



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Rodina jako poskytovatel ošetrovatelské péče

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **OŠETŘOVATELSTVÍ**

Autor: Adéla Ševčíková

Vedoucí práce: Mgr. František DOLÁK, Ph.D.

České Budějovice 2020

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „Rodina jako poskytovatel ošetrovatelské péče“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské/diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské/diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské/diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 25. 05. 2020

.....

Adéla Ševčíková

Poděkování

Tímto bych ráda poděkovala vedoucímu mé bakalářské práce, Mgr. Františku Dolákovi, Ph.D. za jeho trpělivost, připomínky a rady, které mi pomohli k vypracování této práce. Dále bych chtěla poděkovat všem respondentům, kteří vyplnili dotazník a tím se podíleli na výzkumném šetření, za jejich ochotu a věnovaný čas.

Rodina jako poskytovatel ošetrovatelské péče

Abstrakt

V teoretické části bakalářské práce se nejprve zabýváme vývojem rodiny, prací zdravotnického personálu s rodinou a ošetrovatelskou péčí, kde se zaobíráme péčí o pacienta, rodinu i zdravotníky a dozvíme se o ošetrovatelské péči v domácím i nemocničním prostředí. Dále zde také najdeme informace o edukaci a komunikaci mezi rodinou a personálem.

Pro bakalářskou práci jsme zvolili jako cíl zjistit názor sester na zapojení rodiny do ošetrovatelské péče. Dle tohoto cíle byli vytvořeny tři hypotézy. Tyto hypotézy zní: Názor sester na zapojení rodiny do ošetrovatelské péče je ovlivněn vzděláním, názor sester na zapojení rodiny do ošetrovatelské péče je ovlivněn délkou praxe, názor sester na zapojení rodiny do ošetrovatelské péče je závislý na typu oddělení, kde pracují. Výsledky byly sbírány pomocí elektronického nestandardizovaného dotazníku. Jako zkoumaný vzorek byly zvoleny praktické i všeobecné sestry pracující na různých odděleních nemocnic. Odpovědi byli u každé otázky rozděleny do tří kategorií dle vzdělání, délky praxe respondentů a typu oddělení, na kterém pracují. Všechny otázky byly zodpovězeny a cíl práce byl splněn.

Klíčová slova: rodina, ošetrovatelská péče, komunikace, edukace, pacient

Family as a provider of nursing care.

Abstract

In the theoretical part of the bachelor's thesis, we first deal with the development of the family, the work of medical staff with the family and nursing care, where we deal with the patient, family, and health care and learn about nursing care in the home and hospital unit. Furthermore, we will also find information about education and communication between family and staff.

For the bachelor's thesis, we chose as a goal to find out the opinion of nurses on the involvement of the family in nursing care. According to this goal, three hypotheses were developed. These hypotheses are: Nurses' opinion on family involvement in nursing care is influenced by education, nurses' opinion on family involvement in nursing care is influenced by the length of practice, nurses' opinion on family involvement in nursing care depends on the type of department where they work. The results were collected using an electronic non-standardized questionnaire. Practical and general nurses working in various departments of hospitals were chosen as the examined sample. The answers to each question were divided into three categories according to education, the length of the respondents' practice, and the type of department in which they work. All questions were answered, and the goal of the work was met.

Key words: family, nursing care, communication, education, patient

Obsah

| | |
|--|-----------|
| Úvod | 8 |
| 1 SOUČASNÝ STAV | 9 |
| 1.1 Rodina | 9 |
| 1.1.1 Vývoj rodiny | 9 |
| 1.1.2 Definice rodiny | 9 |
| 1.1.3 Psychologie rodiny | 11 |
| 1.1.4 Práce s rodinou | 12 |
| 1.2 Ošetrovatelská péče | 14 |
| 1.2.1 Vývoj ošetrovatelství | 14 |
| 1.2.2 Individuální plán péče | 15 |
| 1.2.3 Domácí péče | 16 |
| 1.2.4 Péče o starší | 17 |
| 1.2.5 Paliativní péče | 18 |
| 1.2.6 Bazální stimulace | 20 |
| 1.2.7 Osobnost pečovatele | 21 |
| 1.3 Komunikace a edukace | 21 |
| 1.3.1 Komunikace | 21 |
| 1.3.2 Edukace | 22 |
| 2 Cíl práce a hypotézy | 25 |
| 2.1 Cíl práce | 25 |
| 2.2 Hypotézy | 25 |
| 3 Metodika | 25 |
| 3.1 Metodika výzkumu | 25 |
| 3.2 Charakteristika výzkumného souboru | 25 |
| 4 Výsledky výzkumu | 26 |
| 5 Diskuze | 45 |
| 6 Závěr | 49 |
| 7 Seznam informačních zdrojů | 50 |
| 8 Seznam příloh | 52 |

Úvod

Téma bakalářské práce, které jsem si vybrala je „Rodina jako poskytovatel ošetrovatelské péče“. Pomocí této práce jsem chtěla zjistit přístup rodiny k ošetrovatelské péči o příbuzného, největší nedostatky v komunikaci a edukaci rodiny zdravotnickým personálem. Komunikace je nezbytnou součástí ošetrovatelského procesu a jejím základním kamenem (Vévoda et al., 2013).

Tato bakalářská práce má pomoci nahlédnout do komunikace v nemocničním zařízení mezi personálem, rodinou a pacientem, má nám pomoci v uvědomění si chyb a k jejich napravení. Návštěva rodiny při hospitalizaci nemocného přináší většinou povzbuzení nemocného a sociální kontakt s osobami blízkými, ale měla by se využít i v rámci edukace pro efektivnější ošetrovatelskou péči v domácím prostředí. „Teprve když víte, proč něco děláte, může vaše pochopení a motivace růst“ (Messer B, 2016, s. 26). Špatnými postupy v péči o nemocné můžeme způsobit řadu dalších problémů, jako jsou například dekubity, jiné porušení kožní integrity, následný vznik infekce a také v neposlední řadě můžeme pacientovi způsobit bolest. Ošetrovatelská péče je velice důležitá pro udržení a podporu zdraví, jeho navrácení i pro rozvoj soběstačnosti jedince. Dále bere v úvahu základní fyziologické, psychosociální a spirituální potřeby. I když je ošetrovatelská péče soubor komplexní zdravotní péče a vykonávají ji registrované zdravotní sestry, by měly co nejvíce edukovat rodinu a tím předejít v nesprávné péči o pacienta.

1 SOUČASNÝ STAV

Mnozí pacienti jsou odkázáni na péči své rodiny a potřebují i jejich psychickou podporu, ošetřování svého blízkého v domácím prostředí však již není v dnešní době samozřejmostí. Ošetrovatelská péče je velmi důležitá k uspokojování potřeb jedince a udržení či navrácení zdraví. Rodina, respektive její členové v některých případech chtějí participovat na péči o svého blízkého. Avšak ne vždy to dovolují podmínky ať už ze strany jich samotných či ze zdravotnického zařízení. Je tedy na obou dvou stranách, aby hledali možnosti řešení, respektive možnosti zapojení rodiny do péče.

1.1 Rodina

1.1.1 Vývoj rodiny

Dlouhá cesta vývoje změnila strukturu, organizaci a funkci rodiny, i náplň rolí jednotlivých členů. Nejprve rodina představovala rodové společenstvo, což znamenalo, že se společně vychovávali děti, byl společný majetek a základem rodiny nebylo monogamní manželství. V rodových společenstvích vždy rozhodoval o postu vůdce aktuální problém. Ve společenstvích, které se snažili o reprodukci, vládly ženy, tedy matriarchát, pokud bylo nutné přežít, vládli muži v aktivním věku a pokud byla hodnotou moudrost, rozhodovala rada starších. Například starořímská rodina byla monokratickým právním svazkem mezi otcem a jeho podřízenými. Ve starověku a středověku se rodina dokonce chápala jako více lidí žijící pod jednou střechou a počítalo se do ní i služebnictvo. Největší přelom ve vývoji rodiny bylo křesťanství, Boží požehnání bylo nutné pro založení rodiny, také prosadilo existenci monogamního manželství a jeho nerozlučnost. Po industrializaci otec většinou odchází za prací a ženy se postupně zapojují do pracovního procesu. Rodiny tak nevznikali jen pro zachování rodu, ale největší roli ve výběru partnerů měly city, jako je tomu dodnes (Gabura Ján, 2012).

1.1.2 Definice rodiny

Můžeme se setkat s několika verzemi, které definují rodinu, v principu jsou si všechny podobné. Nejvýstižnější definice rodiny je dle Kurucové (2016, s. 11), která ji popisuje jako sociální skupinu složenou ze dvou nebo více osob žijících spolu v jedné domácnosti, jež jsou spojeny manželskými, pokrevními nebo adoptivními svazky, která vychází ze Sopóciho (2009, s. 135).

Širší rodina zahrnuje i příbuzné, které se nemusí vázat pokrevní cestou, ale společnými zájmy, tradicemi, postoji, či majetkem. Nejde tedy pouze o složení lidí, ale jedná se o složitý, propojený a navzájem se ovlivňující systém (Sopóci, 2009, s.115). Tato společnost nás ovlivňuje a utváří naši osobnost, jak vnitřní prožívání, tak i chování a dává nám zkušenosti. Správné plnění všech funkcí rodiny má obrovský vliv na zdraví, to nám dokazuje, že pouze funkční rodina dokáže zajistit zdraví pro ostatní členy (Možný, 2006, s. 296). Rodina je tedy nejvýznamnější součástí společenské mikrostruktury, poskytuje jak péči, tak i ochranu svým členům, a to nejvíce v obdobích, kdy nejsou v takovém stavu, aby se o sebe mohli postarat (Kurucová, 2016).

Rodinná resilience je pojem zahrnující růst a rozvoj osobnosti členů rodiny, jejich změn vztahů v rodině, ale také změn priorit v hodnotové orientaci jednotlivých členů (Sobotková, 2007, s.84). McCubbin zase definuje rodinnou resilienci jako pozitivní vzorce chování, interakce i funkční kompetence, které ovlivňují schopnost rodiny udržet si integritu i při působení stresu a umožňují tak obnovit harmonii a rovnováhu v rodině (Kurucová, 2016). Jedná se tak o rychlé zotavení se rodiny z těžké situace. Na druhé straně je vulnerabilita rodiny neboli zranitelnost, která rodinu vede ke zhoršení funkce až k její dysfunkci v důsledku nedostatku sil k řešení krizových situací. Vše závisí na kombinaci aktuálních problémů a nároků kladených a rodinu (Sobotková, 2007).

Rodina se dělí do několika různých skupin. Podle formy uspořádání se rozlišuje na nukleární neboli základní a rozšířenou. V nukleární rodině jsou vztahy založené na manželstvích, jejich potomcích a pokrevní příbuzní manželů jsou až druhořadí. Naopak v rozšířené rodině se setkáváme s opačným prvkem, kde tvoří základ právě pokrevní příbuzní a manželé jsou druhořadí. Dále se můžeme setkat s rodinou úplnou či neúplnou, vlastní a nevlastní, nebo dokonce rodinou náhradní. Další forma rozděluje rodinu podle vzoru autority na patriarchální, matriarchální nebo egilatární. Patriarchální rodina je taková rodina, kde je moc zásadně v rukách muže, pokud má moc žena, označujeme rodinu jako matriarchální. Poslední je forma, se kterou se setkáme v nejvíce případech, je rodina egalitární, kde je moc rozdělena mezi ženu a muže rovnoměrně. Dále můžeme rodinu rozdělovat odvozením od původu potomků a jejich práv na patrilineární původ, kde děti vychází pouze z řady otce, pokud vychází potomci pouze z rodiny matky jedná se o matrilineární původ, a jestliže vycházíme jak ze strany matky i otce, hovoříme o bilaterálním původu. Rodinu můžeme mimo jiné také rozdělit podle manželských vztahů na tři typy manželství. Jedná se o monogamní,

polygamní a v poslední řadě skupinové manželství. Monogamní manželství vyplývá ze soužití jedné ženy a jednoho muže. Zatímco polygamní manželství je spojení jedné osoby s více osobami, pokud hovoříme o manželství, kdy má jeden muž více žen, jedná se o polygenní stav, takzvaně mnohoženství, jestliže se jedná o soužití v manželství jedné ženy s více muži, jde o polyandrii neboli mnohomužství. Jako poslední je typ skupinového manželství, zde spolu žije několik žen a několik mužů (Draganová, 2006).

1.1.3 Psychologie rodiny

Co vlastně pojem psychologie rodiny obnáší? Jedná se o obor, který obsahuje rodinné poradenství a terapii pro příbuzné nejen v těžkých chvílích. *„Rodina je primárním kontextem lidské zkušenosti od kolébky až po hrob. Přesto se psychologie dlouho zajímala o lidské jedince bez většího zájmu o prostředí, v němž jedinec vyrůstá a žije (Sobotková, 2012, s.11).“* Dle Kramera se může použít pojem rodina pokaždé, kdykoliv se mezi příbuznými i blízkými lidmi objeví intenzivní emocionální i psychologické vazby, i když se může jednat například o svazkem nespojený pár či náhradní rodinu. Nejdůležitější je tedy porozumět rodině jako celku, nikoliv pouze vlastnostem jedince. Rodinu vnímáme jako ve smyslu prostoru, systémů, subsystémů i hranic, ale také v časové ose. Je známo spoustu koncepcí životního cyklu, kde se vychází z předpokladu, že rodina se vyvíjí v přesných a logických stádiích jdoucích po sobě. Jako akci i interakci různých skladebných složek uvnitř i mimo rámec systému rodiny označujeme rodinným procesem. „Family process“ se postupem času více používá k popsání rodinných interakcí. Rodinné fungování je způsobem, kterým rodina plní své funkce a byly dle Pattersonové rozděleny do čtyř bodů. Za prvé začlenění jedince do rodinné struktury, kde se jedinci poskytuje pocit sounáležitosti a ovlivňuje osobní identitu, za druhé jako ekonomická podpora, která slouží k zajišťování potřeb členů rodiny, za třetí se jedná o péči, výchovu a socializaci, které umožňují jak fyzický, psychický, sociální, ale i duchovní vývoj, za čtvrté ochranu zranitelných členů. Rodinné fungování je bezesporu velmi složitý jev, i přes to, existují jeho tři základní nosné principy, kterými jsou soudržnost, adaptabilita a komunikace. Při správné soudržnosti rodiny je kladen důraz i na samostatnost jedince. Adaptabilita má význam při změnách nároků života a napomáhá rodině se přizpůsobovat. Adaptabilní rodiny jsou poté schopny změnit svůj životní styl, pokud to daná situace vyžaduje. Komunikace je poté klíčová v řešení a plánování změn. Přímá a nepřímá komunikace slouží jako ochrana v rodinném životě, zatímco nejasná či dokonce narušená komunikace může mít za následek znásobení negativních vlivů

a stresu. V rodině tedy tolik nezáleží na uspořádání a struktuře, jako na tom, co v rodině právě probíhá. Kvalitu rodinného fungování ovlivňuje spokojenost jednotlivých členů rodiny, jejich dovednosti a schopnosti efektivně řešit různé problémy, jistý úděl má i flexibilita a soulad partnerů při řešení volného času, svoji úlohu má i přístup partnerů k sexuálnímu životu a jejich city, spokojenost s uspokojování osobních potřeb a zájmů. Mezi důležité složky ve fungování rodiny také můžeme zahrnout efektivní komunikaci a dobré vztahy s příbuznými a širší rodinou. „*To, co charakterizuje funkční rodinu, není absence problémů, ale účinný způsob jejich zvládnutí (Sobotková, 2012, s.76).*“

1.1.4 Práce s rodinou

Pracovníci z pomáhajících profesí by se měli řídit devíti pravidly podle Klemera. Mezi tyto pravidla se řadí vytvoření si vztahu k celé rodině, nikoli jen k jednotlivcům, přijímat názory všech, kteří se na procesu podílejí a nechat volnost k odchodu napětí mezi členy. Také o mimořádných schůzkách s jednotlivcem informovat celou rodinu a zapojit ji i do diagnostiky problému, popřípadě i jejich širší okolí. Dále do těchto základních pravidel patří hledání alternativních řešení problémů, spolu s tím rodinu podporujeme v dohodě, motivujeme ke konkrétnímu plánu a upozorníme na možné změny v každodenních rutinách (Gabura Ján,2012).

