



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Katedra Ošetřovatelství

Bakalářská práce

Spolupráce sestry a rodinných příslušníků pacienta s poraněním mozku

Vypracoval: Sandra Lišková

Vedoucí práce: Mgr. František Dolák, Ph.D

České Budějovice 2014

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá spoluprací sester a rodinných příslušníků u pacienta s poraněním mozku. Poškození mozku patří mezi nejzávažnější úrazy. Úrazy mozku mají druhou nejvyšší úmrtnost hned po poranění břicha. Lidé často zaměňují termín úraz hlavy s poraněním mozku. Těžké a časté jsou i trvalé následky u těchto úrazů. Kůže na lebce může sice krváčet, ale abychom mohli hovořit o poranění mozku, musí dojít ke skutečnému poškození nebo útlaku mozkové tkáně, které může mít mnoho příčin.

Teoretická část popisuje nejčastější úrazy mozku, změny v chování a fatické poruchy u pacienta s poraněním mozku, ošetrovatelskou péči u pacientů s poraněním mozku, komunikaci mezi sestrou, pacientem a jeho rodinou, poukazuje také na důležitost vztahu sestry pacient a význam rodiny. V teoretické části jsme se snažili podat komplexní srozumitelné informace o problematice spolupráce sester a rodinných příslušníků u pacientů s poraněním mozku.

Pro empirickou část této bakalářské práce bylo zvoleno kvalitativní šetření. Byla použita metoda sběru dat formou polostrukturovaného rozhovoru. Výzkumné šetření probíhalo v únoru roku 2014. Rozhovory s respondenty byly nahrávány, následně přepsány a zpracovány pomocí kategorizaci dat. Pro zpracování byla stanovena hlavní kategorie a podkategorie, které jsou pro přehlednost zobrazeny ve schématech. K rozhovorům s respondenty docházelo ve Fakultní nemocnici v Motole. Po odsouhlasení výzkumu hlavní sestrou bylo šetření zahájeno. Respondentům byly pokládány předem připravené otázky. Podle toho, jak se rozhovor vyvíjel, byly pokládány doplňující otázky. Rozhovory se sestrami a rodinnými příslušníky byly vedeny odděleně, a to z důvodu možného ovlivňování rodiny ze strany sester. Všechny rozhovory se sestrami i rodinnými příslušníky probíhaly ve Fakultní nemocnici v Motole. Délka trvání rozhovoru se pohybovala okolo 45 minut. Na začátku setkání s respondentem byl nastíněn rozhovor a vysvětlen důvod rozhovoru. Nahrávání rozhovorů nevadilo žádnému respondentovi. U každého rozhovoru byl získán ústní souhlas a vysvětlení anonymity.

Při zpracování rozhovorů byla použita metoda otevřeného kódování, kdy bylo každé sestře a rodině přiděleno příslušné číslo. Poté byly v rozhovorech očíslovány odpovědi sester a rodinných příslušníků. Očíslovány byly i řádky, aby bylo možné na ně odkazovat. Tato metoda je nazývána „*papír a tužka*“ kvůli přehlednému zpracování. Například sestra 1 odpověděla řádkem 3, to je zaznamenané S1/3. Celkem byla stanovena jedna hlavní kategorie a sedm podkategorií u obou skupin respondentů. Vytvořené kategorie a podkategorie můžeme vidět ve schématu jedna a čtyři. Jednotlivé podkategorie byly v empirickém šetření popsány s doplněním rozhovorů a citací. Rozhovory byly nahrány na CD, které je součástí bakalářské práce.

Výzkumný soubor byl tvořen dvěma skupinami. První skupinu respondentů tvořilo devět sester ve věku 24-50 let. Z dotazovaných dosáhlo šest sester vysokoškolského vzdělání, dvě respondentky vysokou školu studovaly a jedna respondentka dosáhla středoškolského vzdělání. Čtyři respondentky byli z neurochirurgického oddělení, dvě respondentky z anesteziologicko resuscitačního oddělení (ARO) a tři respondentky z oddělení chronické resuscitační a intenzivní péče (OCHRIP). Druhá skupina výzkumného souboru byla tvořena čtyřmi příbuznými v různém příbuzenském vztahu k pacientovi, rodiny byly ve věkovém rozmezí od 30 let do 68 let.

Na výzkumné otázky jsme si odpověděli v rámci výzkumného šetření. Z výzkumné otázky číslo 1 vyplynulo, že sestry rodině nabídnou, že se může zapojovat do ošetrovatelské péče. Sestry s rodinou aktivně komunikují, podávají jí informace o tom, jak pacient spal, jestli jedl, jakou má náladu. Kontakt s rodinou se snažily navázat jako první. Dále sestry spolupracují s rodinou v rámci bazální stimulace, říkají rodině, co mají donést za pomůcky a pak jí bazální stimulaci názorně na pacientovi ukáží. Na výzkumnou otázku číslo 2 jsme si studii odpověděli takto, sestra aktivně rodině nabídne možnost zapojení se do péče. Při zapojení do péče dávají přednost spíše názorným ukázkám nežli letákům a různým brožurám. Sestry si myslí, že to rodiny nechtou a podle nich si rodina praktický nácvik více zapamatuje. Toto tvrzení nám potvrdili i rodinní příslušníci, kteří uvedli, že jsou radši za názornou ukázkou a brožury ani letáky nechtou. Na poslední otázku jsme si odpověděli takto. Sestry uvádí, že u rodin často dochází ke zkreslování informací, nebo si rodina stěžuje po přeložení z ARA na JIP na zhoršení

péče. Sestry také udávají, že rodiny jsou ve stresu a projevuje se na nich strach o jejich blízkého.

Myslím si, že když rodina vidí, že se sestra snaží a je vůči nim vstřícná, vše jim vysvětlí a dokáže jim pomoci v pochopení situace, tak i oni k celé věci změní postoj. Neinformovanost v dané problematice také není jenom problémem rodiny, sestra a i lékař by je měli o nastalé situaci dostatečně informovat a popřípadě i poučit rodinu.

Získané poznatky mohou otevřít prostor pro další výzkumná šetření a přispět ke zlepšení spolupráce mezi sestrou a rodinnými příslušníky pacienta s poraněním mozku.

Klíčová slova: ošetrovatelský proces – poranění mozku – komunikace

Abstract

The bachelor thesis deals with the cooperation of nurses and family members of patients with brain injuries. Brain damage is among the most serious injuries a person can have. Brain injuries are the second highest cause of death after abdominal trauma. People often confuse the term head injury with brain injuries. The lasting consequences of these injuries are very severe and often fatal. The skin on the scalp can indeed bleed, but we can only talk about brain injury if there is any actual damage or suppression of the brain issue, which can have many causes.

The theoretical part describes the most common injuries of the brain; changes in behavior and fatigue disorder in a patient with a brain injury, nursing care of patients with brain injury, communication between the nurse, the patient and his family, and also notes the importance of the nurse patient relationship and the significance of the patient's family. In the theoretical part, we have tried to give comprehensive and understandable information about the cooperation of nurses and family members of patients with brain injuries.

For the empirical part of this thesis, a qualitative investigation was chosen. We used the method of data collection in the form of semi-structured interview. The survey was carried out in February 2014. Interviews with correspondents were videotaped and subsequently transcribed and processed by categorization of data. For the process the main category and subcategories were established which are, for clarity, shown in the diagrams. The interviews with correspondents were running at the University Hospital in Motol. After the approval of the matron the research investigation was initiated. Correspondents were asked prepared questions, depending on how the conversation developed, supplementary questions were considered. Interviews with nurses and family members were done separately because of the possible influence the nurses could have upon the family members. All interviews with the nurses and the family members were conducted at the University Hospital in Motol. The duration of the interview was approximately 45 minutes. At the beginning of the meeting with the correspondent, the basis of the interview was outlined and the reason for the interview was explained.

None of the correspondents minded the interview being recorded. Each interview was obtained with oral consent and explanation of anonymity.

During the processing of the interviews, the method of open coding was used. Each sister and family was assigned a number. Then the answers of the nurses and the family members were numbered in the interviews. The rows have been numbered due to the possibility of referring to them. This method is called "paper and pencil" because of a synoptical process. For example, a nurse said line 3 and it is displayed as N1/3. A total of one main category and seven subcategories were established in both groups of correspondents. The created categories and subcategories can be seen in the diagram one and four. The individual subcategories were depicted in the empirical investigation with the addition of interviews and quotes. The interviews were recorded on a CD, which is part of the thesis.

The research sample consisted of two groups. The first group of correspondents consisted of nine nurses aged 24-50 years. Six nurses of all the interviewed completed tertiary education, two correspondents studied at a college and one respondent reached secondary education. Four correspondents were from the Neurosurgical Department, two correspondents from the Department of Anesthesiology and Resuscitation (ARO) and three correspondents from the Department of Chronic Resuscitation and Intensive Care (OCHRIP). The second group of the researched sample were relatives. The second group of the study sample was made up of four relatives, in varying relation to the patient, the families were in the age range from 30 years to 68 years.

In the context of the research, we have answered research questions. The research showed that due to the research question 1, the nurses offer the family to be involved in the nursing care. Nurses actively communicate with the family and serve them with information about how the patient slept, if he ate and tell them about his mood. They were the first trying to contact the family. Furthermore nurses cooperate with the family in terms of the basal stimulation, the family is told what utilities to bring and then the basal stimulation of the patient is clearly shown to the family. As we follow the answer to the research question number 2, the nurse actively offers the family the opportunity to participate in the care. When the family participates in the care they prefer rather

illustrative examples than various brochures and leaflets . The nurses think that families do not read them and according to them , the family remembers some practical training more. This statement was also confirmed by the family members , who reckoned the demonstration purposes better and do not read brochures or leaflets at all. We have answered to the last question right in this way: The nurses announced that the families often come to distort the information, or the family complains about the worsening care after relocation from ARO to the ICU. Nurses also indicate that families are stressed and can show the fear for their loved one.

I think that when the family sees that the nurse works hard and is friendly to them, explains everything to them and can help them in understanding the situation, they change the attitude to the whole thing. Lack of information on the issue is also not just the problem of the family, the nurse and even the doctor should have sufficiently informed and possibly educated a family about the current situation.

The knowledge gained can open doors for further research investigations and contribute to the improvement of cooperation between nurses and the family members of patients with brain injuries.

Keywords: nursing process - brain injury - communication

Prohlášení

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

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich 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 kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 2. 5. 2014

Sandra Lišková

Poděkování

Vážím si veškeré pomoci, která mi byla při zpracování práce poskytnuta. Velké poděkování patří především všem respondentům a trpělivému Mgr. Františku Dolákovi, Ph.D za vedení mé bakalářské práce a cenné rady.

Obsah

Úvod	12
1 Současný stav	13
1.1 Úrazy mozku.....	13
1.1.1 Otevřená poranění hlavy	13
1.1.2 Zavřená poranění mozku.....	14
1.1.3 Komoce mozku	14
1.1.4 Kontuze mozku	15
1.1.5 Komprese mozku	16
1.1.6 Epidurální hematom	16
1.1.7 Subdurální hematom	17
1.1.8 Zlomeniny lebky	18
1.1.9 Edém mozku.....	19
1.2 Změny v chování u pacienta s poraněním mozku.....	20
1.2.1 Agrese a agresivita po poranění mozku	20
1.3 Fatické poruchy řeči.....	21
1.4 Ošetrovatelská péče o pacienty s poraněním mozku	22
1.4.1 Vztah mezi sestrou a pacientem.....	26
1.5 Rodina a hospitalizace	27
1.5.1 Komunikace sestry s rodinnými příslušníky.....	28
1.5.2 Význam rodiny.....	28
1.5.3 Sdělování informací	29
1.5.4 Komunikace mezi všeobecnou sestrou, rodinou a pacientem.....	30
2 Cíle práce	32
2.1 Cíle práce	32
2.2 Výzkumné otázky	32
3 Metodika	33
3.1 Metody a techniky výzkumu.....	33
3.2 Postup při analýze rozhovorů se sestrami a rodinou.....	33

3.3	Charakteristika výzkumného souboru	34
4	Výsledky	35
4.1	Identifikace výzkumného souboru.....	35
4.2	Kategorizace získaných dat od sester	36
4.2.1	Podkategorie První kontakt.....	36
4.2.2	Podkategorie Podávání informací	37
4.2.3	Podkategorie Komunikační bariéry.....	38
4.2.4	Podkategorie Edukace rodiny	39
4.2.5	Podkategorie Možnosti zapojení rodiny.....	40
4.2.6	Podkategorie Zájem rodiny	41
4.2.7	Podkategorie Nezájem rodiny	42
4.3	Identifikace výzkumného souboru.....	43
4.4	Kategorizace získaných dat od příbuzných	43
4.4.1	Podkategorie První kontakt.....	44
4.4.2	Podkategorie Podávání informací	44
4.4.3	Podkategorie Komunikační bariéry.....	45
4.4.4	Podkategorie Edukace rodiny	46
4.4.5	Podkategorie Možnosti zapojení do péče.....	46
4.4.6	Podkategorie Zájem rodiny	47
4.4.7	Podkategorie Nezájem rodiny	48
5	Diskuze.....	49
6	Závěr	56
7	Seznam použitých zdrojů	58
8	Přílohy	62

Úvod

Poškození mozku patří mezi nejzávažnější úrazy. Úrazy mozku mají druhou nejvyšší úmrtnost hned po poranění břicha. Lidé často zaměňují termín úraz hlavy s poraněním mozku. Těžké a časté jsou i trvalé následky u těchto úrazů. Kůže na lebce může sice krváčet, ale abychom mohli hovořit o poranění mozku, musí dojít ke skutečnému poškození nebo útlaku mozkové tkáně, které může mít mnoho příčin. Z toho důvodu jsem se rozhodla věnovat ve své bakalářské práci této problematice. V dnešním světě si lidé vůbec neuvědomují, jaké nebezpečí nás může potkat. Tuto skutečnost si většina z nás uvědomuje a připouští často až tehdy, když k úrazu dojde. S problematikou poranění mozku jsem se nejednou setkala v rámci mé klinické praxe. Problematika poranění mozku mě začala zajímat, a proto jsem si vybrala toto zadání bakalářské práce.

Musíme si hlavně uvědomit, že poranění mozku se netýká jenom pacienta, ale může se také dotýkat jeho partnera, dětí, rodičů anebo celé blízké rodiny. Každý z rodiny může jinak zvládat stres a psychickou zátěž, kterou příbuzným samozřejmě pacientovo poranění způsobuje. A právě proto se nemůžeme soustřeďovat pouze na pacienta, ale jako všeobecné sestry musíme reagovat na potřeby rodiny a snažit se jejím členům co nejvíce nastalou situaci ulehčit a dostatečně s nimi komunikovat.

Proto přistupujme k pacientovi jako k individuální bytosti s různými potřebami, ale nikdy přitom nesmíme také zapomenout na rodinu a musíme jí věnovat stejnou péči jako pacientovi. Vždyť právě pacientova rodina mu je největší oporou a jistotou.

