2021).

Existují i další možnosti rozdělení fází krizí dle Geralda Caplana. Zde je uvádíme:

Fáze dle Geralda Caplana z roku 1964

1. fáze krátkodobé zvýšení napětí → automatické řešení problému
2. fáze plně uvědomované napětí → vědomé řešení pokus–omyl
3. fáze další zvýšení napětí, úzkost a nepohoda → hledání nových řešení
4. fáze další zvýšení napětí, dezorganizace, krize intervence zvenčí (Šrobárová, 2016).

2.1.4 Průběh krize

Slovníky obecně definují krizi jako přechodný stav, moment výrazné nerovnováhy, významnou emocionální událost nebo radikální změnu obvyklého způsobu života. V okamžiku, kdy se rozhodujeme, zda pokračovat v konkrétní věci nebo činnosti, se něco změní nebo naopak tato činnost skončí. Případně i jako utrpení s pocity ohrožení nebo strachu, které jedinec pocítuje v důsledku výše uvedených situací apod. při slovníkové determinaci krize vypadá jako abnormální a extrémní stav, případně neovlivnitelná situace. Ale nemusí. Jedná se o nedílnou a přirozenou součást života každého člověka. Nemělo by to být automaticky považováno za něco atypického, natož patologického. Krize může být také chápána jako vývoj nebo změna.

Někteří nakonec (bez pomoci ostatních) dosáhnou určitého zpracování a krize poměrně rychle ustupuje. pro ostatní však může být krize dalekosáhlá a mít nepředvídatelné výsledky. Může se objevit například krize chronická, neuróza a v těžkých případech může krize vést i k hospitalizaci.

Pro ilustraci lze zmínit například oběti incestu nebo znásilnění, které mohou trpět přetrvávajícími pocity studu a celoživotním strachem souvisejícím s intimitou a sexualitou. Oběti tragických nehod a katastrof mohou bojovat s vinou přeživších. I z těchto důvodů může dojít k rozvoji tzv. *posttraumatické stresové poruchy* (PTSD) a opakující se znovuprožití krize. V kontextu pozitivní psychologie se však stále více zdůrazňuje možnost tzv. *posttraumatického růstu*, kdy jedinci vycházejí z krizových situací silnější a dospělejší, než bývali před ní (Špatenková et al., 2017).

V roce 1889 sepsal Pierre Marie Félix Janet první zmínku o nemoci, které dnes říkáme PTSD, knihu *L'automatisme psychologique*, v níž popisuje, že se trauma ukládá

v procedurální paměti, automatickém chování, reakcích, zvycích, názorech a znovu přehrávání pocitů úzkosti, paniky, nočních můr a flashbacků. (Levine, 2017). Včasné rozpoznání příznaků traumatu, zahájení cílených intervencí a terapie, může několikanásobně zvýšit pravděpodobnost vyléčení, zabránit přechodu do chronicity a zvýšit kvalitu života (Schellong, Epple a Weidner, eds., 2021).

2.1.5 Krizová intervence

Proces, který má za úkol pomoci lidem zvládnout traumatické události a krizové situace, se nazývá krizová intervence. Jejím cílem je minimalizovat negativní dopady těchto událostí a pomoci lidem najít cestu ke zvládnutí a uzdravení. Existuje několik typů krizové intervence – jednorázová intervence, krátkodobá intervence a dlouhodobá intervence. Jednorázová intervence se zaměřuje na poskytnutí podpory a pomoci v krátké době po traumatické události. Krátkodobá intervence trvá několik týdnů a zaměřuje se na pomoc lidem zvládnout následky traumatické události. Dlouhodobá intervence se zaměřuje na poskytnutí podpory a pomoci během delší doby, aby lidé mohli zvládnout a překonat dlouhodobé dopady traumatické události. Krizová intervence může být poskytována různými způsoby, včetně individuální terapie nebo skupinové terapie, telefonické pomoci a online podpory. Dále pak existuje řada organizací a institucí, které poskytují krizovou intervenci, včetně neziskových organizací, vládních agentur a zdravotnických zařízení. Krizová intervence je oblastí, která je stále více zkoumána a rozvíjena. Existuje řada studií a výzkumů, které se zaměřují na účinnost krizové intervence a způsoby, jak ji poskytnout nejlepším způsobem. Výsledky těchto studií jsou užitečné pro odborníky, kteří se zabývají krizovou intervencí, a také pro lidi, kteří hledají pomoc při zvládnání traumatických událostí a krizových situací. (Yager, ed., 2015). Terapeut by měl být schopný lidem pomoci, aby začali naslouchat svému tělu a mohli pocítit sebezáchovné emoce hněvu a hrůzy, ale musí také umět zabránit tomu, aby nás tyto pocity pohltily (Levine, 2019).

Naděžda Špatenková v publikaci *Krize a krizová intervence* (2017) rozděluje intervence na prezenční a distanční. Prezenční pomoc může probíhat formou terénních, ambulantních nebo pobytových služeb tedy osobním kontaktem s klientem. Distanční pomoc naopak probíhá formou pomoci na dálku ať už telefonicky nebo přes internet. Telefonicky se nejčastěji jedná o bezplatné linky pomoci, které většinou bývají úzce specializované na různá témata.

2.2 Intenzivní péče

Kořeny intenzivní péče sahají do počátku 2. poloviny 20. století, kdy se začaly objevovat první resuscitační metody pro pacienty s poruchami krevního oběhu. Dalším motorem rozvoje oboru byl v roce 1952 vývoj funkčního ventilátoru v reakci na epidemii poliomyelitidy v Kodani, čímž byly splněny základní technické podmínky pro zrod intenzivní medicíny. První je schopnost podpory základních životních funkcí, zejména ventilace, druhou možnost sledování pacientů. (Maláska et al., 2020).

Oddělení intenzivní péče (JIP, ARO) je vytyčené pacientům ve vážném stavu, u kterých hrozí kolaps jednoho nebo více orgánů, pacientům, u kterých kolaps již probíhá, pacientům ohroženým selháním základních životních funkcí nebo těm, kteří již tento kolaps prodělali.

Míru poskytované péče můžeme rozčlenit do tří skupin.

- I. V první skupině najdeme nejméně ohrožené pacienty, u kterých probíhá selhání jednoho orgánu, ale neselhává žádná životní funkce. I přesto je u nich nutná stálá monitorace a menší farmakologická a přístrojová podpora.
- II. V další skupině jsou pacienti, kterým selhala jedna ze základních životních funkcí, a proto potřebují stálou monitoraci.
- III. V této skupině poskytujeme péči pacientům s poruchou funkce dvou a více orgánů, kteří potřebují farmakologickou a přístrojovou podporu, zejména hemodynamiku, ventilaci a náhradu ledvin (nejtěžší pacienti). (Bartůněk et al., 2016)

V intenzivní péči se využívají různé diagnostické metody. Začínáme odběrem anamnézy od pacienta, když není možné odebrat od pacienta, získáváme ji od rodinných příslušníků. Obsah anamnézy se skládá ze základních informací o nemocném jako jsou osobní data alergie, užívané léky, psychosociální, osobní a rodinná anamnéza atd.

Při příjmu pacienta musí lékař vždy provést fyzikální vyšetření pacienta, kterým hodnotí vitální funkce pacienta. Další důležitou součástí péče je monitorace pacienta. Monitorace pacienta v intenzivní péči může probíhat dvěma způsoby invazivně anebo neinvazivně. při invazivní monitoraci dochází k porušení kožního krytu pacienta, v případě neinvazivního nikoli. Mezi možnostmi invazivní monitorace patří přímé měření krevního tlaku, centrálního žilního tlaku, srdečního výdeje, sledování systémové a plicní vaskulární rezistence a další. Mezi možnostmi neinvazivní monitorace patří měření

krevního tlaku pacienta, EKG, dechové frekvence, pulzní oxymetrie, teploty, pulsu atp. (Bartůněk et al., 2016).

Proto je nutné, abychom rodinné příslušníky detailně seznámili s těmito body:

- vzhled pacienta
- invazivní vstupy (krk, ruce apod.)
- zajištění dýchacích cest
- s prostředím intenzivní péče (monitory, ventilátory, infuzní pumpy apod.)
- s monitory a přístroji, které jsou u pacienta a také je obeznámit o různých zvucích, které mohou u svého příbuzného slyšet, aby věděli, že ne vždy musí znamenat nějakou komplikaci (např. Výměna infuzí nebo dávkovačů)
- na co mohou sahat a na co naopak ne
- možností jejich zapojení do péče o blízkého
- vhodné využití neverbální komunikace (doteky, pohlazení apod.)
- možnostmi basální stimulace (Tomová, 2016).

Při hospitalizaci pacienta na lůžkách intenzivní péče může vzniknout PTSD, kterému je možné předejít včasnou prevencí již během hospitalizace pacienta. Dle sedmnácti studií se zjistilo, že je tento problém reálný a častější, než bychom očekávali, ale dá se mu dobře předcházet prevencí a že tato včasná opatření mohou výrazně ovlivnit kvalitu následujícího života pacienta. (Drábková, 2018).

2.2.1 Intenzivní péče z pohledu rodiny pacientů

Prostředí intenzivní péče znají zdravotníci, ale ne pacienti, zejména rodinní příslušníci. Zatímco pacient na jednotce intenzivní péče často prožívá fyzickou krizi, jeho rodina prožívá především krizi psychickou. Rodiny se obávají o osud svého blízkého i o to, jak se vyrovnat se specifickým prostředím IP a jeho zvláštnostmi (Bartůněk et al., 2016).

To, že lidský život není nekonečný a že smrt je nedílnou součástí života, se v povědomí veřejnosti pomalu vytrácí. Vzhledem k neustálému vývoji nových „záračných“ léků a dalších možností léčby mají rodiny pacientů a jejich blízcí, a i samotní pacienti, často nerealistická očekávání. V případě zhoršení stavu pacienta nebo úmrtí se mnohdy začne hledat viník, tedy zavinění lékaře či sestry, potažmo zdravotnického zařízení. Názory veřejnosti na intenzivní péči se častokrát omezují

na aspekty „přežití kritické situace a přesunu“ pacienta z ARO/JIP na standardní oddělení. (Černá, 2016).

2.2.2 Reakce rodiny na akutní hospitalizaci příbuzného

Sestry často přicházejí do kontaktu s anticipujícími lidmi, kteří prožívají nebo zažili velký smutek. Díky tomu mají jedinečnou příležitost poskytovat podporu a péči o rodinu. Smutek může být zničující a zdlouhavý proces, který otevírá dveře pro vhodné řešení. V prvotním šoku je sestra schopna naslouchat a utěšit rodinu. Rodinní příslušníci si mohou začít uvědomovat své zdravotní problémy, které je přivedou k lékaři brzy po hospitalizaci blízké osoby, ale také až po uplynutí delší doby od události/hospitalizace. Zabývají se běžnými příznaky zármutku, jako je nespavost, ztráta chuti k jídlu, bolest za hrudní kostí, dušnost, hlad, sucho v ústech, nedostatek energie, svalová slabost a jiné. Nebo jednoduše hledají podporu a pomoc v době zoufalství, protože když nevědí, na koho se při hospitalizaci blízkého obrátit, poradí se s lékařem. Rodina se „necítí dobře“ psychicky ani fyzicky. Smutný jedinec je náchylný ke zranění a infekci. po hospitalizaci milovaného člověka může rodina po různou dobu vzdychat, plakat a mít potíže se soustředěním. Mohou také zažívat pocity bezmoci, opuštěnosti a osamělosti. Většina reakcí je součástí normálních reakcí na krizovou situaci. Komplikovaný zármutek nebo trvající zármutek může nastat, když pozůstalý není schopen se se smutkem vyrovnat. pro tuto situaci existuje i diagnóza zvaná *dysfunkční smutek*. To vede k dysfunkci v běžných životních činnostech. Projevem dysfunkce může být i zneužívání drog nebo alkoholu. Tito pozůstalí pak potřebují odbornou pomoc ve formě psychosociální, psychologické či psychotherapeutické péče (Špatenková, 2009).

Švýcarsko-americká lékařka Elisabeth Kübler-Rossová popsala fáze, kterými prochází člověk v kritické fázi nemoci, ale i v závěrečných fázích života. Tyto kroky, které jsou potřeba ke zpracování velké životní ztráty nebo krize, však mohou prožít i rodinní příslušníci, a to často v kratším časovém horizontu. Níže uvedené kroky popisují proces vypořádávání se se smutkem a tragédií. Byly vytvořeny na základě studie Kübler-Rossové a rozhovorů se stovkami umírajících nebo hospitalizovaných pacientů a jejich rodin. Sama autorka dodává, že tyto fáze nemusí probíhat v úplném a chronologickém pořadí, protože každý člověk je jedinečný. Zmíněný model je známý pod anglickou zkratkou DABDA a zahrnuje pět fází smutku:

1. **Fáze popírání – bezprostředně** po oznámení tragické zprávy nebo náhlé a nečekané smrti blízké osoby může nastat fáze popírání, ale jde jen o dočasnou obranu. Lze přirovnat k více či méně vleklé šokové situaci, kdy jedinec není ochoten přijmout novou situaci.
2. **Fáze agrese/hněvu – jedinec** si uvědomuje, že popírání nemůže pokračovat, pociťuje hněv a nenávisť. To je událost, která nejvíce ohrožuje dobré vztahy se zdravotníky. Agrese sama o sobě ukazuje na „špatný osud“, nikoli na zdravotníky, takže je důležité předvídat tento projev určitých jedinců a pomoci mu se do nich vcítit, aby nasměřovali svou agresi správným směrem.
3. **Fáze vyjednávání – jedinec** se snaží oddálit smrt všemi prostředky, zažívá naději, posouvá se k vyšší moci, když výměnou za něco žádá žít déle. Hledá zázračný lék a alternativní způsoby léčby.
4. **Fáze deprese – jedinec** si je vědom, že smrt určitě přijde, může mlčet, odmítá návštěvu, pláče. Cítí strach, úzkost, zoufalství a smutek. Tohoto jedince není vhodné podporovat, je lepší nechat toto období smutku uplynout. Pokud má jedinec sebevražedné sklony, pak je nutné s ním uzavřít tzv. protisebevražednou smlouvu. Jsou i případy kdy je nutné podat psychofarmaka.
5. **Fáze smíření (akceptace)** - jedinec přijímá jistotu své smrti nebo blízkého člověka, psychicky se uvolní a je schopen dobře spolupracovat s nemocničním personálem (Kübler-Rossová, 2015).