Práce s rodinou většinou probíhá přímo v rodině, v domácím prostředí pacienta, ale může probíhat i ambulantně, v pracovně pracovníka pomáhajících profesí nebo i rezidenciálně, což znamená v sociálním či zdravotnickém prostředí, kde je rodina na krátký čas. V ústavní péči může být pouze jeden z členů a rodina poté pouze dochází a následně společně řeší aktuální problémy. Dané prostředí samozřejmě specificky ovlivňuje úspěch procesu práce s rodinou (Gabura Ján,2012). Příbuzní nemocných musí čelit velkým nárokům a musejí se vyrovnat s každodenní péčí o příbuzného. Členům rodiny se také mění jejich smysl života a dochází ke změnám jejich vztahů jak s nemocným, tak i se svým sociálním okolím. Rodina potřebuje také dostatek informací a emocionální podpory k tomu, aby mohla efektivně pečovat o nemocného (O'Connor M., 2005).

Rozlišujeme tři základní přístupy, které vyplývají z různých strategií. Prvním z nich je přístup kolaborativní, ten je založený na práci s každým členem rodiny jednotlivě, na různých úrovních, dokonce může být i vždy v jiném prostředí. Dalším, tedy druhým v pořadí je přístup doprovázející, pro který je vhodnější střídání práce s celou rodinou

a s jednotlivými členy. Poslední přístup preferuje práci s celou rodinou od začátku do konce, tento přístup se označuje jako reaktivní. Odborné práce s rodinou můžeme dále obohatit o další specifika. Těmi mohou být například práce s jednotlivcem bez účasti ostatních členů jeho rodiny, práce s manželskými páry a provádění spojených párových rozhovorů. Spolupracovat můžeme také pouze s částí rodiny, která se zajímá o problémy pacienta, většinou nejbližší příbuzní pacienta, i s celou rodinou v širším kruhu. Jednou z metod je také spolupráce odborníků, kdy každý z nich pracuje s jedním členem rodiny. Pracovat se dá i se skupinou více rodin s využitím skupinových forem. Mezi poslední přístupy odborné práce řadíme i formy spolupráce s rodinou i její sociální sítě a dále i s rodinou v jejich podmínkách, které tvoří komunita i životní prostředí, kde daní členové žijí. Kroky procesu práce s rodinou by měly ovlivnit a zlepšit komunikaci a porozumění mezi jednotlivými členy, napomoci k osvojení realistických očekávání, hledání pozitiv i jejich ocenění a také pomoci k přizpůsobování se k přicházejícím změnám. Odborná práce se skládá z těchto kroků:

- Při prvním sběru informací o rodině by si měl dát odborník pozor na haló efekt.
- Při prvním kontaktu s rodinou sbíráme anamnézu, zjistíme, jak rodina vnímá problém, jak se k němu staví a co již podnikla k řešení.
- Doplníme si údaje o rodině z jejího blízkého okolí.
- Dohodneme se s rodinou na daných pravidlech při spolupráci.
- Vytvoříme si strategický plán práce s rodinou, kde si stanovíme krátkodobé i dlouhodobé cíle a jejich cestu k nim.
- Dále přicházejí konkrétní plnění kroků.

Jako poslední ve zdravotnickém zařízení většinou odborná práce končí rozvázáním spolupráce s rodinou. Při klasické práci mimo zdravotnické zařízení je jako poslední krok katamnestické sledování, kdy se sleduje rodina i po ukončení procesu a ověřují se změny, které vznikli při práci s odborníkem a jejich trvání (Gabura Ján,2012).

Jednotlivé kroky při práci s rodinou zaměřené na problém jsou také rozděleny do čtyř stádií. Prvním krokem je vyhodnocení neboli Assesment, druhým je uzavírání smluv – Contracting, třetí krok se označuje jako Treatment, což je práce s rodinou a posledním, čili čtvrtým krokem je uzavření spolupráce, neboli Closure. Jde o podobný systém, který jsme si představili před chvílí. Assesment je fáze, kde sbíráme informace o rodině, zjišťujeme si její strukturu, systém a motivaci rodiny k řešení problému. Ve

fázi označené jako Contracting se odborník domlouvá s rodinou na spolupráci, na cestě k vytyčeným cílům, které si společně určí. Ve třetím kroku, kterým je Treatment již odborník společně s rodinou pracují na řešení problémů. V posledním kroku, jak název Closure napovídá, rodina spolu s odborníkem vyhodnotí své naplnění cílů a ukončuje spolupráci (Gabura Ján,2012).

1.2 Ošetrovatelská péče

Péče je dle Jeřábka (2009) chápána jako práce z lásky, která obnáší fyzickou práci, starost, zájem i emocionální vazbu k příbuznému a váže se tak k základním lidských potřebám (Janečková H., 2013). Péče v rodině má i genderovou souvislost, která poukazuje na kritérium automaticky přisuzované a popisované jako přirozené. Jedná se o činnosti dle genderu a to takové, že ženy vykonávají „ženské“ a muži „mužské“ práce. Jako příklad uvádí Dudová (2015), že ženy pomáhají spíše s emocionální stránkou a péčí o tělo, načež muži zastávají „těžší“ práci ve smyslu starost o dům a zahradu (Dudová R.,2015). Nepletme si však péči a podporu. *„Péče je vnímána jako pasivní přijímání jednotlivých úkonů uživatelem, kdy pečovatelka za uživatele vykonává dohodnuté úkony. Podpora je naproti tomu považována za aktivní prvek v zajišťování péče, kdy je uživateli poskytnutá pouze nezbytná podpora, tedy pomoc při zajišťování takových úkonů nebo jejich částí, které uživatel skutečně nezvládá (Hauke M., 2011, s.20)“*. V pečovatelských službách se většinou setkáváme s oběma typy, poskytuje se tedy jak péče, tak podpora (Hauke M., 2011).

1.2.1 Vývoj ošetrovatelství

„Lidé o sebe pečují již od nepaměti. Kdy přesně vzniklo lékařství jako obor, se neví. Počátky lékařství byly spojeny se zařikáváním, oběťmi, nošením amuletů apod. Vždy však existovali lidé, předchůdci dnešních lékařů, kteří nemocným a raněným pomáhali (Nováková R., 2008, s. 12).“ S vývojem ošetrovatelství začneme v antickém starověku, kdy byl nejslavnějším lékařem Hippokrates, především se zajímal o pozorování lidského těla a jeho rozdílů, položil tak základy pro preventivní medicínu. Dodnes se s Hippokratem setkáváme, a to ve smyslu Hippokratovy přísahy, podle níž se lékaři zavazují k léčbě podle svého nejlepšího svědomí a dbají na zdraví a blaho nemocného. Hippokratova přísaha byla roku 1948 v Ženevě nahrazena lékařským slibem. Z této přísahy vzešel slavný řecký lékař Galénos, ten se snažil o vytvoření uceleného systému lékařské vědy a zabýval se zkoumáním původce chorob. V období starověku na území Řecka také již existovali takzvaná asklepia,

v Římě valetudinaria, neboli vojenské lazarety a v Byzantské říši ambulatoria, které fungovali jako předchůdci dnešních nemocnic. Ve středověku jsme se setkávali se špitály, které poskytovali zdravotní i sociální péči především cestujícím a poutníkům. Ve středověku tedy byly dva typy ústavů, při kláštorech infirmaria určená pro ošetřování řeholníků a leproseria pro ošetřování slabých. V novověku se již setkáváme se zakladatelkou ošetrovatelství, známou jako dámu s lampou Florence Nightingalovou, významným ruským chirurgem a pedagogem Nikolajem Ivanovičem Pirogovem a Henri Dunantem, který zřídil lazaret. (Nováková R., 2008)

Za první období historie ošetrovatelství v českých zemích se zasloužila Anežka Přemyslovna v 10. století. V tomto období byly zakládány útulky pro chudé a nemocné, dnes nazývané jako hospice. Při vzniku první ošetrovatelské školy stály Karolína Světlá a Eliška Krásnohorská. Později se ošetrovatelské školy sloučily se sociálními školami (Nováková R., 2008).

1.2.2 Individuální plán péče

Pro začátek individuální péče je vhodné si sám určit své cíle, hranice a postoje. Stejně tak každý pacient má své představy, jak žít svůj život, a to by se mu mělo co nejvíce umožnit. Proto ke každému pacientovi přistupujeme jednotlivě a chováme se k němu tak, jak bychom chtěli, aby ostatní přistupovali k nám. Individuální plánování je především o naslouchání, komunikaci a respektu k pacientovi. Komunikace s pacientem má vždy svá pravidla, ke kterým se dostaneme níže v této práci. *„Individuální plánování je proces, ve kterém uživatel a poskytovatel hledají cíle, které bude uživatel ve spolupráci s poskytovatelem dosahovat – budou tedy hledat „cíl společné práce“ (Hauke M.,2011, s.16)“*. Individuální plánování služeb začíná jednáním se zájemcem o službu, kde se následně sepíše smlouva o poskytování pečovatelské služby a poté se sestavuje daný plán. Výsledkem je tedy písemný plán určitého klienta. V takovém plánu musíme určit klíčového pracovníka, tedy osobu, která má kompetence k vykonávání určité péče, zde většinou sociální pracovník. Plánování péče souvisí s metodami práce, kdy využíváme analýzu dokumentace, pozorování a rozhovor, zjišťujeme cíle a následně plánujeme jednotlivé kroky a tvoříme tak individuální plán, který můžeme v průběhu práce s klientem a na základě jeho přání měnit (Hauke M.,2011).

1.2.3 Domácí péče

Domácí péče je zaměřena na uspokojování zdravotních a sociálních potřeb lidí v domácnosti poskytováním vhodných a vysoce kvalitních služeb domácí péče a sociálních služeb, formálních a neformálních poskytovatelů péče s využitím technologie tam, kde je to vhodné (Tarricone R., 2008).

Domácí péče je velice často dlouhodobá a pečující člověk potřebuje velké síly k zvládnutí této situace jak ze strany své, tak i ze strany okolí. Domácí péče Vás může mnohému naučit, jedno z toho je také, možnost naučit se nejen pomoc dávat, ale také ji přijímat“ (Pochmanová K., 2015). Ačkoliv se zdá péče v domácím prostředí, a především vlastními silami velice těžká a lidé se ji bojí, jde hlavně o přípravu prostoru, pomůcek a jejich využití doma, zapojení okolí, to vše nám zlehčí práci. Samozřejmě dáváme prostor i nemocnému, aby se podílel na rozhodování, on sám vidí věci z jiného úhlu pohledu (Pochmanová K.,2015).

Kvůli vzrůstajícímu počtu populace, je větší poptávka po domácí péči. Zejména je větší nárůst starších a nemocných osob, neboť míra plodnosti velice klesá. Dále zvyšují poptávku po domácí péči změny v sociálních postojích a hodnotách, místo dříve běžných velkých rodinných systémů, v dnešní době vznikají menší rodiny, poté se snižuje možnost příbuzných, kteří jsou schopni se postarat o nemocné (Tarricone R, 2008).

Agentura domácí péče neboli home care, poskytují zdravotnické výkony v prostředí domova. Služby poskytují zdravotní sestry, které komunikují s lékaři a dojíždějí za nemocným domů. Tyto zdravotní sestry pracující v agenturách domácí péče vykonávají odborné výkony jako odběry krve, převazy ran, ošetření dekubitů i rehabilitaci. Za rozsah péče a její typ rozhoduje lékař, který ji může navýšit, či naopak snížit. Dále existují pečovatelské služby, které již nevykonávají péči na zdravotnické úrovni, ale jedná se o terénní službu, která pomáhá osobám se sníženou soběstačností jak kvůli zdravotnímu postižení, chronicky nemocným, či z důvodu věkového. Tato péče se zaměřuje na úkony běžného dne, osobní hygienu, zajištění stravy i drobný úklid, doprovod k lékaři, úřad, nebo i na procházky. Domácí péči můžeme také kombinovat s denním či týdenním stacionářem nebo odlehčovacími pobyty. Pomáhají nám zachovat si například zaměstnání a zároveň zůstane náš příbuzný, odkázaný na naši pomoc, ve známém prostředí, s péčí svého nejbližšího (Pochmanová K.,2015).

1.2.4 Péče o starší

Fenotyp stáří a jeho funkční stav je dán faktory, které jsou ovlivnitelné a patří mezi ně genetická dispozice, zákonitá biologická involuce, především projevy a důsledky chorob či úrazů, psychické faktory, vlivy i nároky životního prostředí a v neposlední řadě způsob života. Do celkového pojetí stárnutí a stáří se zahrnují takzvané sociální determinanty zdraví. Sociální determinanty zdraví jsou takové podmínky, do kterých se daný jedinec rodí, v kterých roste, žije, pracuje a v nichž stárne. Tyto podmínky zahrnují i zdravotnický systém (Čeledová L., 2016). Ze sociologického hlediska neformální péče o starší v kruhu rodiny jsou budovány mimo jiné i teorie, jejichž cílem je především pochopení mechanismů a fungování jednotlivých generací a solidarita mezi nimi. Zejména se snaží vysvětlit ochotu dospělých v poskytování péči svým rodičům. Tato ochota poskytovat péči svým rodičům vychází z teoretických přístupů, které poukazují na skutečnost, při které potomci vnímají jako svou povinnost, jelikož rodiče se o ně v dětství také starali a zaopatřovali. (Dudová R., 2015). Stárnutí je nevyhnutelnou částí života každého z nás, jedná se o biologický proces, který nás provádí celý život již od dětství a na jehož konci je stáří. „*Stárnutí není pouhé plynutí času. Je ovšem projevem biologických dějů, které nastávají v čase a po určitý čas trvají* (Ondrušová J., 2011, s. 13).“ „*Také Zavázalová a kol. (2001, s. 12) konstatují, že stárnutí je proces všeobecný (stárne celá populace) a zároveň individuální (stárne konkrétní jedinec),* (Ondrušová J., 2011, s. 13).“ I když se jedná o individuální proces, popisují se určité charakteristické znaky. Spolu s touto vědou o stárnutí a stáří vznikla sociální gerontologie, která zkoumá vzájemné vztahy u starších lidí, společnosti a potřeby seniorů. Tato problematika studuje stárnutí, sociologii, pedagogiku, psychologii a zajímá se i o etickou a právní stránku péče o seniory (Ondrušová J., 2011). V rámci takové péče bychom měli seniorovi zajistit sociální kontakt s okolím, zamezit finanční krizi (Čeledová L., 2016).