Pro empirickou část této bakalářské práce bylo zvoleno kvalitativní šetření. Byla použita metoda rozhovorů. Rozhovory byly anonymní. Rozhovor byl určen pro sestry pracující ve zdravotnickém zařízení Fakultní nemocnice v Motole. Ve Fakultní nemocnici v Motole byly provedeny i rozhovory s rodinami pacientů s poraněním mozku.

1 Současný stav

1.1 Úrazy mozku

Lidský mozek je naprosto dokonalý a jedinečný orgán v těle. Pracuje bez přestávky a řídí všechny činnosti našeho těla. Poranění mozku definujeme jako poškození mozkové tkáně, které je primárně způsobeno vnějšími mechanickými silami. Samozřejmě ale existují i taková poranění, která mají vnitřní příčinu, jako jsou mozková mrtvice, nádor, ať už zhoubný nebo ne, a virová onemocnění. Mezi poranění mozku patří otevřená poranění hlavy, zavřená poranění hlavy, komoce mozku, kontuze mozku, komprese mozku, epidurální hematom, subdurální hematom, zlomeniny lebky, edém mozku (1).

1.1.1 Otevřená poranění hlavy

K otevřenému poranění hlavy nejčastěji dochází tehdy, pokud nějaký předmět jako například kulka, nebo něco dlouhého a ostrého pronikne lebkou do mozku a propíchně, nebo roztrhne měkkou tkáň. Tento typ zranění obvykle poškodí nějakou určitou oblast mozku, což posléze vede ke specifickým problémům (1).

Otevřená poranění hlavy mohou na první pohled vypadat poněkud hrozivě, avšak většinou mají příznivý průběh. Penetrujícím poraněním máme na mysli úraz hlavy, který způsobí kontakt mezi zevním prostředím tvrdé pleny, kostí a nitrolebečním prostorem (1).

Skrytě penetrující jsou ta poranění, která jsou frontobazální a temporobazální. Nitrolebeční prostor zde má kontakt se zevním prostředím přes pneumatický systém ušní nebo nosní. Cílem správného ošetřování těchto poranění je zamezit infekčním komplikacím, které by mohly zapříčinit meningitidu nebo absces (1,2).

1.1.2 Zavřená poranění mozku

Zavřená poranění mozku jsou závažnějším druhem zranění než otevřená poranění mozku. Lebka tvoří pevně uzavřenou kostní schránku, která obsahuje mozkomíšni mok, cévy a mozkovou tkáň. Když dojde k zavřenému úrazu hlavy, může dojít ke zvýšení nitrolebního tlaku z důvodu otoku mozku krevním výronem či nahromaděním mozkomíšního moku. Pokud včas určíme diagnózu a zahájíme léčbu, máme možnost zastavit rozvoj nitrolební hypertenze. Pokud se nám to nepodaří, může dojít k tomu, že nitrolební tlak dosáhne hodnoty středního arteriálního tlaku, následně může dojít k zástavě proudění krve v mozku a nastane stav nazývaný jako mozková smrt (2).

1.1.3 Komoce mozku

Komoce mozku je nejlehčím možným zraněním zavřeného mozkového poranění. Je to zcela plně reverzibilní typ zranění. K úplnému zotavení při tomto poranění obvykle dochází během 24–48 hodin, ale bolest hlavy může přetrvávat i měsíce (3,23). Toto zranění je charakteristické krátkodobou poruchou mozkových funkcí. Klinický obraz charakterizuje krátkodobá ztráta vědomí, zvracení, nauzea a amnézií. Ztráta vědomí je ve velkém množství případů velmi krátká, trvající od několika sekund do pár minut. Po převozu do nemocnice je většinou zraněný již při vědomí. Pokud je ztráta vědomí delší než jedna hodina, je zapotřebí začít uvažovat o těžším poranění mozku. Porucha vědomí nemusí být úplná, může se jednat o jednu z kvalitativních poruch vědomí. Nauzea je častým, dá se říci, pravidelným příznakem pro komoci, tento příznak bývá doprovázen zvracením. Hlavně u dětí je zvracení velmi intenzivní a může se u nich objevovat delší dobu, aniž by to bylo známkou nějakého většího poškození (3).

Amnézie jako známka otřesu mozku bývá spíš u událostí těsně před úrazem. Málokdy se amnézie vyskytuje po odeznění ztráty vědomí. Neurologický nález pro komoci je naprosto normální, jen někdy bývá mírná opozice šíje jako známka namožení krčního svalstva (3).

Nemocný by měl být po komoci ošetřen lékařem. Základní vyšetření by mělo obsahovat RTG snímek, následně je pacient uložen na lůžkové oddělení k observaci. Následuje domácí léčba se šetřícím režimem (3).

1.1.4 Kontuze mozku

Při kontuzi mozku jde o přímé poranění mozku. Ve většině případů je zde možno vidět strukturální poranění mozku. V klinickém obrazu se vyskytuje v různém stupni, od lehkého poškození charakteru kortikální petechie až po dilaceraci mozkové tkáně. Graficky se kontuze znázorňuje pomocí CT nebo MR. Stupeň kontuze přímo závisí na počtu erytrocytů v ložisku. Kontuze se nejlépe zobrazují na predilekčních místech (frontobazálně, temporobazálně, okcipitálně). Jedná se o místa, kde mozkový parenchym přirozeně naléhá na nitrolebeční přepážku. Základním kritériem u kontuze mozku je ztráta vědomí, kterou jsme schopni vyhodnotit pomocí Glasgow Coma Score, díky němuž získáme i informaci o neurologickém obrazu kontuze. U pacienta s poruchou vědomí je třeba kontrolovat dýchání a krevní oběh. Pokud se nám jedna z těchto věcí zdá nedostatečná, musíme zabezpečit adekvátní oběh a ventilaci. Po zajištění člověka s kontuzí vyšetříme zornice, jejich tvar, velikost, hybnost a fotoreakci (3,4).

Pozornost nadále věnujeme pohybům končetin jak spontánním, tak provokovaným pomocí motoriky na nociceptivní podnět. Při mozkové kontuzi je třeba co nejméně u pacienta pohybovat hlavou. Nejlepší polohou pro uložení hlavy je zvýšení o 30–45 stupňů. Častou součástí mozkové kontuze je mozkový edém a porucha regionálního oběhu. U tohoto poranění jsou vždy důležitá délka bezvědomí, ložiskové příznaky a amnézie. Zhoršování těchto třech kritérií a narůstání nitrolební hypertenze je příznakem zhoršení stavu poškození mozku. Proto je u každého pacienta s tímto onemocněním důležité sledovat neurologický nálezn (3,4).

1.1.5 Komprese mozku

Jako komprese se souhrnně označují posttraumatické nitrolebeční komplikace. Dělí se na subdurální a epidurální krvácení, nebo také na hydrom, chronický subdurální hematom. Mozek by ale také mohl stlačovat v expanzivně kontuzní ložisko, nebo dostatečně velký intracerebrální hematom. K fyziologickým součástem mozku patří krev v cévách, mozková tkáň, mozkomíšní mok, k nim přibývá čtvrtá součást a začíná se zvyšovat nitrolební tlak. Ze začátku je nástup pomalý, protože z lebky je mozkomíšní mok vytlačován do páteřního kanálu. Po naplnění páteřního kanálu se začíná tlak v lebce prudce zvedat. I když dochází ke zvýšení krevního tlaku, tak se proudění krve v intrakraniálních cévách zmenšuje a někdy dojde až k úplné zástavě cirkulace (2).

Příznaky se projevují lokálním tlakem na hemisféru, to se projeví poklesem koutku, bolestí hlavy, zhoršením pohybu končetin, poruchou řeči. U některých pacientů může také proběhnout epileptický záchvat, ale není to však pravidlem. Vysunutí vnitřní části spánkového laloku má za následek hemiplegii, poruchu vědomí a mydriázu. Pokud tlak nadále posunuje spánkový lalok, dojde k útlaku prodloužené míchy, a to má za následek zástavu dechu. Klesá svalový tonus, tlak se mění v hypotenzi a puls v tachykardii. V tomto stavu je problém většinou již neřešitelný a nastává smrt. Proto je velmi důležité včas problematiku diagnostikovat a eliminovat časovou prodlevu poskytnutí první pomoci (2).

1.1.6 Epidurální hematom

Jako epidurální hematom můžeme nazývat stav, kde nastane krvácení mezi tvrdou plenou a kalvou. Většinou se jedná o krvácení z arterie, které je doprovázeno frakturou spánkové kosti. Krvácení je možné zastavit, pokud intrakraniální tlak převyší hodnotu tlaku v cévě. Odborně se tento stav nazývá tamponáda. Žilní krvácení je v tomto stavu velmi vzácné. Epidurální hematom je ve velké míře doprovázen středně těžkým až těžkým traumatem (5).

Typické příznaky pro epidurální hematom se dostavují v prvních třech hodinách po úraze, ale mohou nastat i později, obzvláště pokud se bude jednat o žilní krvácení. Zde mohou nastat komplikace i za několik dní. Objeví se příznaky nitrolební hypertenze, ložiskové příznaky a porucha vědomí. Těsně po úraze nastává u pacienta krátká ztráta vědomí, ze které se bez potíží probere. Následuje chvíle, kdy je pacient při vědomí bez větších potíží (tzv. volný interval), tento stav trvá do té doby, než nastoupí nitrolební hypertenze. U pacienta se objeví bolest hlavy, nauzea, samotné zvracení projevující se únavou, až poruchou vědomí a následně kómatem. Volný interval trvá většinou jen pár hodin, ale v případě žilního krvácení se prodlouží na 48 hodin (5).

Pokud se tento nález diagnostikuje pozdě, nastává smrt z výhřezu mozkové tkáně. K diagnostice tohoto poranění využijeme CT vyšetření. Spontánně se toto zranění nezahojí. Jedinou možnou léčbou tohoto poranění je trepanace, následné odsátí hematomu a uzavření krvácející cévy. Výsledek celého zákroku závisí hlavně na tom, jaký byl stav vědomí před operací. Čím hlubší je porucha vědomí, tím horší je prognóza operace. Včasná diagnostika a operace vede k úplnému uzdravení pacienta (5).

1.1.7 Subdurální hematom

Subdurální hematom se dělí na akutní a chronický. Akutní subdurální hematom je plášťová kolekce mezi tvrdou a měkkou plenou mozkovou. Hematom vzniká porušením žil mezi arachnoideou a dura mater. Tento typ subdurálního krvácení mají lidé staršího věku, lidé s atrofií mozku a alkoholici. Příznaky tohoto subdurálního hematomu se podobají epidurálnímu krvácení. Volný interval je zde 8–24 hodin. Vývoj příznaků je u tohoto typu delší, trvá v řádech dnů. U pacientů se vyvíjí centrální hemiparéza. CT spolehlivě dokáže odhalit subdurální hematom. Narůstá zde nitrolební hypertenze. U hematomu se často objevuje také mozková kontuze, kterou doprovázejí její typické příznaky. Jestli bude léčba konzervativní nebo chirurgická, záleží na mnoha faktorech, hlavně na klinickém stavu pacienta a na tloušťce hematomu. Pokud se zhoršuje nález na CT, musí se pacient podrobit operativnímu zákroku (6).

Chronický subdurální hematom jinak řečený hydrom. Ve vzácných případech přechází akutní subdurální hematom v chronický. Nejtypičtější je projev tohoto stavu ve stáří a v dětství. Úder do hlavy přechází spousta lidí téměř bez povšimnutí. Hematom se tvoří i několik týdnů. Stav usnadňující vznik této poruchy je široký subdurální prostor, který napíná přemostující žíly a malý tlak likvoru. Právě poškození přemostujících žil vede k zakrvácení. Ke zvětšování hematomu napomáhá nasávání osmotické tekutiny a opakované krvácení z granulační tkáně. Příznaky se většinou objevují až za týdny a měsíce od úrazu. Pacient si při vyplňování anamnézy ani nevzpomene na úraz hlavy, který prodělal. Nejtypičtějšími příznaky jsou bolesti hlavy, ztráta vědomí a u pacienta vážně paměť. Z ložiskových příznaků se projevuje porucha řeči, hemiparéza, epilepsie a nitrolební hypertenze. Toto poranění se diagnostikuje pomocí CT. U pacientů se provádí trepanopunkce a hematom se odsaje. Takový zákrok vede k uzdravení pacienta. Vypunktovaný hematom je zbarvený do oranžova až tmavě hněda. Při zákroku se také uvažuje o možné recidivě, proto lékař musí zvážit, zda by u pacienta nebylo lepší odstranit granulační pseudomembrány (6).

1.1.8 Zlomeniny lebky

Zlomeniny lebky tvoří jedna zlomená lebeční kost či více zlomených kostí lebeční klenby. Zlomeniny mohou postihnout obličejový skelet i spodinu lebeční. Tyto zlomeniny nemají většinou žádný větší klinický význam, kromě zlomenin v pneumatické části systému lebky, zlomenin poškozujících tvrdou plenu a zlomenin impresivních (2).

Zlomeniny lebeční klenby jsou významné, pokud zasahují do meningeálních tepen nebo durálních žilních splavů. Hrozí zde nitrolební krvácení. Pokud dojde k impresivní zlomenině, kosti se mohou vpáčit a tím lokálně poškodit mozek. Může tedy vzniknout pórůzová epilepsie, infekce nebo nitrolební krvácení. Tento případ se řeší chirurgickou cestou (2).

Zlomenina spodiny lebeční vzniká po nárazu na obličej a lebeční klenbu. Zlomeniny v místě čela zasahují do přední jámy lebeční, do stropu orbity a vedlejších dutin nosních. Pokud se poraní i tvrdá plena, dochází k vytékání mozkomíšního moku a intrakraniálně proudí vzduch. Časté je i poranění hlavových nervů, a to hlavně čichového. Nemocného ohrožuje proniknutí infekce z vedlejších nosních dutin, proto se přistupuje k oboustranné frontální kraniotomii (2).

1.1.9 Edém mozku

Mozkový edém je stav onemocnění způsobený zvýšením obsahu vody v mozkové tkáni. Mozkový edém se může vyskytovat jen v určité oblasti, nebo může být generalizovaný, to znamená, že by edém postihoval celou mozkovou tkáň. U edému je problematické to, že vede k zvětšení objemu tkáně. Lebka je pevný obal pro mozek, nedovoluje tak větší nárůst mozkového objemu a tím pádem edém způsobuje zvýšení nitrolebního tlaku. Trvalé zvýšení nitrolebního tlaku může vést ke smrti. Podle příčiny rozeznáváme edém vazogenní a cytotoxický (7, 26).

Vazogenní edém vzniká při porušení hematoencefalické bariéry. Tu tvoří cévní výstelka tvořená z kapilár a bazální membrána. Jakýkoli způsob poškození endotelu způsobí porušení funkce hematoencefalické bariéry a pronikání látek normálně nepropustných do mezibuněčného prostoru, kde tyto látky zvyšují obsah vody. Mozkový edém se tedy nachází v mezibuněčném prostoru, nejvíce je nalézán v bílé hmotě mozkové. Diagnostikuje se pomocí CT, můžeme ho nalézt u ložiskových poškození mozku, například u cerebrálních nádorů (7).