2.2.3 Role rodiny a její význam pro hospitalizovaného v intenzivní péči

Jakákoli změna zdravotního stavu působí negativně na lidskou psychiku. Člověk je během hospitalizace nucen změnit svůj zaběhnutý životní styl. Je omezen nebo často zcela vyloučen z běžných aktivit, což ovlivňuje mezilidské vztahy. Spolu s pacientem procházejí jeho příbuzní jednotlivými epizodami, které popsala Elisabeth Kübler-Ross. Rodina zaujímá v životě člověka nezastupitelnou funkci. Její význam se stává důležitější právě během hospitalizace členů. Vztahy v rodině určují úroveň a schopnost všech členů komunikovat. Jsou-li vztahy pozitivní, přispěje to k uzdravení pacienta. Když je komunikace v rámci rodiny dobrá a spolupráce mezi zdravotníky a rodinou také, je pro pacienta velkým přínosem (Tomová, 2016).

Příjem pacienta na JIP/ARO vždy způsobí bolest blízkým. Přístroje a doprovodné zvuky mohou být pro některé lidi velmi stresující. Rozhodně nevytváří vhodné prostředí pro komunikaci mezi zdravotníky a rodinami pacientů. Okolnosti mohou způsobit, že se

blízcí obávají nejistoty, utrpení milovaného a vlastního selhání. Tuto zvláštní psychickou zátěž rodinných příslušníků lze zvládnout včasným poskytnutím adekvátních informací o zdravotním stavu pacienta se srozumitelným a citlivým přístupem. Než rodinní příslušníci přijdou poprvé k nemocničnímu lůžku pacienta, musí se sestry a lékaři představit a informovat rodinné příslušníky pacienta o jeho zdravotním stavu. Je to z důvodu, aby před prvním setkáním s pacientem měla rodina základní obraz o stavu pacienta a příbuzní byli poučeni, jak k pacientovi přistupovat a jak s ním komunikovat. při prvním kontaktu dostává rodina velké množství informací, kterým nerozumí a nedokáže je ihned zpracovat, proto je vhodné informace opakovat (Tomová, 2016).

Pozitivní komunikací a chováním musí ošetrovatelský personál rozptýlit možnou počáteční nedůvěru člena rodiny. při odebírání nebo doplňování anamnézy je rodina nenahraditelným zdrojem důležitých informací, zejména tehdy, když pacient není schopen tyto informace poskytnout sám. Například, když se zdravotní stav pacienta zhorší a v případech, kdy proces léčby neprobíhá podle očekávání pacienta a rodiny, dojde k emočně stresovým situacím. Nejhorší je pro rodinu, když u pacienta zaznamená akutní zhoršení zdravotního stavu, psychického stavu, změnu vědomí, paranoidní vnímání a neschopnost verbální komunikace (Tomová, 2016).

Rodiny přeživších a zemřelých mohou mít potíže vyrovnat se se zkušenostmi na JIP, setkat se s psychologickými a sociálními důsledky vystavení se kritickému onemocnění. Úzkost je přítomna v 10 až 75 % rodin, přičemž příznaky PTSD jsou hlášeny u 8 až 42 % rodin a až u 50 % zesnulých nebo rodičů kriticky nemocných dětí. při propuštění bere jedna třetina rodin léky na depresi nebo úzkost. Stejně jako u pacientů, kteří přežili JIP, mohou tyto psychické následky přetrvávat řadu let. V rodinách zesnulých může docházet ke komplikovanému zármutku (Davidson et al., 2016). Celkem 35 % pacientů mělo psychiatrickou poruchu, ale pacienti s rodinnými návštěvami během pobytu na JIP měli o 21 % nižší riziko rozvoje psychiatrické poruchy (Moss et al., 2022; Nydahl, 2021).

2.2.4 Spolupráce rodiny a personálu v ošetrovatelském procesu

Ošetrovatelský proces začal ve Spojených státech v 60. letech 20. století a je spojen s rozvojem systémového přístupu, „vědy“ v ošetrovatelství. Jde o řadu plánovaných činností směřujících k dosažení určitého výsledku. Před zavedením metod ošetrovatelského procesu do klinické praxe byla péče o pacienta řízena lékaři a zaměřena spíše na nemoc než na individuální potřeby a spokojenost pacienta. Ošetrovatelský proces

lze popsat jako mentální algoritmus nebo analyticko-syntetickou metodu pro řešení ošetrovatelských problémů, při kterém kvalifikovaná sestra posuzuje stav pacienta a posuzuje efektivitu plánování, realizace a péče. Ošetrovatelský proces je nyní mezinárodním standardem v ošetrovatelství a jeho cílem je podpora zdraví a pozitivní změna zdraví pacientů. Podle ANA (American Nurses Association) má tento standard ošetrovatelské praxe pět fází: anamnéza, diagnostika, plánování, realizace a hodnocení. při práci s pacientem sestra nejprve zhodnotí celkový zdravotní stav pacienta, odebere ošetrovatelskou anamnézu, provede fyzický screening a použije své kritické myšlení k analýze obdržných dat a určí současné a budoucí problémy ošetrovatelské diagnózy. Stanovuje jejich cíle, očekávaný výstup a následnou ošetrovatelskou intervenci. Vytvářejí psanou a nyní stále více i elektronickou verzi plánu péče o jednotlivce, který zahrnuje ošetrovatelské diagnózy založené na prioritách pacienta, očekávaných výsledcích a ošetrovatelských intervencích. Péče se pak provádí podle připraveného plánu. Sledujeme pokrok stavu pacienta a zaznamenáváme jeho reakci na péči a její pokrok, po určité době vyhodnocuje efektivitu péče. Skutečný stav pacienta je porovnán s očekávanými výsledky. Pokud pacienti nejsou schopni činit vlastní a nezávislá rozhodnutí, mohou sestry kontaktovat příbuzné a požádat je o spolupráci (Mastiliaková, 2014).

Pozitivní podpora a vliv rodiny se velmi promítá do psychického stavu pacienta. Cílem zdravotníků je co nejdříve zapojit rodinu do ošetrovatelského procesu. Hned při první návštěvě sestra uvede rodině informace o organizaci péče o pacienta. Sestra je člověkem nejbližším k pacientovi a většinu času tráví službou s ním. V nejlepším případě může vytvářet příležitosti pro rodinu, aby se podílela na péči o pacienta. Sestra provádí rodinu opatřeními, hygienou a stravou pacienta, vysvětluje účel zařízení, jejich zvukové a světelné signály. Vysvětlí jim účel ošetrovatelských a lékařských procedur a na co si mohou sáhnout a s čím manipulovat. Poučí rodinu o tom, jak bezpečně zacházet s pacientem včetně polohování nebo přesunu pacienta. Aktivně zapojí rodinu do rehabilitace a hygienické péče o pacienta. V globálním měřítku musí být ošetrovatelská péče zaměřena na zapojení pacienta a celé jeho rodiny. Ošetřující personál musí rodinám poskytnout rozsah, v jakém by se měly a mohou podílet na péči o pacienty. pro dobrou spolupráci mezi rodinami a zdravotníky by měly být poskytovány snadno srozumitelné informace, které usnadní jejich interakci a komunikaci (Tomová, 2016).

2.2.5 Bazální stimulace

Nyní objasníme pojem bazální stimulace, neboť v něm je velký potenciál ve schopnosti rodiny podílet se na péči o blízkého, který je hospitalizován na jednotce intenzivní péče. Dosud neexistuje pevná definice základního pojmu stimulace, protože na ní lze nahlížet z mnoha úhlů i z mnoha různých vědních oborů. Obecně se snaží pomocí podnětů, které pacient dobře zná podporovat pacientovo vnímání okolního světa i sebe sama. Stimuly mohou být dotek, chuť, zvuk, vůně atd. Člověk v mysli zpracovává vjemy z okolí i ve vlastním těle a ukládá je do paměti. Každý jedinec má svůj vlastní způsob komunikace a svůj vlastní kognitivní systém. V bazální stimulaci řadíme dotek mezi základní lidskou schopnost. Jejím prostřednictvím se k nám přibližují okolní impulzy. Kontakt od zdravotníků je jediným způsobem, jak mnoho pacientů získává informace o sobě a o světě kolem nich. Proto by jejich kontakt měl být čistý, měl by mít správný tlak a být promyšlený. Nemělo by to u pacienta vyvolávat strach nebo nejistotu. V konceptu bazální stimulace informujeme pacienta o začátku a konci naší přítomnosti a našich činnostech pomocí iniciálního doteku. Nejvhodnější místo pro tento dotek určíme s pomocí příbuzných prostřednictvím biografii. Častým místem je paže, rameno nebo ruka. při prvním doteku je nutné poskytnout i verbální podporu, a to rozhovorem s pacientem, u kterého je dotek aplikován. Kdokoli, kdo je v kontaktu s pacientem, by měl provést prvotní kontakt a oslovení v souladu se zvyklostmi (Tomová, 2016).

Z hlediska konceptu bazální stimulace jsou příbuzní považováni za důležité partnery. Začleňujeme je do ošetrovatelského procesu. Sestra spolu s nejbližšími příbuznými pacienta zaznamenává autobiografickou anamnézu (obsahuje údaje ze senzorycké oblasti pacienta, údaje o vztazích, dětech, návycích a preferencích atd.), plánujeme intervence a formulujeme ošetrovatelské cíle. Prostřednictvím bazální stimulace mohou blízcí pacienta a zdravotníci podporovat pacientovo poznávání, komunikaci a pohyb. Bazální stimulace vychází ze znalosti kognitivních schopností plodu v prenatálním období od 9. týdne těhotenství ve vestibulárních, fyzických a vibračních doménách. Základní techniky jsou věnovány těmto třem oblastem stimulace. Mezi nadstavbové podněty patří sluchové, hmatové, čichové, orální a optické, podle znalosti postupně osvojovaných vlastností člověka v průběhu postnatálního vývoje (Tomová, 2016).

3 Praktická část

3.1 Cíle a výzkumné předpoklady/otázky

3.1.1 Cíle výzkumu

- 1) Popsat průběh hospitalizace v intenzivní péči.
- 2) Popsat psychický stav člověka nacházejícího se v krizové situaci.
- 3) Zjistit informovanost rodinných příslušníků o průběhu hospitalizace v intenzivní péči.
- 4) Zjistit, jak hospitalizace ovlivňuje rodinné příslušníky pacienta hospitalizovaného v intenzivní péči.

3.1.2 Výzkumné otázky

- 1) Jedná se o popisný cíl, výzkumná otázka nebyla stanovena.
- 2) Jedná se o popisný cíl, výzkumná otázka nebyla stanovena.
- 3) Jaké informace měla k dispozici rodina pacienta hospitalizovaného v intenzivní péči?
- 4) Jak hospitalizace rodinného příslušníka ovlivnila fungování rodiny?

3.2 Metody

Pro účely výzkumu bakalářské práce byla využita kvalitativní metoda sběru dat, konkrétně polostrukturovaný rozhovor, jakožto jeden ze dvou typů hloubkového rozhovoru. Rozhovor čítal 16 otevřených otázek, které byly určeny pro příbuzné lidí, kteří byli akutně hospitalizováni v intenzivní péči, mezi kterou počítáme jednotku intenzivní péče a anesteziologicko-resuscitační oddělení. Metoda hloubkového rozhovoru byla vybrána pro hlubší pochopení tázaného a lepší porozumění situace do které se dostal v důsledku náhlé hospitalizace svého příbuzného. Respondenti byli vybíráni na základě hospitalizace v nemocnicích Libereckého kraje. Rozhovory byly realizovány se 7 respondenty. Všichni dotazovaní byli seznámeni s účelem rozhovoru, jeho průběhem a následným zpracováním. Dále byli ujištěni o anonymitě zpracování dat, která byla

zajištěna označením respondentů pomocí písmene R a přiřazením čísla. Rozhovory byly nahrávány za účelem co nejpřesnějšího sběru dat. Data byla analyzována technikou kódování. Tato technika pracuje s textovou formou rozhovoru, kdy se text dělí na jednotky, které jsou analyzovány, označeny – kódovány. Jednotku může představovat jak samotné slovo, tak i slovní spojení, věta či celý odstavec. Kódování bylo prováděno v ruce metodou označovanou jako *papír a tužka*. Výsledky byly interpretovány formou schématu.

3.3 Analýza výzkumných dat a vyhodnocení cílů

Pořadí otázky	Otázka
1.	Pohlaví
2.	Kolik je vám let?
3.	Jaký je váš vztah k pacientovi?
4.	Co se stalo? Jaký byl důvod hospitalizace?
5.	Byl k Vám personál vstřícný a odpověděl na všechny vaše dotazy?
6.	Měl/a jste dostatek informací o nemocném?
7.	Byly pro Vás získané informace srozumitelné?
8.	Jsou nějaké informace, které Vám chyběly nebo na ně nebylo odpovězeno?
9.	Měl/a jste k dispozici informační brožuru? Byla by pro vás přínosná?
10.	Usnadnil Vám personál nějak tuto situaci? Jestli ano, jak?
11.	Byla Vám nabídnuta nějaká odborná pomoc při zvládnání této situace? Pokud ano, jaká?
12.	Jaká byla Vaše reakce na hospitalizaci?
13.	Jak se Vaše pocity vyvíjely v průběhu léčby?
14.	Jak hospitalizace ovlivnila Vaši rodinu?
15.	Cítil/a jste oporu ve své rodině?
16.	Zanechala na Vás hospitalizace nějaké následky?

Tabulka č. 1: Otázky z rozhovoru

Výzkumu se zúčastnilo 7 respondentů:

Respondent č. 1 (R1): muž, 29 let, nevlastní syn

Respondent č. 2 (R2): žena, 22 let, dcera

Respondent č. 3 (R3): žena, 26 let, sestra

Respondent č. 4 (R4): žena, 39 let, dcera

Respondent č. 5 (R5): žena, 35 let, vnučka

Respondent č. 6 (R6): muž, 31 let, syn

Respondent č. 7 (R7): žena, 77 let, manželka

První tři otázky se dotazovaly na pohlaví, věk a vztah k hospitalizovanému. Ve zkratce lze říci, že se jedná o smíšenou skupinu, kterou tvoří téměř jenom přírodní příbuzní hospitalizovaných, ve věku od 22 do 77 let. Respondenti byli vybíráni na základě místa, kde prožívali krizovou situaci. Jednalo se výhradně o nemocnice Libereckého kraje. Dalším kritériem pro výběr respondentů bylo umístění pacienta v rámci nemocnice. Mohlo se jednat o jednotku intenzivní péče či anesteziologicko-resuscitační oddělení. Na věku či pohlaví respondenta nezáleželo. Rozhovory byly realizovány osobně. Pro analýzu rozhovoru jsme využili předem stanovené kategorie a podkategorie, které si kladly za cíl nejenom rozčlenit zkoumané téma, ale hlavně utřídit získané informace pro vyhodnocení. Níže jsou zmíněné kategorie vypsány:

1) Jaké informace měla k dispozici rodina pacienta hospitalizovaného v intenzivní péči?

1a) Dostatečné množství informací

1b) Porozumění informacím

1c) Podpora od personálu

2) Jak hospitalizace rodinného příslušníka ovlivnila fungování rodiny?

2a) V pracovní sféře

2b) V běžném životě

2c) V rodinném soužití

3.3.1 Kategorie 1: Jaké informace měla k dispozici rodina pacienta hospitalizovaného v intenzivní péči

Podkategorie 1a se zabývá otázkou, jestli měla rodina dostatečné množství informací. K této podkategorii se vztahují dvě otázky.

Byl k Vám personál vstřícný a odpověděl na všechny vaše dotazy?

Ve všech případech byl personál nemocnice podle názoru respondentů vstřícný. V případě jakýchkoliv dotazů vždy odpověděl dle svých kompetencí. Pokud bylo potřeba, zdravotní sestra odkázala respondenta na ošetřujícího lékaře, který vždy zodpověděl otázky týkající se zdravotního stavu pacienta. Na otázky, například o chodu oddělení, přístrojovou techniku, o návštěvním řádu apod., odpovídala zdravotní sestra. V průběhu rozhovoru se nabízel otázka ohledně dostatečného poskytování informací o pacientovi. Respondentka R4 uvedla: *„Pokaždý, když jsme telefonicky mluvili s někým, tak vždycky jako jo byl. Jako nikdy se nestalo, že by byla taková neochota podání informací nebo nějaká nechuť, nebo odpověď ne, to jsem se nesetkala.“*

Proto následovala otázka: ***Měl/a jste dostatek informací o nemocném?***

Šestá otázka byla z důvodu získání hlubších informací rozdělena na více podotázek. První z nich se týkala informací o zdravotním stavu nemocného. V této části všichni respondenti odpovídali kladně ohledně dostatku informací, které od nemocničního personálu obdrželi. Respondent R4 dokonce uvedl, že mu byly informace o pacientovi poskytovány denně v závislosti na proměnách zdravotního stavu. Všem respondentům také byly sděleny informace o prognóze pacienta. Respondentka R3 uvedla: *„Jo jako máma věděla kompletně všechno a kdykoliv se cokoli dělo, tak jí hned volali. To jako tady v tom byli fakt na jedničku.“*

Přirozeně poté z rozhovoru vyplynula otázka ohledně znalosti návštěvního řádu oddělení, kdy příbuzní (R1, R2, R3, R6) uvedli, že jim personál sdělil, kdy mohou navštívit svého blízkého a že tato informace byla napsána u vchodu na oddělení. Respondentovi R5 také personál vysvětlil návštěvní dobu a dovolil návštěvy i mimo ni. Respondentům R4 a R7 návštěvní řád nesdělili, a to kvůli v té době aktuálním proticovidovým opatřením, která zakazovala návštěvy v nemocnicích.

Důležitou součástí je i péče o příbuzného v době po ukončení hospitalizace a návratu domů, proto se nabízel rozšiřující otázka, zda byli respondenti poučeni o následné péči doma. Dvěma respondentům (R1, R2) personál sdělil, jak mají

pokračovat v péči o rodinného příslušníka po propuštění do domácí péče. U R3 byl příbuzný z jednotky intenzivní péče přeložen do rehabilitačního zařízení, tudíž personál nic o pokračování péče doma neříkal. Následně, při propuštění z rehabilitačního zařízení, již personál rodinu obeznámil a proškolil v pokračující péči. V případě R4 nemocnice žádné informace o následné péči neposkytla. Dle našeho názoru personál příbuznému informace mohl sdělit, ale respondent si na toto sdělení buď nevzpomněl anebo je nevyhodnotil jako následnou péči. Případně si pacientův zdravotní stav nevyžadoval žádnou neobvyklou péči v domácím prostředí. Bohužel u zbylých respondentů (R5, R6, R7) příbuzní v nemocnici zemřeli, tudíž žádné informace o domácí péči nemohly být podány.

Následovala otázka, která zjišťovala, zda respondenti obdrželi dostatek informací o přeložení pacienta na jiné nebo standardní oddělení. Respondenti (R3, R4, R5) odpověděli, že jim personál sdělil všechny informace o překladech jejich příbuzného. R2 byly tyto informace sděleny až poté, co se dotázal. R1 žádné informace o překladech nevěděl a u zbylých dvou (R6, R7) také nebyly sděleny, protože příbuzní zemřeli na jednotce intenzivní péče.

Jsou nějaké informace, které Vám chyběly nebo na ně nebylo odpovězeno?

Téměř všichni dotazovaní vypověděli, že personál byl velmi vstřícný ke všem jejich otázkám a odpovídal tak, aby to bylo srozumitelné i pro laiky. Respondentka č. 2 uvedla, že „*když ještě nevěděli úplnou diagnózu tak ano, ale poté, když diagnózu věděli, tak ne.*“, tedy že s novými informacemi byly otázky zodpovězeny. Odlišným případem byla situace u respondenta R7, kdy byl stav u pacienta označen jako infaustní, tedy beznadějný. V důsledku toho si respondent kladl otázku, proč není péče o pacienta dále rozvíjena, lékařů se však nezeptal, protože nechtěl.

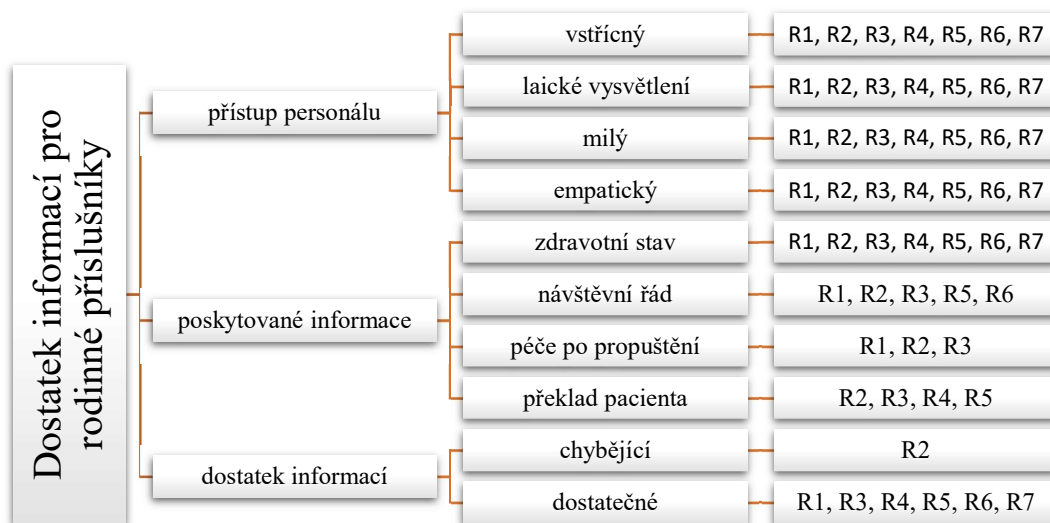


Schéma č. 1: Dostatek informací pro rodinné příslušníky

V **podkategorii 1b** jsme chtěli zjistit, jestli rodina sděleným informacím porozuměla. K této podkategorii se vztahují tři otázky.

Co se stalo? Jaký byl důvod hospitalizace?

Tato otázka sloužila jako úvod do rozhovoru. Klade si za cíl zjištění situace, která předcházela hospitalizaci a co bylo příčinou hospitalizace příbuzného. U čtyř respondentů (R2, R4, R6, R7) předcházelo u rodinných příslušníků náhlé zhoršení zdravotního stavu, kvůli čemuž bylo nutné pacienta převést do nemocnice a umístit ho na jednotku intenzivní péče. Respondentka R4 uvedla: „*je to tak asi před třema rokama byla mamka hospitalizovaná v nemocnici, protože ji našli covid a ten byl teda ještě o to víc komplikovanej, protože měla oboustranný zápal plic.*”

U Respondentů R1 a R3 předcházel hospitalizaci příbuzných pád v důsledku sportu. V prvním případě se jednalo o těžké poranění hlavy s těžkým otřesem mozku a frakturou lebky, v druhém případě došlo k poranění páteře (oblast krku). Babička respondentky R5 byla nalezena po delší době ve svém bytě, kde žila sama, ochrnutá, proto nemohla reagovat na snahy o komunikaci či návštěvu příbuzných. Kvůli podezření na cévní mozkovou příhodu byla převezena do nemocnice. Poslední respondent R7 uvedl, že jeho matka měla potíže s dýcháním, otok krku a hlavy. V nemocnici lékaři diagnostikovali nádor v mezihrudí a poté se na bronchoskopickém vyšetření uvolnila krevní sraženina z plic. ve všech případech se tedy jednalo o akutně vzniklé obtíže, které

bylo nutné řešit převozem do nemocnice. Důsledkem toho byli respondenti vystaveni náhle vzniklé situaci, kterou nemohli očekávat. Vznikla tedy spousta otázek.

Byly pro Vás získané informace srozumitelné?

Většina respondentů se shodla, že všechny informace, které jim byly podány personálem, byly srozumitelné a podány v podobě, aby jim porozuměl laik. Respondentka R5 uvedla: „*Jo to jo. Většinou jsem se ptala jako laik. Takže mi odpovídali jako laikovi*”. Výjimku tvořil respondent R2, u něhož předané informace nejdříve srozumitelné nebyly, jelikož ani personál přesně nevěděl, o jaké onemocnění se jedná. po zjištění přesné diagnózy byl personál vstřícný a sdílný. V případě, že respondent určitým informacím neporozuměl, dohledal si je sám na internetových stránkách, protože mu to také bylo doporučeno od personálu.

Měl/a jste k dispozici informační brožuru? Byla by pro vás přínosná?

Otázka si kladla za cíl zjistit, zda je příbuzným pacientů nabízen nějaký materiál, který by jim usnadnil příchod na oddělení intenzivní péče, zároveň je poučil o chování, které je a není vhodné a poskytl základní informace, aniž by bylo nutné je dohledávat nebo získávat od personálu nemocnice. Pouze v případě respondentů R3 a R5, ačkoliv nebyl leták poskytnut přímo, byly alespoň nějaké informační prospekty dostupné na oddělení. U ostatních takovéto materiály zcela chyběly nebo na ně personál příbuzné neupozornil. Respondentka R2 uvedla: „*Vůbec žádnou jsem neviděla, ani nám nikdo žádnou nedal. To asi ne*”.

Dle odpovědí dotazovaných by takovýto leták byl určitě přínosný, protože by v něm mohli zjistit mnoho informací o chodu oddělení, jako například: kdy si zavolat pro informace o hospitalizovaném, kdy mohou navštívit svého příbuzného nebo například co nosit nebo naopak přinést pacientovi.

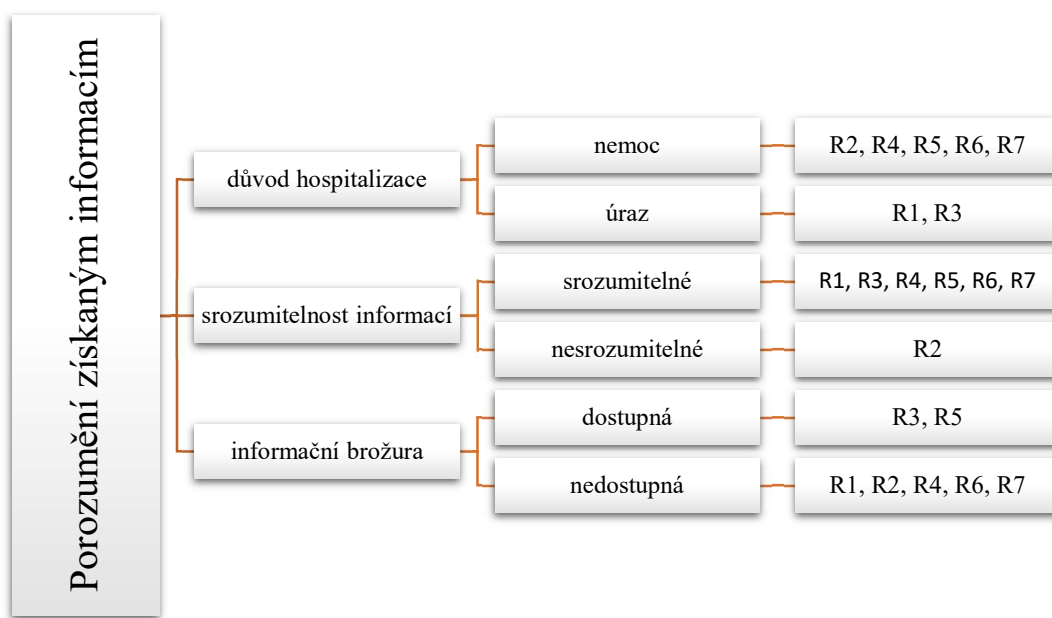


Schéma č. 2: Porozumění získaným informacím

Podkategorie 1c se týká otázky podpory ze strany personálu. K této podkategorii se vztahují dvě otázky.

Usnadnil Vám personál nějak tuto situaci? Jestli ano, jak?

Se získáváním informací souvisí i přístup personálu nejen k pacientovi, ale právě k příbuzným. Proto bylo na místě se zeptat, jestli se jim zdravotníci snažili situaci nějakým způsobem ulehčit. Každý respondent odpovídal trochu jinak, ale všichni dotazovaní se shodli, že byl personál vstřícný, milý, empatický a dobře komunikoval, což jejich nelehkou situaci usnadňovalo.

Nyní krátce rozebereme odlišnosti v odpovědích příbuzných. Respondentka R3 zmínila, že pracovníci nemocnice pro ni byli psychickou oporou a pomohli zvládnout tuto náročnou situaci. Respondent R5 vypověděl, že ho personál proškolil v polohování pacienta. V případě respondenta R6 hrál roli i fakt, že příbuzný pouze spal a respondentka s ním chtěla hovořit, avšak nevěděla, zda bude mít komunikace s pacientem význam, zda ji uslyší. Sestřička však potvrdila, že v takových situacích lidé mohou vnímat hlas svých blízkých. Respondentka R6 uvedla: „mluvila jsem na manžela, ale nevěděla jsem, jestli to má nějaký smysl. Zeptala jsem se sestřičky a ta mi řekla, že ano“. Poslední účastník rozhovoru respondent R7 ocenil upřímnost personálu ohledně zdravotního stavu, ačkoliv nebyl vůbec příznivý.

Byla Vám nabídnuta nějaká odborná pomoc při zvládnutí této situace? Pokud ano, jaká?

Následně se nabízela otázka, zda byla příbuzným nabídnuta nějaká odborná pomoc pro usnadnění situace ze strany nemocnice. ve většině případů, žádná taková pomoc nabídnuta nebyla. Pravděpodobně si to buď stav příbuzných nevyžadoval nebo na to nebyl brán zřetel. Každopádně u respondentů R3 a R5 pomoc nabídnuta byla. Respondentovi R3 byla nabídnuta psychologická podpora a zároveň vnímal jako podporu i vlídné chování personálu nemocnice. Respondentka R3 uvedla: „*Myslím si, že jo, že určitě psycholog minimálně, ale uklidňovali mě i sestřičky*“. Respondentovi R5 byla nabídnuta sociální pracovnice pro řešení záležitostí pacienta, který z dlouhodobého hlediska nebyl schopný rozhodovat sám za sebe.

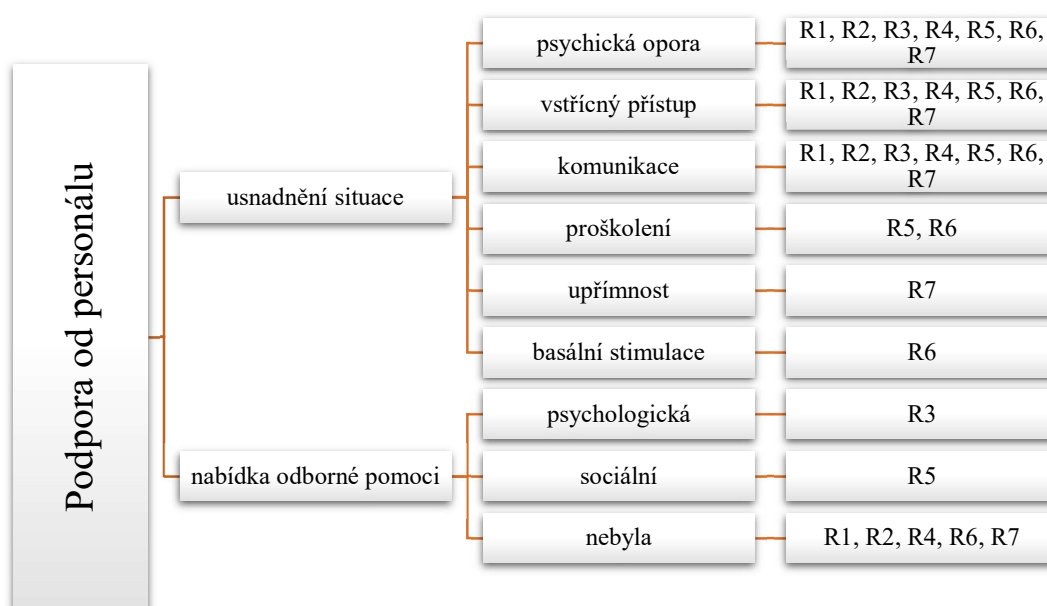


Schéma č. 3: Podpora od personálu

3.3.2 Kategorie 2: Jak hospitalizace rodinného příslušníka ovlivnila fungování rodiny?

Podkategorie 2a zjišťuje, jak tato situace ovlivnila v pracovní/školní sféře. K této podkategorii se vztahuje jedna otázka.

Jak se Vaše pocity vyvíjely v průběhu léčby?

Respondent R1 jako jediný vypověděl, že ho tato situace, co se týká emocí, moc neovlivnila. Důvodem mohl být fakt, že se jednalo o nevlastního otce. Respondentka R2

měla smíšené pocity. Jelikož pracuje jako zdravotní sestřička, uvědomovala si zlepšení stavu, ale na druhou stranu strach o otce byl stále silný. Následkem této vypjaté situace však nezvládla zkoušku na vysoké škole a byla ze studia vyloučena. Respondentka R3 vypověděla, že nejdříve byla velice smutná, ale s vyvíjející se situací se postupně smířila s nezvratným zdravotním stavem bratra (upoutání na invalidní vozík). Respondentka R3 uvedla: *„tak nejdřív seš smutnej, že se něco takového stalo, pak se s tím jako smíříš. A dneska si už z něj děláme srandu, jestli nás doběhne a tak“*. Dnes už jsou schopni o této situaci i vtipkovat. Když respondentce R4 zavolali z nemocnice a podali jí informaci o tom, že se její matka pravděpodobně nedožije dalších dnů. Uvedla: *„No tak určitě se vyvíjeli určitě ty první dny to byly takový jakoby říkám to zoufalství a ta beznaděj a pak přišla vlastně ta informace, že ji dávají na ventilátor a nevědělo se, jestli se dožije ráno, tak tam teda to neumím ani snad vyjádřit slovem. To bylo absolutně prostě, absolutní dno“* Psychický stav se natolik zhoršil, že ačkoli není věřící, prosila o pomoc anděly. Když se stav zlepšil, bylo pro respondentku obrovskou úlevou slyšet hlas své matky alespoň během telefonního hovoru (covidová situace neumožňovala návštěvy). Respondentka R5 se obávala smrti své blízké. Neustále byla frustrována z pohledu na paralyzovanou příbuznou. Proto jí dělal radost každý drobný pohyb, který mohl naznačovat alespoň malé zlepšení stavu. Bohužel, v důsledku dlouhodobé hospitalizace a neměnného stavu, si uvědomila, že by byla pro babičku smrt úlevou. V osobním životě jí byly oporou časté návštěvy, v pracovním se však projevovala nervozita. Z počátku byla předposlední respondentka R6 ze situace vylekaná. Projevovala lítost, že si s manželem nemohla promluvit od doby, co byl hospitalizován, jelikož stále spal. Trochu ji uklidnilo, když jí sestřička sdělila, že ji může i v takovémto stavu vnímat. Stejně jako v předchozím rozhovoru, i zde došlo k uvědomění, že pro něj bude smrt vysvobozením. Naštěstí pro ni byla rodina také oporou. Tuto dotazovanou situace nijak neovlivnila, jelikož již byla v důchodovém věku. Respondent R7 nejčastěji myslel na to, že nemůže být se svou matkou a naopak, že ona musí být v této těžké situaci sama v nemocnici. Jeho psychický stav se každým dnem zhoršoval, proto se snažil vyhledávat společnost a chodit do přírody. Malou naději mu dala informace, že mámu ještě pustí domů, avšak k tomu už nedošlo. Také uvedl, že tato situace ovlivnila kvalitu jím vykonané práce, protože stále myslel na svoji matku a nebyl schopný se soustředit na svou práci. Ačkoli se pocity všech respondentů vyvíjely velice odlišně a každý reagoval individuálně přiměřeně své situaci a vztahu k blízkému, lze zde vysledovat poslední fázi smutku dle Kübler-Rossové, kterou je *smíření* (viz kapitola 2.2.2 *Reakce rodiny na akutní hospitalizaci příbuzného*).

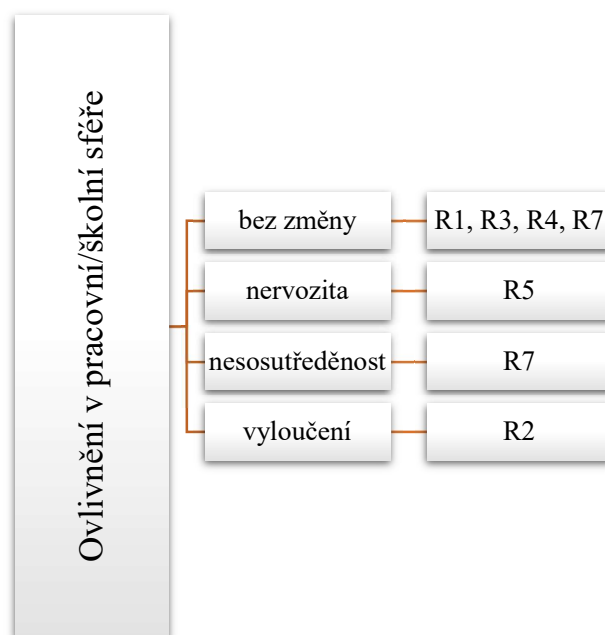


Schéma č. 4: Ovlivnění v pracovní/školní sféře

Podkategorie 2b zjišťuje, jak hospitalizace ovlivnila respondenty v běžném životě. K této podkategorii se vztahují dvě otázky.

Jaká byla Vaše reakce na hospitalizaci?

V této otázce u všech respondentů převazovaly smíšené pocity, které se v této situaci daly očekávat. Samozřejmě každý situaci vnímal individuálně v závislosti na příbuzenském vztahu a blízkosti k osobě. Mezi nejčastěji zmíněné pocity ale u většiny patřil hlavně strach a nejistota, smutek. Respondentka R4 uvedla: „*No tak tam jsou ty pocity strašné. To to je zoufalství, bezmoc, smutek, beznaděj a úplně prostě strach o život blízkého prostě nevíš, jestli se dožije ráno, ani se to nedá popsát*“. Zajímavým jevem byla reakce respondenta R7, který nemluvil jen o pocitech vůči hospitalizovanému, ale ve svých myšlenkách litoval také neuskutečněných činů a nevyřčených slov vůči své matce.

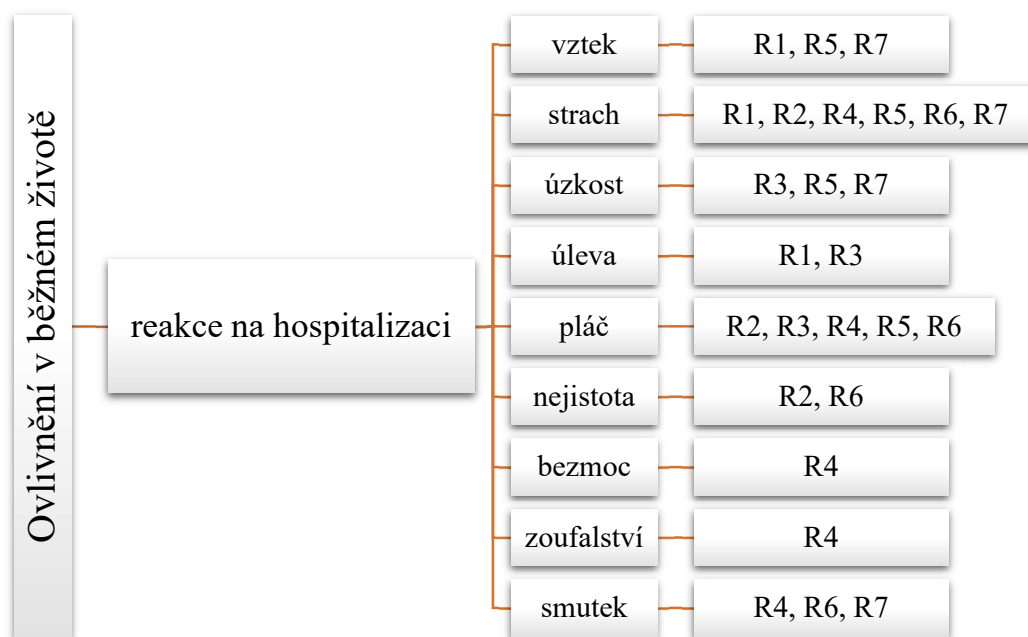


Schéma č. 5: Ovlivnění v běžném životě

Zanechala na Vás hospitalizace nějaké následky?

Nejen, že vzniklá situace ovlivňuje rodinu jakožto celek, ale zanechává stopy i na příbuzných samotných. Proto jsme se každého respondenta zeptali, zda ho hospitalizace příbuzného ovlivnila. Respondenti R1, R5 a R6 vypověděli, že na nich žádné následky nezůstaly. Respondentka R5 zdůraznila, že vztahy v rodině měli vždy fungující, a proto zůstaly stále stejně dobré. Respondentka R2 uvedla větší strach o svého otce, jelikož je zdravotní sestra, proto po hospitalizaci častěji kontroluje jeho zdravotní stav. Respondenti R3 a R4 se shodují v uvědomění si ceny života, že se vše může hodně rychle změnit. Respondentka R3 uvedla: „*Asi určitě no. No, protože ti dojde, že vlastně je to úplně jednoduché se praštit a skončit na vozejku. A letos už to budou 2 roky a brácha furt nechodí, takže jako že ti to tak nějak líto že jo, trošku to jako prožíváš tu situaci sním*” respondentka R3 zmiňuje i větší náročnost plánování výletů a dalších aktivit s bratrem, který je od nehody upoután na vozík, ale s odstupem času už tuto skutečnost neberou tak vážně jako z počátku. Respondentka R4 vypověděla, že jí tato situace změnila životní hodnoty a vztah s matkou, kdy si uvědomila, že by ji neměla zatěžovat nedůležitými věcmi a tolik se s ní dohadovat. Také jí každý rok, na výročí návratu domů, nosí kytku ke znovunarození se. Respondent R7 při rozhovoru zmínil: „*trvalo mi přes rok, než bolest otupěla a mně se podařilo vrátit se zpátky do radostného života*”. se situací se tedy sžíval velice dlouho, jelikož pacientka nemoci podlehla.

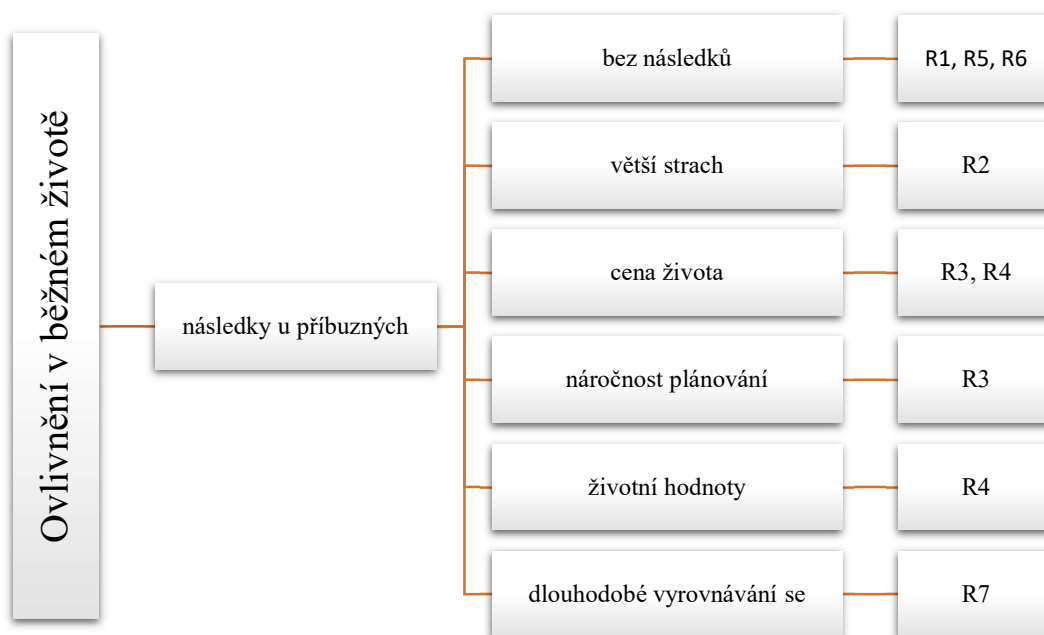


Schéma č. 6: Ovlivnění v běžném životě

Podkategorie 2c zjišťuje ovlivnění v rodinném soužití. K této podkategorii se vztahují dvě otázky.

Jak hospitalizace ovlivnila Vaši rodinu?

Jelikož byla rodina ve většině případů na blízku, zaměřili jsme se i na to, zda situace ovlivnila rodinné vztahy. Respondentka R6 uvedla: „*Když byl manžel v nemocnici jezdily jsme za ním celá rodina a jezdily i zamnou domů abych tam nebyla sama. Byla jsem moc ráda a sblížilo nás to.*” Během této otázky jsme se u respondentů nejčastěji setkali s myšlenkou sblížení celé rodiny v těžkých situacích, které mohou nastat a také uvědomení si reality, že rodina je velice důležitá a bohužel není jistotou ani samozřejmostí, že s námi příbuzný bude do pokročilého věku, jak se předpokládá. Dále pak utřebením hodnot v životě, co je a není důležité.

Respondent R5 uvedl: „*Nás to hodně jako semklo, my jsme vlastně komunikovali v tu chvíli jako každý den. Všichni se všema, osobně nebo přes telefon, ale vlastně říkám bylo nás dohromady třeba jenom 11 lidí, který vlastně každý den buď informovali, nebo předávali informace. Takže, my jsme byli opravdu jako každý den v kontaktu všichni*”.

Cítil/a jste oporu ve své rodině?

Z předchozí otázky vyplynula i odpověď na téma opory v rodině, kdy se všichni shodli, že pro ně byla důležitou součástí zvládnání této situace. pro ujištění se, byla otázka položena přímo a odpovědí bylo vždy jednoznačné ano.

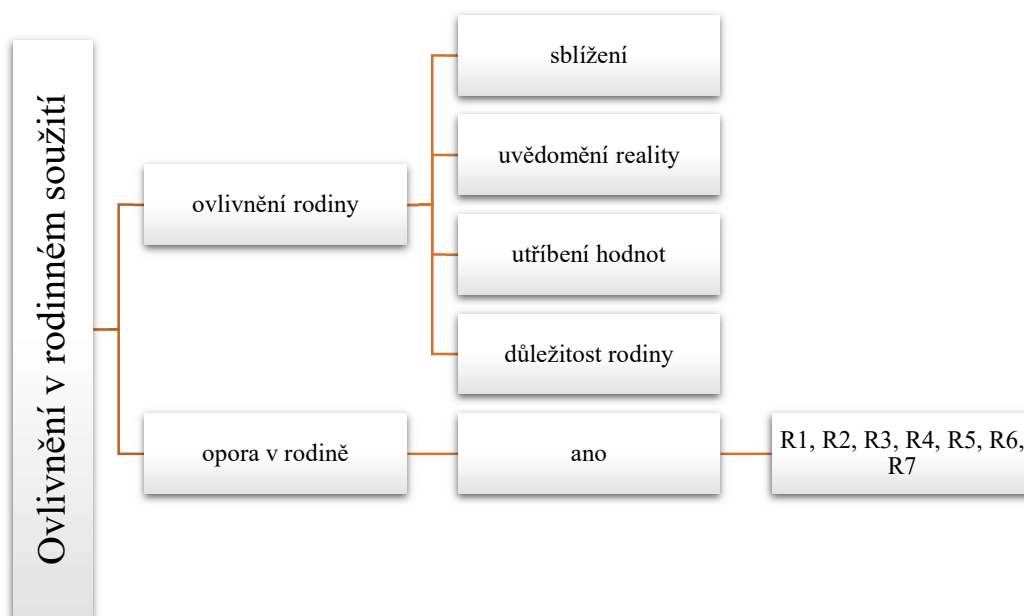


Schéma č. 7: Ovlivnění v rodinném soužití

3.4 Vyhodnocení cílů a výzkumných otázek/předpokladů

Po provedení rozhovorů a prozkoumání odborné literatury byla provedena analýza výzkumných cílů a otázek. V bakalářské práci byly stanoveny čtyři výzkumné cíle ke dvěma z nich byly přiřazeny dvě otázky pro výzkum.

3.4.1 Vyhodnocení výzkumného cíle č. 1

Prvním výzkumným cílem kvalifikační práce bylo popsat průběh hospitalizace v intenzivní péči, jelikož se jednalo o cíl popisný, první výzkumná otázka nebyla stanovena.

3.4.2 Vyhodnocení výzkumného cíle č. 2

Druhým výzkumným cílem této práce bylo popsat psychický stav člověka nacházejícího se v krizové situaci. Jelikož se jednalo o cíl popisný, druhá výzkumná otázka nebyla stanovena.

3.4.3 Vyhodnocení výzkumného cíle č. 3

Třetím výzkumným cílem kvalifikační práce bylo zjistit informovanost rodinných příslušníků o průběhu hospitalizace v intenzivní péči. K vyhodnocení tohoto výzkumného cíle sloužila třetí výzkumná otázka: *Jaké informace měla k dispozici rodina pacienta hospitalizovaného v intenzivní péči?* Abychom mohli tuto otázku vyhodnotit, vytvořili jsme tři podkategorie.

První podkategorie se zabývala otázkou, zda měli rodinní příslušníci dostatečné množství informací. Z odpovědí respondentů vyplývá, že nemocniční personál byl vstřícný a odpovídal na dotazy pacientů a jejich rodinných příslušníků dle svých kompetencí. Respondenti obdrželi informace o zdravotním stavu pacienta i prognóze. Informace o návštěvním řádu byla poskytnuta všem respondentům s výjimkou dvou z nich, u nichž bylo návštěvám bráněno kvůli, v té době platným proticovidovým opatřením. Dvěma respondentům personál sdělil, jak mají pokračovat v péči o pacienta po propuštění do domácí péče, u jednoho byl pacient přeložen do rehabilitačního zařízení a v dalších případech byli pacienti hospitalizováni až do úmrtí. Na základě těchto informací můžeme usoudit, že rodina obdržela dostatek informací o zdravotním stavu pacienta, prognóze, návštěvním řádu a o tom, jak se postarat o pacienta po propuštění z nemocnice. V některých případech mohla být informace poskytnuta lépe, ale obecně platí, že personál se snažil odpovídat na otázky a poskytnout potřebné informace.

V druhé podkategorii jsme se snažili zjistit, jestli byly všechny informace předané personálem pro rodinné příslušníky srozumitelné a pochopitelné. Pověštinou z rozhovorů vyplynulo, že byly informace podány srozumitelně a v podobě, kterou pochopili i laici. To by mohlo znamenat, že personál nemocnice se snaží být vstřícný a poskytovat informace tak, aby byly co nejjasnější a srozumitelné pro všechny.

Nicméně jeden z respondentů zmínil, že pro něj informace nebyly zpočátku srozumitelné, pravděpodobně díky nejasné diagnóze, která byla stanovována postupně s novými informacemi. S profilující se diagnózou se stávaly informace postupně srozumitelnější. Celkově tato otázka poukazuje na důležitost vzdělání personálu nemocnice a jeho dostatečnou informovanost, aby mohl poskytnout rodinám pacientů co nejlepší informace. Čemuž dle odpovědí respondentů tak bylo.

Dalším zjištěním z dotazování je, že informační leták pro příbuzné často na odděleních intenzivní péče chybí, jelikož pouze respondenti R3 a R5 odpověděli, že si nějakého informačního materiálu všimli, ale nabídnut domů jim nebyl. Zbytek

respondentů si žádné informační brožury nevšiml anebo jim nebyl ani nabídnut, což ukazuje na fakt, že žádné takové letáky nemocnice nemají anebo je personál nedostatečně upozorňován na to, aby rodinám tyto materiály nabízel.

Z odpovědí respondentů je patrné, že by bylo výhodné, kdyby rodinám pacientů byly nabídnuty letáky nebo prospekty, které by obsahovaly základní informace o chodu oddělení intenzivní péče, možnostech návštěv a komunikace s personálem. Takové materiály by mohly pomoci rodinám pacientů zorientovat se na oddělení, snížit stres a usnadnit jim komunikaci s personálem. Celkově by tedy bylo vhodné, aby personál nemocnice poskytoval rodinám pacientů co nejvíce informací a nabízel jim relevantní informační materiály, aby mohly lépe porozumět situaci svého blízkého a snáze se orientovat na oddělení intenzivní péče.

Ve třetí podkategorii jsme zjišťovali, jakou podporu měli rodinní příslušníci od nemocničního personálu.

Všichni dotazovaní hodnotili personál nemocnice jako vstřícný, milý, empatický a dobře komunikující, což mělo pozitivní vliv na zvládnání jejich náročné situace spojené s hospitalizací jejich blízkých. Respondent R3 například uvedl, že personál nemocnice byl pro něj psychickou oporou a pomohl mu zvládnout tuto náročnou situaci. To naznačuje, že personál nejen poskytoval odbornou péči pacientům, ale také se snažil být podpůrnou silou pro jejich rodiny.

Respondent R5 dokonce zmínil i konkrétní formy podpory, kterou personál nemocnice nabídl. Uvedl, že byl personálem proškolen v polohování pacienta. To naznačuje, že personál se snažil rodinám pacientů poskytnout praktické rady a dovednosti, které jim mohou pomoci lépe se starat o své blízké.

Někteří respondenti také zmínili nabídku odborné pomoci pro usnadnění situace ze strany nemocnice. Respondent R3 uvedl, že mu byla nabídnuta psychologická podpora. Respondent R5 pak zmínil nabídku sociální pomoci pro řešení záležitostí pacienta, který nebyl schopen rozhodovat sám za sebe. Tento přístup ukazuje, že personál nemocnice se snažil nabídnout rodinám pacientů odbornou pomoc v různých oblastech, které mohou být spojené s péčí o nemocného.

Nicméně, i když někteří respondenti uvedli, že jim byla nabídnuta odborná pomoc, zdá se, že tato nabídka nebyla vždy automaticky poskytována všem respondentům. Není zcela jasné, proč tomu tak bylo. Mohlo to být způsobeno tím, že stav příbuzných nenaznačoval potřebu takové pomoci nebo personál nebral dostatečný zřetel na potřeby rodin pacientů. Případně je možná varianta, že personál nemá dostatečné znalosti o tom,

jaké možnosti se v péči o psychické zdraví příbuzných nabízejí. Situaci by mohly zlepšit školení pro personál. To by mohlo být tématem pro další zkoumání a zlepšování péče o pacienty a jejich rodiny.

Můžeme tedy říct, že personál nemocnice se snažil poskytovat podporu rodinám pacientů a byl kladně hodnocen. Nabízená podpora zahrnovala jak praktickou pomoc, například v oblasti informací a dovedností, tak i psychosociální podporu. Nicméně nebyla nabízena automaticky všem respondentům, což naznačuje potřebu zlepšit konzistentnost poskytování podpory rodinám pacientů.

3.4.4 Vyhodnocení výzkumného cíle č. 4

Čtvrtým výzkumným cílem kvalifikační práce bylo zjistit, jak hospitalizace ovlivňuje rodinné příslušníky pacienta hospitalizovaného v intenzivní péči. K vyhodnocení tohoto výzkumného cíle sloužila čtvrtá výzkumná otázka, která zní: Jak hospitalizace rodinného příslušníka ovlivnila fungování rodiny? Abychom mohli tuto otázku vyhodnotit, vytvořili jsme tři podkategorie.

První podkategorie se zabývala ovlivněním v pracovní/školní sféře.

Hospitalizace rodinného příslušníka může mít významný vliv na pracovní nebo školní život respondentů, jak ukazují výpovědi dotazovaných. Respondent R1 uvedl, že tato situace nijak neovlivnila jeho pracovní život, pravděpodobně proto, že se jednalo o nevlastního otce. Respondentka R2, která pracuje jako zdravotní sestřička, měla smíšené pocity. Dle výsledků vyšetření věděla, že se zdravotní stav jejího otce zlepšuje, ale neustále o něj měla strach. Tato vypjatá situace se nakonec podrazila v jejím studiu, když nezvládla zkoušku na vysoké škole a byla ze studia vyloučena.

Respondentka R3 pocítovala nejdříve velký smutek, ale postupně se smířila s nezvratným zdravotním stavem svého bratra, který byl upoután na invalidní vozík. Dnes už jsou schopni s rodinou i vtipkovat o této situaci, což naznačuje, že dosáhli určitého smíření s tímto stavem. Respondentka R4 zažila velmi obtížnou situaci, když jí z nemocnice zavolali a podali informaci, že matka pravděpodobně zemře. Její psychický stav se výrazně zhoršil a prosila o pomoc "anděly", i když není věřící. Nicméně, když se stav její matky zlepšil a mohla s ní hovořit alespoň telefonicky, kvůli omezením způsobeným covidovou situací, bylo to pro ni obrovskou úlevou.

Respondentka R5 se obávala smrti své blízké a byla frustrována pohledem na její zdravotní stav, kdy byla upoutána na lůžko a odkázána na pomoc ostatních. Nicméně jí udělal radost každý pohyb, který babička zvládla, protože mohl znamenat uzdravení.

Avšak s dlouhodobou hospitalizací a neměnným stavem se postupně začala smiřovat s tím, že pro ni smrt bude úlevou. V osobním životě jí byly oporou časté návštěvy a zbytek rodiny, avšak v pracovním životě se projevovala nervozita.

Respondentka R6 tato situace neovlivnila v pracovním ani školním životě, jelikož již byla v důchodovém věku. Respondent R7 uvedl, že nejčastěji myslel na to, že nemůže být se svojí matkou a ona musí být na tuto situaci sama. Každým dnem se cítil hůř a hůř snažil se chodit do přírody nebo vyhledávat společnost přátel, aby svou mysl zaměstnal jinak. Na malou chvíli se mu ulevilo, když dostal informaci, že by mohla mamka domů, ale k tomu už bohužel nedošlo. Tato situace ovlivnila kvalitu práce, kterou vykonával, protože se na ní nebyl schopen soustředit.

Druhá podkategorie se zabývala ovlivněním v běžném životě.

Hospitalizace rodinného příslušníka měla zjevný vliv na respondenty v jejich běžném životě. Většina z nich vyjádřila smíšené pocity, které byly očekávatelné v této situaci. Mezi nejčastěji zmíněné emoce patřil strach a nejistota ohledně zdravotního stavu příbuzného, smutek z jeho hospitalizace, vztek na situaci, úleva, pláč a zoufalství z nepříznivé situace.

Zajímavým zjištěním byla reakce jednoho z respondentů, který se neomezoval jen na pocity vůči hospitalizovanému příbuznému, ale také litoval neuskutečněných činů a nevyřčených slov vůči své matce. Tento příklad ukazuje, že hospitalizace může mít širší dopad na respondenty nejen ve vztahu k hospitalizovanému příbuznému, ale také na jejich vztahy a komunikaci s ostatními členy rodiny.

Dále respondenti uváděli uvědomění si ceny života a toho, že se vše může hodně rychle změnit. Respondentka R2 zmínila, že po hospitalizaci svého otce začala častěji kontrolovat jeho zdravotní stav a má větší obavy o jeho zdraví. Respondentce R4 se dle jejich odpovědí změnilы životní hodnoty a priority, více zaměřuje svou pozornost na důležité věci a nehádá se se svou matkou kvůli zbytečností.

Respondentka R3 zmínila praktické dopady hospitalizace svého bratra, na svůj běžný život. Například změny v plánování výletů a aktivit s hospitalizovaným příbuzným, který je omezen na vozík po nehodě. Avšak s odstupem času uvedla, že si tuto skutečnost začali brát méně vážně, dělat si z této situace legraci a být rádi, že příbuzný nezemřel a mohou být stále spolu.

Je také zajímavé poznamenat, že respondent R7 se s následky hospitalizace svého příbuzného srovnával delší dobu. Uvedl, že mu trvalo přes rok, než se dokázal vrátit zpátky do radostného života po úmrtí své matky. Tento příklad ukazuje, že tato situace

může velice zasáhnout do běžného života, ale že se většinou vše vrátí do normálu. Celkově můžeme říci, že všechny respondenty tato situace ovlivnila v jejich běžném životě nejdříve negativně různými emocemi, což se dalo očekávat, avšak všichni respondenti dle fází smutku Kübler-Rossové došli do fáze smíření.

Třetí podkategorie se zabývala vlivem hospitalizace na rodinné soužití

Všichni respondenti vypověděli, že tato situace, jejich rodinné soužití ovlivnila pozitivně. Prohloubily se rodinné vztahy a uvědomily si, že není samozřejmostí, že je člen rodiny s námi a je zdravý, protože jim tato situace ukázala, jak málo času stačí k tomu, aby byl ohrožen život člena rodiny. Většinou si dotazovaní uvědomily, že by si měli více vážit společného času, který spolu mohou strávit. Když byla dotazovaným položena otázka, jestli během této situace cítily oporu ve své rodině. Všichni odpověděli jednoznačně ano. Což ukazuje, že tato situace vždy upevní rodinné vztahy i v rodinách kde třeba nebyly ideální, ale zájem o blízkého je spojil.

4 Diskuze

Náplní této bakalářské práce bylo výzkumné šetření na rodinných příslušnících pacientů hospitalizovaných v intenzivní péči prostřednictvím techniky polostrukturovaného rozhovoru, ve kterém jsme využili předem připravené otázky, ale během rozhovoru vznikly i rozšiřující otázky, které jsme dopředu připravené neměli. Tyto otázky byly zaměřené na informovanost a ovlivnění rodiny jako celku v důsledku této události. Před začátkem rozhovorů byli respondenti seznámeni s tím, že bude rozhovor nahráván na diktafon, všichni ústně souhlasili. Prvním výzkumným cílem této práce bylo popsat průběh hospitalizace v intenzivní péči, protože byl tento cíl popisný, první výzkumná otázka nebyla stanovena. Druhým výzkumným cílem této práce bylo popsat psychický stav člověka nacházejícího se v krizové situaci, protože byl tento cíl popisný, druhá výzkumná otázka nebyla stanovena.

Třetím výzkumným cílem práce bylo zjistit informovanost rodinných příslušníků o průběhu hospitalizace v intenzivní péči. K tomuto cíli náležela třetí výzkumná otázka: Jaké informace měla k dispozici rodina pacienta hospitalizovaného v intenzivní péči? Kterou jsme pro větší přehlednost rozdělili do tří podkategorií.

První podkategorie se zabývala otázkou, jestli měli rodinní příslušníci dostatek informací. Odpověď můžeme najít ve třech otázkách rozhovoru ze kterých nám vyplynulo, že příbuzní měli dostatek informací ve všech ohledech, které potřebovali, z čehož můžeme vyvodit, že personál velice dbá na informovanost rodinných příslušníků v těchto situacích a podává všechny důležité informace dle svých kompetencí. Bylo očekáváno, že informovanost bude v pořádku a je velice správné, že tomu tak je.

Kulová (2021) uvádí ve své kvalifikační práci, že informovanost rodinných příslušníků od personálu byla kvalitní. Dospěli jsme ke stejnému závěru. Dále ve své práci zmiňuje, že její respondenti byly od personálu poučeny o prospěšných účincích mluvení na hospitalizovaného i když je v umělém spánku (Kulová, 2021). Žilinská (2018) zmiňuje pozitivní účinky bazální stimulace a všechny dotazované sestry odpověděly, že metodu návštěvníkům sdělují. Tuto informaci mi sdělila také respondentka R6. Také se zmiňuje o metodách bazální stimulace, kterou jsme popsali v kapitole 2.2.4. Zwyrtková (2015) také zmiňuje důležitost bazální stimulace v intenzivní péči.

Druhá kategorie se zabývala otázkou, zda příbuzní porozuměli informacím, které jim personál předal. Odpověď můžeme najít ve třech otázkách rozhovoru, ze kterých nám

vyplývalo, že dotazovaní porozuměli většině informacím, které obdrželi. Když nastala situace, kdy nějakým informacím neporozuměli, zeptali se personálu nemocnice a ten jim vždy ochotně vysvětlil danou problematiku. Jedna respondentka uvedla možnost dohledání si informací na internetových stránkách. Ovšem problém byl v chybějící informační brožуре, která by lépe vysvětlila přístrojové vybavení, chod a smysl intenzivní péče. Pouze dva dotazovaní uvedli, že na oddělení nějaká brožura byla, ale žádný respondent neměl možnost si takovou brožuru odnést domů k lepší orientaci v problematice. Toto zjištění jsme očekávali dle získaných zkušeností a dotazování se během praxí na odděleních intenzivní péče. Z rozhovorů tedy vyplývalo, že by návštěvníci nemocnice brožuru s těmito informacemi ocenili.

V kvalifikační práci Kulová (2021) zmiňuje, že příbuzní informacím rozuměli, popřípadě je personál dovysvětlil. V této části s autorkou se s autorkou ve výsledcích výzkumu shodujeme, tedy že pokud nebylo informacím porozuměno, po opětovném dotázání se jim byla informace vysvětlena znovu a lépe. Kulová (2021) Také zmiňuje potřebu informačního materiálu, na který by se mohli příbuzní podívat doma. Autorka sice zmiňuje webové stránky (pravděpodobně z důvodu, že se jednalo o covidovou situaci, kdy měli rodinní příslušníci jen minimální možnost návštěv v nemocnici), které by obsahovaly informace o chodu oddělení či přístrojích, jenž obklopují pacienta, ale jedná se o stejnou problematiku – informační prostředek, který má za cíl usnadnit návštěvníkovi příchod na oddělení a vysvětlit přístrojové vybavení.

Třetí kategorie se zabývala otázkou, zda příbuzní cítili oporu v personálu nemocnice. Odpověď na tuto otázku můžeme najít ve dvou otázkách. Ze kterých nám vyplývalo, že personál nemocnice byl velice vstřícný, milý a empatický, což na dotazované působilo pozitivně a pomohlo jim zvládnout tuto náročnou situaci. Růžková (2017) zmiňuje důležitost pocitu důvěry v nemocniční personál. Rumíšková (2019) udává, že někteří respondenti hledají oporu v personálu a někdy i radši než v rodinně. Což ukazuje na důležitost kvalitního personálu. Jednoho z respondentů personál i proškolil v péči o svého blízkého, což vedlo k radosti z přímého zapojení se do péče o svého blízkého. Dva z respondentů uvedli i nabídku psychologické a sociální pomoci, ale tato možnost nebyla nabídnuta všem. Myslíme si, že by tuto možnost podpory měl dostat každý příbuzný hospitalizovaného. Takže by bylo vhodné, kdyby v tomto ohledu byla nabídka konzistentní pro všechny.

Čtvrtým výzkumným cílem této práce bylo, zjistit, jak hospitalizace ovlivňuje rodinné příslušníky pacienta hospitalizovaného v intenzivní péči. K tomuto cíli náležela čtvrtá výzkumná otázka: Jak hospitalizace rodinného příslušníka ovlivnila fungování rodiny? Kterou jsme pro větší přehlednost rozdělili do tří podkategorií.

První podkategorie se zabývala otázkou, jak tato situace ovlivnila rodinu v pracovní/školní sféře. Odpověď můžeme najít v jedné otázce v rozhovoru ze kterých nám vyplynulo, většinou respondenti uváděli negativní ovlivnění v práci nebo škole, druhá respondentka kvůli této situaci nezvládla zkoušku na vysoké škole, kvůli čemuž byla následně vyloučena. Další respondenti mluví buď o snížené výkonnosti v práci nebo nervozitě. Což se odrazilo negativně na jejich pracovním výkonu. Tento výsledek se dal očekávat, dle běžných životních zkušeností, které známe každý, že negativní situace ovlivňují náš pracovní výkon. Bohužel u této otázky se nepodařilo nalézt relevantní zdroje pro porovnání výsledků.

Ve druhé podkategorii se zabývali otázkou, jak tato situace ovlivnila rodinu běžném životě. Odpověď můžeme najít ve dvou otázkách v rozhovoru, ze kterých nám vyplynulo, že tato situace může respondenty ovlivňovat různě dlouho. Tato doba může být od krátké v rámci dnů, dokud se příbuznému neudělá lépe a nepropustí ho z nemocnice domů. Nebo měsíce i roky, když blízký v nemocnici zemře, a dokonce i na celý život jako v případě třetí respondentky, kdy její bratr bude pravděpodobně po úrazu páteře do konce života na vozíku, což jim běžný život velice ovlivnilo v budoucím soužití s bratrem. Dotazovaní se také často vyjadřovali tak, že jim tato situace pomohla uvědomit si cenu života a změnila životní hodnoty a priority. U všech respondentů se daly vypořádat různé fáze smutku dle Kübler-Rossové, Kübler-Rossová (2015) které byly popsány v kapitole 2.2.2 Nakonec respondenti došli do poslední fáze, kterou je smíření.

Nejdříve tato situace běžný život u všech respondentu ovlivnila negativně, ale z výpovědi dotazovaných můžeme usoudit, že nakonec měla tato situace i pozitivní vliv na jejich život. Např. v podobě úlevy po dlouhé léčbě blízkého, uvědomění si životních hodnot a rodinném soužití, které si probereme v následující podkategorii.

Ve třetí podkategorii se zabývali otázkou, jak tato situace ovlivnila respondenty v rodinném soužití. Odpověď můžeme najít ve dvou otázkách v rozhovoru, ze kterých nám vyplynulo, že tato situace rodinu sblížila. Rumíšková (2019) Také zmiňuje, že mít oporu v rodině je velice důležité. Respondenti si uvědomili, že zdraví a přítomnost blízkého není samozřejmostí a začali si více vážit společně stráveného času.

Když byla dotazovaným položena otázka, jestli cítili oporu ve své rodině, všichni odpověděli razantně ano. Pozitivní vliv, který jsme zmínili v předchozí podkategorii, vnímáme v uvědomění si hodnot a důležitosti času stráveného s blízkými, kterému povětšinou všichni neklademe takovou důležitost, jakou by si zasloužil.

5 Návrh doporučení pro praxi

Poslední částí kvalifikační práce je návrh doporučení pro praxi. Tento návrh vychází z poznatků získaných jak z teoretické části práce, tak i z rozhovorů s rodinnými příslušníky, ve kterých jsme zjistili nedostatky v nabízené psychické a sociální podpoře ze strany personálu. Jednou z možností by mohlo být pravidelné školení personálu o možnostech podpory rodinných příslušníků. Nyní uvedeme příklad, jak by mohlo takové školení probíhat.

Školení na téma psychická podpora rodin pacientů se zaměřuje na poskytnutí informací a praktických nástrojů pro zdravotnické pracovníky, kteří se setkávají s rodinami pacientů trpících různými zdravotními problémy. Cílem tohoto školení je pomoci zdravotnickým pracovníkům lépe porozumět potřebám rodin pacientů a poskytnout jim podporu a pomoc v jejich složitém období.

1) Úvod do tématu:

- Definovat výraz: psychická podpora a vysvětlit důležitost této podpory pro rodiny pacientů
- Význam včasného poskytnutí podpory rodinám pacientů

2) Komunikace s rodinami pacientů:

- Jak komunikovat s rodinou pacienta, aby se zlepšila jejich spokojenost s poskytovanou péčí
- Jak komunikovat s rodinou pacienta, aby se zlepšila péče poskytovaná pacientovi
- Jak komunikovat s rodinou pacienta, který trpí dlouhodobým onemocněním

3) Psychická podpora pro rodiny pacientů:

- Důležitost psychické podpory pro rodiny pacientů
- Techniky pro poskytování psychické podpory rodinám pacientů
- Způsoby, jak pomoci rodinám pacientů zvládat stres a úzkost
- Způsoby, jak pomoci rodinám pacientů vyrovnat se s emocemi spojenými s péčí o nemocného člena rodiny

4) Sociální podpora pro rodiny pacientů:

- Důležitost sociální podpory pro rodiny pacientů
- Přehled možností sociální podpory pro rodiny pacientů
- Způsoby, jak pomoci rodinám pacientů najít a využít tyto možnosti sociální podpory

5) Péče o vlastní psychické zdraví

- Důležitost péče o sebe sama při poskytování péče rodinám pacientů
- Techniky pro snížení stresu a prevenci vyhoření
- Způsoby, jak zvládat emocionální zátěž spojenou s prací s rodinami pacientů

6) Diskuze a kazuistiky:

- Kazuistiky, které umožní zdravotnickým pracovníkům lépe pochopit konkrétní situace a problémy, se kterými se rodiny pacientů mohou setkat. Diskuze umožní účastníkům školení sdílet své zkušenosti a navzájem se podpořit v jejich práci.

Další možností by mohlo být, aby každé oddělení intenzivní péče, mělo svého psychologického pracovníka, který by byl v blízkém kontaktu s rodinnými příslušníky, komunikoval s nimi o jejich pocitech a potřebách, i když nemocniční personál by měl být vzdělaný v oblasti psychologie. Má hodně práce s péčí o pacienty a nemusí si vždy všimnout, že rodinný příslušník by mohl psychologickou pomoc potřebovat. Víme, že v jedné nejmenované nemocnici takového pracovníka mají a při konzultaci s ním nám sdělil pozitivní dopady jeho práce na oddělení.

6 Závěr

Bakalářská práce se zabývá otázkou informovanosti rodinných příslušníků, kde jsme ve výzkumu zjistili, že respondenti byli dobře informováni od personálu nemocnice a pochopili většinu informací, když nějaké informace nepochopili, personál jim je ochotně a laicky vysvětlil. Jediný nedostatek v oblasti informovanosti, na který bych upozornil, byla chybějící informační brožura o chodu oddělení, který žádný z dotazovaných v nemocnici neobdržel. Tento výsledek jsme předpokládali z naší praxe. Respondenti uváděli, že by takovou informační brožuru velice ocenili. Obsah brožury je popsán v kapitole 5 *Návrh doporučení pro praxi*.

Dále jsme v bakalářské práci zjišťovali, jestli dotazovaní měli podporu od personálu. V tomto případě jsme také zjistili, že personál byl podporou pro blízké hospitalizovaného, avšak i v této části jsme zjistili nedostatky v předávání kontaktů na další možnou pomoc (psychologickou, sociální atd.). Jen dva ze sedmi respondentů odpověděli, že takový kontakt dostali. Myslíme si, že by bylo dobré, kdyby tato možnost byla samozřejmostí a byla nabídnuta každému, i když si nemusíme všimnout její potřeby.

Další část bakalářské práce se zabývala tím, jak hospitalizace ovlivnila fungování rodiny jako celku. Celkově by se dalo říci, že ve zkoumaných oblastech ovlivnila členy rodiny negativně, což jsme v takové situaci očekávali, ale zajímavým zjištěním bylo i pozitivní ovlivnění ve smyslu utužení rodinných vazeb, uvědomení si ceny života a hodnot.

Výstupem bakalářské práce je informační brožura, která má za cíl větší přehlednost o přístrojích, alarmech a hadičkách, které mohou blízcí u svých příbuzných v době hospitalizace vidět. Také jsou v ní uvedeny kontakty na oddělení, různé formy pomoci a čas kdy si mají volat pro informace o hospitalizovaném. Z praxe víme, že často lidé volají o informace v době, kdy lékař není přítomen. Výpovědi respondentů i naše zkušenosti naznačují, že kdyby v budoucnu každá nemocnice měla takovou informační brožuru, mohla by být pro rodinné příslušníky hospitalizovaných přínosná.

Seznam použité literatury

BARTŮNĚK, Petr et al. 2016. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4343-1.

ČERNÁ, Renata. 2016. Aktuální etické otázky intenzivní péče. *Postgraduální medicína*. 18(5), 534-538. ISSN 1212-4184.

DAVIDSON, Judy. E. a Maureen. A. HARVEY. 2016. Patient and Family Post-Intensive Care Syndrome. *AACN Advanced Critical Care*. 27(2), 184-186. DOI 10.4037/aacnacc2016132. Dostupné také z: <https://aacnjournals.org/aacnacconline/article/27/2/184/2286/Patient-and-Family-Post-Intensive-Care-Syndrome>

DRÁBKOVÁ, Jarmila. 2018. Časné intervence jsou prevencí rozvoje PTSD po intenzivní péči. Referátový výběr z anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny. 65(3), 54-55. ISSN 1212-3048. Dostupné také z: <https://nlk.cz/zdroje/publikace-nlk/anesteziologie-resuscitace-a-intenzivni-medicina/>

KLEPÁČKOVÁ, O., Z. KREJČÍ a M. ČERNÁ. 2020. Trauma-informovaný přístup v sociální práci: jak se tělo zbavuje traumatu a obnovuje harmonii. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-1049-0.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. 2015. *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0911-9.

LEVINE, Peter A. 2018. *Léčba traumatu: program probuzení moudrosti těla*. Praha: Maitre. ISBN 978-80-7500-404-8.

LEVINE, Peter A. 2019. *Němé zpovědi: jak se tělo zbavuje traumatu a obnovuje harmonii*. Praha: Maitrea. ISBN 978-80-750-0449-9.

LEVINE, Peter A. 2017. *Trauma a paměť*. Praha: Maitrea. ISBN 978-80-7500-253-2.

MALÁSKA, Jan et al. 2020. *Intenzivní medicína v praxi*. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 978-80-7345-675-7.

MASTILIAKOVÁ, Dagmar. 2014. *Posuzování stavu zdraví a ošetrovatelská diagnostika: v moderní ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5376-8.

MOSS, Stephana J. et al. 2022. Psychiatric Outcomes in ICU Patients With Family Visitation. *Chest*. **162**(3), 578-587. DOI 10.1016/j.chest.2022.02.051. Dostupné také z: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0012369222004196?token=BB14F1BCEBB46F6C4DBAA686B6F3C50178A78A0C3A76C008FD807A5FD00D1FE006589D48E507C0D1890F774E84CF8959&originRegion=eu-west-1&originCreation=20230321121429>

NOVOTNÁ, Vladimíra a Radkin HONZÁK. 2021. *Krize v životě, život v krizi*. Druhé, revidované a doplněné vydání. Praha: Euromedia Group. ISBN 978-80-242-7585-7.

NYDAHL, Peter. 2021. *Icu-diary.org* [online]. Kiel: Peter Nydahl, [cit. 2022-01-10]. Dostupné z: <http://www.icu-diary.org/diary/start.html>

SCHELLONG, J., F. EPPLE a K. WEIDNER, eds. 2021. *Psychotraumatologie*. Praha: Stanislav Juhaňák – TRITON. ISBN 978-80-7553-950-2.

SUBSTANCE ABUSE AND MENTAL HEALTH SERVICES ADMINISTRATION. 2014. *SAMHSA's Concept of Trauma and Guidance for a Trauma-Informed Approach*. Rockville: Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Dostupné také z: <https://store.samhsa.gov/sites/default/files/d7/priv/sma14-4884.pdf>

ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Jaroslava KRÁLOVÁ. 2009. *Základní otázky komunikace: komunikace (nejen) pro sestry*. Praha: Galén. ISBN 978-807-2625-994.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda. 2017. *Krize a krizová intervence*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5327-0.

ŠROBÁROVÁ, Soňa. 2016. *Krizova intervencia v multidisciplinarnom v ponímaní v riešení vybraných akutných socialných problemov*. Ružomberok: Verbum. ISBN 978-80-561-0375-3.

TENENBAUM, Sylvie. 2018. *Deprese, odkaz předků: transgenerační přenos*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1301-7.

TOMOVÁ, Šárka a Jana KŘIVKOVÁ. 2016. *Komunikace s pacientem v intenzivní péči*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0064-4.

VAN DER KOLK, Bessel. 2021. *Tělo sčítá rány: jak trauma dopadá na naši mysl i zdraví a jak se z něj léčit*. Praha: Jan Melvil Publishing. ISBN 978-80-7555-130-6.

RUMÍŠKOVÁ, Denisa. 2019. *Potřeby rodin pacientů a jejich naplnění na JIP*. Hradec Králové. Bakalářská práce. Univerzita Karlova. Lékařská fakulta v Hradci Králové.

RŮŽKOVÁ, Dominika. 2017. *Potřeba psychosociální podpory rodičů u hospitalizovaných dětí*. Brno. Diplomová práce. Masarykova univerzita. Lékařská fakulta.

ZWYRTKOVÁ, Michaela. 2015. *Bazální stimulace v dlouhodobé intenzivní péči*. Brno. Bakalářská práce. Masarykova univerzita. Lékařská fakulta.

ŽILINSKÁ, Kateřina. 2018. *Zapojení rodiny do konceptu bazální stimulace z pohledu všeobecné sestry*. Brno. Diplomová práce. Masarykova univerzita. Lékařská fakulta.

KULOVANÁ, Kristýna. 2021. *Informovanost rodinných příslušníků pacientů ošetřovaných v intenzivní péči*. Praha. Diplomová práce. Univerzita Karlova, 3. lékařská fakulta, Ústav ošetřovatelství 3. LF UK.

Seznam tabulek

Tabulka 1: Otázky z rozhovoru

Seznam příloh

Příloha A: Souhlasy respondentů s provedením výzkumu

Příloha B: Ukázka kódování dat

Příloha C: Informační brožura

Příloha A: Souhlasy respondentů s provedením výzkumu

Souhlas respondenta s účastí ve výzkumu

Jméno a příjmení studenta:	Lukáš Machek
Osobní číslo studenta:	D20000106
Univerzitní e-mail studenta:	lukas.machek@tul.cz
Studijní program:	Všeobecné ošetřovatelství
Ročník:	3
Kvalifikační práce:	bakalářská
Téma kvalifikační práce:	Hospitalizace v intenzivní péči z pohledu rodinných příslušníků se zaměřením na jejich psychiku
Technika	Kvalitativní

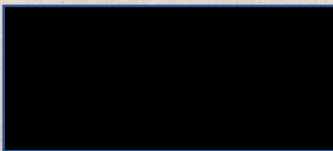
Dobrý den,

v souvislosti se zpracováním kvalifikační práce bych Vás tímto chtěl/a požádat o udělení souhlasu s podílením se na výzkumu jako respondent. Kdykoliv máte možnost odstoupit od realizace výzkumu. Výzkum bude realizován technikou rozhovoru / pozorování, dále bude elektronicky zaznamenán (prostřednictvím diktafonu, videa apod.) a následně zpracován.

V rámci kvalifikační práce bude zajištěna anonymita respondentů a mlčenlivost výzkumníka o všech zjištěných skutečnostech při zpracování zjištěných údajů. Výstupy výzkumu budou též uváděny anonymně.

Svým podpisem souhlasím s účastí ve výzkumu za výše zmíněných podmínek v rámci zpracování kvalifikační práce.

Jméno a příjmení respondenta:



Podpis respondenta:

Dne:

30.3.2023

Souhlas respondenta s účastí ve výzkumu

Jméno a příjmení studenta:	Lukáš Machek
Osobní číslo studenta:	D20000106
Univerzitní e-mail studenta:	lukas.machek@tul.cz
Studijní program:	Všeobecné ošetřovatelství
Ročník:	3
Kvalifikační práce:	bakalářská
Téma kvalifikační práce:	Hospitalizace v intenzivní péči z pohledu rodinných příslušníků se zaměřením na jejich psychiku
Technika	Kvalitativní

Dobrý den,

v souvislosti se zpracováním kvalifikační práce bych Vás tímto chtěl/a požádat o udělení souhlasu s podílením se na výzkumu jako respondent. Kdykoliv máte možnost odstoupit od realizace výzkumu. Výzkum bude realizován technikou rozhovoru / pozorování, dále bude elektronicky zaznamenán (prostřednictvím diktafonu, videa apod.) a následně zpracován.

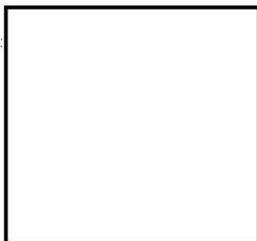
V rámci kvalifikační práce bude zajištěna anonymita respondentů a mlčenlivost výzkumníka o všech zjištěných skutečnostech při zpracování zjištěných údajů. Výstupy výzkumu budou též uváděny anonymně.

Svým podpisem souhlasím s účastí ve výzkumu za výše zmíněných podmínek v rámci zpracování kvalifikační práce

Jméno a příjmení respondenta:

Podpis respondenta:

Dne:



Souhlas respondenta s účastí ve výzkumu

Jméno a příjmení studenta:	Lukáš Machek
Osobní číslo studenta:	D20000106
Univerzitní e-mail studenta:	lukas.machek@tul.cz
Studijní program:	Všeobecné ošetrovatelství
Ročník:	3
Kvalifikační práce:	bakalářská
Téma kvalifikační práce:	Hospitalizace v intenzivní péči z pohledu rodinných příslušníků se zaměřením na jejich psychiku
Technika	Kvalitativní

Dobrý den,

v souvislosti se zpracováním kvalifikační práce bych Vás tímto chtěla požádat o udělení souhlasu s podílením se na výzkumu jako respondent. Kdykoliv máte možnost odstoupit od realizace výzkumu. Výzkum bude realizován technikou rozhovoru / pozorování, dále bude elektronicky zaznamenán (prostřednictvím diktafonu, videa apod.) a následně zpracován.

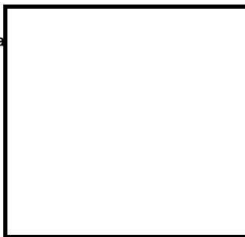
V rámci kvalifikační práce bude zajištěna anonymita respondentů a mlčenlivost výzkumníka o všech zjištěných skutečnostech při zpracování zjištěných údajů. Výstupy výzkumu budou též uváděny anonymně.

Svým podpisem souhlasím s účastí ve výzkumu za výše zmíněných podmínek v rámci zpracování kvalifikační práce.

Jméno a příjmení respondenta:

Podpis respondenta:

Dne:



Souhlas respondenta s účastí ve výzkumu

Jméno a příjmení studenta:	Lukáš Machek
Osobní číslo studenta:	D20000106
Univerzitní e-mail studenta:	lukas.machek@tul.cz
Studijní program:	Všeobecné ošetřovatelství
Ročník:	3
Kvalifikační práce:	bakalářská
Téma kvalifikační práce:	Hospitalizace v intenzivní péči z pohledu rodinných příslušníků se zaměřením na jejich psychiku
Technika	Kvalitativní

Dobrý den,

v souvislosti se zpracováním kvalifikační práce bych Vás tímto chtěl/a požádat o udělení souhlasu s podílením se na výzkumu jako respondent. Kdykoliv máte možnost odstoupit od realizace výzkumu. Výzkum bude realizován technikou rozhovoru / pozorování, dále bude elektronicky zaznamenán (prostřednictvím diktafonu, videa apod.) a následně zpracován.

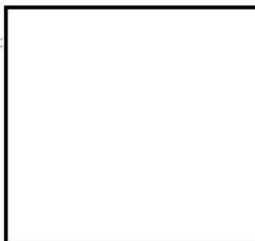
V rámci kvalifikační práce bude zajištěna anonymita respondentů a mlčenlivost výzkumníka o všech zjištěných skutečnostech při zpracování zjištěných údajů. Výstupy výzkumu budou též uváděny anonymně.

Svým podpisem souhlasím s účastí ve výzkumu za výše zmíněných podmínek v rámci zpracování kvalifikační práce

Jméno a příjmení respondenta:

Podpis respondenta:

Dne:



Souhlas respondenta s účastí ve výzkumu

Jméno a příjmení studenta:	Lukáš Machek
Osobní číslo studenta:	D20000106
Univerzitní e-mail studenta:	lukas.machek@tul.cz
Studijní program:	Všeobecné ošetřovatelství
Ročník:	3
Kvalifikační práce:	bakalářská
Téma kvalifikační práce:	Hospitalizace v intenzivní péči z pohledu rodinných příslušníků se zaměřením na jejich psychiku
Technika	Kvalitativní

Dobrý den,

v souvislosti se zpracováním kvalifikační práce bych Vás tímto chtěl/a požádat o udělení souhlasu s podílením se na výzkumu jako respondent. Kdykoliv máte možnost odstoupit od realizace výzkumu. Výzkum bude realizován technikou rozhovoru / pozorování, dále bude elektronicky zaznamenán (prostřednictvím diktafonu, videa apod.) a následně zpracován.

V rámci kvalifikační práce bude zajištěna anonymita respondentů a mlčenlivost výzkumníka o všech zjištěných skutečnostech při zpracování zjištěných údajů. Výstupy výzkumu budou též uváděny anonymně.

Svým podpisem souhlasím s účastí ve výzkumu za výše zmíněných podmínek v rámci zpracování kvalifikační práce.

Jméno a příjmení respondenta

Podpis respondenta:

Dne:



Souhlas respondenta s účastí ve výzkumu

Jméno a příjmení studenta:	Lukáš Machek
Osobní číslo studenta:	D20000106
Univerzitní e-mail studenta:	lukas.machek@tul.cz
Studijní program:	Všeobecné ošetřovatelství
Ročník:	3
Kvalifikační práce:	bakalářská
Téma kvalifikační práce:	Hospitalizace v intenzivní péči z pohledu rodinných příslušníků se zaměřením na jejich psychiku
Technika	Kvalitativní

Dobrý den,

v souvislosti se zpracováním kvalifikační práce bych Vás tímto chtěl/a požádat o udělení souhlasu s podílením se na výzkumu jako respondent. Kdykoliv máte možnost odstoupit od realizace výzkumu. Výzkum bude realizován technikou rozhovoru / pozorování, dále bude elektronicky zaznamenán (prostřednictvím diktafonu, videa apod.) a následně zpracován.

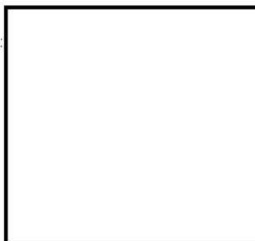
V rámci kvalifikační práce bude zajištěna anonymita respondentů a mlčenlivost výzkumníka o všech zjištěných skutečnostech při zpracování zjištěných údajů. Výstupy výzkumu budou též uváděny anonymně.

Svým podpisem souhlasím s účastí ve výzkumu za výše zmíněných podmínek v rámci zpracování kvalifikační práce

Jméno a příjmení respondenta:

Podpis respondenta:

Dne:



Souhlas respondenta s účastí ve výzkumu

Jméno a příjmení studenta:	Lukáš Machek
Osobní číslo studenta:	D20000106
Univerzitní e-mail studenta:	lukas.machek@tul.cz
Studijní program:	Všeobecné ošetřovatelství
Ročník:	3
Kvalifikační práce:	bakalářská
Téma kvalifikační práce:	Hospitalizace v intenzivní péči z pohledu rodinných příslušníků se zaměřením na jejich psychiku
Technika	Kvalitativní

Dobrý den,

v souvislosti se zpracováním kvalifikační práce bych Vás tímto chtěl/a požádat o udělení souhlasu s podílením se na výzkumu jako respondent. Kdykoliv máte možnost odstoupit od realizace výzkumu. Výzkum bude realizován technikou rozhovoru / pozorování, dále bude elektronicky zaznamenán (prostřednictvím diktafonu, videa apod.) a následně zpracován.

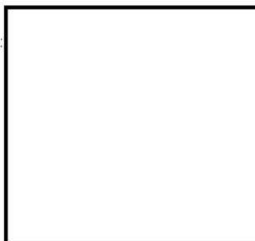
V rámci kvalifikační práce bude zajištěna anonymita respondentů a mlčenlivost výzkumníka o všech zjištěných skutečnostech při zpracování zjištěných údajů. Výstupy výzkumu budou též uváděny anonymně.

Svým podpisem souhlasím s účastí ve výzkumu za výše zmíněných podmínek v rámci zpracování kvalifikační práce

Jméno a příjmení respondenta:

Podpis respondenta:

Dne:



Příloha B: Ukázka kódování dat

1. R2: Žena

2. R2: 22 let

3. R2: Dcera

4. otázka co se vlastně stalo?

R2: Problémy s dýcháním. Vysoké teploty nad 40 a Postupná seps.

5. byl personál vstřícnější a odpověděl na všechny vaše dotazy.

R2: Jo asi jako v rámci možností jo v rámci možností toho, co věděli, protože byla nejasná diagnóza. A pak potom co tu diagnózu věděli, tak už jo. Tak to už vlastně jako věděli, že jo nebo prostě z těch teorií co jakoby o té diagnóze věděli, tak na to se snažili nasazovat antibiotika a různou. Léčbu jo všechno v pohodě.

6. měli jste dostatek informací o nemocným v tom třeba zdravotním stavu?

R2: Všechno nám řekli, takže jsme věděli

-jestli vám říkali nějaký návštěvní řád toho oddělení třeba?

R2: Tu jsme měli vlastně každé den normálně od. Půl 3 do 5. Jo, byli jsme normálně s tím srozumitelný a já tím, že jsem tam pracovala, tak jsem mohla chodit. I jako ráno

-Pokračování péče doma?

R2: Rehabilitace prostě jo jo jo.

- To potom když ho překládali, tak vám třeba řekli, jako proč ho překládají, nebo tak, nebo prostě ho přeložili?

R2: Hele přiložil ho z ARO zase na tu jipku jenom na dosledování a aby tam prostě dodělal tu rehabilitaci a trošku se jako ten organismus zase jako zocelil. No to nám to nám řekli.

Prognózou jakoby tomu, teda když už věděli, tak vám vysvětlili?


R2: Jo to vysvětlily všechno jako případný následky, že už to prostě bude trvat dlouho, než se jako plíce a všechno zmátouří.

7. rozuměly jste všem těm informacím?

R2: Ne, oni sami tomu moc nerozuměj misty, takže jsme googlili. Hodně i nám to bylo doporučený od doktorů, což jsem byla jako překvapená, protože nám řekli, najděte si to na internetu, protože to byla nezvyklá diagnóza. Takže hledalo se na internetu no


Ale jakoby to je o tom zdravotním stavu, ten návštěvní řád. To jste jako rozuměli. překladu jste rozuměli? Prognóze? Pak už když se vědělo tak i tomu stavu?

R2: Jo všemu jsme rozuměli a když už věděli a tu nemoc tak i tomu stavu

 **NEMOCNICE NA OKRSKU**
INTEZIVNÍ PÉČE 24/7

www.naokrsku.cz
Ulice 11, 602 00 Brno

**KVALITNÍ
PÉČE JE
NAŠE
PRIORITA**



Je Váš blízký hospitalizovaný na oddělení intenzivní péče?
Tento leták slouží k poskytnutí informací, které pro vás mohou být užitečné a důležité.

Najdete nás v NEMOCNICI NA OKRSKU v centru města Brna na adrese: Ulice 11
Přijet k nám můžete veřejnou dopravu i soukromým dopravním prostředkem s možností bezplatného využití podzemní garáže. Svého blízkého můžete navštívit každý den od 14:00 do 18:00 hodin.

- **Návštěvy:** jsou povoleny pouze pro rodinné příslušníky a blízké přátele. Pokud si přejete navštívit pacienta mimo návštěvní dobu, kontaktujte nás na telefonním čísle 601 111 222 333 a domluvte se s našim personálem.
- **Pravidla:** při vstupu na oddělení intenzivní péče je nutné dodržovat určitá pravidla oblékání, aby se minimalizovalo riziko přenosu infekce. Návštěvníci musí mít na sobě čistý a vhodný oděv, který vám poskytne náš personál.
- **Telefonní kontakt na oddělení:** Pro jakékoliv dotazy týkající se vašeho blízkého, můžete kontaktovat personál na čísle 601 222 222 222 Pro aktuální informace o pacientovi volejte po 11:00 hodině ránní.
- **Kontakty:** Pokud potřebujete pomoc, nebojte se na nás obrátit. Máme pro vás k dispozici specialisty v oblasti sociální pomoci, psychologické pomoci 601 333 333 333 a rehabilitace 601 444 444 444
- **Zakázané věci:** Na oddělení intenzivní péče jsou zakázány návštěvy pacientů přinášející alkohol nebo drogy. Stejně tak jsou zakázány jakékoli předměty, které by mohly ohrozit zdraví pacienta. Když byste si nebyli jisti, zeptejte se po telefonu.

Co přinést hospitalizovanému:
Pro zlepšení pohody vašeho blízkého můžete přinést jeho oblečení, hygienické potřeby, knihy, časopisy nebo jiné vhodné předměty. Nicméně, předtím, než něco přinesete, zkontrolujte, zda je to povolené a neovlivní to pacientovo léčení.

Na oddělení intenzivní péče se používají různé zdravotnické pomůcky, které pro vás mohou být neznámé. Zde je stručný seznam některých z nich:

- Periferní žilní katetr (PŽK)** – tenká plastová trubička vložená do žíly k podávání tekutin nebo léků
- Intubace** – zavedení trubičky do dýchacích cest k umělému dýchání
- Monitor** – přístroj, který měří vitální funkce jako je krevní tlak, srdeční frekvence, saturace kyslíkem a další.
- Permanентní močový katetr (PMK)** – trubička zavedená do močového měchýře k odtoku moči
- Nasogastrická sonda** – tenká plastová trubička zavedená nosem do žaludku k podání stravy nebo léků
- PEG** – trubička zavedená přímo do žaludku k podávání stravy nebo léků
- Dren** – plastová trubička zavedená do těla k odvádění tekutin
- Ventilátor** – zařízení používané k podpoře dýchání pacientů s respiračním selháním

KAMÁLEK, Vít. 2023. PEG. Dr. Vít Kámalík. Gastroenterolog in Aaragahad | Dr. Vít Kámalík [online]. Aaragahad. Niramay Liver and Gastro Clinic, and Endoscopy Center. [ok. 2023-04-26]. Dostupné z <https://drvitkamilik.com/peg/>

NEJEDLOVÁ, Monika. 2017. Intenzivní péče | Hepatobiliární a Intenzivní | Hepatobiliární a Intenzivní [online]. [ok. 2023-04-26]. Dostupné z <http://www.lecenimemochohozoma.cz/intenzivni-pece/>

FOTO: autor

FOTO: autor

FOTO: autor

FOTO: autor

FOTO: autor

FOTO: autor

Pro více informací oddělení intenzivní péče včetně našich služeb a specializací navštivte naše webové stránky nebo kontaktujte našeho odborníka, který vám rád odpoví na jakýkoliv dotaz

INDIVIDUÁLNÍ PŘÍSTUP

LIVNĚ SI PORADIT

ODBOBNOST

VŠE JAK NA TO

FINANČNÍ

kontaktujte nás:
601 111 222 333

www.NAOKRSKU.cz

Ulice 11, 602 00 Brno

FOTO: freepik.com/vecman