Při odchodu seniora do jakéhokoliv zdravotnického zařízení většinou dochází až v takovém okamžiku, kdy není péče doma možná, nebo došlo k dlouhodobému zdravotnímu problému. V tento moment, kdy se nemocný přesune ze svého přirozeného prostředí, bychom měli napomoci k udržení kontaktu s rodinou, jelikož tento přechod je brán jako nejzávažnější životní událost (Janečková H., 2013). Kvalita sociálních vztahů napomáhá větší mírou v dobrém stárnutí, nežli zapojení seniorů do aktivizačních programů (Litwin, Shiovitz-Ezra, 2011).

Pro efektivní péči o seniory potřebujeme znát jejich potřeby. Každý má samozřejmě individuální potřeby a preference. Ve většině případů se potřeby seniorů shodují s mladšími generacemi, jako jsou například finanční zabezpečení sebe i rodiny, domov a zdraví. *„Odlišnost u seniorů je tedy nikoliv v rozdílných potřebách, ale v jiném způsobu jejich naplňování a uspokojování (Ondrušová J.,2011, s. 41).“* Při neuspokojení těchto základních potřeb může vzniknout agresivní chování, které musíme odvrátit jako pečovatel právě hledáním v chybné péči o nemocného. Dokonce autoři, kteří se zabývají problematikou poruch chování u nemocných s demencí, jako Zgola, Cohen-Mansfield, Tošnerová, rozdělili poruchy do tří kategorií. Modely, které vysvětlují problematiku chování rozdělili do těchto skupin: první uvedli teorii nenaplněných potřeb, za druhé se jedná o chování posilované reakcemi okolí a třetí je vliv faktorů z prostředí. *„Starý člověk, který trpí poruchami mnoha vyšších nervových funkcí: myšlení, chápání, orientace, schopnost učení např. jazyka, schopnost úsudku, musí volit náhradní způsoby uspokojování svých potřeb (Venglářová M., 2007).“* Měly bychom s těmito poruchami chování počítat, pracovat s nimi a nezhoršovat jejich průběh negativní reakcí.

Péče o seniora samozřejmě zahrnuje i efektivní komunikaci, pomocí které předáváme nejen informace, ale i pocity. Komunikovat můžeme verbálně (slovně) i neverbálně (mimoslovně). Dobré naslouchání druhým obsahuje i sledování právě mimoslovních signálů a tím můžeme určit, kdy položit otázku, pokračovat či ustát v hovoru, nebo odejít. (Venglářová M., 2007).

1.2.5 Paliativní péče

Paliativní péči poskytujeme osobě nemocné nevléčitelnou chorobou v pokročilém či terminálním stádiu. Cílem je zmírnit bolest a celkově všechna strádání těla, ať jde o stránku duševní nebo tělesnou, a spolu s tím udržet co nejvyšší možnou kvalitu života. Prodlužujeme tím pacientovi život a snažíme se o jeho přijatelnou kvalitu a důstojný odchod. Zároveň se snažíme v posledních chvílích zajistit přítomnost rodiny nemocného a jeho blízkého okolí. Opora by se měla dostávat jak terminálně nemocnému, tak i příbuzným, kteří ho na této cestě doprovázejí. *„Paliativní péče tedy znamená určitou filozofii péče, ale také konkrétní organizaci péče, která by umožnila saturaci potřeb nemocného ve všech výše zmíněných oblastech (Sláma O.,2011)“.* Každý si pod pojmem paliativní péče představí pouze zbavení či zmírnění bolesti a nepředstaví si pod touto moderní medicínou a léčbou

bolesti i kvalitu života. Zajímat bychom se měli o stránku psychickou, sociální, fyzickou i duchovní. Vždy by se měl s pacientem stanovit cíl léčby, protože rozhodující je především názor pacienta a jeho rozhodnutí (Sláma O.,2011).

Paliativní péče je poskytována prostřednictvím mezilidských vztahů a neznamena pouze péči o nemocného, ale zahrnuje i osobnost pečovatele a péči o něj. *„Soucit začíná tím, že si uvědomíme, co je v nás lidské, co nejvíce trpí. Pokud si budeme všimát toho, jak sami trpíme, odkryjeme jednoduché a hluboké spojitosti mezi naší vlastní zranitelností a zranitelností druhých (O'Connor M., 2005).“*

Do paliativní péče zahrneme i domácí péči, kde přímo domů k pacientovi dojíždí tým domácí paliativní péče, mimo jiné může nemocný využít i lůžkové či denní stacionární hospice, nebo přímo oddělení paliativní péče. Oddělení paliativní péče sídlí většinou v nemocnicích, kde slouží i jako základna pro konziliární týmy (Sláma O.,2011). Ve vztahu k seniorům a péči o ně jde o koncept „ageing in place – dying in place“ neboli stárnout i zemřít doma (Čeledová L.,2016).

V péči o nevléčitelně nemocné se můžeme setkat se syndromem vyhoření nebo vyčerpáním sil, jelikož péče o takto nemocné silně zasahuje do psychiky každého pečovatele. *„Ranění léčitelé však nesmí být tak zahlceni utrpením druhých, aby nebyli schopni poskytnout efektivní péči (O'Connor M., 2005, s.45).“* Pro zdravotní sestry pracující ve všech typech zdravotnických zařízení je nejtěžší vyrovnat se se smrtí a umíráním. Pečovatel by si měl uvědomit nejdříve své vlastní potřeby a uspokojit je, než začne pečovat o druhé. K tomu by měli pomoci typy duševního posilování (O'Connor M., 2005). Paliativní péče překračuje tradiční způsoby. Zdravotní sestry velmi úzce spolupracují se svými pacienty, jejich rodinami a blízkými, kteří žijí s život ohrožující nemocí, a pomáhají jim žít co nejkvalitněji až do jejich smrti (Matzo M., 2010, s. 226). *„Kvalitní péče o pacienty v závěru jejich života je důležitou součástí vyspělé společnosti. Zavedení paliativního přístupu v českých nemocnicích (případně zdravotnických zařízeních následné péče) by mělo vést k větší individualizované péči, zaměřené na potřeby pacienta a jeho rodiny, které jsou pro ně důležité a ve kterých potřebují pomoc a podporu (Bužgová R., 2015, s.138).“*

1.2.6 Bazální stimulace

Bazální stimulace podporuje nejzákladnější rovinu lidského vnímání, zjednodušeně se jedná o vnímání vlastního těla. Základními prvky jsou komunikace, pohyb a vnímání sama sebe. Pomocí cílené stimulace smyslových orgánů je mozek schopen uchovávat své návyky v paměťových dráhách. Díky tomu lze pomocí bazální stimulace u pacienta vyvolat mozkovou činnost, podporovat vnímání, komunikaci a jeho hybnost. „*Bazální stimulace je tedy komunikační, interakční a vývoj podporující stimulační koncept, který se orientuje na všechny oblasti lidských potřeb a přizpůsobuje se věku a stavu klienta (Friedlová K., 2007, s.19)*“. V bazální stimulaci klienta využíváme stimulace vnímání, podporu hybnosti a komunikace. Stimulace vnímání nám umožňuje vnímat postavení vlastního těla v prostoru a informuje nás o změně polohy. Schopnost hýbat se nám slouží nejenom k vnímání těla, ale i ke komunikaci s okolím. „*Pohybu předchází myšlenka na pohyb, a proto od sebe nelze oddělit vnímání a pohyb (Friedlová K. 2007, s.25)*“. Podpora komunikace slouží k vytváření a udržování mezilidských vztahů. Komunikace ovlivňuje kvalitu života. „*I když spolu dva nekomunikují, přijímají signály a na základě často nevědomé analýzy signálů mění i své chování buď k vzájemnému přiblížení, či oddálení (Friedlová K., 2007, s.33)*“. Komunikaci umožňují média, které mají transportní roli, v bazální stimulaci se jedná třeba o vůni, dotek, chuť a jiné podněty působící na smyslové orgány. Někdy je rodina klienta první, která zachytí nepatrné reakce na podněty. „*Koncept integruje příbuzné do péče a pohlíží na ně jako na partnery v procesu ošetrovatelské péče (Friedlová K., 2007, s.34)*“.

Využívá se několik druhů stimulace. První je somatická stimulace, která poskytuje vjemy z povrchu těla pomocí kůže jako percepčního orgánu. Zahrnujeme zde i prvky paměťových pohybových schémat. Pro začátek a konec komunikace s pacientem určujeme takzvaný iniciální dotek, má své dané místo a přiměřený tlak. Druhou stimulací je vibrační, která pomáhá vnímat hlas a vibrace, lze jím také ovlivnit dýchání pacienta. Další je stimulace vestibulární, ta pacientovi pomáhá s orientací v prostoru a uvědomování si sebe samého. Za čtvrté je stimulace auditivní, kdy se pacientovi pouštějí známe zvuky a oblíbená hudba. Pacientovi oblíbené tekutiny stimulují receptory chuti, a proto se využívá stimulace orální. Jako poslední je stimulace taktilně-haptická, která slouží k osvojování manipulace s předměty (Friedlová K. 2007).

1.2.7 Osobnost pečovatele

Pečovatelé i pečovatelky jsou blízkým partnerem nemocného, starají se o zajištění sociální stránky, začlenění do společnosti a zlepšení kvality života klienta. Pečovatel má určité profesní kompetence, například vykonávání úkonů pro zlepšení osobní, životní a výživové potřeby klienta, měl by umět ovládat metody práce s klientem a jeho rodinou, umět naslouchat a efektivně komunikovat. Rozhodně by pečovatel měl poskytovat kvalitní ošetrovatelskou péči, umět klientovi efektivně poradit, navodit řád a určitý systém poskytování péče. Pečovatel musí také dodržovat etické zásady, vážit si klienta, jeho hodnot, dále pomáhat a respektovat rozhodnutí klienta, také nechat prostor pro jeho vyjádření. Dále by měl podporovat bezpečné prostředí a svědomitě vykonávat pečovatelské úkony. Jako každý pracovník má povinnost brát veškeré informace o klientovi jako důvěrné (Nováková R., 2008).

1.3 Komunikace a edukace

Komunikace je proces předávání informací mezi dvěma či více subjekty. Zajišťuje přenos a výměnu informací a chování. Tvoří základ mezilidských vztahů, přispívá k uspokojování sociálních potřeb a slouží jako prostředek k začlenění jedince do skupiny (Zacharová E., 2016).

1.3.1 Komunikace

Komunikační proces dělíme na dvě základní skupiny, a to komunikaci verbální a nonverbální neboli neverbální. Verbální komunikace představuje řeč, jazyk, který nám umožňuje předávání informací. „*Verbální komunikací je míněno vyjadřování pomocí slov prostřednictvím jazyka (Zacharová E., 2016, s.29).*“ Tu můžeme dále rozdělit na přímou, zprostředkovanou, mluvenou či psanou, živou nebo reprodukovanou. Tato komunikace ve zdravotnictví má své požadavky, ke každému pacientovi musíme mít individuální přístup, který je předpokladem úspěšné komunikace. Nesmíme zapomínat na úctu, vážit si pacienta i jeho rodiny, respektovat je a utvořit si k nim pozitivní vztah, který je dalším požadavkem. Každý zdravotnický či sociální pracovník by měl mít schopnost vcítění se do momentálních pocitů pacienta, jeho vztahu k nemoci, takzvanou empatii. „*Jde zde o setkání dvou subjektů, a to světa pacienta a světa sestry (Zacharová E., 2016, s.31).*“ V komunikaci bychom měli dbát na hlasitost, rychlost, výšku hlasu a pomlky, kde dáváme prostor druhé osobě, délce projevu, intonaci. Pro zjištění, zda byla naše komunikace úspěšná, můžeme použít zpětnou vazbu. V ošetrovatelství využíváme několik druhů rozhovorů, kde směřujeme k určitému cíli. Jsou to například rozhovory motivační, diagnostické, terapeutické,

informační a edukační (Zacharová E., 2016). Verbální komunikace není jen o mluvení, ale i o mlčení, dáváme tak prostor přemýšlení, pokud je ze strany nemocného či jeho příbuzných, většinou nastává po velkém šoku, nebo pokud bylo vše řečeno a nastává klid. Pracovník zde musí být citlivý, vědět, kdy dát prostor k přemýšlení a kdy povzbudit k pokračování (Venglářová M., 2006).

Na druhé straně máme komunikaci neverbální, která je doprovodem slova, jedná se o řeč těla, signalizační projevy. Ve zdravotnictví je velice důležitá pro navázání důvěry, vztahu a zjištění pocitů a postojů pacientů a jejich blízkých. Pracovník si musí uvědomit, že pracuje s osobou, která je v těžké životní situaci a musí tak dodržovat zásady správné komunikace. Musíme také zohlednit prostředí, ve kterém se nacházíme a s jakou osobou komunikujeme. Dodržujeme intimní zónu, sledujeme postoje těla, pohyby a jejich dynamiku, mimiku, pohledy, emoce. Správnou neverbální komunikací zvyšujeme efektivitu konverzace (Zacharová E., 2016). Do neverbální komunikace zahrnujeme i úpravu zevnějšku a prostředí kolem pacienta (Venglářová M., 2006).

V komunikaci se také setkáváme s různými překážkami, jak vnějšími, tak vnitřními faktory. Bariéry mohou být jazykové, emotivní, intelektové, fyziologické, které jsou nejčastěji dány bolestí a únavou. Ze strany nemocného se setkáme se situacemi, kdy pacient neumí, nechce nebo nemůže komunikovat. Do stavu, kdy neumí komunikovat řadíme například jazykové odlišnosti, ve fázi, kdy nechce, se obracíme na bolest, strach či nedůvěru a pokud nemůže komunikovat, důvodem je většinou vážné onemocnění. *„Komunikace představuje moc. Kdo se ji naučí efektivně využívat, může změnit svůj pohled na svět i pohled, kterým svět pohlíží na něj. Anthony Robbins (Zacharová E., 2016, s.109).“*

1.3.2 Edukace

Pomocí edukace se vzděláváme a vychováváme. *„Pojem edukace lze definovat jako proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech (Juřeniková P., 2010, s.9).“* Při edukačním procesu si musíme určit edukanta edukátora, prostředí a samotný proces, určité plány (konstrukty). Edukantem je osoba, kterou vzděláváme, v určeném tématu si rozšiřuje znalosti a edukátor je tedy osoba vzdělávající druhé. Edukaci ve zdravotnickém zařízení dělíme do pěti fází. Za první se jedná o fázi počáteční pedagogické diagnostiky, kde se odhaluje úroveň vědomostí v daném tématu, postoje ke vzdělávání a zjišťuje tak edukační potřeby, v této fázi stanovujeme cíle. Druhou

fázi nazýváme projektování, jelikož edukátor plánuje cíle, volí metody, formu, obsah, pomůcky i časový rámec celé edukace. V další fázi je samotné vzdělávání edukanta, proto ji označujeme jako fázi realizace, rozdělujeme ji na část motivace, expozice, fixace, diagnostiku, aplikace. Ve fázi upevnění a prohlubování učiva, která je čtvrtá v pořadí, opakujeme a procvičujeme již řečené učivo. V poslední, tedy páté fázi, hodnotíme výsledky jak edukanta, tak edukátora a každý tak získá zpětnou vazbu. V edukačním procesu si volíme metody. *„Edukační metodu tedy můžeme chápat jako cílevědomé a promyšlené působení edukátora, který aktivizuje edukanta v jeho učení tak, aby byly efektivně naplněny cíle učení (Juřeniková P., 2010, s. 37).“* Metody dělíme do třech základních skupin na teoretické, teoreticko-praktické a praktické. Tyto skupiny rozdělujeme dále, do teoretických metod patří přednášky, semináře a cvičení, v teoreticko-praktických se můžeme setkat s diskuzními, problémovými, programovými, diagnostickými, fixačními a projektovými metodami. Do praktických poté řadíme například instruktáž, stáž, coaching a exkurze. *„Plán edukace bychom měli vždy sestavit ve spolupráci s edukantem. Zvýší to edukantovu motivaci a usnadní edukační proces (Juřeniková P., 2010, s. 52).“* Věnovat bychom se měli i přípravě edukanta na samotnou edukaci. Měl by znát důvody edukace a stanovené cíle. Přihlížet musíme také na stav jeho zdraví, odráží to průběh a naplnění cílů celého procesu. Do přípravy řadíme výběr vhodného prostředí, takový prostor by měl být klidný, měl by být přizpůsobený formám výuky a mělo by být příjemné všem účastníkům edukace. Edukátor by měl počítat s možným odchýlením od stanoveného plánu a přizpůsobit ho vždy dané situaci. V edukaci jsou určeny i edukační standardy, které ovlivňují kvalitu a umožňují její objektivní hodnocení, také nám vytyčují požadavky. *„Edukační standardy jsou dohodnutou normou, měřítkem, kritériem pro zajištění profesionální kvality edukace (Juřeniková P., 2010, s.71).“*

Rodinní příslušníci se obvykle zajímají a jsou ochotni se účastnit na poskytování ošetrovatelské péče, ale často jim chybí právě potřebné znalosti. Zdravotní sestry a ostatní zdravotnický personál automaticky předpokládá, že budou dělat to, co je potřeba. Pokud však rodina není správně edukována, není připravena nemoc a samotnou péči zvládat, nebo předcházet komplikacím. Přehodnocení způsobu, jakým jsou jednotlivci a rodiny zahrnuti do procesu péče o pacienta, by mělo snížit komplikace a zlepšit poskytování ošetrovatelské péče a tím zvýšit kvalitu nejen pacientova života. Rodina a přátelé jsou obvykle poskytovatelé primární ošetrovatelské péče

a zdravotnický personál by měl být připravený myslet na edukaci rodiny nejen při propuštění pacienta ze zdravotnického zařízení do domácího prostředí (Denham S. A., et al, 2015).