Cytotoxický edém vzniká při poškození membrán mozkových buněk. Tento typ edému vede k nárůstu obsahu vody uvnitř buňky. Cytotoxický edém se vyskytuje rovnoměrně v bílé i v šedé mozkové hmotě. Výrazně cytotoxický edém zvětšuje mozek. Tento typ často vzniká při poruše cerebrálního prokrvení (7).

Oba typy se většinou vyskytují spolu. Při cévní mozkové příhodě se vyskytuje edém ischemický, který je kombinací edému cytotoxického a vazogenního. Dále se

rozlišuje edém přetlakový, který vzniká při zvýšení tlaku mozkomíšního moku. Mozkový edém se může projevit příznakem, který je typický pro určitou mozkovou oblast, nebo příznaky celkovými, způsobenými nitrolební hypertenzí. Další projevy mohou vést až k selhání základních životních funkcí. Mezi nejčastější příznaky patří poruchy hybnosti, cití a psychické změny. Pacienti ohrožení edémem musí být uloženi v poloze se zvýšenou horní polovinou těla. U těchto pacientů je třeba udržet krevní tlak v normě, zmírnit bolesti a pečovat o jejich psychiku. Edém lze léčit podáním osmoticky aktivních látek. Nejčastěji se podává manitol (7).

1.2 Změny v chování u pacienta s poraněním mozku

Agrese je součástí instinktů člověka i řady zvířat, projevující se nepřátelským postojem vůči objektu a útočným chováním. Agrese se považuje za jednu ze základních reakcí na frustraci, které ohrožují uspokojování základních potřeb. U lidí po poranění mozku vzniká vnitřní tendence k agresivitě, která může být potlačena anebo může propuknout otevřeně v podobě hněvu (33).

1.2.1 Agrese a agresivita po poranění mozku

U každého člověka, který trpěl poraněním nebo poškozením mozku, nastává v nějaké podobě emoční změna v chování. Emoční změny jsou při poranění mozku nevyhnutelné, protože mozek je sídlem a řídicím centrem našeho chování i všech emocí. Existují určité příčiny těchto obtíží. A to přímé nervové poškození, stresy, které člověka provází při adaptaci na postižení, nebo dojde ke zvýraznění již existujících osobnostních rysů, a prostředí, v němž se nemocný nachází. Dále se také agrese nebo agresivita po poranění mozku může projevovat buď jako fyzické, nebo verbální chování vůči okolí nebo také sobě. Toto chování také zahrnuje výbuchy vzteku (33).

Násilné chování vůči blízkým se projevuje již v krátké době po úrazu. Člověk po poranění mozku se nedokáže ovládat. Často jsou příbuzní pro pacienta takzvaným bezpečným terčem, a to v tom smyslu, se rodina i přes špatné chování svého příbuzného nestáhne do sebe ani se k nemocnému neotočí zády, protože rodinného příslušníka mají rádi. Stává se, že člověk po poranění mozku potřebuje ventil, aby ze sebe mohl dostat zlost a frustraci. Po přemístění pacienta do domácí péče může jeho agresivní chování způsobit skutečné problémy. Pokud si začne člověk po poranění mozku uvědomovat více své jednání, hrozí nebezpečí, že začne manipulovat s rodinnými příslušníky a ovládat je. Rodina pacienta po poranění mozku si musí uvědomit, že je brána jako bezpečný terč, který nemocný potřebuje. Dále je také dobré, aby si rodina uvědomila, že je možné, že pacient si nemusí být vědom toho, jak se k nim choval. Rodina by si také měla nastavit určitá omezení a hranice, kdy si řekne stop a nenechá se od pacienta terorizovat. Neměli by také zapomenout, že vyhrůžky jsou vyjádřením vzteku, který většinou vychází z frustrace a strachu z určité situace (33).

1.3 Fatické poruchy řeči

Hlavní příčinou náhle ztráty nebo poruchy řeči je poranění mozku. Při postižení vnitřní řeči mluvíme o takzvaných fatických poruchách. Fatická porucha se dělí na několik druhů. Expresivní fatická porucha vzniká při poranění Brocova centra v dominantní hemisféře. Při této poruše pacient ztrácí schopnost mluvit, ale mluvené a psané řeči rozumí. Pokud pacienta postihne úplná expresivní fatická porucha, dochází u něj k afázii, ale pokud se jedná jen o částečnou fatickou poruchu, pacientova řeč není plynulá, řeč je pro něj namáhavá a má zvláštní přízvuk. Pacient si plně uvědomuje nedostatky v řeči, mnohdy se za to stydí a zlobí se sám na sebe (10).

Senzorická fatická porucha vzniká při lézi Wernickeovy oblasti dominantní hemisféry. Pacient není schopen porozumět mluvenému slovu, špatně pojmenovává předměty. U těchto pacientů vážné chápání a opakování, mateřský jazyk mu připadá jako neznámá řeč. Na druhou stranu mluví pacient plynule s dobrou výslovností,

s častým komolením a záměnou slov, není schopen kontroly vlastní řeči sluchem. I když pacient mluví často, je výsledek nesrozumitelný, a to hlavně z důvodu komolení slov. Svou vadu si pacient často neuvědomuje (10).

Totální fatická porucha vzniká při rozsáhlých lézích dominantní hemisféry při postižení Brocovy a Wernickeovy oblasti. Pacient kvůli těmto poruchám téměř ztrácí možnost rozumět mluvené řeči a chápat ji. Bývají zachovány jazykové automatismy, které se projevují například kletím (10).

Amnestická fatická porucha se může projevit u všech afázií. Pacient je neschopný pojmenovat předvedený předmět, mluví plynule, řeč přerušuje občasně hledání správného slova (10).

Kondukcí fatická porucha vzniká porušením spojení mezi Wernickeovým centrem a Brocovým centrem. Tato léze se projevuje poruchou opisování a poruchou opakování slyšené řeči. Pacient má celkem dobře zachovanou spontánní řeč a dobré chápání řeči (10).

Transkortikální fatické poruchy vznikají poruchou intrahemisferálních drah, tyto dráhy spojují řečová centra s asociačními oblastmi mozku. Pacient u této poruchy dobře opakuje, ale nerozumí (10).

1.4 Ošetrovatelská péče o pacienty s poraněním mozku

V rámci ošetrovatelské péče je důležité, aby sestra postupovala dle ošetrovatelského procesu. Ten poté vede ke zvyšování kvality a efektivity péče o pacienta s poraněním mozku. Díky ošetrovatelskému procesu si sestra zvyšuje profesní pravomoci a práce jí přináší spokojenost a seberealizaci (8).

V rámci posouzení zpracovává sestra anamnézu a vykonává fyzikální vyšetření. Mezi anamnestické údaje patří osobní anamnéza, zde se ptáme na úrazy hlavy, hypertenzi, infekční choroby, cévní mozkové příhody a užívání léků. Rodinná anamnéza zahrnuje výskyt chorob v rodině, v sociální anamnéze zjišťujeme, kde pacient

bydlí a jestli žije sám nebo s rodinou. Anamnéza v čase zde se ptáme na náhlý vznik bolesti a s tím spojenou fyzickou aktivitu (10).

Při fyzikálním vyšetření hodnotíme úroveň vědomí, jeho poruchy a epileptické záchvaty. Sledujeme duševní stav, poruchy řeči, výpadky zorného pole a miózu, motorické a senzitivní poruchy, decerebrační rigiditu, plegie a parézy, u kardiovaskulárního systému hodnotíme epistaxe, trávicí systém, nauzeu, zvracení a vznik obstipací. Pacienti mívají někdy poruchy příjmu potravy a tekutin. Záleží ale na stupni poruchy vědomí. Vyprazdňování se postupně stává problematickým z důvodu upoutání pacienta na lůžko. Problémy se spánkem mají pacienti spojené s hemiparézou a otáčením se na posteli. U pacienta se projevuje snížená aktivita, porucha hybnosti a porucha sexuálních funkcí. Hygienu pacienta plně vykonává sestra do té doby, než je schopný se na hygieně podílet. Musíme brát v potaz, že pacient není schopen komunikace, proto k němu přistupujeme s ohledem na jeho potíže. Diagnózu u pacienta určuje lékař na základě anamnézy a neurologického vyšetření. Sestra si stanoví sama ošetrovatelské diagnózy a podle nich vypracuje plán ošetrovatelské péče, který dodržuje veškerý ošetrovatelský personál oddělení. Diagnózy se během hospitalizace mění podle potřeb a potíží pacienta (9). Mezi potřeby pacienta patří potřeba dýchání, potřeba výživy, potřeba vyprazdňování a potřeba psychické vyrovnanosti (13).

Potřeba dýchání je jedna ze základních biologických potřeb. Díky dýchání můžeme žít, bez vzduchu člověk přežije maximálně tři minuty. Proces uspokojování potřeby kyslíku zajišťuje sestra, podle ordinace lékaře podává pacientům kyslík.

Potřeba výživy je také základní biologickou potřebou člověka. Je nezbytným článkem k zachování homeostázy a předpokladem k udržení života. Na výživě se nepodílí pouze žaludek, trávicí ústrojí a energetické nároky organismu, ale i psychosociální potřeby. Pokud je pacient v bezvědomí, obstarává výživu opět sestra. Další základní potřebou je vyprazdňování, s tím pomáhá sestra (13).

Potřebou soběstačnosti rozumíme míru samostatnosti pacienta. Sestra by měla vykonávat v péči o pacienta pouze tu část aktivit, které pacient není schopen sám vykonávat. Pokud sestra vykonává vše u pacienta, u kterého to není potřeba, je to pro ni sice rychlejší a jednodušší, ale nemá to příznivý dopad na psychiku pacienta a spíše mu

tím škodí. Soběstačnost pacienta sestra hodnotí pomocí Barthelova testu základních všedních činností (13).

Potřebu psychické vyrovnanosti u pacientů si sestry většinou neuvědomují. Pacientovi se pobytem v nemocnici mění celý životní rytmus. Na všechny situace vytvořené v prostředí nemocnice má pacient právo reagovat agresivně, úzkostně, depresivně a zmateně. K tomu, aby byl pacient v psychosociální pohodě, může sestra přispět splněním určitých faktorů, jako je například udržet nebo zlepšit soběstačnost nemocného, odstranit či minimalizovat bolest, komunikovat a zajistit dostatečný odpočinek a spánek (10, 13).

Pacienti s poraněním mozku jsou většinou přijímáni na jednotku intenzivní péče. Na této jednotce jsou většinou pacienti s hrozícím, nebo již probíhajícím selháním jednoho či více orgánů. Na jednotce intenzivní péče je pacient nepřetržitě sledován sestrou a veškeré změny jsou pečlivě zaznamenány do dokumentace. Řada těchto oddělení má příjmovou místnost, kam je pacient převezen po zjištění základních informací. V této místnosti by se mělo nacházet speciální lůžko, monitor, lékárna, defibrilátor a pomůcky k zajištění základních fyziologických funkcí (10).

Po přijetí je pacienta převezen na pokoj, kde jej začnou ošetřovat sestry. Ty monitorují krevní tlak, puls, frekvenci, hloubku dýchání a průchodnost dýchacích cest, snaží se minimalizovat riziko aspirace zvratků a hlenů (10).

Sestry sledují v pravidelných intervalech deseti až patnácti minut stav vědomí. Po stabilizaci stavu vědomí ho sledují každé čtyři hodiny. Sestra s pacientem komunikuje v jednoduchých a krátkých větách. Vždy se snaží o nápravu orientace pacienta. Pozoruje jeho pohybovou aktivitu a snaží se zabránit dalšímu jeho poranění. Sestra zabezpečuje komplexní péči o pacienta. Provádí mu bandáže dolních končetin jako prevenci trombembolické nemoci (10).

Sestra pravidelně vykapává pacientovi oči, čímž je chrání před vysycháním. Může také pacientovi aplikovat masti nebo přikládat namočené čtverečky na zavřená oční víčka. Sestra dále provádí prevenci dekubitů a snaží se pacienta zapojovat do denních činností, plní ordinace lékaře a veškeré činnosti zapisuje do dokumentace (12).

Komoce mozku je náhle vzniklé poranění, u kterého se může krátce projevit nastupující bezvědomí s amnézií bez znatelného poškození mozku (29). Pokud přijímáme pacienta s komocí mozku, ukládáme ho na standardní oddělení úrazové chirurgie. Je důležité, aby u něj sestra provedla hodnotící škálu Glasgow coma score, pomocí které testuje schopnost otevření očí, slovní odpověď pacienta a motorickou odpověď. Toto vyšetření sestra provádí jednou za dvě hodiny, při čemž ještě sleduje hybnost končetin a izokorii zornic. Sestra sama bez asistence lékaře musí být schopná tuto škálu zhodnotit a dokázat poznat u pacienta zlepšení nebo zhoršení stavu vědomí. Sestra dále může na pacientovi pozorovat bradykardii, blednutí, pocení pokles tlaku tyto příznaky mohou trvat i několik dnů. Sestra dohlíží na to, aby pacient dodržoval klid na lůžku, a podává mu analgetika a další léky dle ordinace lékaře, popřípadě ledový obklad na hlavu kvůli bolestem hlavy (5).

Při kontuzi mozku dochází k zhmoždění mozkové tkáně. Pacient je v bezvědomí, není schopen odpovědět na otázky, je zmatený, dezorientovaný časem, místem a prostorem. Pacient je uložen na oddělení JIP, kde sestra zajistí monitoraci základních životních funkcí, provádí u něj kontrolu vitálních funkcí, Glasgow coma score a kontrolu izokorie zornic. Sestra zvedne pelest postele o 30 stupňů. Podává léky dle ordinace lékaře (23, 28).

Pokud u pacienta dojde k epidurálnímu nebo subdurálnímu krvácení, jedná se vždy o závažný stav. Při epidurálním krvácení vzniká krevní sraženina čočkovitého tvaru, která se odstraňuje pomocí trepanačního návratu a ošetření cévní léze z kraniotomie. U subdurálního hematomu vzniká krevní sraženina poloměsíčitého tvaru, která se odstraňuje pomocí evakuace hematomu z kraniotomie (27). Po chirurgickém zákroku se pacient ukládá na oddělení JIP úrazové chirurgie nebo ARO. Sestra musí při přijetí takového pacienta zajistit monitorování srdečního rytmu a musí sledovat veškeré změny rytmu, které u pacienta nastanou dále v krátkém čase po operaci. Dále u pacienta sleduje vitální funkce nepřetržitě, po dohodě s lékařem pozoruje po 15 minutách i stav zornic pacienta. Podává léky dle ordinace lékaře. Dále sestra u pacienta monitoruje úroveň saturace kyslíkem. Pokud se lékař rozhodne u pacienta zavést čidla sestra lékaři asistuje a posléze kontroluje hodnoty. Sestra zvedne pelest postele o 30 stupňů. Vysvětlí

pacientovi a jeho rodině veškeré výkony a vyšetření, také ošetřuje u pacienta všechny vstupy a zachovává aseptiku při ošetřování pacienta (23).

Při zlomenině lebky sleduje sestra u pacienta fyziologické funkce tlak, dech, puls, a to hlavně kvůli hrožícím komplikacím zlomeniny lebky, jako je krvácení a edém mozku. Dále sestra sleduje stav vědomí pomocí Glasgow coma score, dále monitoruje bolesti hlavy, bilanci tekutin, nauzeu, zvracení, křeče, poruchy hybnosti a paměti, změny v chování pacienta. Hygienu přebírá u pacienta sestra a provádí se na lůžku. Podává léky dle ordinace lékaře a sleduje izokorii zornic (30).

K edému mozku dochází u pacienta z důvodu abnormálního zvýšení obsahu vody v mozkové tkáni. U těchto pacientů sestra pečlivě sleduje základní životní funkce a neurologický stav. Sestra také sleduje, zda se u pacienta drží systolický tlak v hodnotách 140-150 torrů, pečuje o zajištění dýchacích cest, a to pomocí kyslíkové terapie, nebo po případě umělou plicní ventilací. Udržuje pacienta ve zvýšené poloze o 30 – 45°, drží mu hlavu ve zvýšené poloze i při hygieně, což zvládá za pomoci druhé sestry. Léky aplikuje pacientovi dle ordinace lékaře. Dále u něj zajišťuje hyperventilaci při nedostatečném účinku aplikovaných léků. Při edému mozku se také využívá ICP čidlo k monitorování nitrolebního tlaku (10).

1.4.1 Vztah mezi sestrou a pacientem

Pokud se člověk ocitne v náročné životní situaci, je hospitalizovaný a stane se tak pacientem. Kvůli nemoci je nucen opustit své sociální role, které zvládal před hospitalizací. Nemocný je nucen zaujmout roli pasivní, stane se závislým na nemocničním personálu a přístrojích, které jej obklopují. Pacient pociťuje ztrátu soběstačnosti, nucený pobyt v izolaci v nemocnici působí na psychiku nemocného (32). Vztah mezi sestrou a pacientem vyžaduje od sestry psychologické znalosti, schopnost empatie, osobní angažovanost, postřeh a pohotovost. Tyto schopnosti umožňují sestře správně jednat s pacientem. Chování sestry k pacientovi by mělo být vymezeno pevnými pravidly. Povolání sestry je z hlediska odborné přípravy a výkonu velmi

náročné. Sestry si musí uvědomit, že objektem jejich práce je člověk. Od sestry společnost očekává, že vedle vykonávání své práce navíc ovlivňuje prožívání a jednání nemocných, že unese fyzické nároky své práce a dokáže se vyrovnat s jinými zatěžujícími požadavky své profese. Na sestru se nahlíží jako na odborného pracovníka, plně odpovědného za své jednání. Sestry musí brát v úvahu nejen následky svých rozhodnutí, ale především morální hodnoty. Mezi nejdůležitější morální hodnotu patří úcta k nemocnému. Sestra by měla v očích pacienta vypadat jako člověk, který má pochopení pro jeho problémy a který je pomáhá s velkou tolerancí a laskavostí řešit. Sestra pozná pacienta po psychologické stránce lépe než lékař, a to z toho důvodu, že s pacientem tráví daleko více času. Měla by znát a chápat osobní problémy pacienta. Pacient sestru vnímá jako člověka, který mu poskytuje podporu a porozumění, jako prostředníka mezi lékařem a pacientem, jako člena zdravotnického týmu, který upevňuje důvěru u pacienta, a je uklidňujícím prvkem pečujícím o emoční stav nemocného (11). Adaptace nemocného je dynamický proces. Nestačí se proto zabývat pouze tím, jak se pacient s nemocí vyrovnal a jak ji zvládá. Je potřeba také sledovat psychické změny u pacienta, abychom mohli správně reagovat a zaujmout nejvhodnější postoj k pacientovi (24).

1.5 Rodina a hospitalizace

Musíme si uvědomit, že úloha rodiny v péči o pacienta s poraněním mozku je nezastupitelná. V akutní poúrazové fázi se rodina často cítí bezmocná a myslí si, že není schopna pro svého blízkého nic udělat. Neuvědomuje si, že pro nemocného dělá mnohé už jen tím, že je v jeho blízkosti (34).

1.5.1 Komunikace sestry s rodinnými příslušníky

Rodina má nezastupitelnou roli v životě pacienta, její role stoupá v době hospitalizace pacienta a ještě více po propuštění nemocného domů. Hlavně tehdy, když člověk kvůli své nemoci není schopen se starat sám o sebe a potřebuje pomoc druhé osoby (31). Rodinné příslušníky musí vnímat sestra jako přínos v další péči o pacienta, nesmí je vnímat jako nepřítel, i když někdy v jejich vzájemném vztahu dochází k nedorozumění. I když si samotní příbuzní nechtějí mnohokrát nemoc svého blízkého připustit, musí k nim sestra přistupovat vstřícně a musí je umět zapojit do procesu ošetřování o pacienta. Některé sestry mají jistý problém, neumí doprovázet umírajícího pacienta a uchylují se k předstírání, že pacientovi smrt nehrozí. V takovém případě mají sestry problém i komunikovat s rodinou pacienta (14).

Komunikace bývá často definována jako vzájemná výměna informací. Jiným způsobem to jde chápat také jako výměnu myšlenek a nápadů. Pokud se jedná o komunikaci mezi dvěma nebo více lidmi, jedná se o sociální komunikaci. Mezi pět základních složek komunikačního procesu patří komunikátor člověk, od kterého sdělení vychází, komunikant člověk, kterému je sdělení určeno, komuniké zpráva, která je vysílána, zpětná vazba, zpráva o tom že informace byla přijata, situační kontext, situace a prostředí, kde se komunikace odehrává (11). V obecném schématu komunikace se děje dekodování v komunikačním řetězci, kde je na jedné straně komunikátor a na druhé straně komunikant. Nedorozumění mezi osobami při komunikaci může být způsobeno komunikačním šumem (19).

1.5.2 Význam rodiny

Světová zdravotnická organizace prosazuje, aby pacienti způsobilí k domácí péči, byli předáni do domácího léčení. V domácím léčení se stále více do popředí dostává rodina a její význam. Rodina je brána jako sociální skupina, která je přímo spjata s pacientem. V rodině se ukládají všechny problémy života, jako jsou strasti spojené

s nemocí. V moderní rodině se častokrát objevuje nárůst rozvodů a menším počtem dětí. Významný proces pro rodinu je proces atomizace, který se rozvinul díky hospodářským změnám. Moderní pojetí rodinu chápe jako společenskou instituci, jejíž základ tvoří skupina otce, matky a dětí žijících pospolu. Úloha rodiny se v péči o nemocného člena změnila. Během vývoje se péče o pacienta v domácím prostředí přenesla spíše do zdravotnických zařízení. Rodina si s nemocnicí vyměnila své role. Řada vyspělých zemí poukazuje na to, že v péči o nemocné rodinné příslušníky hraje nenahraditelnou roli a nemůže ji nahradit žádné zdravotnické zařízení. Každá rodina, pokud se rozhodne o pacienta starat, si musí uvědomit, že se bude muset přizpůsobit a přehodnotit své perspektivy tak, aby se přizpůsobila dané situaci. Postoj rodiny se orientuje podle toho, o jaké onemocnění se jedná, dále dle dlouhodobosti a prognózy (15).

Každý pobyt rodinného příslušníka v nemocnici je pro rodinu stresující. Mnoho rodin bývá ve stavu emocionálního šoku, zmatku a žalu především v prvních dnech nemocniční péče. Tato etapa je mnohdy zanedbávána a přehlížena, rodina se snaží shromažďovat informace a zabývá se diagnózou (35).

1.5.3 Sdělování informací

Nemoc, která pacienta potká, nikdy nezasáhne jen pacienta, ale také i jeho celou rodinu. Rodina byla zvyklá o své nemocné členy pečovat. Její role se avšak během historického vývoje měnila. Rodina je v péči o pacienta velmi důležitá jak pro zdravotnický tým, tak i pro fyzickou a psychickou podporu pacienta. Sdělování informací o pacientově stavu, povaze onemocnění, léčbě a prognóze je ze zákona umožněno pouze lékaři. V naší zemi je většinou pravidlem to, že lékař podává pravdivé informace o pacientově stavu, pokud si sám pacient nepřeje jinak. Pokud si nemocný nepřeje, aby byly rodině informace podávány, musí lékař vždy toto přání respektovat. Jedinou výjimkou je závažný stav pacienta, kdy není schopen projevit souhlas či nesouhlas s poskytováním informací. Sestra by měla být rodině vždy oporou a měla by umožnit komunikaci s lékařem. Měla by rodinu a pacienta pozitivně motivovat, ale

nikdy by neměla pacientovi a rodině slibovat nemožné (10). Při přijetí musí pacient vyplnit formulář, v němž dle § 67b, odstavce 12, zákona o péči o zdraví lidu určí osobu nebo osoby s právem na informace o jeho zdravotním stavu. Jestliže tento formulář pacient předem vyplní, mohou se uvedeným osobám podávat informace v celém rozsahu. S tím souvisí i to, zda pacient dovolí těmto osobám nahlížet do dokumentace a pořizovat z dokumentace opisy a výpisy. Této osobě také zdravotnický personál aktivně sděluje veškeré změny týkající se pacientova stavu. Dále je povinnost lékaře sdělovat informace osobám, které na ně mají nárok na základě zvláštního právního předpisu, například soudu v trestním řízení. Diagnózu sděluje vždy jen lékař, nikdy ne střední zdravotnický personál (20).

1.5.4 Komunikace mezi všeobecnou sestrou, rodinou a pacientem

Při práci se všeobecné sestry musí hlavně soustředit na komunikaci, která zaujímá důležité místo v komunikaci s pacientem a jeho rodinou. Od začátku komunikace s rodinou by měla být sestra aktivním posluchačem, přátelské a otevřené jednání působí dobře ve vztahu sestra – pacient. V praxi jsme schopni rozdělit tři druhy profesionální komunikace. Jedna z nich je sociální komunikace v této komunikaci se jedná o běžný hovor a kontakt s pacientem. Při rozhovoru se sestra snaží, aby si pacient vytvořil kladný vztah k ošetřujícím osobám. Člověk má jak v domácím, tak i nemocničním ošetřování omezený sociální kontakt. Další typ komunikace je specifická (strukturovaná) komunikace v této komunikaci sdělujeme důležitá fakta a motivujeme pacienta k důležitosti další léčby. Sestra musí klást zvýšené nároky na srozumitelnost celého sdělení tak, aby vše pacient pochopil. Poslední druh komunikace je terapeutická komunikace. Odehrává se při rozhovoru s nemocným. Při běžných denních úkonech u pacienta mu poskytujeme oporu a pomoc v jeho těžkých životních situacích (16, 25).

Mezi podoby komunikace řadíme verbální a neverbální komunikaci. Tyto formy komunikace nejsou používány jako oddělené metody působení jednoho člověka na druhého. Neverbální komunikace se také nazývá komunikace beze slov. Je starší než

komunikace verbální, existovala ještě před tím, než se začala mezi lidmi používat řeč. Neverbální komunikaci lze jen velmi těžko ovládat svou vlastní vůlí. Někteří lidé si myslí, že jsou schopni ovládat své neverbální projevy a tímto je usměrňovat. Umožňuje to schopnost sebeovládání a ovládání mimických projevů, ale existují metody, díky kterým lze zjistit autenticitu prožívaného a jeho vyjádření. Složky neverbální komunikace jsou vizika, mimika, kinetika, gestika, haptika, chronemika, proxemika, posturologie, teritorialita a paralingvistika (17). Verbální komunikace a její slova mají významnou hodnotu informací. Díky nim sestra mluví, vysvětluje, motivuje a přesvědčuje. Má důležitou funkci, a to pacienta informovat o potřebnosti odborných postupů při udržování a utužování jeho zdraví. Sestra musí volit slova uváženě a často i cíleně na konkrétního pacienta. Požadavky na řečový projev sestry jsou jednoduchost, přehlednost, výstižnost, podnětnost, načasování, závažnost, důvěryhodnost, přizpůsobivost a oboustrannost (18).

Sestra by při komunikaci s rodinou měla dbát na to, aby s nimi komunikovala jasně a pokud možno neoborným jazykem. Během komunikace s rodinou by sestra měla odhadovat úroveň porozumění. Měla by posoudit schopnost a ochotu rodiny vstřebávat nové informace a uzpůsobit tomu tempo podávání informací (36).

2 Cíle práce

2.1 Cíle práce

- 1) Zmapovat úroveň spolupráce sester a rodinných příslušníků.
- 2) Zjistit, jakým způsobem se rodina zapojuje do péče.

2.2 Výzkumné otázky

- 1) Jakým způsobem sestra spolupracuje s rodinou?
- 2) Jakým způsobem sestra zapojuje rodinu do péče?
- 3) Jaké komunikační bariéry se vyskytují při spolupráci sester a rodinných příslušníků?

3 Metodika

3.1 Metody a techniky výzkumu

Pro empirickou část této bakalářské práce bylo zvoleno kvalitativní šetření. Byla použita metoda sběru dat formou polostrukturovaného rozhovoru. Výzkumné šetření probíhalo v únoru roku 2014.

Rozhovory s respondenty byly nahrávány, následně přepsány a zpracovány pomocí kategorizace dat. Pro zpracování byla stanovena hlavní kategorie a podkategorie, které jsou pro přehlednost zobrazeny ve schématech. K rozhovorům s respondenty docházelo ve Fakultní nemocnici v Motole. Po odsouhlasení výzkumu hlavní sestrou bylo šetření zahájeno. Respondentům byly pokládány předem připravené otázky podle toho, jak se rozhovor vyvíjel, byly pokládány doplňující otázky. Rozhovory se sestrami a rodinnými příslušníky byly vedeny odděleně, a to z důvodu možného ovlivňování rodiny ze strany sester. Všechny rozhovory se sestrami i rodinnými příslušníky probíhaly ve Fakultní nemocnici v Motole. Délka trvání rozhovoru se pohybovalo okolo 45 minut. Na začátku setkání s respondentem byl nastíněn rozhovor a vysvětlen důvod rozhovoru. S nahráváním rozhovorů souhlasili všichni respondenti. U každého rozhovoru byl získán ústní souhlas a vysvětlení anonymity.

3.2 Postup při analýze rozhovorů se sestrami a rodinou

Při zpracování rozhovorů byla použita metoda otevřeného kódování. Kdy bylo každé sestře a rodině přiděleno příslušné číslo. Poté byly v rozhovorech očíslovány odpovědi sester a rodinných příslušníků. Řádky byly očíslovány kvůli možnosti odkazování na ně. Tato metoda je nazývána „*papír a tužka*“ z důvodu přehledného zpracování. Například sestra 1 odpověděla řádkem 3 je to zaznamenané S1/3. Celkem byla stanovena jedna hlavní kategorie a sedm podkategorií u obou skupin respondentů. Vytvořené kategorie a podkategorie můžeme vidět ve schématu jedna a čtyři. Jednotlivé

podkategorie byly v empirickém šetření popsány s doplněním rozhovorů a citací. Rozhovory byly nahrány na CD, které je součástí bakalářské práce.

3.3 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor byl tvořen dvěma skupinami. První skupina respondentů byla tvořena devíti sestrami ve věku 24-50 let. Z dotazovaných dosáhlo šest sester vysokoškolského vzdělání, dvě respondentky vysokou školu studovaly a jedna respondentka dosáhla středoškolského vzdělání. Čtyři respondentky byly z neurochirurgického oddělení, dvě respondentky z anesteziologicko resuscitačního oddělení (ARO) a tři respondentky z oddělení chronické resuscitační a intenzivní péče (OCHRIP).