2 Cíl práce a hypotézy

2.1 Cíl práce

Zjistit názor sester na zapojení rodiny do ošetrovatelské péče.

2.2 Hypotézy

Hypotéza 1 - Názor sester na zapojení rodiny do ošetrovatelské péče je ovlivněn vzděláním.

Hypotéza 2 - Názor sester na zapojení rodiny do ošetrovatelské péče je ovlivněn délkou praxe.

Hypotéza 3 - Názor sester na zapojení rodiny do ošetrovatelské péče je závislý na typu oddělení, kde pracují.

3 Metodika

3.1 Metodika výzkumu

Pro výzkum bakalářské práce jsme zvolili kvantitativní výzkum pomocí techniky nestandardizovaného dotazníku. Dotazníky byly distribuovány v elektronické podobě. Dotazník obsahuje představení, úvodní informace, 22 otázek a poděkování. Odpovědi na otázky jsou voleny polouzavřenou a uzavřenou formou. Získaná data byla zpracována do podoby popisných tabulek a grafů, byla provedena statistická analýza, která otestovala dané hypotézy.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Jako zkoumaný vzorek byly zvoleny praktické i všeobecné sestry pracující na různých odděleních nemocnic. Pro výzkum bylo využito 162 dotazníků.

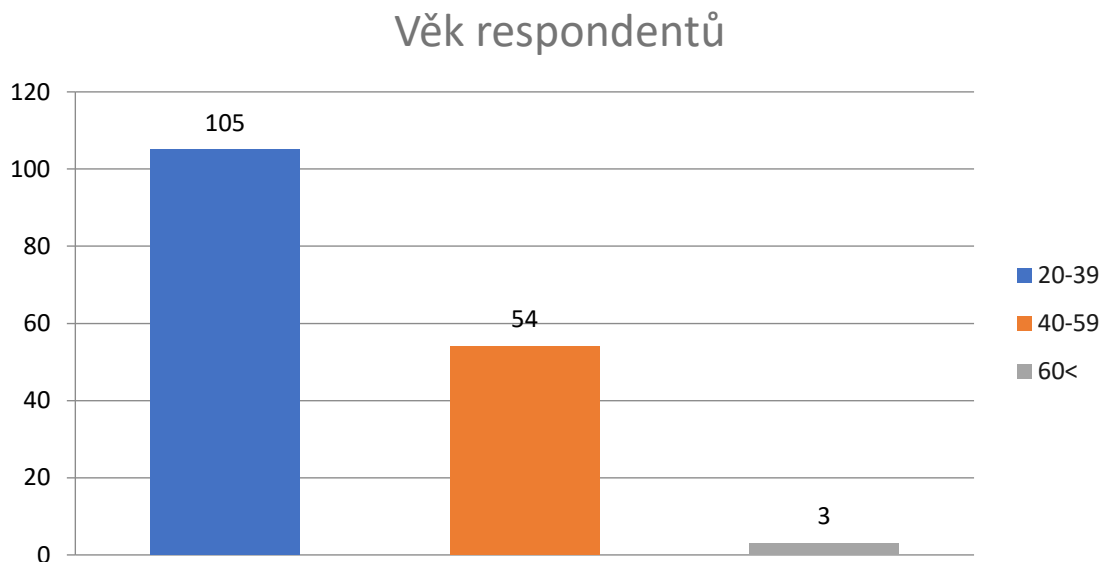
4 Výsledky výzkumu

K samotným grafům jsem přidala tabulky s výpočty podrobnosti četnosti dle statistických údajů.

| Výpočet pravděpodobnosti četnosti dle statistických údajů |
|---|
| $P(A) = \frac{n(A)}{n}$ |

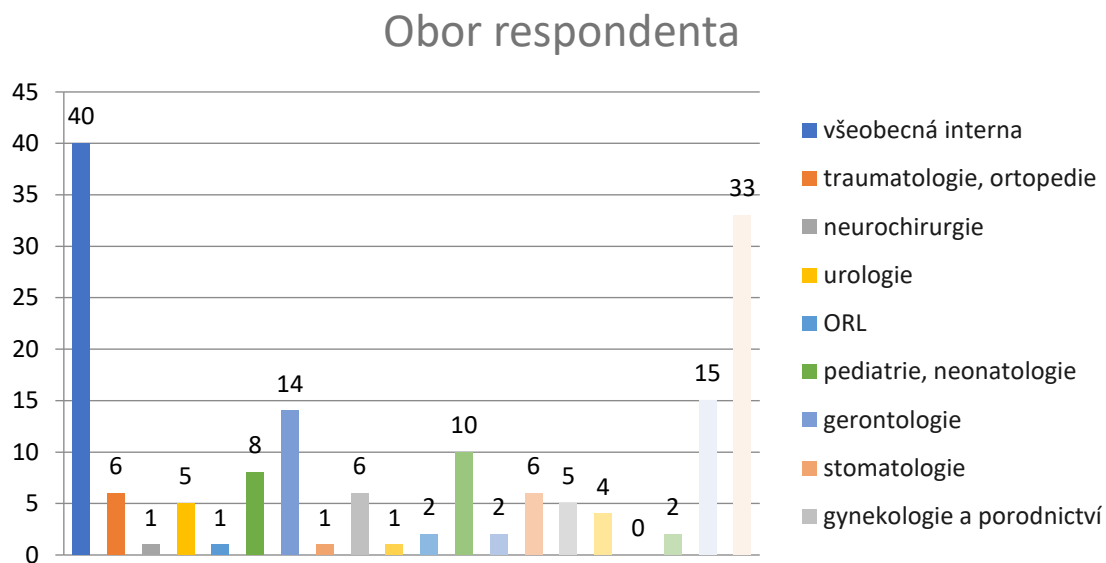
Označení PA v tabulce značí relativní četnost jevu A, podíl pokusů, ve kterých jev nastal a celkového počtu provedených pokusů.

Graf 1



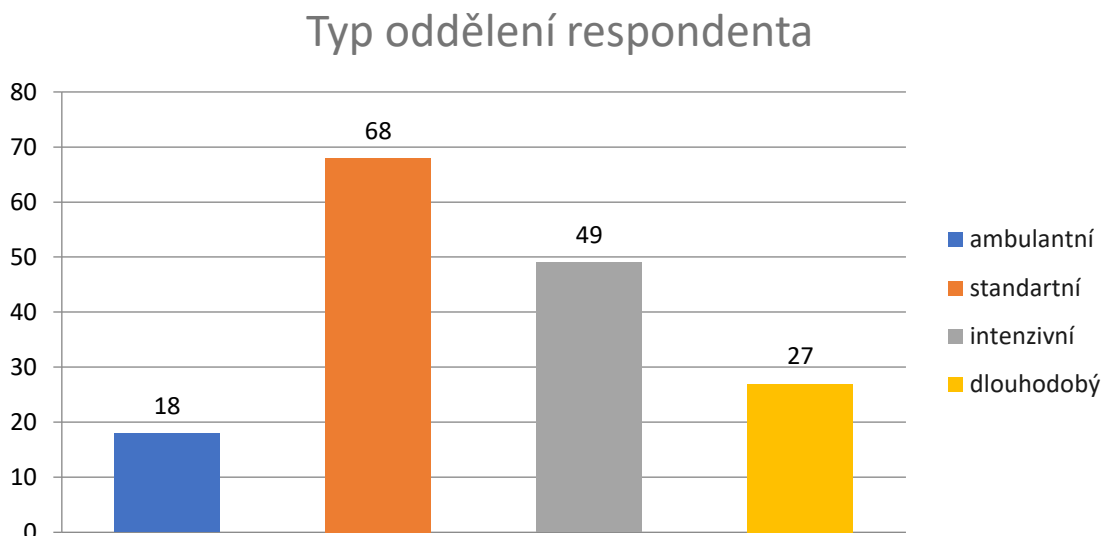
Z celkového počtu respondentů (162) udalo 105 (64,8%) dotázaných věkové rozmezí 20-39 let. Mezi 40 a 59 lety odpovídalo 54 (33,3%) respondentů. Ve věku více než 60 let dotazník vyplnili 3 (1,9%) respondenti.

Graf 2



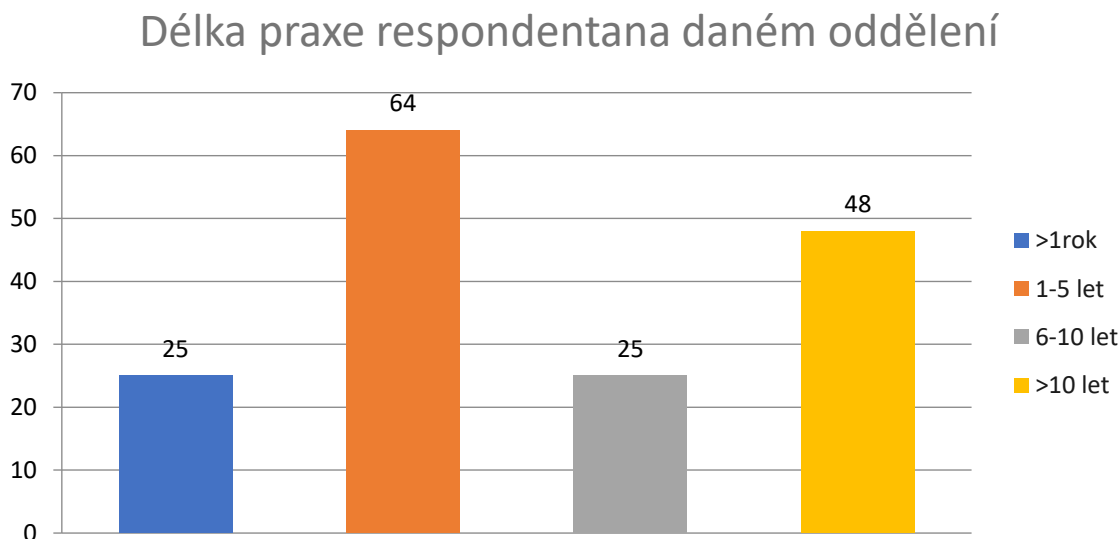
V dotazníku odpovídalo 40 (24,7 %) respondentů z oboru všeobecné interny, 14 (8,6 %) dotázaných z gerontologie, 15 (9,3 %) respondentů z chirurgie, 6 (3,7 %) odpovídajících z traumatologie, ortopedie, dalších 8 (4,9 %) respondentů z pediatrie, neonatologie a 6 (3,7 %) respondentů z kardiologie, 5 (3,1 %) dotázaných poté z kardiochirurgie, 10 (6,2 %) respondentů z neurologie. Dále se dotazníku zúčastnilo 5 (3,1 %) odpovídajících z urologie, 6 (3,7 %) respondentů z gynekologie a porodnictví, 2 (1,2 %) respondenti z oboru rehabilitace. Dále odpovídali po jedné sestry z oboru neurochirurgie (0,6 %), ORL (0,6 %), onkologie (0,6 %) a stomatologie (0,6 %). Z gastroenterologie se do výzkumu zapojili 2 (1,2 %) respondenti a z oboru pneumologie dotazník vyplnili 4 (2,5 %) zdravotníci. Z infekčního oddělení dotazník vyplnili 2 (1,2 %) respondenti. Z dermatovenerologie se do výzkumu nezapojil žádný zdravotník. V možnosti odpovědi jiné, odpovědělo 33 (20,4 %) respondentů, z toho 9 (27,3 %) dotázaných uvedlo anesteziologicko-resuscitační oddělení, 8 (24,2%) dotázaných uvedlo jednotku intenzivní péče, 3 (9,1%) respondenti odpovídali z oboru psychiatrie, další 4 (12,1%) respondenti uvedli sociální služby, 2 (6,1%) respondenti odpovídali z oddělení dialýzy, 1 (3%) respondent uvedl jako své pracoviště domov se zvláštním režimem. Další respondent uvedl jako odpověď jiné ortopedickou protetiku, kterou jsme zařadili do oboru traumatologie, ortopedie a jeden respondent uvedl geriatrické doléčovací oddělení, které jsme zařadili do oboru gerontologie spolu s respondentem, který uvedl místem svého pracoviště domov důchodců.

Graf 3



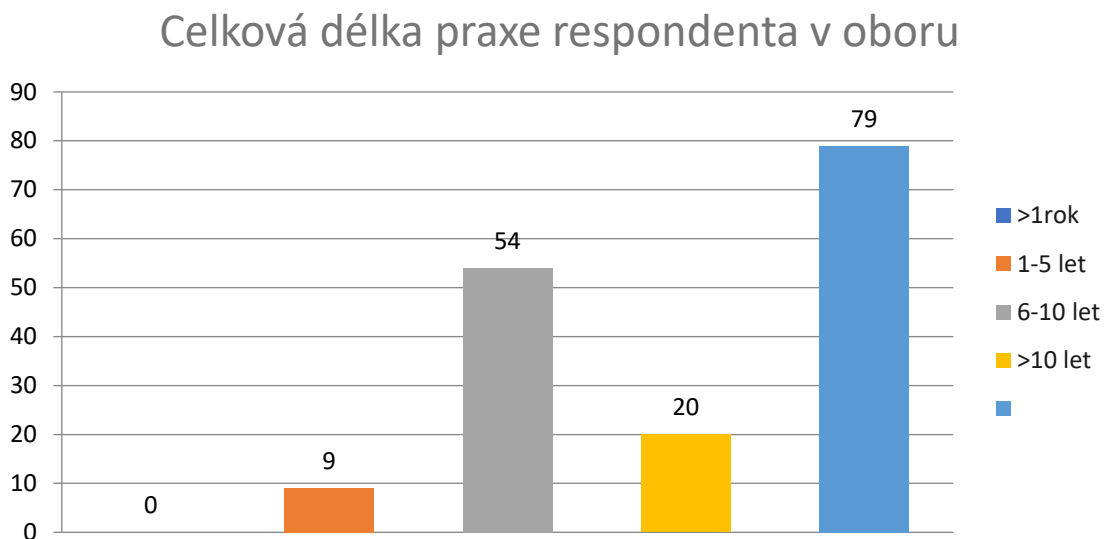
Celkově z 162 respondentů uvedlo 18 (11,1%) respondentů typ ambulantní. Typ standardní uvedlo 68 (42%) dotázaných. Do výzkumu se zapojilo 49 (30,2%) respondentů z intenzivního typu a poté 27 (16,7%) respondentů z dlouhodobého typu oddělení.

Graf 4



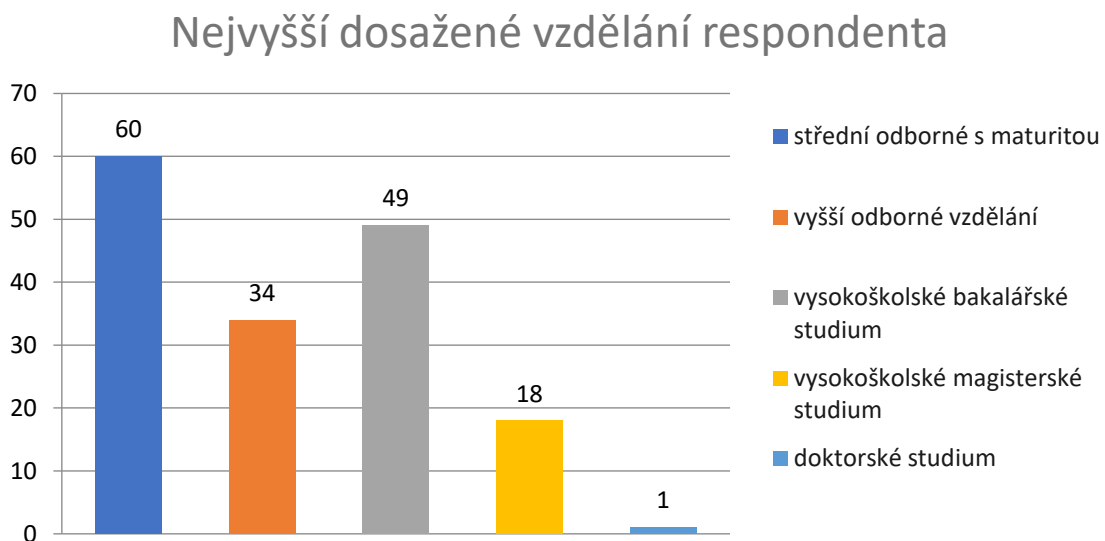
Odpověď méně než 1 rok označilo 25 (15,4 %) respondentů. Jeden až pět let v daném oboru pracuje 64 (39,5 %) respondentů z našeho dotazníku. V dalším rozmezí 6-10 let odpovídalo 25 (15,4 %) respondentů. Více než 10 let na daném oddělení pracuje 48 (29,6 %) respondentů odpovídajících v našem dotazníku.

Graf 5



Z celkového počtu 162 respondentů uvedlo 9 (5,6 %) dotázaných méně než 1 rok, 54 (33,3 %) respondentů rozmezí 1 až 5 let. Mezi 6 a 10 lety odpovídalo 20 (12,3 %) respondentů. Více než 10 let pracujících v oboru odpovědělo 79 (48,8 %) respondentů.

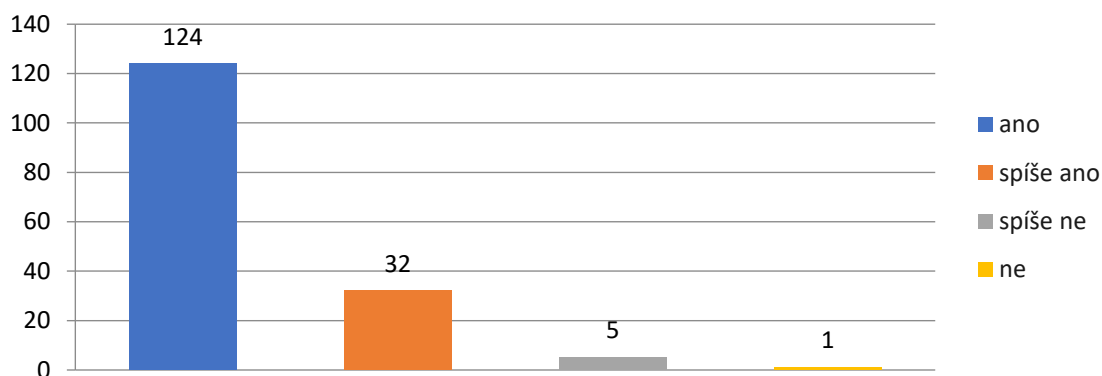
Graf 6



Respondentů odpovídajících v dotazníku se středním odborným vzdělání s maturitou bylo 60 (37,0 %). S Vyšším odborným vzděláním odpovídalo 34 (21,0 %) respondentů. Vysokoškolské bakalářské studium označilo 49 (30,2 %) respondentů, vysokoškolské magisterské studium poté 18 (11,1 %) respondentů. S nejvyšším doktorským vzděláním odpovídal 1 (0,6 %) respondent.

Graf 7

Souhlas respondenta se zapojováním rodiny do ošetrovatelské péče o pacienta při hospitalizaci



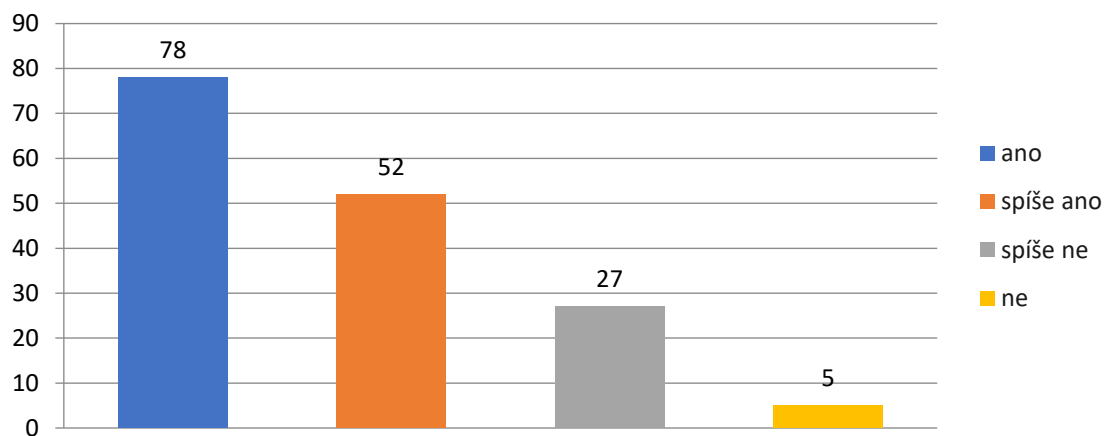
Ze 162 dotázaných odpovědělo 124 (76,5%) respondentů, že souhlasí se zapojováním rodiny do ošetrovatelské péče o pacienta při hospitalizaci. Dále uvedlo 32 (19,8%) sester, že spíše souhlasí se zapojováním rodiny do ošetrovatelské péče. Respondentů, kteří spíše nesouhlasí se zapojováním rodiny do ošetrovatelské péče, odpovídalo 5 (3,1%). Jeden respondent (0,6%) uvedl, že nesouhlasí se zapojováním rodiny do ošetrovatelské péče o pacienta při hospitalizaci.

Tabulka 1

| Odpověď | Pravděpodobnost četnosti |
|-----------|--------------------------|
| ano | 0,765 |
| spíše ano | 0,198 |
| spíše ne | 0,031 |
| ne | 0,006 |

Graf 8

Respondent nabízí rodině možnost zapojení se do ošetrovatelské péče



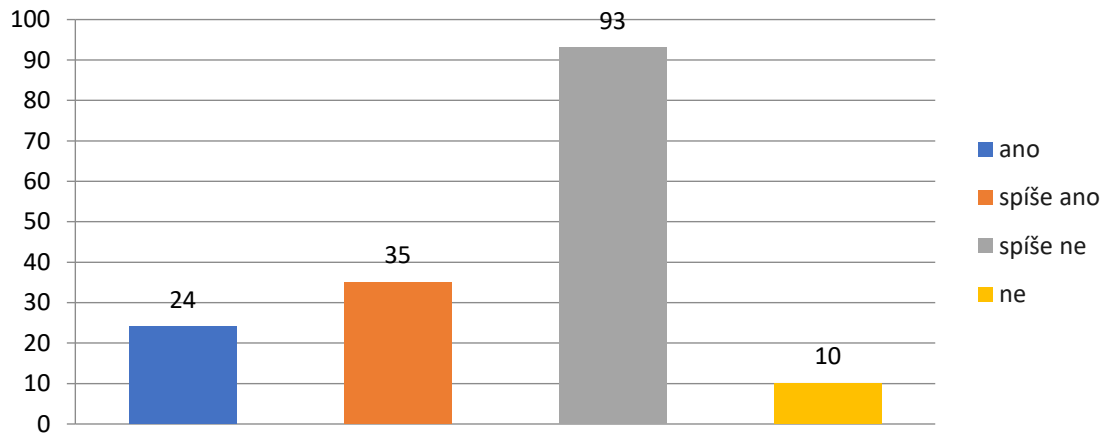
Z celkového počtu 162 respondentů nabízí 78 (48,1%) dotázaných možnost zapojení se do ošetrovatelské péče, 52 (32,1%) respondentů spíše nabízí, 27 (16,7%) odpovídajících spíše nenabízí a 5 (3,1%) respondentů nenabízí rodině možnost zapojit se do péče.

Tabulka 2

| Odpověď | Pravděpodobnost četnosti |
|-----------|--------------------------|
| ano | 0,481 |
| spíše ano | 0,321 |
| spíše ne | 0,167 |
| ne | 0,031 |

Graf 9

Aktivní zapojení rodiny do ošetrovatelské péče na oddělení respondeta



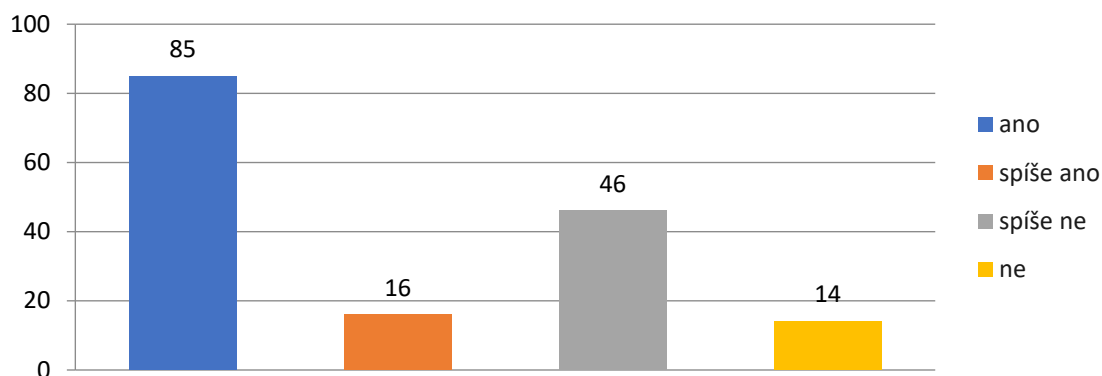
Odpovídalo celkem 162 respondentů. Z nichž 24 (14,8 %) respondentů udalo, že se rodina aktivně zapojuje na jejich oddělení, u 35 (21,6%) odpovídajících respondentů se rodina spíše zapojuje, u 93 (57,4%) dotázaných se rodina spíše aktivně nezapojuje a u zbylých 10 (6,2%) respondentů se rodina aktivně nezapojuje do ošetrovatelské péče o pacienta.

Tabulka 3

| Odpověď | Pravděpodobnost četnosti |
|-----------|--------------------------|
| ano | 0,148 |
| spíše ano | 0,216 |
| spíše ne | 0,574 |
| ne | 0,062 |

Graf 10

Setkání respondenta s případem, kdy by rodina odmítala zapojení se do ošetrovatelské péče o pacienta

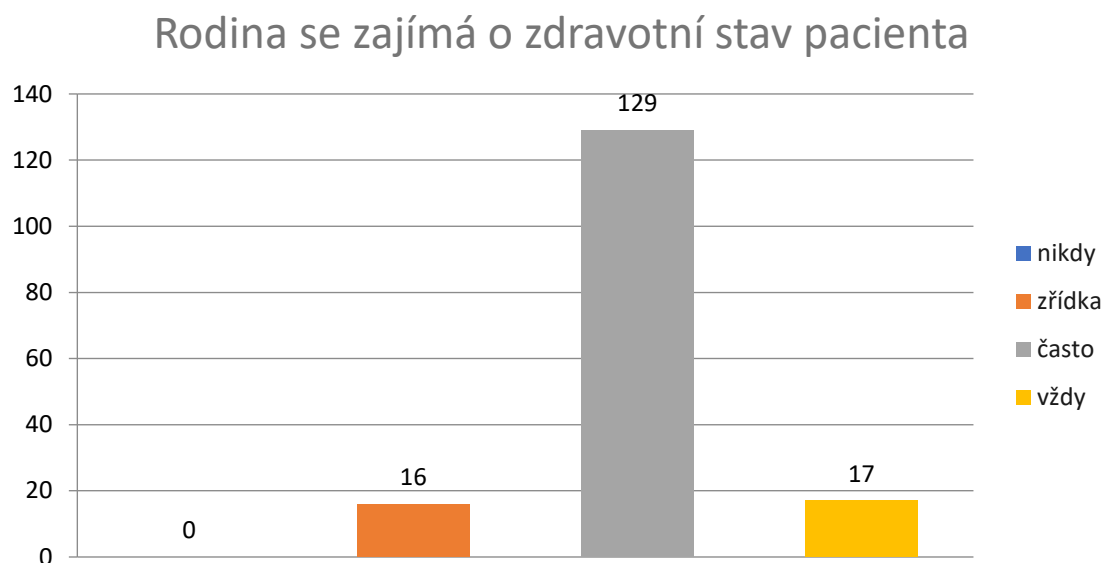


Z celkového počtu 162 respondentů odpovědělo 85 (52,8%), že se setkala s odmítnutím rodiny, 16 (9,9%) respondentů se spíše setkala s odmítnutím rodiny při zapojení do péče, 46 (28,6%) respondentů se spíše neseťkala s odmítnutím rodiny a 14 (8,7%) dotázaných se neseťkala s odmítnutím rodiny při zapojení do ošetrovatelské péče.