Druhou skupinou výzkumného souboru byli příbuzní. Výzkumný soubor byl tvořen čtyřmi příbuznými v různém příbuzenském vztahu k pacientovi, rodiny byly ve věkovém rozmezí od 30 let do 68 let.

4 Výsledky

Tato kapitola bude rozdělena do třech částí, na rozhovory se sestrami, rozhovory s rodinami pacientů a shrnutí výsledků empirického šetření.

4.1 Identifikace výzkumného souboru

Schéma č. 1 - identifikace sester

Respondenti	Oddělení	Věk	Vzdělání	Délka praxe
Sestra (S1)	OCHRIP	26 let	vysokoškolské	3 roky
Sestra (S2)	OCHRIP	24 let	zahájené bakalářské studium	4 roky
Sestra (S3)	OCHRIP	25 let	zahájené bakalářské studium	4 roky
Sestra (S4)	neurochirurgického oddělení	25 let	vysokoškolské	6 let
Sestra (S5)	neurochirurgického oddělení	26 let	vysokoškolské	8 měsíců
Sestra (S6)	neurochirurgického oddělení	49 let	středoškolské	30 let
Sestra (S7)	neurochirurgického oddělení	31 let	vysokoškolské	8 let
Sestra (S8)	ARO	50 let	vysokoškolské	31 let
Sestra (S9)	ARO	33 let	vysokoškolské	6 let

Na schématu můžete vidět identifikační údaje respondentů. Všeobecné sestry budou označovány značkou S s příslušným číslem. Čtyři respondentky byly z neurochirurgického oddělení, dvě respondentky z anesteziologicko resuscitačního oddělení (ARO) a tři respondentky z oddělení chronické resuscitační a intenzivní péče (OCHRIP).

4.2 Kategorizace získaných dat od sester

Schéma č. 2 - kategorizace získaná od sester

Kategorie	Podkategorie
1) Spolupráce z pohledu sestry	První kontakt
	Podávání informací
	Komunikační bariéry
	Edukace rodiny
	Možnosti zapojení rodiny
	Zájem rodiny
	Nezájem rodiny

Bylo uskutečněno 9 rozhovorů se sestrami ošetřujícími pacienty s poraněním mozku. Informace, které byly od sester získané, byly rozděleny do jedné kategorie a celkem sedmi podkategorií.

4.2.1 Podkategorie První kontakt

Bylo uskutečněno 9 rozhovorů se sestrami ošetřujícími pacienty s poraněním mozku. Informace, které byly od sester získané, byly rozděleny do jedné kategorie a celkem sedmi podkategorií. Většina sester uvedla, že navazují s rodinou kontakt jako první (S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7) dvě sestry (S8/5, S9/4) uvedly, že je rodiny kontaktují jako první. Sestry dále uvedly, že při první návštěvě se snaží rodině sjednat schůzku s lékařem a pak se jim dále věnují (S1, S2, S3, S5, S7, S8, S9). Dvě sestry uvedly, že nejprve mluví s rodinou ony a pak teprve kontaktují lékaře (S6, S4/8-10) „Pozdravím, představím se rodině, zeptám se na to, co potřebuji a pak se ptá rodina, popřípadě jim zavolám lékaře, prvně rodina mluví s námi potom až s lékařem, není tu pořád a někdy to trvá, než ho rodina zastihne.“ říká (S4/7). Dále sestry popisují, jak první kontakt s rodinou probíhá. „Pozdrav, představení a takové ty základní informace

o pacientovi, co se týče návštěv, řekneme rodině, aby pacientovi donesli potřebné věci, dále se zeptám, jestli rodina něco nepotřebuje.“ (S1/6-8) „Přijdu na pokoj, většinou se zeptám na vztah mezi nemocným a konkrétní osobou, zda je to dcera nebo manželka a podle toho vedu rozhovor dál.“ (S6/6-7). Podobné údaje uvádějí i ostatní sestry (S1, S2, S3, S4, S5, S7, S8, S9) jejich komunikace začíná prvotním představením se, dále říkají rodině, co mohou pacientovi donést. Jedna sestra uvedla (S5/5-7): „Sestra toho hodně zjistí, když pozná tu rodinu a částečně vím, co můžu čekat. Snažím se nahlédnout na zvyky a sociální situaci, v rodině je rozdíl ve zvycích hlavně když je to cizinec.“

4.2.2 Podkategorie Podávání informací

Většina sester se v této kategorii zmiňovala o podávání informací v rámci kompetencí. Uvádí, že se rodiny většinou ptají na zdravotní stav a prognózu tuto skutečnost uvedly (S2, S3, S4, S6, S7, S8, S9). S2/16-18 uvádí: „Často se rodinní příslušníci vyptávají na zdravotní stav klienta, jak to s ním, vypadá, jestli máme zkušenosti z dřívější doby s klienty, kteří se v obdobné situaci z těžkého stavu dostali. Bohužel tyto informace neposkytujeme a opět odkazujeme rodinu na lékaře.“ „Nejčastější otázka je, jestli to bude dobré, jestli se z toho dostane, jak dlouho u nás bude a pak chtějí informace o zdravotním stavu, které já podávat nesmím. Specifikum oproti jiným pacientů, kteří nemají poranění mozku, je to, že se rodina ptá, co můžou a nemůžou, jestli mohou sedět, jestli mohou vstát, jestli mohou ležet na boku, všechno je zajímavá.“ (S4/11-14)

Sestry (S1, S5) se o sdělování informací v rámci sesterských kompetencí nezmiňují, uvádějí naopak, že se rodina ptá spíše na ošetrovatelské věci, jako jak pacient jedl a spal. „Když se jedná o pacienty v bezvědomí, tak se ptají na běžné věci. Jestli pacient jedl, jak se cítil, jestli se usmíval, jakou má náladu, jestli koukal na film, jestli cvičil, prostě na celý denní režim.“ (S1/9-11) „Často chtějí dokolečka vědět, proč je v takovém stavu, v jakém je, a co se s tím dá dělat. Oni hned na poprvé informaci, v jakém je pacient stavu nepoberou. Když jim to zopakujete několikrát, tak to teprve

tomu člověku začne docházet. Pro ně je to proces, kdy se smiřují se stavem toho pacienta.“ (S5/12-15)

4.2.3 Podkategorie Komunikační bariéry

Odpovědi sester v této podkategorii se týkají komunikačních bariér. Zde sestry odpovídaly, zda se setkaly s nějakým problémem v komunikaci s rodinou. Pouze dvě sestry uvedly, že se s problémem v komunikaci neseťkaly S4, S9. *„Ne, já jsem se s problémem neseťkala, nikdy, já mám kurz z komunikace. Mohu říct, že umím dobře komunikovat, každý se má co učit, ale kurz mi moc pomohl. Pokud není rodina přímo nějak zasedlá, nejsou v afektu, tak žádné problémy nejsou. Pokud musíme pacienta z nějakého důvodu třeba přikurtovat, tak jim to vysvětlíme a oni to pochopí. Pacient ohrožuje sám sebe a teprve až pak okolí. Myslím si také, že rodina se do konfliktu nepouští, protože ví, že jim chceme pomoci.“ (S4/15-20)* Naopak sestry (S1, S2, S3, S5, S6, S7, S8) uvádějí, že se problémem v komunikaci setkaly. Sestry (S1, S5, S8) uvádějí, že rodiny bývají ve stresu, mají strach, jsou agresivní a v šoku, dále také popisují špatné pochopení informací, které jim sestry sdělí. *„Rodina je v šoku má strach. Vysvětlujeme jim, že klient je například přikurtovaný, že ohrožuje personál, že se klient nechová stejně jako dříve, ale že poranění mozku na něm zanechává špatné chování a možné změny osobnosti a že sestra a zdravotní personál není příčinou takového chování. Vždy jim musíme vše vysvětlit a hlavně nesmíme s rodinou ztrácet komunikaci.“ (S8/31, 35-39)* *„Zkreslení informací, to že my jim něco řekneme, ta rodina si to vysvětlí jinak, rodina bývá ve stresu.“ (S5/16-18)*

Sestry v této podkategorii také popisují, jakým způsobem nastalé problémy v komunikaci řeší. Sestry (S1, S3, S5, S8) uvádějí, že problémy v komunikaci řeší opětovnou komunikací a opakováním informací. *„Většinou chápeme psychický stav příbuzných, přistupujeme k nim s respektem a snažíme se navodit příjemnou atmosféru. Všechny informace jim několikrát opakujeme.“ (S1/20-21)* *„Musí se to hlavně řešit v klidu, dalším opakováním a vysvětlováním.“ (S5/23)* Sestra S6 uvedla, že nerada řeší

konflikty: „*Já konflikty řeším špatně, nemám ráda, když na mě někdo křičí, takže, když na mě někdo začne křičet, tak je posílám za doktorem, ať to řeší s ním, nebo občas konflikt ani nezačínám řešit a pošlu tam kolegyni.*“ (S6/21-24)

4.2.4 Podkategorie Edukace rodiny

Odpovědi sester v této podkategorii se týkají edukace rodiny. Zde sestry odpovídaly, jak a o čem rodiny edukují. Většina sester uvedla, že při edukaci volí raději ústní formu. Sestry (S1, S3, S4, S5, S6, S7) uvádějí, že rodinu edukují ve stravování, polohování a v rehabilitaci. „*Vždy edukujeme rodinu jaké pohyby nesmí s klientem provádět, jaké činnosti jsou pro klienta důležité a podobně.*“ (S3/67-68) „*Edukujeme v tom, co ta rodina aktuálně může s pacientem dělat. V pohybovém režimu jde o to, jestli se může pohybovat, jestli může vstávat, sedět. Jestli může jíst, nemůže jíst.*“ (S5/52-53) Sestra (S8/82-86) se vyjádřila: „*Jsme akutní pracoviště, takže tu na edukaci není moc času, vše se uskutečňuje v podobě praktického nácviku povolených činností jako je podání stravy a bazální stimulace.*“

Sestry (S1, S2, S3, S5, S6, S7, S8, S9) uvedly, že používají spíše ústní a názornou edukaci nežli písemnou, s brožurami a letáky nemají příliš dobrou zkušenost. „*Používám ústní edukaci, letáky a brožury moc nefungují, lidé je nečtou, spíše na ně funguje to, že jim to řeknu a oni si to lépe zapamatují.*“ (S6/44-45) „*Volím ústní edukaci, ale spíše bych řekla, že je to předání informací, než edukace jak taková. Při péči o pacienta samotného prvně výkon předvedu a pak si ho rodina může vyzkoušet.*“ (S5/57-60) Podobně odpovídaly i ostatní sestry. Pouze sestra (S4/43-46) řekla: „*V téhle oblasti máme zapojeného sociálního pracovníka, který rodinu upozorňuje na možnosti různých fór a pomáhajících skupin. Nabízí jim i domácí péči, dává letáky i brožury, informuje je osobně, plus jim dává internetové odkazy. Máme založeného něco podobného e-learningu, kde se dozvídají něco víc o svých nemocech.*“

4.2.5 Podkategorie Možnosti zapojení rodiny

Odpovědi sester v této podkategorii se týkají možnosti zapojení rodiny do péče. V téhle oblasti jsem se od sester dozvěděla o tom, v jakých oblastech je vhodné rodinu do péče zapojit, jakým způsobem rodinu zapojují, zda považují zapojení rodiny do péče za důležité a zda je to dobré pro psychický stav pacienta. Sestry (S1, S2, S3, S5, S6, S7, S8, S9) uvádějí, že je vhodné rodinu zapojit ve stravování, v rehabilitaci, v bazální stimulaci. Dále nechávají rodinu, aby jim četla a zaplňovala jim volný čas. „*Především v rehabilitaci, ať už v pohybové nebo dechové. Rodina také může zajišťovat náplň dne, aby se pacient nenudil, můžou přinést televizi nebo rádio.*“ (S1/29-31) „*Třeba do hygienické péče, do bazální stimulace, třeba aby je chytli za ruce.*“ (S9/25) Sestra (S4) uvedla, že je pro ni důležité, aby se rodina zapojila v biopsychosociálních potřebách: „*Konkrétně je dobré, aby ho rodina psychicky podpořila, chce to aby, jim dávali najevo že, stojí při něm, že mu pomůžou a má v nich oporu.*“ (S4/24-26) V této podkategorii se také sestry zmínily, jakým způsobem rodinu do péče zapojují. Všechny sestry se vyjádřily, že rodinu zapojují pomocí ukázky na samotném pacientovi. Prvně sestry rodině navrhnou, v čem by se mohli její členové zapojit a pak jim řeknou, co mají donést. Například sestra (S4/30-32) udává: „*Já jim řeknu, co jim mohou donést, co s nimi mohou dělat. Kde se jich mohou dotýkat a kde ne. Říkám jim, že je nesmí posazovat, nebo odkupovávat, že jim nesmí sundávat postranice. Že mu mohou dávat napít, že se sním, mohou dívat na televizi, můžou mu číst.*“ „*Poté jim velice ráda ukazuji, jak se klient posazuje k obědu, jakým způsobem klienta polohujeme, jakým způsobem provádíme základní toaletu. Pokud rodiny mají zájem tak po této instruktáži dovolím rodině tyto činnosti provádět.*“ (S2/58-61) Sestry (S1, S2, S3, S4, S5, S7, S8, S9) si myslí, že je důležité, aby se rodina zapojovala v péči o své příbuzné. Sestry udávají, že je to pro pacienta důležité po psychické stránce. „*Myslím si, že ano, na těch pacientech je to vidět, už jak jsem říkala, i když jsou v bezvědomí, poznají známý hlas.*“ (S9/35-36) „*Určitě myslím si, že většina pacientů raději spolupracuje s rodinou než s námi a je jim to příjemnější.*“ (S7/44-45) Sestra 6 uvedla odlišný názor od ostatních: „*Je to jejich nemocný a příbuzný, tak proč by té péče měli být ušetřeni. My tu nejsme od*

toho, abychom poskytovali kompletní servis se vším všudy, a rodina přijde jenom na návštěvu.“ (S6/38-40) Sestry (S1, S2, S3, S4, S5, S6, S8) uvedly, že pacientův psychický stav ovlivňuje rodina. Tvrdí, že pokud se rodina o pacienta stará, pacient má větší motivaci a uzdravení se tudíž zrychluje. „U lidí, kteří vnímají a uvědomují si tu situaci, že ta rodina ho opouští a nebo že jsou přítěží pro tu rodinu, v těchto situacích je psychický propad velký. Pacienti jsou depresivní, nechtějí pokračovat, vnímají to špatně.“ (S5/68-70) Pouze sestry (S7, S9) uvedly, že se pacient dobře vyléčí i bez rodiny. „Je samozřejmě lepší, když se stará o pacienta rodina, ale jestli mám být upřímná, tak výsledný efekt, ať se staráme my, nebo rodina, tak v tom rozdílnost taková není.“ (S7/57-58) „Těžko říct, pro každého člověka je to psychická podpora, ale je fakt, že se uzdraví i bez rodiny, ale z lidského hlediska je to pro pacienta lepší.“ (S9/53-54)