Tabulka 4

| Odpověď | Pravděpodobnost četnosti |
|-----------|--------------------------|
| ano | 0,528 |
| spíše ano | 0,099 |
| spíše ne | 0,286 |
| ne | 0,087 |

Graf 11

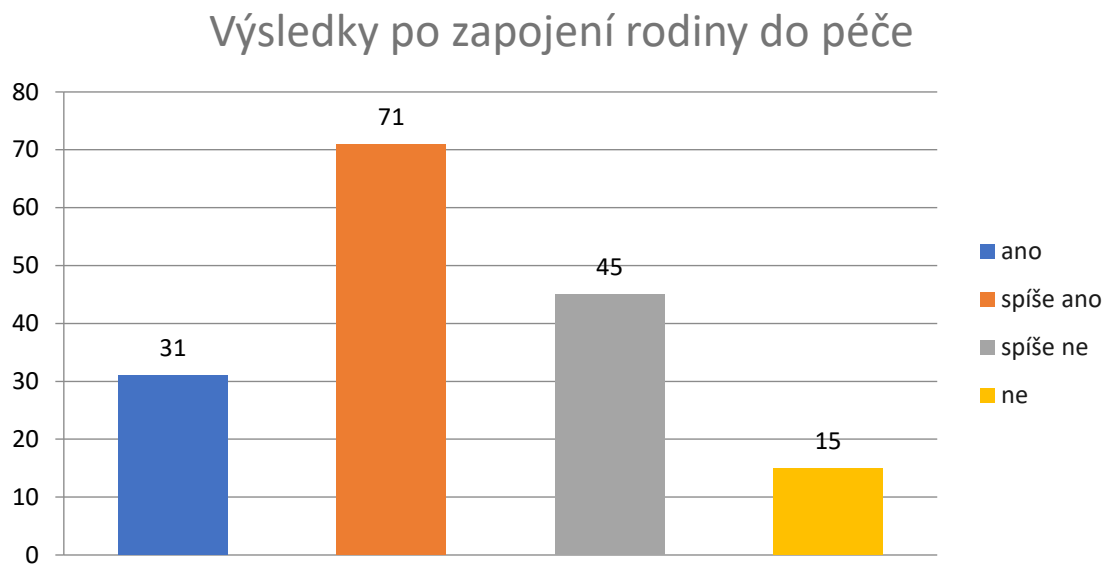


V dotazníku nám z celkového počtu 162 respondentů odpovědělo 16 (9,9%), že se zřídka rodina zajímá o zdravotní stav pacienta. Dalších 129 (79,6%) respondentů odpovědělo, že se rodina často zajímá o zdravotní stav a 17 (10,5%) odpovědělo, že se rodina zajímá vždy o zdravotní stav pacienta. Možnosti odpovědi „nikdy“ nevyužil ani jeden dotázaný.

Tabulka 5

| Odpověď | Pravděpodobnost četnosti |
|-----------|--------------------------|
| ano | 0,099 |
| spíše ano | 0,796 |
| spíše ne | 0,105 |
| ne | 0 |

Graf 12



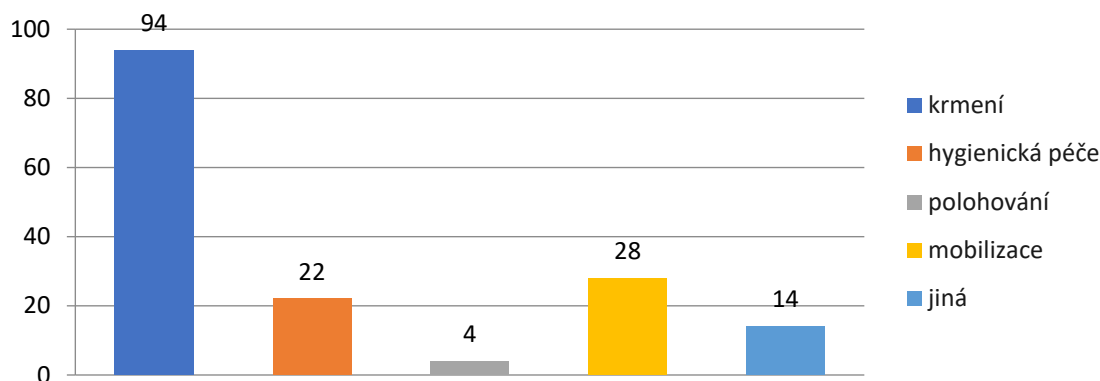
Z celkového počtu respondentů, kterých v našem dotazníku bylo 162, odpovědělo 31 (19,1%), že pozorují na jejich oddělení výsledky, 71 (43,8%) jich spíše pozoruje výsledky, 45 (27,8%) jich spíše nepozoruje a 15 (9,3%) z nich nepozoruje na svém oddělení výsledky po zapojení rodiny do péče.

Tabulka 6

| Odpověď | Pravděpodobnost četnosti |
|-----------|--------------------------|
| ano | 0,191 |
| spíše ano | 0,438 |
| spíše ne | 0,278 |
| ne | 0,093 |

Graf 13

Do jakých aktivit v rámci ošetrovatelské péče se rodina nejvíce zapojuje při hospitalizaci pacienta na Vašem oddělení?



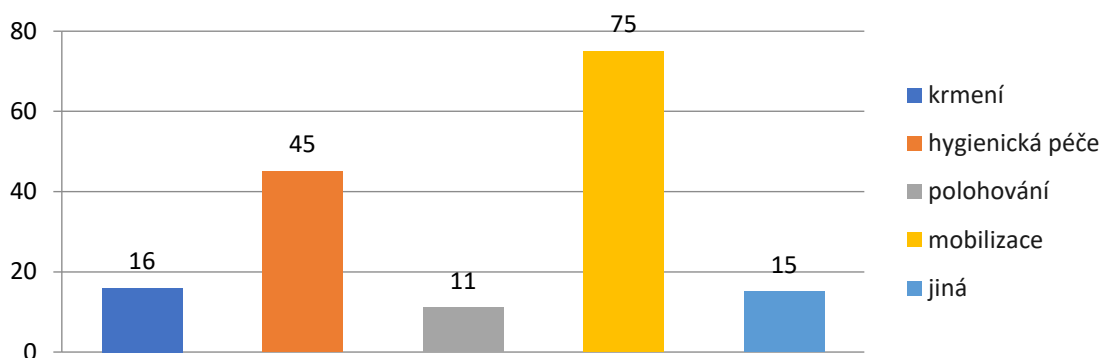
Ze 162 dotázaných odpovědělo 94 (58%) respondentů krmení, 29 (17,9%) odpovědělo mobilizaci, 22 (13,6%) zvolilo jako odpověď hygienickou péči, 4 (2,5%) respondenti zmínili polohování. Možnosti odpovědi „jiná“ využilo 13 (8%) respondentů, z nichž 5 nesouviselo s tématem naší práce, další respondent uvedl, že na jeho oddělení je trvalý zákaz návštěv, tudíž nemůže posoudit. Jednou z odpovědí byla vertikalizace a mobilizace pacienta, kterou jsme ale zahrnuli do možnosti odpovědi mobilizace. Další odpovědi byly: rehabilitace malých kloubů, podpora u porodu, péče o stomie, dietní omezení, holení vousů a stříhání nehtů, vertikalizace a mobilizace pacienta. Další odpovědi dvou respondentů jsem spojila do jedné kategorie, a to bazální stimulace a komunikace s pacientem. Po vyloučení šesti odpovědí odklánějících se od tématu naší práce, pokračujeme v rozboru této otázky s 156 respondenty.

Tabulka 7

| Odpověď | Pravděpodobnost četnosti |
|-----------------|--------------------------|
| krmení | 0,580 |
| hygienická péče | 0,136 |
| polohování | 0,025 |
| mobilizace | 0,179 |
| jiná | 0,080 |

Graf 14

Úkony, na které by se měla rodina v roli poskytovatele ošetrovatelské péče, zaměřit nejvíce



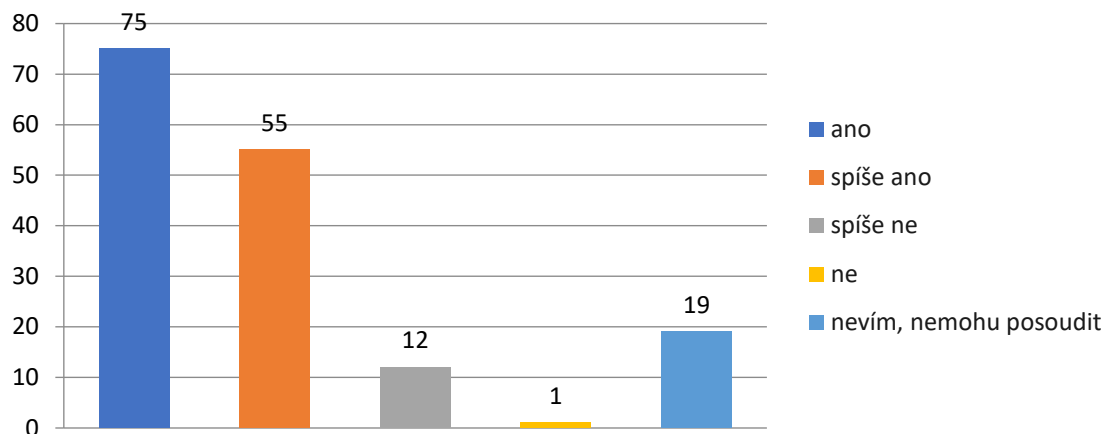
Na tuto otázku ze 162 respondentů zvolilo 17 (10,5%) odpovídajících možnost krmení, dalších 45 (27,8%) uvedlo hygienickou péči, podle 11 (6,8%) respondentů by rodina nejvíce uplatnila zlepšení v oblasti polohování, největší část a to 75 (46,3%) odpovídajících uvedlo mobilizaci pacienta. Možnosti odpovědi jiné využilo celkem 14 (8,6%) respondentů, jednu odpověď jsme zahrnuli do první možnosti krmení, jelikož byla totožná. Zde uvedlo 6 respondentů, že je pro zaměření rodiny ve všech zmíněných bodech, 2 respondenti odpověděli, že by se rodina měla nejvíce zabývat doprovázením pacientů a konzultovat jejich stav s lékařem, další 2 odpovědi od respondentů jsme zahrnuli do oblasti sociální, v rámci podpory pacienta. Další 2 respondenti uvedli jako úkony, na které by se měla rodina nejvíce zaměřit podporu soběstačnosti a ADL (activities of daily living) neboli všední denní činnosti. Jeden respondent uvedl, že by se rodina měla zapojovat dle potřeby pacienta a poslední respondent uvedl, že by se rodina neměla muset zapojovat do ošetrovatelské péče v roli poskytovatele.

Tabulka 8

| Odpověď | Pravděpodobnost četnosti |
|-----------------|--------------------------|
| krmení | 0,105 |
| hygienická péče | 0,278 |
| polohování | 0,068 |
| mobilizace | 0,463 |
| jiná | 0,086 |

Graf 15

Psychické změny pacienta po zapojení rodiny do péče



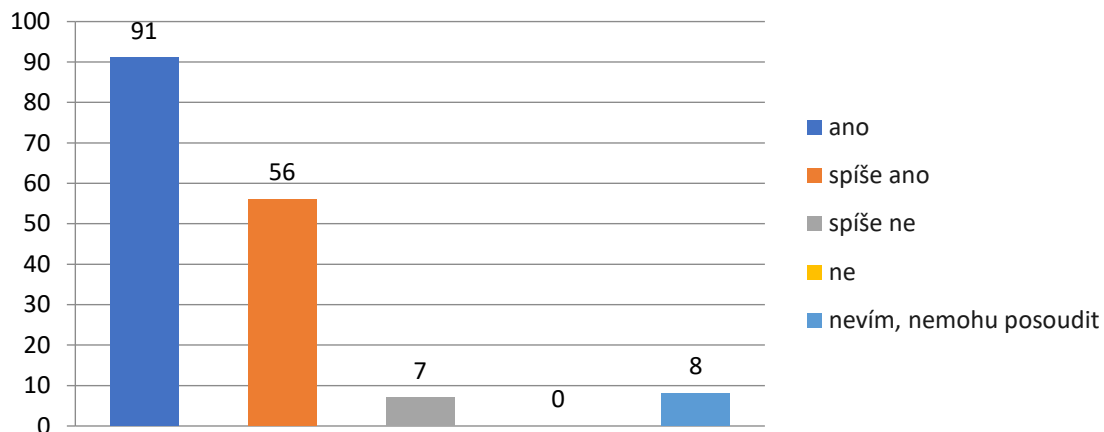
Ze 162 dotázaných odpovědělo na tuto otázku 75 (46,3%) respondentů, že pozorují psychické změny na pacientovi po zapojení rodiny do péče, 55 (34%) respondentů spíše pozoruje psychické změny pacienta, 12 (7,4%) odpovídajících spíše nepozoruje, 1 (0,6%) respondent nepozoruje změny a 19 (11,7%) respondentů odpovědělo: nevím, nemohu posoudit.

Tabulka 9

| Odpověď | Pravděpodobnost četnosti |
|------------------------|--------------------------|
| ano | 0,463 |
| spíše ano | 0,340 |
| spíše ne | 0,074 |
| ne | 0,006 |
| nevím, nemohu posoudit | 0,117 |

Graf 16

Ošetrovatelská péče provázená rodinou vede ke zlepšení psychiky nemocného



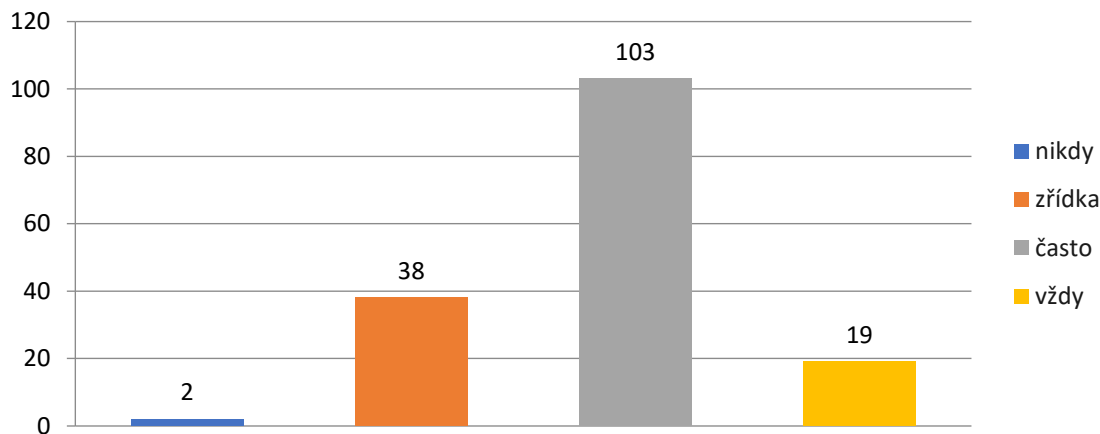
Z celkového počtu 162 respondentů, nám v dotazníku na tuto otázku odpovědělo 91 (56,2%) odpovídajících, že podle nich vede ošetrovatelská péče provázená rodinou ke zlepšení psychiky nemocného, odpověď spíše ano zvolilo 56 (34,6%) respondentů, 7 (4,3%) respondentů odpovědělo spíše ne, možnost odpovědi ne, nevyužil ani jeden respondent a 8 (4,9%) odpovídajících neví, nemohou posoudit.

Tabulka 10

| Odpověď | Pravděpodobnost četnosti |
|------------------------|--------------------------|
| ano | 0,562 |
| spíše ano | 0,346 |
| spíše ne | 0,043 |
| ne | 0 |
| nevím, nemohu posoudit | 0,049 |

Graf 17

Ošetrovatelská péče o nemocného ovlivňuje psychickou stránku rodiny pacienta



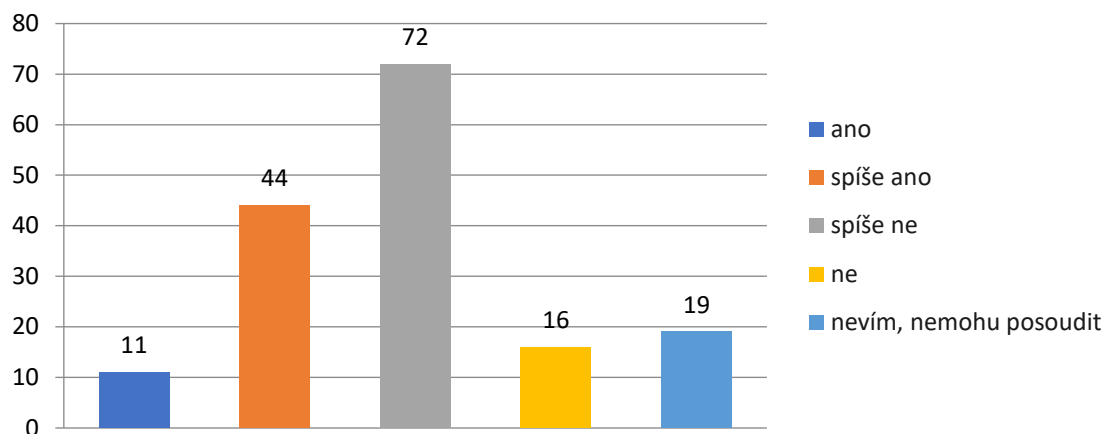
Ze 162 respondentů odpověděli 2 (1,2%), že ošetrovatelská péče o nemocného nikdy neovlivňuje psychickou stránku rodiny, podle 38 (23,5%) respondentů zřídka ovlivňuje ošetrovatelská péče o nemocného psychickou stránku rodiny, dále podle 103 (63,6%) respondentů často ovlivňuje ošetrovatelská péče o nemocného psychickou stránku rodiny a 19 (11,7%) respondentů uvedlo, že podle nich vždy ovlivňuje ošetrovatelská péče o pacienta psychickou stránku rodiny.

Tabulka 11

| Odpověď | Pravděpodobnost četnosti |
|---------|--------------------------|
| nikdy | 0,012 |
| zřídka | 0,235 |
| často | 0,636 |
| vždy | 0,117 |

Graf 18

Rodina preferuje přesun pacienta k následné péči do domácího prostředí



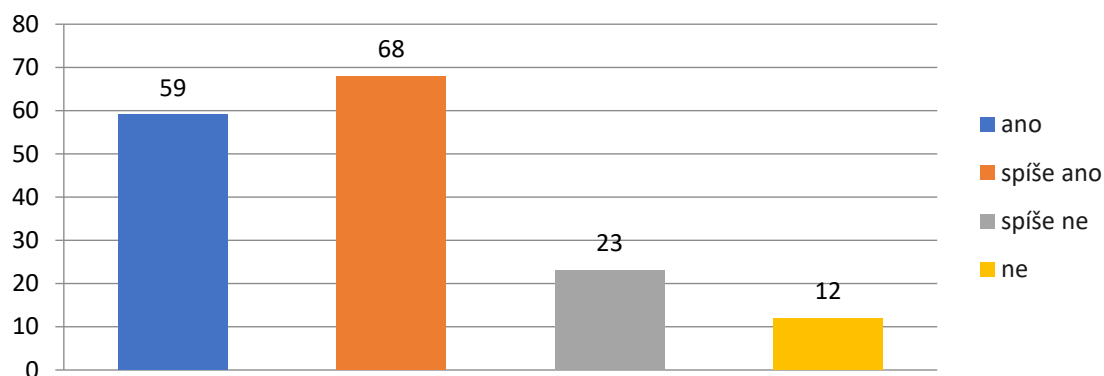
V dotazníku odpovídalo celkem 162 respondentů, z nich 11 (6,8%) odpovědělo, že podle nich rodina preferuje přesun pacienta k následné péči do domácího prostředí, dále podle 44 (27,2%) dotázaných rodina spíše preferuje přesun do domácího prostředí, 72 (44,4%) respondentů uvedla, že rodina spíše nepreferuje přesun pacienta do domácího prostředí, podle 16 (9,9%) respondentů rodina nepreferuje přesun pacienta a 19 (11,7%) odpovídajících zvolilo možnost odpovědi nevím, nemohu posoudit.

Tabulka 12

| Odpověď | Pravděpodobnost četnosti |
|------------------------|--------------------------|
| ano | 0,068 |
| spíše ano | 0,272 |
| spíše ne | 0,444 |
| ne | 0,099 |
| nevím, nemohu posoudit | 0,117 |

Graf 19

Respondent edukuje rodinu o efektivní ošetrovatelské péči o pacienta při hospitalizaci



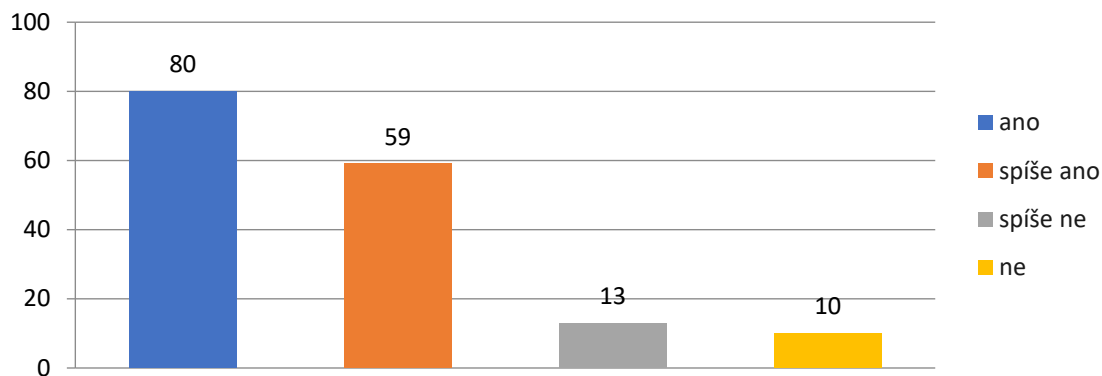
Na tuto otázku v dotazníku ze 162 respondentů odpovědělo 59 (36,4%), že edukují rodinu o efektivní ošetrovatelské péči o pacienta při hospitalizaci, 68 (42,0%) respondentů spíše edukuje rodinu, 23 (14,2%) odpovídajících spíše needukuje rodinu při hospitalizaci pacienta a 12 (7,4%) respondentů uvedlo, že rodinu needukuje o efektivní ošetrovatelské péči o pacienta při hospitalizaci.

Tabulka 13

| Odpověď | Pravděpodobnost četnosti |
|-----------|--------------------------|
| ano | 0,364 |
| spíše ano | 0,420 |
| spíše ne | 0,142 |
| ne | 0,074 |

Graf 20

Respondent edukuje rodinu o efektivní ošetrovatelské péči při propuštění do domácího prostředí

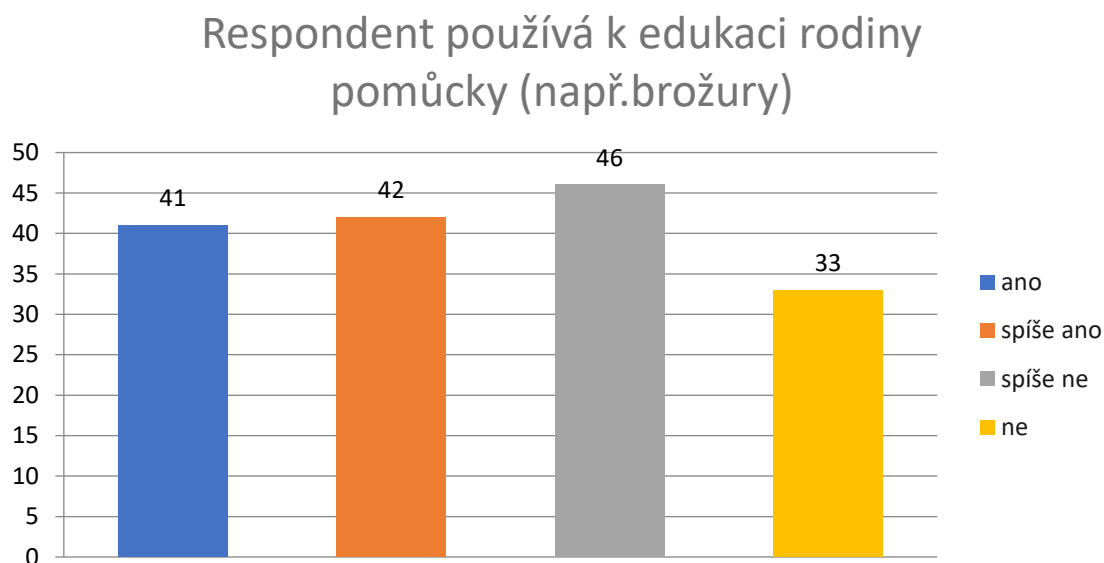


Při této otázce uvedlo z celkového počtu 162 respondentů, 80 (49,4%) odpovídajících, že edukuje rodinu o efektivní ošetrovatelské péči při propuštění pacienta do domácího prostředí, 59 (36,4%) spíše edukuje rodinu, 13 (8,0%) dotázaných spíše needukuje rodinu o efektivní ošetrovatelské péči při propuštění a 10 (6,2%) respondentů odpovědělo, že rodinu needukuje rodinu o efektivní ošetrovatelské péči při propuštění do domácího prostředí.

Tabulka 14

| Odpověď | Pravděpodobnost četnosti |
|-----------|--------------------------|
| ano | 0,494 |
| spíše ano | 0,364 |
| spíše ne | 0,080 |
| ne | 0,062 |

Graf 21



Z celkového počtu 162 dotazovaných na tuto otázku odpovědělo 41 (25,3%) respondentů, že používá k edukaci rodiny pomůcky, 42 (25,9%) odpovídajících spíše používá k edukaci pomůcky, dále 46 (28,4%) respondentů uvedlo, že spíše nepoužívá při edukaci rodiny pomůcky a 33 (20,4%) odpovídajících nepoužívá k edukaci rodiny žádné pomůcky.

Tabulka 13

| Odpověď | Pravděpodobnost četnosti |
|-----------|--------------------------|
| ano | 0,253 |
| spíše ano | 0,259 |
| spíše ne | 0,284 |
| ne | 0,204 |

5 Diskuze

V části této bakalářské práce zhodnotím výsledky výzkumného šetření. Výzkum se prováděl pomocí elektronického dotazníku, na který odpovídal zdravotnický personál z různých nemocnic. Cílem bakalářské práce bylo zjistit názor sester na zapojení rodiny do ošetrovatelské péče. V bakalářské práci jsem si určila tři hypotézy: Názor sester na zapojení rodiny do ošetrovatelské péče je ovlivněn vzděláním, názor sester na zapojení rodiny do ošetrovatelské péče je ovlivněn délkou praxe a názor sester na zapojení rodiny do ošetrovatelské péče je závislý na typu oddělení, kde pracují.

Celkově dle odpovědí v dotazníku většina respondentů souhlasí se zapojováním rodiny do ošetrovatelské péče o pacienta při hospitalizaci a spolu s tím nabízí rodině možnost zapojení se do péče. Na druhou stranu se odpovídající alespoň jednou setkali s odmítnutím rodiny zapojit se do péče o svého blízkého. Většinou se rodina aktivně nezapojuje do péče. V případech, kdy se však rodina zapojí do péče o pacienta, většina respondentů spíše pozorují výsledky dané péče a vždy pozorují psychické změny pacienta k lepšímu. Opačně pak dle dotázaných často ovlivňuje psychickou stránku rodiny, pokud svým blízkým poskytují ošetrovatelské péči, a tak rodina spíše nepreferuje přesun pacienta do domácího prostředí k následné péči. Tak může rodina odmítat přesun do domácího prostředí kvůli obavám, že neposkytne pacientovi dostatek péče. *„Pokud nemohou efektivně ulevit pacientovi, pociťují při pohledu na trpícího pacienta bezmocnost a zoufalství (O'Connor, 2005, s.223).“* Podle většiny dotázaných se rodina nejvíce zapojuje do krmení pacientů a měla by se dle respondentů dále zaměřit převážně na zlepšení mobilizace. Valná část respondentů uvedla, že edukuje rodinu o efektivní ošetrovatelské péči při propuštění do domácího prostředí a spíše se snaží edukovat při hospitalizaci pacienta. K edukaci pak odpovídající spíše nepoužívají pomůcky. Edukace rodiny při jejím zapojení do péče o pacienta je podle mě velice důležitá, i podle Mlýnkové (2010) může nedostatky vědomostí doprovázet zhoršení zdravotního stavu, jelikož rodina neví co, kdy a jak učinit, aby byly uspokojeny potřeby pacienta i celé rodiny.

Zde jsem vybrala otázky, které nejvíce napomohou k potvrzení či vyvrácení hypotéz. Otázka číslo 7 mapovala, zda respondenti souhlasí se zapojením rodiny do ošetrovatelské péče o pacienta při hospitalizaci. Po rozdělení výsledků dle nejvyššího dosaženého vzdělání odpovídajících, jsem došla k závěru, že nejvíce

souhlasí se zapojením rodiny do ošetrovatelské péče respondenti se středním odborným vzděláním. Respondentů se středním odborným vzděláním se dotazníku zúčastnilo 60 a z nich 48 (80,0 %) souhlasí se zapojováním rodiny. Když si odpovědi rozdělím podle celkové délky praxe v oboru, zjistíme, že největší počet respondentů, a to 8 (88,9 %) respondentů z celkových 9, kteří pracují v oboru méně, než 1 rok, nejvíce souhlasí se zapojením rodiny do ošetrovatelské péče. Rozdělením odpovědí podle typu oddělení, jsem získala odpověď, že z 18 respondentů pracujících na ambulantním typu oddělení jich 15 (83,3 %) souhlasí se zapojením rodiny do ošetrovatelské péče. Dle mého názoru by rodina měla být rozhodně zapojována do péče o pacienta, jak při jeho hospitalizaci či v domácím prostředí. Jako nejvhodnější možnost v péči o nemocné je pro mě agentura domácí péče, kdy je pacient v prostředí, které zná, ve kterém se cítí nejlépe, starají se o něj především nejbližší a odborné činnosti zajišťují zdravotní sestry, které dojíždějí i několikrát denně. Tento názor je popsán i v knize Pochmanové (2015), kde napsala, že agentury nám pomáhají zachovat si například zaměstnání a zároveň nemocný zůstane ve známém prostředí s péčí svého nejbližšího. Otázka číslo 8 mi pomohla zjistit, zda respondenti na svém oddělení nabízí rodině možnost zapojení se do ošetrovatelské péče. Po rozdělení výsledků podle nejvyššího dosaženého vzdělání vyšlo, že z celkového počtu 34 respondentů s vyšším odborným vzděláním jich 26 (76,5 %) odpovídajících nabízí rodině možnost zapojit se do péče o pacienta. Nejvíce tak nabízí možnost zapojení se do ošetrovatelské péče rodině respondenti s vyšším odborným vzděláním. Po rozdělení výsledků výzkumu dle délky praxe respondentů v oboru, vyšlo, že nejvíce z 9 respondentů pracujících méně než 1 rok, jich 5 (55,6 %) dotázaných nabízí možnost zapojení se rodiny do péče. Při selekci výsledků dle typu oddělení, kde respondenti pracují, jsem dospěla k závěru, že nejvíce nabízí možnost zapojení se do péče respondenti pracující na standartním typu oddělení, a to 56 (82,4 %) z 68. *„Kromě pomoci pacientovi uspokojit jeho bio-psycho-sociální-spirituální potřeby je důležitou zásadou paliativní péče také zapojení rodiny do péče o pacienta a současně péče o rodinné příslušníky, a to také po smrti pacienta (Plevová I., 2011, s.107).“* Otázkou číslo 9 jsem zjišťovala, zda se rodina aktivně zapojuje do ošetrovatelské péče o pacienta. Po rozdělení výsledků podle nejvyššího dosaženého vzdělání, jsem došla k závěru, že v největším počtu uvedli 4 (25,0 %) respondenti s vysokoškolským magisterským vzděláním z 16, že aktivně zapojují rodiny do ošetrovatelské péče. Selekcí výsledků dle délky praxe na daném oddělení z 79 respondentů pracujících déle než 10 let uvedl 17 (21,5 %) odpovídající, že