4.2.6 Podkategorie Zájem rodiny

Odpovědi sester v této podkategorii se týkají zájmu rodiny v zapojení do péče. Zde sestry odpovídaly na to, v čem se podle jejich názoru rodina chce zapojit. Sestry zde zmiňovaly, v čem se rodina chce zapojovat, a v čem vidí největší úskalí v zapojení rodiny. Všechny sestry uvedly, že rodina má největší zájem se zapojit ve stravování a rehabilitace. *„Nejvíce se zapojují ve stravování, rehabilitaci a bazální stimulaci.“ (S5/67)*

Jako největší úskalí při zapojení rodiny do péče vidí sestry (S2-S5, S8) časovou náročnost, myslí si, že rodina se nemůže pacientovi z časových důvodů věnovat na plno. *„Nedostatek času ze strany rodiny, sestra také nemá dostatek času pro komunikaci s rodinou, a proto je to pouze v rychlosti předání informací, samozřejmě pokud vidí, že je něco špatně, tak rodinu opraví.“ (S5/61-63) Respondentka (S4/47-49) znovu upozorňuje na strach ze strany rodiny „Já v tom vidím ten strach, že mohou tomu člověku ještě více ublížit, ten strach se u nich objevuje, protože jsou to laici, najednou vidí příbuzného, ze kterého koukají hadičky, je přikurtovaný oni sami nevědí, co se může stát.“ Jako největší úskalí vidí sestra (S6/47-48) agresivitu ze strany rodiny: „Jako*

úskalí vidím agresivitu ze strany rodiny. Snažíme se všem věnovat stejně a nehraju si na žádnou protekci, i když někteří to po nás vyžadují.“ Sestra (S7/52) jako největší úskalí vidí nepochopení léčby: *„Největší úskalí vznikají nepochopením léčby, některá rodina nechce akceptovat kroky léčby“*. Sestra (S9/44-45) uvádí: *„Potom je tu ještě jedna věc, že nezjistím to, že pacient nemusí mít s někým z rodiny dobré vztahy a on sám nám to nemůže říct a my to tím pádem nezjistíme.“*

4.2.7 Podkategorie Nezájem rodiny

Odpovědi sester v této podkategorii se týkají nezájmu rodiny o zapojení se do péče. Zde sestry odpovídaly na to, v čem se podle jejich názoru rodina nejméně zapojuje. Většina sester uvedla, že se rodina nechce zapojovat do hygienické péče. Sestry (S1-S5, S7 a S8) uvedly, že rodina většinou nemá zájem o zapojení se v péči stran hygieny. *„Většinou nemají moc zájem se zapojovat do hygieny, česání a takové té péče, která je spíše ošetrovatelská.“* (S4/52-53) *„Podle mě se rodina nejméně zapojuje v hygieně, vlastně jsem se s rodinou, která by se do hygieny zapojila, ještě v rámci své praxe nesetkala.“* (S7/55-56) Sestra (S6/49-52) uvedla jinou situaci: *„Nechtějí se zapojit do následné péče a tím myslím to, že si nechtějí svého příbuzného vzít domů. Chápu, když musí chodit do práce, tak to samozřejmě nejde, ale pokud se jedná o rodinu, která by mohla mít příslušníka doma, to nemůžu pochopit, ještě když se dá zajistit domácí péče.“* Sestra (S9/49-51) uvádí: *„Je to individuální, jsou rodiny, které chodí každý den a jsou rodiny, které nechodí vůbec. Někdo se bojí dát lžičku vody a někteří se s námi pustí, do mytí, sice se to nestává moc často a není to tady moc na místě, ale pokud to ta rodina chce, tak jim to umožníme.“*

4.3 Identifikace výzkumného souboru

Schéma č. 3 - identifikace respondentů

Pohlaví respondentů	Věk	Příbuzenský vztah k pacientovi
Žena (R1)	68 let	manželka
Muž (R2)	45 let	otec
Muž (R3)	65 let	manžel
Žena (R4)	30 let	dcera

Druhá skupina výzkumného souboru byla tvořena čtyřmi příbuznými, v různém příbuzenském vztahu k pacientovi, rodiny byly ve věkovém rozmezí od 30 let do 68 let.

4.4 Kategorizace získaných dat od příbuzných

Schéma č. 4 - kategorie získaná od příbuzných

Kategorie	Podkategorie
1) Spolupráce z pohledu rodiny	První kontakt
	Podávání informací
	Komunikační bariéry
	Edukace rodiny
	Možnosti zapojení rodiny
	Zájem rodiny
	Nezájem rodiny

Byly uskutečněny čtyři rozhovory s rodinnými příslušníky pacientů s poraněním mozku. Informace, které byly od rodin získané, se rozdělily do jedné kategorie a celkem sedmi podkategorií.

4.4.1 Podkategorie První kontakt

Byly uskutečněny čtyři rozhovory s rodinnými příslušníky pacientů. Informace, které byly od rodin získané, se rozdělily do jedné kategorie a celkem sedmi podkategorií. V rozhovorech se ukázalo, že respondenti (R1, R2, R3) shodně udávali, že první kontakt se sestrou byl pro ně příjemný, sestry byly milé a oslovovaly je jako první. Respondenti vnímali sestru dobře, viděli v ní pomoc. R1 uvádí: „Byla jsem vděčná. Že o manžela pečují a že o něj dobře pečují. Kontakt se sestrou byl velice vstřícný, sestra byla velice ochotná. Myslím si, že kontakt byl adekvátní.“ (R1/3-4) Podobný názor má i respondent 3. Respondent 2 a R4 se vyjádřili, že při prvním kontaktu pociťovali strach a stres. „Nevzpomínám si. Nejspíš mě sestry kontaktovaly jako první. Opravdu si to nepamatuji. Bylo to pro mě hodně frustrující. Zajímalo mě hlavně, jestli moje matka žije. Popravdě ani už moc nevím, jaké byly moje pocity, ale samozřejmě jsem měla strach z toho, co bude.“ (R4/3-5) „Pocit jsem měl ze sestry dobrý, ale byl jsem ve strašném stresu.“ (R2/6-7)

4.4.2 Podkategorie Podávání informací

Odpovědi respondentů v této podkategorii se týkají podávání informací ze strany sestry. Informace, které jim sestry podávaly, byly velmi podobné. Z odpovědí respondentů vyplývá, že se sestry se snažily, aby rodina jako první konzultovala zdravotní stav s lékařem a ony pak podávaly informace v rámci svých kompetencí. Respondent 2 udává, že hned po příchodu mluvil s lékařem a sestra si ho po konzultaci převzala „Pustili nás do dveří a tam jsme čekali na doktora, potom, co nás doktor seznámil se situací, převzala si nás sestra.“ (R2/3-4) Respondentka 1 a R3 udávají, že se jich ujala sestra a nabídla konzultaci s lékařem, po konzultaci se jich zeptala, zda všemu rozumí. „Po konzultaci s lékařem se mě sestra zeptala, zda jsem všemu rozuměl a jestli mám nějaké dotazy.“ (R3/7-8) Pouze respondentka R4 udává, že jí sestra nechtěla nic říct o zdravotním stavu a tuto situaci i po vysvětlení sestrou nechtěla

pochopit. „Chtěla jsem mluvit ihned s lékařem. Sestra mi stejně nechtěla nic říct, tvrdila, že nemůže. Ale aspoň něco mi říct o stavu mohla. Byla jsem hodně nervózní a čekání na lékaře pro mne bylo strašné.“ (R4/6-8) Dále se v této kategorii vyjádřili k tomu, jak byli s podáváním informací spokojeni. Respondenti (R1, R2, R3) udávají, že byli s podanými informacemi spokojeni a porozuměli jim. „Sestry mi vždy odpověděly na to, co jsem potřeboval, s podáním informací jsem byl spokojen.“ (R3/25) Pouze R4 uvedla, že „Sestra mi poskytovala informace, které pro mne byly nepodstatné. Ale to jestli maminka spala, co snědla a jakou má náladu. Tyto věci mi neříkají, co s ní bude dál. Poté mi řekly, na jaké půjde vyšetření, ale výsledek mi už neřekly. Informace jsme vždycky pochopila.“ (R4/23-25) Dále se respondenti vyjádřili k podáním písemných informací od sestry. Respondenti (R3, R4) sice od sester brožury a letáčky dostali, ale nečetli je. R3/29 uvedl: „Osobně nevyužívám žádné, nerad čtu a stejně bych si z toho nic nezapamatoval“. Respondentka 1 udává, že nikdy žádné letáčky ani brožury od sester nedostala a ani je nevyžadovala. Pouze respondent 2 tyto možnosti využil, ale přesto udává, že pro něj byl cennější ústní kontakt: „Když jsme se všechno učili, tak jsme dostali spoustu informačních letáků a webových stránek a to bylo fajn, ale cennější pro mě byla ukázka od sestry a hlavně ústní předání informací.“ (R2/43-44)

4.4.3 Podkategorie Komunikační bariéry

Tato podkategorie se věnuje komunikačním bariérám mezi rodinou a sestrou. Tuto oblast zmiňovali v odpovědi všichni dotazovaní, R1 a R3 se nesetkali s žádným problémem v komunikaci, naopak R2 a R4 konkrétní problémy uvedli. „No, sestra na mě byla protivná. Odsekla mi, sice je pravda, že jsem „horká hlava“ a neustále jsem se v akutní fázi dožadovala lékaře. Ale mám na to přece právo, myslím si, že taky ona mohla pochopit, že jsem ve stresu a ne hned být nepříjemná. Poté jsem se té sestře vyhýbala, i když se ke mně později chovala dobře a incident se již neopakoval.“ (R4/10-13) Respondent 2 uvedl případ, kterého se sám nezúčastnil, sestra neměla mít konflikt s ním samotným, ale s jeho ženou, sám to mu tedy nebyl přítomen, ale měl potřebu se

o tom při rozhovoru zmínit: „*Se mnou problém nebyl, ale s manželkou ano. Manželka si nesesdla s jednou sestrou a tvrdila, že na ni byla nepříjemná. Nevím ale, spíš si myslím, že manželka byla ve stresu a špatně si přebrala to, co jí sestra řekla. Dle mého názoru se všechny chovaly korektně.*“ (R2/15-17)

4.4.4 Podkategorie Edukace rodiny

Odpovědi respondentů v této podkategorii se týkají edukace rodiny ze strany sestry. Informace, které jim sestry podávaly, byly velmi podobné. Sestry se rodinu v rámci edukace snažily nasměrovat k bazální stimulaci. Pojmu bazální stimulace porozuměl pouze jeden respondent, dva respondenti pochopili pojem až posléze, kdy byli tázáni, zda nosí nějaké fotografie a osobní věci jako parfémy, sprchové gely. Posléze zareagovali a konkrétně odpovídali i (R1, R3, R4). „*Ano s pojmem bazální stimulace jsem velmi dobře seznámen, první s bazální stimulací mě seznámila vrchní sestra*“ (R2/59-60) „*Před tím, než jste mi řekla, oč se jedná, tenhle pojem mi nikdo nevysvětlil, ale sestřičky to dělají, chtěly po mne, abych donesla fotky, oblíbené jídlo, mýdlo a pití, které manžel měl rád.*“ (R1/70-71)

4.4.5 Podkategorie Možnosti zapojení do péče

Odpovědi respondentů v této podkategorii se týkají možnosti zapojení do péče. Informace, které jim sestry podávaly, byly různé. V téhle oblasti jsme se od respondentů dozvěděli o tom, kdo je zapojil do péče, jakým způsobem se zapojili, zda jim byla možnost zapojení do péče nabídnuta, jaké byly jejich pocity při poskytování péče a zda jim sestra byla v péči nápomocná. Respondenti (R2-R4) uvedli, že je do péče zapojila sestra, pouze R1 uvedla, že se do péče zapojila sama: „*Neřekla bych, že mi byla nabídnuta možnost se zapojit do péče o manžela, ale myslím si, že je to asi tím, že vždy mě to napadlo tak nějak automaticky.*“ (R1/35-36) Respondentka R4 uvádí, že ji sestra

do péče chtěla zapojit, ale ona se i přesto nezapojila: „*Ano, sestra mi nabídla, že bych s nimi mohla spolupracovat. Ale bohužel na to nemám čas.*“ (R4/18) Dále respondenti (R1,R2,R3) uvedli, v jakých činnostech se v péči zapojují. Z odpovědí vyplynulo, že se nejvíce zapojuje (R2/28-31): „*Ano, samozřejmě, už jenom tím, že jsem tam s ním mohl být kdykoli. Naučili mě pečovat o kanylu a odsávání. Při první zkoušce byla přítomna sestra a anesteziolog. Musel jsem se naučit zacházet s ambuvakem. Zapojila mě do hygienické péče, do stravování, no, já bych řekl do všeho, co jen šlo, ale my jsme chtěli i sami.*“ Respondenti (R1, R2, R3) se cítili lépe, když mohli svým příbuzným pomáhat, udávají, že se cítili užiteční a pomáhalo jim to psychicky. „*Moje pocity byly výborné. Měl jsem pocit zadostiučinění a cítil jsem se v tu chvíli potřebný a užitečný.*“ (R3/35-36) Respondentka 4 i přesto, že se do péče nezapojila, vyjádřila své pocity: „*Pocit viny z toho, že jsem se v péči nezapojila, jsem neměla.*“ (R4/30) Všichni respondenti se vyjádřili, že jim sestra v péči byla nápomocná, když něco potřebovali a nebo si nebyli jisti. „*Pomohla mi už jenom tím, že jsem věděl, že kdykoliv s čímkoliv se na ní obrátím tak mi pomůže. Bylo fajn to vědět. Ze začátku mě všechno učily právě ony, ale to už jsem říkal, abych se stále neopakoval.*“ (R2/52-54) Péči sester ocenila i (R4/32): „*Sestra pomáhala hodně, protože se o maminku celý den starala.*“

4.4.6 Podkategorie Zájem rodiny

Tato podkategorie se věnuje zájmu rodiny v zapojení do péče. Všichni respondenti se vyjádřili, do čeho se chtěli v péči zapojit. Z podkategorie nám vyplývá, že rodinní příslušníci se zapojovali hlavně při stravování a rehabilitaci. „*Manželce jsem hodně četl. Česal jsem jí vlasy a nosil jí dobré jídlo.*“ (R3/30) naopak respondentka R4 uvedla „*No, já se moc nezapojuji z časových důvodů, jak už jsem říkala.*“ (R4/27)

4.4.7 Podkategorie Nezájem rodiny

Tato podkategorie se věnuje nezájmu rodiny v zapojení do péče. Všichni respondenti se vyjádřili, do čeho se nechtěli v péči zapojit. Respondenti (R1, R3) se vyjádřili, že se nezapojují do toho, co se týká hygieny a vyprazdňování. R2/68-70 uvedl, že se nezapojuje pouze ze strany vyprazdňování: „Z počátku jsem syna nepřebaloval, to jsem teda nedával, je jasné, že už to není malé dítě a ten zápach mi nedělal dobře, ale teď už to zvládám.“ Respondentka R4 udává, že neustále nabízení zapojení se do péče vadilo: „Já na to čas nemám a nemyslím si, že by to mělo na maminku špatný vliv. Sestry by do toho rodinu neměly nutit, bylo mi to nepříjemné.“ (R4/40-42)

5 Diskuze

Bakalářská práce je zaměřena na problematiku spolupráce mezi sestrami a rodinou u pacientů s poraněním mozku, dále na stanovisko rodiny, která se má v péči o pacienta zapojovat. K získání informací byla použita metoda polostrukturovaných rozhovorů se sestrami a rodinami. Rozhovory byly uskutečněny v únoru ve Fakultní nemocnici v Motole. Prvním cílem bakalářské práce bylo zmapovat úroveň spolupráce sester a rodinných příslušníků, druhým cílem práce se byl zjistit, jakým způsobem se rodina zapojuje do péče. Ke splnění cílů byly stanoveny tři výzkumné otázky, které spolu souvisí.

První výzkumná otázka byla zaměřena na to, jakým způsobem sestra spolupracuje s rodinou. Druhá výzkumná otázka zněla: Jakým způsobem sestra zapojuje rodinu do péče? Třetí výzkumná otázka se zabývala tím, jaké komunikační bariéry se vyskytují při spolupráci sester a rodinných příslušníků. Otázky určené k rozhovorům se sestrami se vztahovaly ke komunikaci s rodinnými příslušníky, na spolupráci s rodinnými příslušníky a na informace, které sestry rodinným příslušníkům poskytují.

Spolupráce z pohledu sester byla zaměřena na první kontakt, na podávání informací, na komunikační bariéry, na edukaci rodiny, na zapojení rodiny do péče, na zájem rodiny o zapojení a naopak na nezájem rodiny o zapojení do péče o klienta. Ohledně první kategorie se sestry vyjádřily, že první kontakt s rodinou navazují ony samy, až na dvě respondentky, které však pracují na ARU a myslím si, že to uvádějí právě proto, že rodina pacienta musí před vstupem na oddělení zvonit a tím sestru kontaktuje jako první. Odpovědi rodinných příslušníků korespondují s odpověďmi sester, které jsou s prvním kontaktem spokojeny, avšak někteří se svěřují se svými pocity prvotního strachu a stresu z nastalé situace. Přijde mi, že pokud má rodina dobré zázemí a rodinné vztahy, je logické, že pokud jejich příbuzný prodělal nějaký úraz, požadují co nejvíce informací. Domnívám se, že sestry dělají podvědomě správný krok, když se snaží o co nejzazší kontakt rodinných příslušníků s lékařem právě z důvodu obav ze zdravotního stavu jejich rodinného příslušníka. Pouze dvě sestry uvádějí, že co nejrychlejší kontakt s lékařem není vždy snadný, neboť lékaři uvádějí nedostatek času.

Tímto bych navázala na druhou kategorii o podávání informací, ve které jedna respondentka ze skupiny rodinných příslušníků uvádí: „*Chtěla jsem mluvit ihned s lékařem. Sestra mi stejně nechtěla nic říct, tvrdila, že nemůže. Ale aspoň něco mi říct o stavu mohla. Byla jsem hodně nervózní a čekání na lékaře pro mne bylo strašné.*“ (R4/6-8). Tuto odpověď záměrně cituji, jelikož to uvádí pouze jedna respondentka. Můj celkový dojem při srovnávání odpovědí je takový, že situace pro sestry, které nemají možnost ihned zavolat lékaře k rodinným příslušníkům, je velice náročná. V jejich kompetencích není totiž uvádět zdravotní stav pacienta. Z rozhovorů se sestrami ale můžeme vyčíst, že jsou dostatečně informovány o tom, že diagnózu a informace o zdravotním stavu může sdělovat pouze lékař a nikdy střední zdravotnický personál, jak uvádí i Uherek (20).

Aby komunikace byla, dle mého názoru, co nejlepší, je důležité, hned při prvním kontaktu s rodinou, nabídnout konzultaci s lékařem. Rodině vysvětlit, v čem je může informovat ona sama a popřípadě v jakých oblastech se budou muset obracet na lékaře. V akutní péči je velice důležité, aby rodina měla dostatek informací o svém příbuzném. Identické stanovisko se také objevuje na serveru sdružení Cerebrum (34): „*To, že se příbuzní ptají zdravotnického personálu, k čemu jednotlivé přístroje slouží, jak mají k blízkému přistupovat, jaký je jeho aktuální zdravotní stav atd., je velice významné. Tím postupně získávají důležité informace, které jim pomohou pochopit jejich roli v péči. Čím více informací příbuzní od zdravotnického personálu získají, tím lépe budou přistupovat k osobě po poranění mozku a také ke zdravotnickému personálu, protože nebudou mít pocit, že jim lékaři tají důležité informace*“.

Spolupráce rodiny z pohledu sester se také zaměřuje na komunikační bariéry mezi sestrou a rodinou. Pouze dvě námi oslovené sestry uvedly, že se s problémem v komunikaci nesetkaly. Sestra 4 uvedla, že se s problémem v komunikaci nesetkala proto, že prošla kurzem zaměřeným na správnou komunikaci. Jak sama uvedla, myslí si, že s rodinou umí komunikovat právě díky tomuto kurzu. Ostatní sestry uvádějí, že pokud nastane komplikovaná situace, je to z důvodu stresu, nedostatku informací, nebo šoku z akutního stavu, ve kterém se jejich rodinný příslušník nachází. Toto tvrzení potvrzuje i literatura. Křivohlavý (38, s. 24) uvádí: „*Situace člověka ve stresu můžeme*

přirovnat do určité míry ke sněhové kouli, kterou ze všech stran stlačujeme tak moc, až z ní začne kapat voda a koule se mění v kus ledu“. Pro rodinu není jednoduché pochopit nebo si zapamatovat veškeré informace. Z tvrzení sester vyplývá, že se rodinní příslušníci mohou chovat agresivně proto, že nemají dostatek informací. Toto koresponduje i dalšími odpověďmi sester na to, jak řeší problém v komunikaci. Sestry uvádějí, že problém v komunikaci řeší pochopením rodiny, opakováním a vysvětlováním informací. Pouze jedna sestra uvedla, že konflikty řešit neumí a pokud nějaký problém v komunikaci nastane, řeší to tak, že se raději nechá v takové situaci nahradit kolegyní. Myslím si, že není úplně správné takto řešit konflikty. Sestra, která ví, že má takovýto problém, by se podle mého názoru, měla snažit problém řešit, neboť to může vést až k syndromu vyhoření. Christian Stock (39, s. 15) ve své knize uvádí: *„Syndrom vyhoření bývá způsoben výhradně chronickým stresem a dlouhodobou disbalancí mezi zátěží a fází klidu, tady mezi aktivitou a odpočinkem“.* Venglářová a Mahrová (16) uvádějí, že v práci všeobecné sestry je důležité se soustředit na komunikaci, která zaujímá výlučné místo v komunikaci s pacientem a jeho rodinou. S tímto názorem autorek musím souhlasit. Sestry, které se setkaly s problémy, by rozhodně neměly na pacienta ani na jeho rodinu zanevřít, ale naopak by se měly snažit o opětovné navázání komunikace a nenechat se odbýt. Dva rodinní příslušníci uvedli problémy v komunikaci. Respondentka 4 uvedla, že na ni sestra byla nepříjemná a při komunikaci jí odsekla. Respondentka se svěřila, že i když se to již neopakovalo, ztratila v sestru důvěru a po zbytek hospitalizace se jí vyhýbala. Tato respondentka také v rozhovoru hovoří o již zmiňovaném stresu. Respondent 2 také uvedl problém v komunikaci. On sám sice problém neměl, ale jeho manželka ano. Tvrdil, že si manželka se sestrou „nesedla“, respondent se ale spíše sestry zastával. Uváděl, že byla manželka ve stresu, zároveň ale také řekl, že pokud je to tak, jak manželka řekla, sestra se měla v situaci zachovat jinak. Jak můžeme z odpovědí vyčíst, neustále se v odpovědích sester i rodinných příslušníků objevuje stres. Ten, dle mého názoru, je vyvolaný především nedostatkem informací a náročnou životní situací, v které jde často i o život a trvalé porušení zdraví pacienta.

Výzkumné šetření odhalilo skutečnost, že sestry při edukaci rodiny nejčastěji používají praktické ukázky. Sestry nejvíce rodinu edukují ve stravování, polohování a v rehabilitaci. V tomto tvrzení se shoduje rodina se sestrami. Rodinní příslušníci se vyjádřili, že i když dostali od sester informační brožury, stejně je nečetli a uvedli, že pro ně byla cennější praktická ukázka. Pouze respondent 2 uvedl, že informace získané z informačního letáku byly dobré, ale stejně byl raději za praktickou ukázku. Sama si myslím, že praktická ukázka je velice přínosná. Rodina tak vše pochopí a naučí se správné manipulaci s rodinným příslušníkem. Také sdružení Cerebrum (37) uvádí, že je důležité rodinu stále informovat: *„Informování a edukace rodinných příslušníků by měly započít již v době akutní péče, kdy by za dodržení legislativních podmínek měli být pečující seznámeni se zdravotním stavem svého blízkého, s možnými následky poškození mozku a s léčbou. V případě pacienta, který je v kómatu, by zdravotnický personál měl pečující seznámit s aplikací stimulačního programu. Je doporučováno pečující obeznámit i s tím, k čemu jednotlivé přístroje slouží, co zajišťují, a také s tím, jak mají příbuzní k blízkému přistupovat.“* Setra 4 také uvádí, že pro seznámení rodiny s pomáhajícími skupinami a různými fóry existuje pro jejich pracoviště sociální pracovník. Dle mého názoru je dobré, že si je sestra této možnosti vědoma a že sociálního pracovníka doporučuje rodinným příslušníkům.

Dále jsme se v rámci výzkumného šetření zabývali tím, zda sestry zapojují rodiny do ošetrovatelské péče o svého příbuzného. Sestry nám uvedly, v jakých oblastech zapojují rodinu do péče o jejich příbuzného. Všechny sestry se shodly na tom, že je zapojení rodiny do péče o své příbuzné velice přínosné. Sestry uvádějí, že je vhodné rodinu zapojit v oblasti stravování, rehabilitace a bazální stimulace. Sestra S4 uvedla, že je pro ni důležité, aby se rodina zapojila v péči hlavně z hlediska biopsychosociální oblasti pacienta. Dle mého názoru je nejdůležitější, když se rodina o pacienta zajímá. V tu chvíli komunikuje i s personálem a snaží se zapojit do péče. Všechny sestry se vyjádřily, že rodinu zapojují. Pomocí praktické ukázky se sestry snaží názorně předvést péči a vtáhnout do ní rodinného příslušníka do péče. Prvně sestry rodině navrhnou, v jaké oblasti péče by se mohli zapojit. Poté se s rodinami domlouvají, co mají v rámci bazální stimulace pacientovi přinést. V této oblasti se také sestry vyjádřily, jakým

způsobem ovlivňuje rodina psychický stav nemocného. Sestry uvedly, že pacientův psychický stav rodina velmi ovlivňuje. Tvrdí, že pokud se rodina o pacienta stará, pacient má větší motivaci a je viditelný pokrok pacienta v rekonvalescenci. Pouze sestry S7 a S9 uvedly, že i když se rodina do péče nezapojí, pacient se uzdraví i bez nich. Dle mého názoru je velice důležité rodinu do péče zapojit. A to nejen kvůli pacientovi, ale také kvůli rodině samotné. Myslím, že rodina bude mít dobrý pocit z toho, že se svému rodinnému příslušníkovi věnuje a bude se cítit užitečná. A právě proto by sestry měly na rodinu dobře působit a od spolupráce je neodrazovat. Sestry se také v rozhovorech zmiňovaly, že rodinu zapojují do konceptu bazální stimulaci. I přesto, že sestry uvádějí, že rodinu zapojují do bazální stimulace, tomuto pojmu porozuměl pouze jeden respondent a to R2. Ten uvedl, že pojem bazální stimulace zná a seznámila ho s ním vrchní sestra. Ostatní respondenti sice věděli, že mají donést svým rodinným příslušníkům krémy, fotky, oblíbené vůně, ale tento pojem neznali, až po vysvětlení si uvědomili, oč se jedná. Na základě odpovědí rodinných příslušníků jsem nabyla dojmu, že od zdravotnického personálu jsou o konceptu bazální stimulace informováni pouze povrchně. Většina dotazovaných zná pomůcky, které mohou donést k pacientovi, ale už si je nespojí s pojmem bazální stimulace. Rodina si nadále nemůže dohledávat další potřebné informace. Informovala jsem se, že je Fakultní nemocnice v Motole certifikovaným pracovištěm v oblasti bazální stimulace. Předpokládala jsem tedy, že rodina bude mít více informací v této oblasti.

Respondenti, až na respondentku 1, uvádí, že je do péče zapojila sestra. Z odpovědí respondentů vyplynulo, že se nejvíce zapojoval respondent 2. Respondent se zapojoval například ve stravování, krmil sám svého syna do pegu, dále se zapojoval do polohování, do bazální stimulace. Díky sestram se naučil odsávat a měnit u svého syna tracheostomickou kanylu. Jediný, kdo se do péče o svého příbuzného nezapojoval, byla respondentka 4. Uváděla, že na péči o svoji maminku nemá dostatek času. Respondentka uvedla, že se necítila nijak provinile, že se do péče nezapojila. Dle mého názoru je pro pacienty dobré, když vidí, že se sestra aktivně angažuje v ošetrovatelské péči a pobízí k tomu i pacientovu rodinu, pacient má díky tomu pocit, že je pro sestru důležitý a získá k ní větší důvěru. Sestra by se dle mého názoru měla také seznámit

s potřebami rodiny. Někteří rodinní příslušníci mohou být časově vytížení a potřebují za pacientem chodit i mimo návštěvní hodiny. Podobný názor uvádí i Žilová (21) „*Je třeba věnovat pozornost potřebám rodinných příslušníků, protože ti mohou kvalitně pečovat o svého blízkého pouze za předpokladu, že je věnována dostatečná pozornost jejich potřebám a mají pro péči vytvořeny kvalitní a hodnotné podmínky.*“ Pokud sestra narazí na příbuzného, který se příliš neangažuje, měla by se snažit i přes nezáměr rodinu zapojit, ale jen v takové míře, aby to nebylo rodině nepříjemné.

Dále jsme se zabývali tím, v čem, podle sester, má rodina největší zájem se zapojit v péči o svého příbuzného. Sestry uvádějí, že se rodina zapojuje ve stravování, v rehabilitaci a bazální stimulaci. S tímto tvrzením korespondují i odpovědi rodin. Respondenti uváděli, že se zapojovali především v oblasti stravování, v rehabilitaci. Sestry také uvedly bazální stimulaci, ale jak již bylo výše uvedeno, pojmu bazální stimulace nikdo z rodin nerozuměl, až na respondenta 2. Je sice pravda, že by sestry neměly příliš používat odborné výrazy, ale tento pojem je důležitý i například pro vyhledávání dalších informací. Pouze respondentka R4 se, jak už bylo řečeno, do péče o svého příbuzného nezapojovala a dokonce při rozhovoru uvedla: „*Myslím si, že výhody v tom nejsou žádné, pokud na to rodina má čas, tak at' se zapojí. Já na to čas nemám a nemyslím si, že by to mělo na maminku špatný vliv. Sestry by do toho rodinu neměly nutit, bylo mi to nepříjemné.*“ (R4/40-42)

Rodinní příslušníci se neradi zapojují v oblasti hygieny. R4 uvádí, že se nezapojuje vůbec. Vytečková (22) udává, že sestra se s pacientem, pokud je to možné, domluví na způsobu provedení hygienické péče, zajistí mu dostatek soukromí a vyzve ho ke spolupráci. Myslím si, že sestra by mohla vyzvat ke spolupráci nejen pacienta, jak uvádí autorka, ale stejně tak i pacientovu rodinu a jsem toho názoru, že by se pacient mohl cítit lépe a mohl by se minimalizovat pocit studu před personálem.

Z celého výzkumu vyplývá, že se sestry snaží rodině pacienta věnovat a komunikovat s příbuznými. Dále se také sestry snaží rodinu do péče o své rodinné příslušníky zapojovat. Po uskutečněných rozhovorech s rodinou můžeme říci, že se sestrám daří rodinu zapojovat a probouzet jejich zájem. V rámci výzkumného šetření jsme si odpověděli na všechny výzkumné otázky. Šetření bylo velice zajímavé

a poučné. Velice dobře se mi se sestrami i s rodinnými příslušníky spolupracovalo, všichni byli opravdu ochotní a vstřícní. Touto cestou bych jim ráda poděkovala za spolupráci.

6 Závěr

Při ošetřování nemocných pacientů přijdou sestry často do styku i s jejich nejbližším okolím, a to hlavně s jejich rodinou. Sestry postupují na poli komunikace celkem uspokojivě a snaží si ke každé rodině najít svou cestu, chtějí jí být oporou a přistupovat k ní s nejvyšší vstřícností. Ne vždy se jim to však daří, v jejich praxi mohou totiž nastat situace, kdy si nebudou vědět rady. Proto by se mělo začít přistupovat k věci tak, aby měly sestry větší možnost vzdělávat se na úrovni komunikace a mohly si tak formou vzdělávání ulehčit svoji každodenní komunikaci s pacientovou rodinou, což by jistě přispělo k vyšší profesionalitě tohoto povolání.

Prvním cílem bakalářské práce bylo zmapovat úroveň spolupráce sester a rodinných příslušníků, druhým cílem bylo zjistit, jakým způsobem se rodina zapojuje do péče. Ke splnění cílů byly stanoveny tři výzkumné otázky, které spolu souvisí.

První výzkumná otázka byla zaměřena na to, jakým způsobem sestra spolupracuje s rodinou. Druhá výzkumná otázka zněla, jakým způsobem sestra zapojuje rodinu do péče? Třetí výzkumná otázka se zabývala tím, jaké komunikační bariéry se vyskytují při spolupráci sester a rodinných příslušníků? Otázky určené k rozhovorům se sestrami se vztahovaly ke komunikaci s rodinnými příslušníky, na spolupráci s rodinnými příslušníky a na informace, které sestry rodinným příslušníkům poskytují.

Na výzkumné otázky jsme si odpověděli v rámci výzkumného šetření. Na výzkumnou otázku číslo 1 z výzkumu vyplynulo, že sestry rodině nabídnou, že se mohou zapojovat do ošetrovatelské péče. Sestry s rodinou aktivně komunikují, podávají jí informace o tom, jak pacient spal, jestli jedl, jakou má náladu. Kontakt s rodinou se snažily navázat jako první. Dále sestry s rodinou spolupracují v rámci bazální stimulace, rodině říkají, co mají donést za pomůcky a pak rodině bazální stimulaci názorně na pacientovi ukáží. Na výzkumnou otázku číslo 2 jsme si studií odpověděli takto: sestra rodině aktivně nabídne možnost zapojení se do péče. Při zapojení do péče dávají přednost spíše názorným ukázkám, než jsou letáky a různé brožury. Sestry si myslí, že to rodiny nechtou a podle nich si rodina praktický nácvik více zapamatuje. Toto tvrzení nám potvrdili i rodinní příslušníci, kteří uvedli, že jsou radši za názornou ukázkou

a brožury ani letáky nečtou. Na poslední otázku jsme si odpověděli takto: sestry uvádí, že často u rodin dochází ke zkreslování informací, nebo si rodina stěžuje po přeložení z ARA na JIP na zhoršení péče. Sestry také udávají, že rodiny jsou ve stresu a projevuje se na nich strach o jejich blízkého.

Získané poznatky mohou otevřít prostor pro další výzkumné šetření a přispět ke zlepšení spolupráce mezi sestrou a rodinnými příslušníky pacienta s poraněním mozku.

7 Seznam použitých zdrojů

- 1) POWELL, Trevor J. *Poškození mozku: praktický průvodce pro terapeuty, rodinné příslušníky a pacienty*. Přeložila Magda Wdowyczynová. Praha: Portál, 2010, 197 s. ISBN 9788073676674
- 2) VALENTA, Jiří. *Chirurgie pro bakalářské studium ošetrovatelství.*, dotisk. Praha: Karolinum, 2004, 237 s. ISBN 8024606445
- 3) SMRČKA, Martin. *Poranění mozku*. Praha: Grada Publishing, 2001, 272 s. ISBN 8071698202
- 4) AMBLER, Zdeněk. *Základy neurologie: [učebnice pro lékařské fakulty]*. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Galén, 351 s. ISBN 8072624334
- 5) SEIDL, Zdeněk. *Neurologie pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada, 2008, 168 s. ISBN 9788024727332
- 6) SEIDL, Zdeněk a kol. *Neurologie pro studium i praxi*. Praha: Grada, 2004, 363 s. ISBN 8024706237.
- 7) TYRLÍKOVÁ, Ivana. *Neurologie pro sestry*. První. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2003. ISBN 80 - 7013 - 287 - 6
- 8) STAŇKOVÁ, Marta. *Jak zavést ošetrovatelský proces do praxe*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2002, 49 s. ISBN 8070132825
- 9) SLEZÁKOVÁ, Zuzana. *Neurologické ošetrovatelství*. Martin: Osveta, 2006, 165 s. ISBN 8080632189
- 10) KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada, 2007, 350 s. ISBN 9788024718309
- 11) ZACHAROVÁ, Eva a kol. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada, 2007, 229 s. ISBN 9788024720685
- 12) ŠAMÁNKOVÁ, Marie. *Základy ošetrovatelství*. Praha: Karolinum, 2006, 353 s. ISBN 8024610914

- 13) TOMAGOVÁ, Martina a kol. *Potreby v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, 2008, 196 s. ISBN 9788080632700
- 14) DLABALOVÁ. *Komunikace je významný profesní nástroj*. Florence. 2012, č. 5. ISSN 1801-464x
- 15) BÁRTLOVÁ, Sylva. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6., přeprac. a dopl. vyd. Praha: GradaPublishing, 2005, 188 s. ISBN 8024711974
- 16) VENGLÁŘOVÁ, Martina a kol. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: GradaPublishing, 2006, 144 s. ISBN 8024712628
- 17) POKORNÁ, Andrea. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatel'ství*. Vyd. druhé, přeprac. Brno: Národní centrum ošetrovatel'ství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2008, 100 s. ISBN 9788070134665
- 18) KRISTOVÁ, Jarmila. *Komunikácia v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, 2004, 211 s. ISBN 8080631603
- 19) BEDNÁŘOVÁ, Jana. *Umění komunikace*. Sestra, odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky. 2010, roč. 20, č. 4. ISSN 1210-0404
- 20) UHEREK, Pavel. *Povinná mlčenlivost zdravotnických pracovníků*. Praha: Grada, 2008. ISBN 9788024726588
- 21) ŽÍLOVÁ, Tereza. *Rodinní příslušníci osob po poranění mozku jako další a často zanedbávané oběti traumatu* [online]. [cit. 2013-04-14]. Dostupné z: <http://www.poranenimozku.cz>
- 22) VYTEJČKOVÁ, Renata. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné*. Praha: Grada, 2011, 228 s., 24 s. obr. příl. ISBN 9788024734194
- 23) EDWARDS, Mark. *Sestra a urgentní stavy*. Přeložila Libuše Čížková. Praha: Grada, 2008, 549 s. ISBN 9788024725482
- 24) ZACHAROVÁ, Eva a kol. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Praha: Grada, 2011, 278 s. ISBN 9788024740621
- 25) KUZNÍKOVÁ, Iva. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2011, 212 s. ISBN 9788024736761
- 26) STELZER, Jiří a kol. *První pomoc pro každého*. Praha: Grada, 2007, 115 s. ISBN 9788024721446.

- 27) FERKO, Alexander. *Chirurgie v kostce: vybrané kapitoly*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002, 591 s. ISBN 8024702304.
- 28) KELNAROVÁ, Jarmila. *První pomoc II: pro studenty zdravotnických oborů*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2013, 180 s. ISBN 9788024742007.
- 29) MAZÁNEK, Jiří. *Traumatologie orofaciální oblasti*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2007, 177 s., 20 s. barev. obr. příl. ISBN 9788024714448.
- 30) VOJTOVÁ, Jitka. *Traumatologie* [online]. 2012 [cit. 2014-01-21]. Dostupné z: <http://www.osetrovatelstvi.eu/index.php/8-osetrovatelsky-proces/145-traumatologie>
- 31) VYBÍHALOVÁ, Lenka. Komunikace a spolupráce s rodinou nemocného. *Sestra*. 2012, č. 11, s. 1. ISSN 1210-0404
- 32) ZACHAROVÁ, Eva. Psychosociální přístup k pacientům na JIP. *Sestra*. 2012, č. 11, s. 2. ISSN 1210-0404
- 33) MĚŘÍNSKÁ, Eva. Agrese, agresivita po poranění/poškození mozku. *E-Makovice* [online]. 2010, č. 6 [cit. 2014-04-08]. Dostupné z: <http://www.cerebrum2007.cz/ke-stazeni/obcasnik-makovice-277/e-makovice-podzim-2010.html>
- 34) Význam rodiny v péči. *Poranění mozku* [online]. [cit. 2014-04-08]. Dostupné z: <http://www.poranenimozku.cz/zivot-po-poraneni/rodinni-prislusnici/vyznam-rodiny-v-peci.html>
- 35) Traumatic Brain Injury. WASHINGTON STATE TRAUMATIC BRAIN INJURY COUNCIL. *Communicating with Patients and Families about TBI* [online]. 2013 [cit. 2014-04-08]. Dostupné z: http://www.tbiwashington.org/professionals/providers_communicating.shtml
- 36) National Guideline Clearinghouse. COLORADO DIVISION OF WORKERS'. *Traumatic brain injury medical treatment guidelines*. [online]. 2012 [cit. 2014-04-08]. Dostupné z: <http://www.guideline.gov/content.aspx?id=43752>
- 37) Poranění mozku. *Podpora rodiny* [online]. 2013 [cit. 2014-04-10]. Dostupné z: <http://www.poranenimozku.cz/system-pece/doporuceni-k-systemu-pece/podpora-rodiny.html>

- 38) KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Sestra a stres příručka pro duševní pohodu*. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-3149-0.
- 39) STOCK, Christian. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-3553-5.

8 Přílohy

Příloha 1: Struktura rozhovoru se sestrami a struktura rozhovoru s rodinnými příslušníky

Příloha 1

Rozhovor se sestrami

Kolik Vám je let?

Jaká je délka Vaší praxe?

Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Snažíte se s rodinou navázat kontakt jako první anebo čekáte, až za Vámi rodina přijde sama?

Jakým způsobem probíhá první kontakt s rodinou pacienta?

Jaké informace nejčastěji požaduje rodina?

S jakým nejčastějšími problémy jste se setkal/a v komunikaci s rodinou pacienta s poraněním mozku?

Jakým způsobem řešíte problémy v komunikaci s rodinným příslušníkem?

Co podle Vás konkrétně zahrnuje péče o pacienta ze strany rodiny?

V jakých oblastech je podle Vás vhodné zapojit rodinu do péče o pacienta?

Jak často má rodina zájem o zapojování se do péče o svého příbuzného?

Jak zapojujete rodinu v péči o pacienta v nemocničním zařízení?

Považujete za důležité zapojit rodinu do péče? Pokud ano, proč?

V jaké oblasti edukujete rodinu?

Jaké volíte způsoby edukace rodiny?

Co vnímáte jako největší úskalí při zapojování rodiny do péče?

V jakých oblastech nejčastěji nemá rodina zájem o zapojení se do péče o příbuzného?

Jakou rozdílnost v psychickém stavu pozorujete u pacienta se zájmem rodiny x nezájmem rodiny...(vliv na zlepšování zdravotního stavu...)?

Používáte v péči o pacienta s poraněním mozku nějaké alternativní metody?

Myslíte si, že je důležité, aby sestry znaly zásady komunikace s rodinou a zasvětily je do péče o pacienta? Pokud ano, proč?

Jak byste charakterizovali současnou spolupráci s rodinou pacienta?

Rozhovor s rodinnými příslušníky

Jaký je Váš věk?

Jaký je Váš příbuzenský vztah s pacientem?

Jaký byl Váš pocit při prvním kontaktu se sestrou ošetřující Vašeho příbuzného?

Jakým způsobem s Vámi sestra poprvé komunikovala?

Vyhledala Vás sestra jako první, nebo jste museli sestru vyhledat sami?

Došlo ke komunikačním bariérám mezi Vámi a sestrou? Pokud ano, k jakým?

Jaký máte názor na komunikaci sester s Vaším rodinným příslušníkem?

Jak vnímáte péči sester o Vašeho rodinného příslušníka?

Byla Vám nabídnuta možnost se zapojit do péče o svého příbuzného, nebo jste se zapojili sami, jak na to sestra reagovala?

Co podle Vás zahrnuje péče o pacienta s poraněním mozku?

Jak moc jste byli spokojeni s podáním informací o stavu Vašeho blízkého ze strany sestry? Byly pro Vás dostačující a srozumitelné? Jaký byl obsah sdělených informací?

Jaké využíváte informační zdroje, které Vám byly doporučeny sestrou?

Jakým způsobem se zapojujete do péče o Vašeho blízkého?

Kdo a jakým způsobem Vás do péče zapojil?

Jaké byly Vaše pocity při poskytování péče?

Jakým způsobem Vám sestra pomáhá v péči o Vašeho blízkého, pokud si nejste jisti?

Domníváte se, že by měly sestry provádět nějaké další úkony? Pokud ano, uveďte prosím jaké?

Máte dojem, že by se měla péče nějakým způsobem změnit? Pokud ano, uveďte prosím, jak si tuto změnu představujete?

Kolik máte zkušenost v alternativní péči o Vašeho rodinného příslušníka? Pokud máte, tak jaké?

Jakým způsobem jste se o alternativních metodách dozvěděli?

Jaké jsou podle Vás výhody toho, že se jako rodina nemocného zapojujete do péče?

Jak moc jste spokojení s informovaností a poučením ohledně péče o Vašeho blízkého ze strany sestry?