aktivně zapojuje rodinu do péče. Rozdělením odpovědí dle typu oddělení, kde respondenti pracují, jsem zjistila, že 9 (18,4 %) respondentů z 49 pracujících na intenzivním typu oddělení nejvíce zapojují rodinu do péče. Otázka číslo 15 pomohla zjistit, že nejvíce pozorují psychické změny pacienta respondenti s vysokoškolským magisterským vzděláním, a to 11 (61,1 %) z 18. Dále dle délky praxe v oboru, pozoruje psychické změny pacienta po zapojení rodiny do péče nejvíce 11 (55,0 %) respondentů z 20, pracujících v rozmezí 6 až 10 let. Podle typu oddělení, nejvíce pozoruje psychické změny 16 (59,3 %) dotázaných z 27 pracujících na dlouhodobém typu oddělení. Za pomoci odpovědí v otázce číslo 16, jsem se dozvěděla, že podle 30 (61,2 %) dotázaných z 49 respondentů s vysokoškolským bakalářským studiem vede ošetrovatelská péče provázená rodinou ke zlepšení psychiky nemocného. Nejvíce poté uvedlo 6 (66,7 %) respondentů z 9 pohybujících se v oboru méně než jeden rok, že podle nich vede zapojení rodiny ke zlepšení psychiky nemocného. Nejvíce odpovědělo 18 (66,7 %) respondentů z 27 pracujících na dlouhodobém typu oddělení, kteří uvedli, že zapojením rodiny do péče se zlepšuje psychika nemocného. Zda respondenti edukují rodinu o efektivní ošetrovatelské péči o pacienta při hospitalizaci pomohla objasnit otázka číslo 19, kde nejvíce edukuje rodinu 21 (42,9 %) z 49 respondentů s vysokoškolským bakalářským. Dělením dle délky praxe respondentů, jsem zjistila, že 34 (43,0 %) z 79 pracujících v oboru přes deset let edukuje rodinu o efektivní ošetrovatelské péči při hospitalizaci pacienta. Dle 13 (54,2 %) respondentů z 27, jsem se dozvěděla, že nejvíce edukují rodinu na dlouhodobém typu oddělení. Zapojení rodiny do péče má rozhodně velké výhody, a proto musíme rodinu především edukovat o její efektivitě, aby byla péče o pacienta prováděna co nejlépe. Uvádí tak i Juřeníková (2010) ve své knize „Zásady edukace v ošetrovatelské praxi“, že ve zdravotnických zařízeních se zabýváme především péčí o zdraví pacientů a edukace by měla být součástí této péče, a proto by se měla přizpůsobit systému a metodám.

Hypotéza jedna zní: Názor sester na zapojení rodiny do ošetrovatelské péče je ovlivněn vzděláním. Vyhodnocením odpovědí z otázek a jejich selekcí, jsem docílila výsledku. Potvrdila jsem si tím hypotézu, jelikož respondenti odpovídali bez ohledu na nejvyšší dosažené vzdělání.

Zda je názor sester na zapojení rodiny do ošetrovatelské péče ovlivněn délkou praxe a tím pádem hypotézu číslo dva, vyvrátili výsledky tím, že nejvíce je pro zapojení rodiny do ošetrovatelské péče respondentů pracujících v oboru méně než jeden rok.

Třetí hypotéza zní: názor sester na zapojení rodiny do ošetrovatelské péče je závislý na typu oddělení, kde pracují. Tato hypotéza se nepotvrdila, jelikož nejvíce respondentů je pro zapojení a edukaci rodiny v ošetrovatelské péči pracujících na dlouhodobém typu oddělení.

Můj vlastní názor na toto téma, jelikož již pracuji na intenzivním typu oddělení, je takový, že rodina se často bojí zapojit do péče o pacienta, pokud vidí možnost, že by mu mohla ublížit. Proto bychom měli rodinu před návštěvou pacienta v zařízení informovat o tom, zda nemá nějaké omezení. Jako například pitný režim, naordinovanou dietu nebo omezený pohyb. Stejně tak bychom měli rodinu informovat a edukovat o následné péči v domácím prostředí, co si pacient může dovolit s ohledem na jeho zdravotní stav a čemu by se měl naopak vyvarovat. Pokud chceme edukovat o úkonech jako je například aplikace inzulínu, použila bych názornou ukázkou s edukačními pomůckami. Psychické změny pacienta vnímám již po příchodu rodiny na pokoj, kolikrát je i rodina domluvena s pacientem na různých hygienických úkonech, jako je například mytí hlavy, stříhání nehtů a podobně. Podle mého názoru je toto dobrým způsobem, v tom, že má nějaký daný program dalšího dne a tím má lepší náladu. Často jsem se také setkala s větším odhodláním pacienta dokázat si například sednout, zvednout z postele, jen kvůli tomu, aby to při příští návštěvě ukázal blízkým a udělal jim a tím pádem i sobě radost. Proto mi přijde velmi důležité rodinu zapojit do péče, nebo při nejmenším, aby byla nemocnému na blízku v jeho těžkých chvílích.

6 Závěr

Cílem naší práce byl zjistit názor sester na zapojení rodiny do ošetrovatelské péče, který byl splněn. Výzkumné šetření jsme prováděli pomocí elektronického dotazníku, který vyplnili respondenti z různých oddělení. Většina respondentů uvedla, že souhlasí se zapojováním rodiny do péče a podporují je. Bohužel naopak většina dotázaných uvedla, že se rodina aktivně nezapojuje a odmítá se zapojit do péče o pacienta. Většina respondentů se snaží edukovat rodinu při hospitalizaci pacienta i při jeho propuštění do domácího prostředí. Je důležité, aby zdravotnický personál zapojoval rodinu aktivně do jakýchkoliv aktivit při hospitalizaci pacienta a edukoval je o efektivní péči, pro správnou informovanost a snaží se péči o nemocného mimo zdravotnické zařízení. Sestry se tedy nebrání zapojování rodiny do péče, a naopak se snaží blízké začlenit do ošetrování jejich blízkých. Valná část respondentů tvrdí, že se občas rodina brání starat se o své blízké, ať při hospitalizaci pacienta, tak i v domácím prostředí. První hypotézou jsme potvrdili pomocí odpovědí od respondentů, kteří souhlasí na zapojování rodiny do ošetrovatelské péče nehledě na míru jejich vzdělání. Druhá hypotéza byla vyvrácena, v našem dotazníku byli odpovědi respondentů ovlivněny délkou jejich praxe v oboru. Nejvíce tak byli pro zapojení rodiny do ošetrovatelské péče odpovídající v oboru méně než jeden rok. Třetí hypotéza byla též vyvrácena. Největší množství odpovědí pro zapojení rodiny do ošetrovatelské péče totiž uvedli respondenti pracující na dlouhodobém typu oddělení.

Práce může posloužit jako pomůcka pro zkvalitnění ošetrovatelské péče zdravotníkům a odhalit slabá místa v její realizaci. Dále nám pomůže více propracovat edukaci rodiny, zaměřit se na slabé místa v poskytování ošetrovatelské péče, jako byla v dotazníku zmíněna mobilizace klientů a utvořit tak zpětnou vazbu pro práci nejen zdravotníků.

7 Seznam informačních zdrojů

1. BUŽGOVÁ R., 2015. Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života. Grada publishing a.s. ISBN 978-80-247-5402-4.
2. ČELEDOVÁ L., KALVACH Z., ČEVELA R., 2016. Úvod do gerontologie. Karolinum. ISBN 978-80-246-3404-3.
3. DENHAM S. A., et al, 2015. Family-Focused Nursing Care. F.A. Davis Company. ISBN 978-0-8036-4121-1.
4. DUDOVÁ R., 2015. Postarat se ve stáří. Rodina a zajištění péče o seniory. SLON Praha. ISBN 978-80-7419-182-4.
5. DRAGANOVÁ H. a kolektiv, 2006. Sociálna starostlivosť. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-240-3.
6. FRIEDLOVÁ K., 2007. Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči. Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-1314-4.
7. GABURA, J., 2012. Teória rodiny a proces práce s rodinou. 1.vyd. Bratislava: IRIS. ISBN 978-80-89256-95-2.
8. HAUKE M., 2011. Pečovateľská služba a individuální plánování, Praktický průvodce. Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3849-9.
9. JANEČKOVÁ H., NOVOTNÁ R., 2013. Role rodinných vztahů v institucionální péči o seniory. In Akademické statě. Článek
10. JUŘENÍKOVÁ P., 2010. Zásady edukace v ošetrovatelské praxi. Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2171-2.
11. KURUCOVÁ R., 2016. Zátěž pečovatele. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5707-0.
12. LITWIN H., SHIOVITZ-EZRA S., 2011. Social Network Type and Subjective Well-being in a National Sample of Older Americans. In The Gerontologist. Článek
13. MATZO M., SHERMAN W. D., 2010. Palliative Care Nursing Quality Care to the End of Life, 3. vydání. Springer Publishing Company. ISBN 978-0-8261-5792-8.
14. MLÝNKOVÁ J., 2010. Pečovateľství 2.díl. Grada publishing a.s. ISBN 978-80-247-3185-8.
15. MESSER B., 2016. 100 tipů pro plánování domácí ošetrovatelské péče. Grada publishing a.s. ISBN 978-80-271-0215-0.
16. NOVÁKOVÁ R., 2008. Pečovateľství I. Triton. ISBN 978-80-7387-085-0.

17. ONDRUŠOVÁ J., 2011. Stáří a smysl života. Karolinum. ISBN 978-80-246-1997-2.
18. O'CONNOR M., ARANDA s., 2005. Paliativní péče – pro sestry všech oborů. Grada Publishing. ISBN 80-247-1295-4.
19. PLEVOVÁ I. a kolektiv, 2011. Ošetřovatelství II. Grada publishing a.s. ISBN 978-80-247-3558-0.
20. POCHMANOVÁ K. a kolektiv, 2015. Průvodce domácí péčí. Cesta domů. ISBN 978-80-905809-2-3.
21. SLÁMA O., KABELKA L., VORLÍČEK J. et al., 2011. Paliativní medicína pro praxi. 2.vyd. Galén. ISBN 978-80-726-2849-0.
22. SOBOTKOVÁ, I., 2007. Psychologie rodiny. 2.vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-250-8.
23. SOPÓCI, J., 2009. Základy sociologie. Bratislava: SPN– Mladé letá. ISBN 978-80-10-014444-6.
24. TARRICONE R., TSOURUS A.D., 2008. Home care in Europe: the solid facts. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe. ISBN 978-92-890-4299-4.
25. VENGLÁŘOVÁ M., MAHROVÁ G., 2006. Komunikace pro zdravotní sestry. Grada Publishing. ISBN 80-247-1262-8.
26. VENGLÁŘOVÁ M., 2007. Problematické situace v péči o seniory. Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2170-5.
27. VÉVODA, J. et al., 2013. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada. Sestra (Grada). s. 130. ISBN 978-80-247-4732-3.
28. ZACHAROVÁ E., 2016. Komunikace v ošetřovatelské praxi. Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-271-9239-7.

8 Seznam příloh

Příloha 1 – Otázky v dotazníku

1) Kolik Vám je let?

- a) 20-39
- b) 40-59
- c) 60<

2) Uved'te prosím svůj obor.

- a) všeobecná interna
- b) traumatologie, ortopedie
- c) neurochirurgie
- d) urologie
- e) ORL
- f) pediatrie, neonatologie
- g) gerontologie
- h) stomatologie
- i) gynekologie a porodnictví
- j) onkologie
- k) rehabilitace
- l) neurologie
- m) gastroenterologie
- n) kardiologie
- o) kardiochirurgie
- p) pneumologie
- q) dermatovenerologie
- r) infekční
- s) chirurgie
- t) jiné:

3) Na jakém typu oddělení pracujete?

- a) ambulantní
- b) standartní
- c) intenzivní
- d) dlouhodobý

- 4) Jaká je Vaše délka praxe na daném oddělení?**
- a) >1rok
 - b) 1-5 let
 - c) 6-10 let
 - d) >10 let
- 5) Jaká je Vaše celková délka praxe v oboru?**
- a) >1rok
 - b) 1-5 let
 - c) 6-10 let
 - d) >10 let
- 6) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?**
- a) střední odborné s maturitou
 - b) vyšší odborné vzdělání
 - c) vysokoškolské bakalářské studium
 - d) vysokoškolské magisterské studium
 - e) doktorské studium
- 7) Souhlasíte se zapojováním rodiny do ošetrovatelské péče o pacienta při hospitalizaci?**
- a) ano
 - b) spíše ano
 - c) spíše ne
 - d) ne
- 8) Nabízíte na Vašem oddělení rodině možnost zapojení se do ošetrovatelské péče?**
- a) ano
 - b) spíše ano
 - c) spíše ne
 - d) ne
- 9) Zapojuje se na Vašem oddělení rodina aktivně do ošetrovatelské péče?**
- a) ano
 - b) spíše ano
 - c) spíše ne
 - d) ne

10) Setkal/a jste se s případem, kdy by rodina odmítala zapojení se do ošetrovatelské péče o pacienta?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

11) Jak často se rodina zajímá o zdravotní stav pacienta?

- a) nikdy
- b) zřídka
- c) často
- d) vždy

12) Pozorujete na Vašem oddělení výsledky po zapojení rodiny do péče?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

13) Do jakých aktivit v rámci ošetrovatelské péče se rodina nejvíce zapojuje při hospitalizaci pacienta na Vašem oddělení?

- a) krmení
- b) hygienická péče
- c) polohování
- d) mobilizace
- e) jiná

14) Na jaké úkony by se podle Vás měla rodina v roli poskytovatele ošetrovatelské péče zaměřit nejvíce?

- a) krmení
- b) hygienická péče
- c) polohování
- d) mobilizace
- e) jiná

15) Pozorujete psychické změny pacienta po zapojení rodiny do péče?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne
- e) nevím, nemohu posoudit

16) Vede ošetrovatelská péče provázená rodinou ke zlepšení psychiky nemocného?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne
- e) nevím, nemohu posoudit

17) Ovlivňuje podle Vás ošetrovatelská péče o nemocného psychickou stránku rodiny pacienta?

- a) nikdy
- b) zřídka
- c) často
- d) vždy

18) Preferuje rodina přesun pacienta k následné péči do domácího prostředí?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne
- e) nevím, nemohu posoudit

19) Edukujete rodinu o efektivní ošetrovatelské péči o pacienta při hospitalizaci ?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

20) Edukujete rodinu o efektivní ošetrovatelské péči při propuštění do domácího prostředí?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

21) Používáte k edukaci rodiny pomůcky? (např. brožury)

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne