



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

**Vzájemná spolupráce sester a rodinných příslušníků
a jejich náhled na pacienty hospitalizované
na anesteziologicko-resuscitačním oddělení**

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program:

SPECIALIZACE V OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Bc. Pavlína Daňková

Vedoucí práce: Mgr. Jana Kimmerová, Ph.D.

České Budějovice 2023

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem „*Vzájemná spolupráce sester a rodinných příslušníků a jejich náhled na pacienty hospitalizované na anesteziologicko-resuscitačním oddělení*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 9. 5. 2023

.....

podpis

Poděkování

Nejprve bych chtěla velmi poděkovat vedoucí své diplomové práce paní Mgr. Janě Kimmerové, Ph.D. za vedení této práce, za její odborné rady, připomínky, vstřícnost, ochotu a čas, který mi věnovala.

Také bych chtěla poděkovat paní Mgr. Olze Dvořáčkové, Ph.D. za pomoc se zpracováním statistických údajů.

Dále mé poděkování patří všem informantkám a respondentům, bez nichž bych nemohla realizovat výzkumnou část diplomové práce.

Nakonec bych chtěla poděkovat svému manželovi, rodičům a všem svým blízkým, kteří mě podporovali během studia a zejména mi pomohli s hlídáním dcery Elišky, protože bez jejich pomoci by moje studium vůbec nebylo reálné, za to jim patří můj velký vděk.

Vzájemná spolupráce sester a rodinných příslušníků a jejich náhled na pacienty hospitalizované na anesteziologicko-resuscitačním oddělení

Abstrakt

Tato diplomová práce se zabývá problematikou návštěv na anesteziologicko-resuscitačních odděleních, vzájemnou spoluprací, komunikací a náhledem sester i rodinných příslušníků pacientů na pacienty.

Prvním cílem bylo zmapovat vzájemnou spolupráci sester a rodinných příslušníků pacientů hospitalizovaných na anesteziologicko-resuscitačním oddělení, druhým cílem bylo zjistit, jaký mají sestry a rodinní příslušníci náhled na tyto pacienty. Těchto cílů bylo dosaženo prostřednictvím jednak kvalitativního výzkumného šetření pomocí polostrukturovaných rozhovorů, kterých se účastnili rodinní příslušníci pacientů, dále prostřednictvím kvantitativního výzkumného šetření pomocí dotazníků, kterého se zúčastnily sestry pracující na anesteziologicko-resuscitačních odděleních.

Z výzkumu vyplývá, že sestry mají otevřený pozitivní přístup k podpoře rodiny pacienta, spolupráce sester s rodinnými příslušníky nesouvisí s náročností směny, ale náročnost směny ovlivní, kolik času sestra stráví s rodinou pacienta a náhled na pacienta nesouvisí ani se vzděláním, ani s délkou praxe sestry. Pro rodiny je velmi těžké spatřit svého blízkého hospitalizovaného na anesteziologicko-resuscitačním oddělení, doprovázejí je velmi negativní pocity, dále rodinní příslušníci očekávají od sestry, že se bude chovat a jednat tak, jak předurčují její role. Rodiny obvykle chtějí být nápomocné při péči o jejich blízkého a pozitivně vnímají, pokud je sestra ochotná, iniciativní, nápomocná a nevyhýbá se jim, negativně na rodiny působí pro ně neznámý a cizí vzhled oddělení, ale i jejich blízký člověk, který bojuje o život.

Výstupem z této práce je návrh informačního letáku, který mohou využít sestry pro edukaci návštěv anesteziologicko-resuscitačních oddělení, na němž naleznou základní informace o oddělení, základní pokyny i popis pacienta s názornou ilustrací.

Klíčová slova

Anesteziologicko-resuscitační oddělení; sestra; pacient; rodina; spolupráce; komunikace

Interaction between nurses and family members and their view of patients admitted to the anaesthesia-resuscitation department

Abstract

The present Master's thesis examines the topic of anaesthesia-resuscitation ward visits, interactions, and communication, seen from the perspective and views of nurses and family members of the patients.

The primary objective was to examine the interaction between nurses and family members of patients admitted to the anaesthesia-resuscitation wards; the second objective was to investigate the nurses' and family members' perceptions of these patients. The author has achieved the goals mentioned above through qualitative research using two methods: semi-structured interviews with family members of patients and questionnaires involving nurses working in the anaesthesiology-resuscitation wards.

The research has established the following: nurses keep an open, positive attitude towards supporting the patient's family; nurses' cooperation with the family members does not depend on their shift difficulty; however, the demandingness of the shift can be influenced by the amount of time the nurse spends with the patient's family; and the nurse's view of the patient is not subject to their education or length of work experience. It is hard for families to see their relatives admitted to the anaesthetic and resuscitation ward; such experiences are associated with very negative feelings; moreover, the family members expect the nurse to behave and act in a role-defined manner. Families usually want to be involved in their loved one's care and appreciate when the nurse is helpful, proactive, supportive and does not shun them; on the other hand, the unfamiliar and strange environment of the ward, and their loved one fighting for life, impacts negatively on families.

The present thesis has resulted in drafting an information leaflet that nurses can use for the education of anaesthesia-resuscitation ward visits, containing basic information about the ward, general instructions and a description of the patient, accompanied by illustrations.

Key words

Anaesthesia-resuscitation ward; nurse; patient; family; interaction; communication

Obsah

Obsah	6
Úvod	8
1 Současný stav.....	9
1.1 Ošetrovatelství v intenzivní péči.....	9
1.1.1 Anesteziologicko-resuscitační oddělení	10
1.1.1.1 Vybavení anesteziologicko-resuscitačního oddělení.....	11
1.1.1.2 Zdravotnické prostředky.....	12
1.2 Pacient v intenzivní péči	14
1.2.1 Zajištění pacienta v intenzivní péči	16
1.2.2 Potřeby pacienta	18
1.2.2.1 Potřeba dýchání	19
1.2.2.2 Potřeba výživy	19
1.2.2.3 Potřeba vyprazdňování	20
1.2.2.4 Potřeba soběstačnosti.....	20
1.2.2.5 Potřeba psychické vyrovnanosti	21
1.2.2.6 Potřeba spánku.....	21
1.3 Vzájemná spolupráce sester a rodinných příslušníků pacienta.....	22
1.3.1 Zapojení rodiny do ošetrovatelského procesu	23
1.3.2 Sestra ve spolupráci s rodinou pacienta.....	23
1.3.2.1 Psychohygiena sestry.....	25
1.3.2.2 Role sestry	25
1.3.3 Rodina pacienta a její funkce	27
1.3.4 Komunikace základem spolupráce	31
1.3.4.1 Možnosti komunikace s pacienty v intenzivní péči.....	33
1.3.4.2 Asertivní komunikace.....	34
1.3.4.3 Komunikace dle onemocnění pacienta	34

2 Cíle práce, hypotézy a výzkumné otázky	38
2.1 Cíle práce	38
2.2 Výzkumné otázky	38
2.3 Hypotézy	38
2.4 Operacionalizace pojmů	39
3 Metodika	40
3.1 Design kvalitativního výzkumného šetření.....	40
3.1.1 Charakteristika výzkumného šetření	40
3.1.2 Charakteristika výzkumného souboru	41
3.2 Design kvantitativního výzkumného šetření.....	41
3.2.1 Charakteristika výzkumného šetření	41
3.2.2 Charakteristika výzkumného souboru	42
3.3 Statistická analýza kvantitativních dat.....	42
4 Výsledky.....	43
4.1 Výsledky kvalitativního výzkumného šetření.....	43
4.2 Výsledky kvantitativního výzkumného šetření.....	67
4.2.1 Statistické vyhodnocení hypotéz	88
5 Diskuse	92
6 Závěr	99
7 Seznam použitých zdrojů	101
8 Přílohy.....	110
9 Seznam zkratk	111

Úvod

Nemocný, ač se momentálně nachází v kritickém stavu a je hospitalizovaný na anesteziologicko-resuscitačním oddělení, má stále své místo ve svojí rodině. Funkční rodina má velký zájem na brzkém uzdravení svého blízkého, chce mu jakkoliv pomoci a podpořit ho, ale k tomu je zapotřebí i určitá spolupráce a efektivní komunikace se sestrami anesteziologicko-resuscitačního oddělení.

Problematika návštěv rodinných příslušníků u nemocných v kritickém stavu bývá do jisté míry tabuizována, a také velmi psychicky náročná. Domníváme se, že odhalení problémů a zefektivnění vzájemné spolupráce může pomoci všem zainteresovaným osobám v dané problematice, tzn. sestrám, rodinným příslušníkům i pacientovi.

Během své praxe na anesteziologicko-resuscitačním oddělení jsem se seznámila jak s kriticky nemocnými pacienty, tak i se zdravotnickou technikou používanou v intenzivní péči a pohled na tyto pacienty, kteří byli monitorováni, ventilováni, napojeni na lineární pumpy a dávkovače atp., mi přišel naprosto normální. Až do doby, než jsem v intenzivním lůžku spatřila svého tatku, který byl po plánované operaci s pooperačním průběhem bez komplikací, a já během návštěvy nabyla pocitu, že se ztrácí v posteli. Tenkrát jsem si uvědomila, jak se asi musí cítit laická veřejnost, která jde navštívit svého blízkého v kritickém stavu na anesteziologicko-resuscitační oddělení. I když byl můj tatka v pořádku se standardním pooperačním průběhem a já jsem věděla, co na oddělení uvidím, stejně se mi pohled na něj vryl do paměti. A to nemluvím o příbuzných, kteří na takovémto oddělení nikdy nebyli, a jdou tam poprvé navštívit svého blízkého, kterého si předem nedokážou ani představit.

Domnívám se, že sestry s dlouhou praxí a mnoho zkušenostmi, které perfektně znají prostředí intenzivní péče, a které tuto situaci nezažily ve svém osobním životě, si ani neuvědomí, jakými negativními pocity prochází rodina pacienta, proto si nemusí domyslet, že by nějakým způsobem měly být rodině nápomocny, zejména před prvotním šokem.

Cílem této práce je pomoci jednak rodinám s přiblížením vizualizace prostředí intenzivní péče a představou svého blízkého, jednak sestrám, aby si uvědomily situaci rodinných příslušníků, vcítily se do nich a následně jim mohly efektivně pomoci.

1 Současný stav

1.1 Ošetrovatelství v intenzivní péči

Intenzivní medicína je dle Zadáka, Havla et al. (2017) charakterizována jako obor, který pojednává o problematice stavů spojených s akutním život ohrožujícím onemocněním. Dále Zadák, Havel et al. (2017) uvádí, že je intenzivní medicína v současnosti důležitou specializací, která je nepostradatelná pro většinu nemocnic. Na odděleních intenzivní péče jsou dle Kapounové (2020) hospitalizováni pacienti buď s hrozícím, nebo s již probíhajícím selháním jednoho či více orgánů, a pacienti, u nichž bezprostředně hrozí selhání základních životních funkcí, nebo ti pacienti, u nichž k tomuto selhání již došlo. Zadák, Havel et al. (2017) popisují, že oborové a specializované jednotky intenzivní péče jsou potřebné i ve středně velkých nemocnicích, zatímco ve velkých oblastních nemocnicích a nemocnicích univerzitního typu jsou nepostradatelné multioborové jednotky intenzivní péče typu anesteziologicko-resuscitačního oddělení, které jsou důležité pro celkovou péči o pacienty v kritickém stavu s projevy nebo rizikem selhání jednoho nebo více orgánů, kde není jednotný etiologický původ a není vázán na jednu diagnózu a obor, případně kde není zastoupena oborová intenzivní péče v potřebném stupni.

Bartůněk et al. (2016) popisují, že rozsah poskytované intenzivní péče se obecně dělí na tři stupně. Kapounová (2020) uvádí, že první stupeň vyžadují pacienti s vykazujícími známkami orgánové dysfunkce s nutnou kontinuální monitorací a menší farmakologickou a přístrojovou podporou, Bartůněk et al. (2016) doplňují, že u těchto pacientů hrozí selhání nějaké orgánové funkce. Zadák, Havel et al. (2017) dodávají ještě zvýšenou sesterskou péči, možnost okamžité resuscitace a krátkodobou ventilaci do 24 hodin. Druhý stupeň dle Bartůňka et al. (2016) a Kapounové (2020) je určen pro pacienty vyžadující kontinuální monitorování, kteří potřebují farmakologickou a přístrojovou podporu pro selhání jedné základní životní funkce. Dle Zadáka, Havla et al. (2017) je tato péče poskytována ve větších regionálních všeobecných nemocnicích, pacienti jsou monitorováni i invazivně, může se měřit srdeční výdej a provádět dlouhodobá umělá plicní ventilace pacienta. Zadák, Havel et al. (2017) doplňují, že je zde zvýšená sesterská péče a lékař neustále dostupný, je zde přístup k širšímu rozsahu vyšetření statim a možnost použití zobrazovacích metod kdykoliv během 24 hodin. Třetí stupeň dle Kapounové (2020) zahrnuje pacienty se selháním dvou a více

orgánových funkcí, tito pacienti jsou závislí na farmakologické a přístrojové podpoře, mezi kterou Bartůněk et al. (2016) zahrnují podporu hemodynamiky, ventilační podporu či přístrojovou náhradu renálních funkcí, zatímco Zadák, Havel et al. (2017) dodávají, že tento nejvyšší stupeň intenzivní péče je poskytován ve velkých oblastních a fakultních nemocnicích, kde je přístup ke všem komplexním vyšetřením a moderním zobrazovacím technikám, a péče spočívá v celkovém zajištění pacienta se zvláštním zaměřením na kritické stavy různé etiologie. Dle Zadáka, Havla et al. (2017) je zde zajištěna speciální sesterská péče, spolupráce nutričních specialistů a fyzioterapeutů a trvalá dostupnost lékaře specialisty v intenzivní medicíně.

1.1.1 Anesteziologicko-resuscitační oddělení

Anesteziologicko-resuscitační oddělení poskytuje možnost diagnózy, prevence a léčby multiorgánového selhání nepřetržitě 24 hodin denně prostřednictvím plně kvalifikovaného lékařského i nelékařského zdravotnického personálu, toto uvádí Zadák, Havel et al. (2017) a shoduje se i Kapounová (2020).

Anesteziologicko-resuscitační oddělení jsou dle Bartůňka et al. (2016) vybavena pro komplexní řešení urgentních stavů vysoce specializovanými zdravotnickými přístroji, materiálním vybavením a farmakologickými prostředky pro diagnostiku a terapii pacientů, jak také uvádí Kapounová (2020). Mezi vysoce specializované zdravotnické přístroje Dingová Šliková (2018) řadí monitory životních funkcí, ventilátory pro umělou plicní ventilaci, vnější kardiostimulátory a defibrilátory, dialyzační přístroje, infuzní pumpy, pumpy pro enterální výživu, lineární dávkovače, odsávačky, drény a katetry, různé diagnostické přístroje, imobilizační pomůcky atd., zatímco Zadák, Havel et al. (2017) dodávají ještě transportní ventilátor, mobilní rentgenový přístroj a přístroj či modul pro měření hemodynamiky.

Pro dobře fungující anesteziologicko-resuscitační oddělení je dle slov Zadáka, Havla et al. (2017) velmi důležitá přehledná, úplná a systematická dokumentace, do které se zaznamenává stav pacienta a jeho osobní údaje, průběh jeho onemocnění, diagnostické výkony, výsledky vyšetření a další důležité údaje, které se týkají technických procesů a činností zdravotníků. Bartůněk et al. (2016) uvádí, že vedení zdravotnické dokumentace, které je dáno vyhláškou č. 279/2020 Sb., kterou se mění vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ve znění pozdějších předpisů, je nedílnou součástí každodenní náplní práce zdravotníků ve zdravotnickém zařízení, a dále

upozorňují, že dokumentace je jediným důkazem o poskytnuté péči, jak také Dobiáš a Bulíková (2021) vysvětlují, že co je napsáno v dokumentaci, to bylo uděláno, zatímco to, co není napsáno, nikdy uděláno nebylo. Součástí dokumentace je i nutný podepsaný informovaný souhlas pacienta s hospitalizací, jak doplňuje Kapounová (2020), pokud pacientův zdravotní stav neumožní formulář podepsat, je nutné do 24 hod. zahájit detenční řízení na základě vyplněného a odeslaného formuláře prostřednictvím faxu na příslušný obvodní soud.

1.1.1.1 Vybavení anesteziologicko-resuscitačního oddělení

Vyhláška č. 284/2017 Sb., kterou se mění vyhláška č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče stanovuje požadavky na technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení, a to jak společné požadavky, tak i zvláštní požadavky pro jednotlivá oddělení a obory. Dle této vyhlášky na anesteziologicko-resuscitačním oddělení je nutné zajistit resuscitační lůžka, defibrilátor, EKG přístroj, transportní ventilátor, mobilní RTG přístroj (může být dostupný i na jiném pracovišti daného zdravotnického zařízení), monitorovací centrála, přístroj pro extrakorporální eliminaci a přístroj či modul pro měření hemodynamiky. Každé lůžko je nutné vybavit minimálně 4 ks stříkačkovými dávkovači, 2 ks infuzních pump, monitorem vitálních funkcí (monitoruje EKG, respiraci, invazivní i neinvazivní měření krevního tlaku, saturaci krve kyslíkem a tělesnou teplotu), zařízením pro zvlhčování dýchacích cest a ventilátorem pro umělou plicní ventilaci pacienta, jak také udává tato vyhláška.

Ve vyhlášce Ministerstva zdravotnictví č. 493/2005 Sb., kterou se mění vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů lze najít seznam zdravotnických výkonů s bodovými hodnotami, k tomu Kapounová (2020) dodává, že v současné době se ke stanovení ceny za péči hrazenou zdravotními pojišťovnami využívá skórovací systém TISS (Therapeutic Intervention Scoring System), který nepřímou určuje závažnost onemocnění a hodnotí se jednotlivé diagnostické, monitorovací a léčebné úkony provedené u pacienta za posledních 24 hodin.

1.1.1.2 Zdravotnické prostředky

Zákon č. 375/2022 Sb., o zdravotnických prostředcích a diagnostických zdravotnických prostředcích in vitro definuje zdravotnické prostředky, to jsou výrobky používané ve zdravotnictví, například nástroje, přístroje, zařízení, materiály a další pomůcky pro použití u člověka za účelem diagnózy, léčby, prevence, monitorace apod., z tohoto zákona vyplývá, že zdravotnickým prostředkem není například lidská krev a přípravky z ní vyrobené, transplantáty a kosmetika. Zdravotnické prostředky ke správnému používání potřebují také odbornou instruktáž, kterou ukládá zákon č. 89/2021 Sb., o zdravotnických prostředcích a o změně zákona č. 378/2007 Sb., o léčivech a o změnách některých souvisejících zákonů (zákon o léčivech), ve znění pozdějších předpisů.

Pacient hospitalizovaný na anesteziologicko-resuscitačním oddělení je uložen na akutním lůžku, které se liší od lůžka standardního oddělení, jak píše Dingová Šliková (2018), lůžko pro intenzivní péči na anesteziologicko-resuscitačním oddělení musí být přístupné ze všech 4 stran, Richterová (2017) zmiňuje i možnost odstranění hlavové a nožní části, a Dingová Šliková (2018) dále uvádí, že je pojízdné, výškově nastavitelné, se zvedacími postranicemi i má možnost rychlého napolohování ke kardiopulmonální resuscitaci. K těmto funkcím Miertová (2019) neopomněla zmínit i automatickou brzdu, dále uvádí, že sestra průběžně kontroluje lůžko pacienta a jeho okolí, dbá na přístupnost lůžka pacienta a předchází rizikům pádů (např. aby nikdo o nic nezakopl). Mezi další možné speciální funkce patří zabudované osvětlení, váha, transparentní plocha pro rentgen, možnost laterálních náklonů (Veverková, 2019). Dingová Šliková (2018) i Veverková (2019) se shodují, že lůžko musí být z omyvatelných materiálů vhodných pro pravidelné dezinfikování, lůžkoviny jsou hypoalergenní a matrace obvykle bývá antidekubitární. Richterová (2017) uvádí dva typy matrací, jednak pasivní matrace z líné pěny, jednak aktivní antidekubitní matrace, které obsahují vzduchové komory, ve kterých se pomocí kompresorů různě mění tlak. Úprava lůžka se provádí buď bez pacienta, nebo s pacientem, po délce nebo po šířce (Dingová Šliková, 2018).

Monitorace neboli intermitentní či kontinuální sledování vitálních funkcí pacienta, tvoří nedílnou součást intenzivní medicíny (Kapounová, 2020). Pacient je monitorován u lůžka, tzv. bedside monitorace, centrálně monitorován či kombinovaně monitorován jak u lůžka, tak i centrálně, což je dle Kapounové (2020) nejvyužívanější způsob monitorace. Zadák, Havel et al. (2017) upozorňují, že monitorace není léčbou pacienta,

ale zdroj informací k výběru vhodné léčby. Pomocí monitoru vitálních funkcí sledujeme a hodnotíme měřené parametry pacienta, jak píše Richterová (2017), běžně se měří srdeční frekvence, elektrokardiogram, krevní tlak invazivně i neinvazivně, dechová frekvence, pulzní oxymetrie, kapnometrie, tělesná teplota, centrální žilní tlak, individuálně se dle Kapounové (2020) u pacienta může měřit mj. také intrakraniální tlak či srdeční výdej, Zadák, Havel et al. (2017) doplňují také zaklíněný tlak v plicnici apod. Richterová (2017) také uvádí, že alarmy patří mezi velice důležitou funkci monitoru vitálních funkcí, ale mj. nezávažný alarm může návštěvu zbytečně vyděsit, např. spadlé saturační čidlo. Leder (2020) zmiňuje, že vizuální i akustické alarmy zdravotnické techniky jsou stresující pro pacienta samotného i pro jeho návštěvu, proto je vhodné všechny zainteresované osoby předem upozornit na jejich možný výskyt. Kapounová (2020) upozorňuje na tzv. data overloading, kdy se v obrovském množství monitorovaných údajů ztrácí nejen pacient, ale i někdy zdravotnický personál, který může přehlédnout důležitý údaj mezi obrovským množstvím nevyužitých dat, proto je zapotřebí každého pacienta monitorovat individuálně. Jak popisují Plevová a Kachlová (2021), u pacienta v intenzivní péči se také měří vědomí dle škály GCS (Glasgow Coma Scale), či AVPU (Alert, Responds to Verbal Stimuli, Responds to Pain, Unresponsive), které je alternativou ke škále GCS.

Ventilátor pro umělou plicní ventilaci (UPV) částečně nebo úplně nahrazuje dýchání pacienta kvůli závažné poruše dýchacího systému, umělá plicní ventilace se dle Zadáka, Havla et al. (2017) dělí na neinvazivní a invazivní ventilaci. Neinvazivní ventilace, jak popisují Zadák, Havel et al. (2017), umožňuje ventilovat pacienta pomocí celohlavové helmy či obličejové masky bez nutnosti intubace dýchacích cest, ale při zachovalém vědomí a spolupráci pacienta. Tracheální intubace se nejčastěji používá k definitivnímu zajištění dýchacích cest pro umělou plicní ventilaci, jak vysvětlují Zadák, Havel et al. (2017), pro dlouhodobou umělou plicní ventilaci se provádí tracheostomie, jak také popisuje Kapounová (2020).

Mezi infuzní techniku se řadí infuzní pumpy a lineární dávkovače (perfuzory), které dle Zadáka, Havla et al. (2017) přesně a v různých rychlostech dávkuje léčiva, dále jak se zmiňuje Richterová (2017), infuzní pumpy podávají léčivo pomocí infuzního setu a perfuzory pomocí injekční stříkačky. Enterální pumpy pacientovi dávkuje umělou enterální výživu obvykle přes nasogastrickou sondu (Kapounová, 2020).

Hemodialyzační přístroj provádí očistu krve, která na anesteziologicko-resuscitačních odděleních probíhá nejčastěji kontinuálně (Kapounová, 2020). Pacient je na hemodialýzu dle Bartůňka et al. (2016) napojen pomocí dialyzačního katétru, který má sací a návratovou linku, někdy je součástí dialyzačního katétru také třetí vstup pro aplikaci léčiv.

Monitorování hemodynamiky se dle Bartůňka et al. (2016) provádí pomocí zavedeného Swan-Ganzova katétru, či méně invazivně pomocí technologií PiCCO či LiDCO dle Zadáka, Havla et al. (2017), které měří a analyzují již zavedeným centrálním žilním katétre a arteriálním katétre, jak také zmiňuje Richterová (2017).

Anesteziologicko-resuscitační oddělení jsou vybavena mnoha přístroji, se kterými se obvykle rodina u pacienta nesetká, Richterová (2017) uvádí také defibrilátor, elektrokardiograf, ohřívač krevních derivátů atd. Výjimečně se může rodina pacienta setkat i s jinými neobvyklými přístroji, např. Norman (2022) et al. zmiňují přístroj pro podtlakovou léčbu ran (NPWT – Negative Pressure Wound Therapy), Knapová (2019a) mj. popisuje i aktivní hrudní sání. Zadák, Havel et al. (2017) dodávají také ultrazvuk, mobilní rentgen, chladicí i zahřívací techniku, ale i monitoraci elektroencefalografie.

1.2 Pacient v intenzivní péči

Dle §3 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování je pacient fyzickou osobou, které se poskytují zdravotní služby, tento zákon mj. dále definuje zdravotní služby a oprávnění k jejich poskytování, druhy a formy zdravotní péče, také jsou zde popsána práva a povinnosti pacienta a jiných osob.

Kapounová (2020) připomíná, že zdravotníci si ne vždy dostatečně uvědomí, že nemocný náhle ztratí prestiž, práci, stravovací návyky, životní rytmus, volnost pohybu a možnost různých aktivit, přítomnost svých blízkých, jak popisuje i Zacharová (2017), ale navíc se nachází v neznámém prostředí obklopen kolektivem cizích lidí, kteří se starají o jeho nejintimnější záležitosti. Dále Kapounová (2020) uvádí, že se pacient obává o svoje vlastní zdraví, má strach z operace, jeho stav provází i nespavost, slabost, bolest, možná přítomnost nepříjemných spolupacientů a mnoho omezení, které vyžaduje intenzivní péče. Na tyto situace pacient dle Kapounové (2020) často reaguje agresí, úzkostí, depresí, zmateností a dalšími poruchami chování, s ohledem na pacientovu

diagnózu a jeho zdravotní stav lze dle vyjádření Zacharové (2017) docílit určité psychické podpory pacienta udržením či zlepšením soběstačnosti, minimalizací či odstraněním bolesti, komunikací, zajištěním dostatečného spánku a odpočinku, vytvořením pocitu jistoty a bezpečí, které jsou základními lidskými potřebami souvisejícími s přežitím jedince a snahou vyhnout se ohrožení. Jak vysvětluje Zacharová (2017), pacient může ztrácet pocit bezpečí během hospitalizace, Kapounová (2020) zmínila několik častých důvodů, mezi které se řadí nedostatek informací, obavy z diagnostických a terapeutických výkonů, obavy z infaustní diagnózy, strach z bolesti a nesoběstačnosti. Švecová (2019) uvádí empatické naslouchání jako nejlepší způsob naslouchání pocitům druhého člověka a porozumění mu, sestra se musí vcítit do nemocného a neřešit vlastní pocity, aby mohla poslouchat nejen ušima, ale i očima a také srdcem. Podobné tvrzení vyjadřuje i Tellés (2022), kdy dle jeho slov je dobré při naslouchání pacientům i jejich rodinným příslušníkům, aby sestra na sebe nepřenesla všechn okolní smutek, snažila se zachovat „svobodné napojení“, tzn. že smutek není její, i když s pacienty soucítí, dává jim najevo empatii a jejich příběhy se jí dotýkají, zůstává neutrální při duševním napojení, tím pádem je pro ni snazší být lidem oporou bez toho, aniž by se nechala pohlit smutnými pocity.

Úkolem zdravotníků je vzbudit a uchovat v nemocném pocit jistoty a bezpečí nasloucháním a adekvátní komunikací, schopností erudovaně zodpovědět jeho dotazy, trpělivostí a empatií, psychickou podporou a pochvalou nemocného za každý, byť i jen minimální, úspěch, dostatečnou edukací před každým ošetrovatelským, diagnostickým i terapeutickým výkonem, nezpochybňováním jeho potíží, uspokojováním potřeb nemocného dle jeho celkového stavu, udržením maximální nezávislosti pacienta, opravdovým zájmem o jeho problémy, projevem úcty a respektu k člověku, zajištěním intimity, neztracováním jeho duchovna, individuálním přístupem a dodržováním etického kodexu sester a respektováním práv pacientů (Kapounová, 2020). Ondriová a Fertaľová (2021) popisují empatii jako schopnost soucítit s druhým člověkem, vcítit se do druhého, z psychologického hlediska je to dovednost, kterou člověk může nabýt v sociálních vztazích a na základě osobní či přenesené zkušenosti. Švecová (2019) zdůrazňuje, že sestra musí umět efektivně komunikovat, protože to vede ke spolupráci s pacientem na léčbě. Efektivní komunikace navodí důvěrný vztah, protože komunikace je otevřená, účastníci komunikace si rozumí a nezkrslí se informace, jak se vyjadřují Tomová a Křivková (2016). Efektivní komunikaci dle slov Tomové a Křivkové (2016)

podmiňuje jednoduchost, stručnost, srozumitelnost, vhodné načasování a adaptabilita zdravotníka. Na nutnost efektivní komunikace, dostatek empatie a poradenství od zdravotníků ve své studii poukazují i Bocci et al. (2018).

1.2.1 Zajištění pacienta v intenzivní péči

Kapounová (2020) se vyjadřuje, že při příjmu pacienta je nutné dle jeho celkového stavu zajistit dýchací cesty, kontinuální monitoraci základních vitálních funkcí, invazivní vstupy (periferní venózní kanyla, centrální venózní katétr, arteriální katétr), neinvazivní vstupy (nasogastrická sonda, permanentní močový katétr), odběr biologického materiálu, důkladná hygiena pacienta, natočení 12svodového EKG, diagnostické vyšetřovací metody (CT, RTG), konziliární vyšetření a veškerá ošetrovatelská a lékařská péče vedoucí ke stabilizaci celkového stavu pacienta, jak ji také popisují Zadák, Havel et al. (2017). Dále Zadák, Havel et al. (2017) doplňují, že před uložením pacienta na lůžko se provádí předběžné vyšetření, které se zaměřuje na vyloučení nakažlivého onemocnění a případně se provede odběr na mikrobiologické vyšetření.

Diagnóza a často velmi rychle se měnící zdravotní stav pacienta ovlivňuje rozsah poskytované ošetrovatelské péče, společně s neustálým vývojem zdravotního stavu pacienta se vyvíjejí i jeho potřeby a nároky na ošetrovatelskou péči (Kapounová, 2020). Sestra mívá s nemocným bližší a častější kontakt než lékař, pacient je mnohdy závislý na její péči, proto je důležité, aby sestra znala co nejlépe jeho potřeby, dokázala pacienta trpělivě vyslechnout, poradit mu, a neudílet pacientovi pouze příkazy a zákazy, také by měla vždy podporovat pacientovu soběstačnost, která se hodnotí dle testu Barthelové (Test základních všedních činností), a zároveň naplnit jeho potřeby (Kapounová, 2020).

Pacient v intenzivní péči je napojen na monitor vitálních funkcí, na hrudníku má umístěné elektrody, záleží na pracovišti, a jak vyznačují Bartůněk et al. (2016), obvykle bývá pětisvodový monitorovací systém, ale nějaká pracoviště mají pouze třisvodový monitorovací systém. Saturační čidlo pacientovi měří pulzní oxymetrii na akrální části těla, jak uvádí Bartůněk et al. (2016), buď na prstu, nebo na ušním lalůčku, dále se pacientovi měří tlak krve, buď neinvazivně manžetou na paži, nebo invazivně pomocí zavedené arteriální kanyly nejčastěji do a. radialis. Tělesná teplota se dle Bartůňka et al. (2016) měří obvykle buď intermitentně teploměrem, nebo kontinuálně pomocí teplotního čidla zapojeného do monitoru, které může měřit

teplotu v axile, nebo se teplota měří pomocí permanentního močového katétru, či jinými invazivními i neinvazivními metodami, jak také vypisují Michálek et al. (2021).

Pro péči o pacienta v kritickém stavu je nezbytný alespoň jeden či více vstupů do cévního systému, jak uvádí Zadák, Havel et al. (2017). Obvykle se centrálním žilním katétre dle Kuthanové (2018) kanyluje centrální řečiště cestou v. subclavia či v. jugularis interna, katétr může být jednocestný až pěticestný, nejčastěji se používá trojcestný katétr. Dále může mít pacient periferní žilní kanyly, které předcházejí kanylaci centrálního řečiště, dle Kapounové (2020) se v případě obtížné kanylace může u pacienta využít midline katétru, k dlouhodobé kanylaci PICC katétr, tunelizovaný centrální žilní katétr či intravenózní port. Arteriální katétr se používá ke kontinuálnímu invazivnímu měření arteriálního tlaku, jak popisuje Kapounová (2020). Dialyzační katétr se používá u pacientů napojených ke kontinuální hemodialýze (Zadák, Havel et al., 2017).

Pacient má enterální výživu dle Kapounové (2020) podávanou nejčastěji přes nasogastrickou sondu, ale může mít nasojejunální či biluminální sondu, případně PEG (perkutánní endoskopická gastrostomie) dle Zadáka, Havla et al. (2017) či PEJ (perkutánní endoskopická jejunostomie), nebo je vyživován parenterálně v případě kontraindikované enterální výživy a může mít nasogastrickou sondu napojenou samospádem na sáček k odvádění žaludečního obsahu.

Permanentní močový katétr se zavádí močovou trubicí do močového měchýře a odvádí moč do sběrného sáčku, v intenzivní péči se dle slov Kapounové (2020) obvykle sleduje hodinová diuréza, v případě nemožnosti permanentní močové katetrizace se přistupuje k punkční epicystostomii, jak také vysvětlují Slezáková et al. (2021).

V intenzivní péči mohou mít pacienti zavedený epidurální katétr pro léčbu akutní bolesti u rozsáhlých operačních výkonů, Jindrová et al. (2016) dávají za příklad rozsáhlé hrudní, nitrobřišní i končetinové výkony, dále ho mohou mít onkologičtí pacienti z důvodu chronické bolesti, jak vysvětluje Knapová (2019a). Bolest se hodnotí nejčastěji pomocí vizuálně analogové škály VAS (Visual Analogue Scale), u dospělých pacientů, kteří se nemohou vyjádřit, se k hodnocení bolesti obvykle používají škály BPS (Behavioral Pain Score), či FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability), jak popisují Plevová a Kachlová (2021).

Drény odvádí fyziologické či patologické tekutiny, mezi které Kolektiv autorů (2018) jmenuje krev, sekret, hnis, žluč, případně vzduch při hrudní drenáži. Hrudní drén, jak popisuje Knapová (2019a), zajistí rozvinutí zkolabované plíce a Plevová, Zoubková et al. (2021) doplňují, že drenáž hrudníku je nejčastějším léčebným postupem pneumothoraxu. Dále se drény zavádí při operačních výkonech pro zamezení hromadění tekutin v daném prostoru jako prevence komplikovaného hojení, také Kolektiv autorů (2018) uvádí, že nejběžněji se setkáme se spádovou drenáží, kdy je drén napojen na sběrný sáček, a dále dle Bartůňka et al. (2016) s Bülauovou drenáží, také s podtlakovou Redonovou drenáží, proplachovou drenáží či s aktivním hrudním sáním.

1.2.2 Potřeby pacienta

Potřeby pacienta Ježová (2020) charakterizuje jako projev nedostatku či chybění něčeho a odstranění tohoto nedostatku neboli saturace potřeb je žádoucí pro život a rozvoj člověka, tyto potřeby se mění vlivem prostředí a v průběhu času, Knapová (2019b) dodává, že spolu s vývojem zdravotního stavu se rozvíjí i pacientovy potřeby. Saibertová (2017) potřeby charakterizuje také jako určité požadavky, cokoliv, co daný jedinec potřebuje, a dále potřeba ovlivňuje činnost jedince a vytváří vzorec chování. Dále Ježová (2020) popisuje, že nemoc a okolnosti, za kterých nemoc vzniká, patří k faktorům, které brání jedincům uspokojovat své potřeby, a to vše bývá ovlivněno osobností jedince, jeho vývojovými stádii a sociálními vztahy.

Aktivity denního života odpovídají základním biologickým potřebám člověka, a jak uvádí Ježová (2020), tvoří základnu Maslowovy hierarchie potřeb. Mezi základní fyziologické potřeby Saibertová (2017) řadí výživu, hydrataci, vyprazdňování, spánek, kyslík, pohyb, sexualitu a čistotu. Dále se k nižším potřebám řadí potřeba jistoty a bezpečí, které se dle Ježové (2020) vyznačují pravidelností, automaticností a obvykle bývají spojovány s danými rituály. Saibertová (2017) sem řadí předcházení nebezpečí či ohrožení, důvěru, spolehlivost a stabilitu. Pokud jsou tyto potřeby uspokojeny, nastává saturace vyšších potřeb, jak uvádí Ježová (2020), mezi které se řadí potřeba sounáležitosti a lásky, potřeba uznání a sebeúcty, kognitivní i estetické potřeby a potřeby seberealizace.

V ošetrovatelském procesu se dle Ježové (2020) vyznačují znalosti o lidských potřebách, zejména při stanovování priorit a plánování ošetrovatelských intervencí, při podpoře seberealizace pacienta a při využití edukace pacienta. Poznávání potřeb je důležité pro sestry, protože chápání a znalost lidských potřeb sestrám napomáhá uspokojovat

potřeby pacientů, jak uvádí Knapová (2019b). Kapounová (2020) uvádí, že mezi nejzákladnější potřeby nemocných v intenzivní péči se řadí dýchání, výživa, vyprazdňování, soběstačnost a psychická vyrovnanost. Neopomenutelnou myšlenkou Bártlové (2005) je, že jedinou nejdůležitější potřebou nemocného člověka je být uzdraven.

1.2.2.1 Potřeba dýchání

Dýchání je jednou ze základních životních funkcí člověka, Knapová (2019b) připomíná, že bez vzduchu člověk může být maximálně tři minuty. Na odděleních intenzivní péče patří péče o dýchací cesty, neboli toaleta dýchacích cest, mezi základní činnosti, jak popisují Bartůněk et al. (2016). V intenzivní péči sestra provádí toaletu dýchacích cest nemocného, která je přizpůsobena aktuálním potřebám nemocného, jak popisuje Kapounová (2020), tato činnost je spojována s pocity dechové tísně nemocného, s dávením, dušností a bolestí, proto sestra musí být při toaletě pečlivá a šetrná. Knapová (2019b) doplňuje, že dechová tíseň je doprovázena i strachem ze smrti. Sestra pečuje o horní cesty dýchací i dolní cesty dýchací nemocného, při invazivním zajištění dýchacích cest se sestra stará také o endotracheální kanylu či tracheostomickou kanylu, a v neposlední řadě se mezi péči o dýchací cesty dle Kapounové (2020) řadí také oxygenoterapie, nebulizace a inhalační terapie.

1.2.2.2 Potřeba výživy

Příjem potravy a tekutin se řadí mezi základní biologické potřeby člověka, které jsou ovšem nepostradatelné pro udržování homeostázy v organismu, Kapounová (2020) také uvádí, že jsou saturovány také psychosociální potřeby, nejen trávicí ústrojí a energetické potřeby organismu. Knapová (2019b) doplňuje, že lidé mají potřebu se stravovat v příjemném prostředí společně s někým blízkým, také mají požitek z hezky vypadajícího pokrmu na talíři a po jídle se cítí spokojeni. Rovněž Těšínský et al. (2021) též upozorňují na nezanedbatelnost zvyšování atraktivity jídel a jejich estetického vzhledu při podávání stravy, z toho také vyplývá, že sestra v případě potřeby krájí jídlo před pacientem, nemá mu ho donést již nakrájené, aby pacient neměl pocit, že dojídá zbytky, jak se vyjadřuje i Kapounová (2020). Frej (2017) uvádí, že při nesprávném stravování, zejména při hladovění přes den a přejídání se večer, tělo přibírá na váze, trávení je slabší a z nestrávené stravy se vytváří toxiny, které zatěžují játra i ledviny. Dále dochází ke zpomalení metabolismu, hladina glykemie je nestabilní a zvyšuje

se riziko výskytu civilizačních chorob, jak také popisuje Frej (2017). Při příjmu pacienta se provádí nutriční screening sloužící ke zhodnocení stavu výživy pacienta, schopnosti samostatného příjmu potravy, závažnosti celkového stavu pacienta a dynamiky změn, k podrobnému vyhodnocení stavu výživy můžeme použít test Mini Nutritional Assessment, dále Kapounová (2020) neopomněla zmínit, že pokud je BMI pacienta nižší než $18,5 \text{ kg/m}^2$, per os příjem je menší než polovina porce a za posledních šest měsíců došlo ke ztrátě alespoň 10-15 % z celkové hmotnosti pacienta, je nutné zkontaktovat nutričního terapeuta, který komplexně zhodnotí nutriční stav pacienta.

1.2.2.3 Potřeba vyprazdňování

Základní fyziologickou funkcí organismu je potřeba vyprazdňování, která se řadí také mezi základní biologické lidské potřeby, Kapounová (2020) zmiňuje, že se jedná o základní proces metabolismu, který slouží k vylučování odpadních látek z těla člověka. Knapová (2019b) popisuje tuto potřebu navazující na příjem potravy, na trávení a vstřebávání živin, a dále připomíná, že tato potřeba je pro každého jedince intimní záležitostí. Dle Kapounové (2020) je vyprazdňování ovlivněno věkem, příjmem tekutin, stravou, množstvím pohybu, nemocemi a chirurgickými výkony u člověka, také osobnost člověka má vliv na střevní peristaltiku podobně jako strach, stres a úzkost. Knapová (2019b) uvádí, že uspokojení potřeby navozuje pocity libosti a spokojenosti. Kapounová (2020) má stejnou myšlenku a to takovou, že v rámci vyprazdňování je nezbytné respektovat intimitu a soukromí jedince, protože nerespektování soukromí negativně ovlivňuje psychiku pacienta, zatímco uspokojení potřeby vyprazdňování vede k pozitivnímu naladění jedince.

1.2.2.4 Potřeba soběstačnosti

Samostatnost člověka při vykonávání běžných denních aktivit se značí jako soběstačnost, jak uvádí Kapounová (2020), zdravý dospělý jedinec tyto činnosti vykonává zcela samostatně, bez pomoci druhých, zatímco u nemocného by sestra měla vykonávat pouze ty činnosti, které nemocný sám není schopen vykonat. Faktem ale je, jak upozorňuje Kapounová (2020), že provedení komplexní péče u pacienta, který potřebuje pouze dopomoc, je pro sestru sice rychlejší, ale tato péče má negativní dopad na psychiku pacienta. Kapounová (2020) také uvádí, že je důležité, aby sestra motivovala pacienta a snažila se ho psychicky povzbudit tím, že bude vycházet z jeho přání a potřeb, aby mohl vyplňovat svůj volný čas, zlepšovat se, radovat se z činností a nalézat nový smysl života,

ale zejména udržovat své kognitivní i motorické funkce. Knapová (2019b) uvádí, že uspokojení potřeb je naprosto individuální, avšak při dlouhodobém odkládání uspokojení potřeby může tato potřeba vymizet.

Soběstačnost se nejčastěji hodnotí pomocí Barthelové indexu, testu základních všedních činností, mezinárodně rozšířeným skórovacím systémem v oblasti aktivit denního života, jak se shodují Pokorná (2017) i Kapounová (2020). Mezi hodnocené činnosti, jak píše Kapounová (2020), řadíme najedení a napití, oblékání, koupání, osobní hygienu, kontinenci moči, kontinenci stolice, použití WC, přesun lůžko-židle, chůzi po rovině a chůzi po schodech, tyto činnosti se hodnotí třemi způsoby a jsou náležitě ohodnoceny body, tzn. neschopnost činnosti je 0 bodů, částečná schopnost je 5 bodů a plná samostatnost je 10 bodů, kdy ve výsledku 0-40 bodů jsou pacienti vysoce závislí na pomoci sestry a tito pacienti jsou nejčastěji hospitalizováni na lůžkách anesteziologicko-resuscitačních odděleních.

1.2.2.5 Potřeba psychické vyrovnanosti

Potřeba psychické vyrovnanosti úzce souvisí s pocitem jistoty a bezpečí, dle Ježové (2020) také se snahou vyhnout se ohrožení. Knapová (2019b) doplňuje, že jedinec během nemoci obvykle ztrácí jistotu, zatímco někteří nemocní tuto jistotu znovu naleznou ve zdravotnickém zařízení, ve kterém se oproti domácímu prostředí cítí bezpečně. Vlivem nemoci, hospitalizace či představou operace bývá tato potřeba narušena a dle Ježové (2020) u jedince nastává nepříznivá psychická odezva, ať již v podobě strachu či úzkosti, případně bezmoci, dále se nastartují kompenzační mechanismy, například agrese či izolace jedince. Těmto negativním jevům se dá dle názoru Kapounové (2020) předejít zejména podporou soběstačnosti nemocného, dostatečnou analgetizací, komunikací a zajištěním odpočinku a spánku. Sováriová Soosová (2022) uvádí, že k dosažení osobní pohody je zapotřebí životní spokojenost, prožívání štěstí a radosti. Rudolf (2019) mj. také zmiňuje, že psychická relaxace je důležitá v prevenci civilizačních chorob.

1.2.2.6 Potřeba spánku

Potřeba spánku a odpočinku je individuální, dle Knapové (2019b) má nemocný jedinec větší potřebu spánku oproti zdravému člověku, spánek je také důležitý pro regeneraci organismu a ochranu před vyčerpáním. Mezi faktory, které nejčastěji narušují noční spánek pacientů hospitalizovaných na jednotkách intenzivní péče i anesteziologicko-

resuscitačních odděleních, Hofhuis et al. (2018) i Gültekin et al. (2018) shodně zařazují bolest, nedostatek sociálního kontaktu se svými blízkými, dyskomfort způsobený invazivními vstupy, nutná režimová opatření (např. klid na lůžku, lačnění apod.) a nevyhovující parametry okolního prostředí (osvětlení, teplota, hluk).

Hofhuis et al. (2018) dodávají, že nedostatek kvalitního spánku narušuje komfort pacientů, také patří mezi největší stresory související s hospitalizací, ale na druhou stranu potíže se spánkem mohou přetrvávat i po propuštění z anesteziologicko-resuscitačního oddělení, případně z jednotky intenzivní péče, proto má sestra podnikat podpůrné či preventivní kroky k podpoře spánku pacienta a předcházení hrozící spánkové deprivaci. Bihari et al. (2012) připomínají, že nedostatek spánku má negativní vliv na funkci imunitního systému, kdy je jedinec náchylnější k infekcím, ke kardiorespiračním i neurologickým onemocněním, a také u něho dochází ke zhoršenému hojení ran. Rudolf (2019) zmiňuje, že nedostatek spánku také oslabuje účinek inzulinu, a tím zvyšuje riziko vzniku cukrovky.

1.3 Vzájemná spolupráce sester a rodinných příslušníků pacienta

Je nezbytné, aby všichni jedinci zainteresovaní do ošetrovatelského procesu dokázali navzájem spolupracovat, to se týká jednak celého zdravotnického týmu, jednak pacienta, pokud je schopen spolupráce, ale i rodiny pacienta, která se také může podílet na péči o pacienta, a ve spolupráci se zdravotníky mu pomoci při zlepšení svého stavu (Klevetová, 2017). Základem dobré spolupráce je efektivní komunikace, která utváří i vzájemné interpersonální vztahy dle Tomové a Křivkové (2016). Mezi další předpoklady dobré spolupráce se dle myšlenky Ptáčka, Bartůňka et al. (2015) zařazuje i vůle jednotlivých členů chtít spolupracovat a chtít dosáhnout předem stanoveného cíle, taktéž i plnění dílčích cílů, ke kterým patří jak radost z úspěchu, tak i sdělení špatné zprávy při neúspěchu. Tomová a Křivková (2016) zdůrazňují, že pro dobrou spolupráci mezi sestrou a rodinou je důležitá profesionalita a komunikační dovednosti sestry, opakované podávání srozumitelných informací, přijetí rodinných příslušníků jako rovnocenných partnerů při poskytování ošetrovatelské péče o pacienta a umožnění spolupráce s rodinou při ošetrovatelské péči o hospitalizovaného pacienta.

1.3.1 Zapojení rodiny do ošetrovatelského procesu

Hlavní rysy ošetrovatelství tvoří holistický přístup k pacientovi a poskytování aktivní a individualizované ošetrovatelské péče, která je prováděna prostřednictvím ošetrovatelského procesu, jehož základem jsou vědecké poznatky podložené výzkumem (Plevová et al., 2018). V péči o pacienta hraje velkou roli týmová spolupráce dle Plevové a Zoubkové (2021), které se účastní nejen lékaři, sestry a ostatní nelékařští zdravotničtí pracovníci, ale také rodina pacienta, která má svoji důležitost i během hospitalizace nemocného (Tomová a Křivková, 2016). Bártlová (2006) popisuje, že týmová práce umožňuje pružné, tvořivé a komplexní řešení. Dále Bártlová (2006) dodává, že předpokladem týmové práce je hlavně ochota všech členů spolupracovat. Dobrá týmová spolupráce se neobejde bez vzájemného komunikování všech jedinců zainteresovaných do péče o pacienta, tzn. že efektivní komunikace je základem týmové spolupráce, v tom se shodují Tomová a Křivková (2016) i Kapounová (2020).

1.3.2 Sestra ve spolupráci s rodinou pacienta

Sestra spolupracuje s dalšími sestrami, lékaři, s ostatním nelékařským zdravotnickým personálem, ale také s pacienty i jejich rodinami, dle Plevové et al. (2019) spolupráce pomáhá k vytvoření vzájemné podpory a dobrých pracovních vztahů, společně s ostatními se snaží dosáhnout vytyčených cílů, dodržet sliby, starat se o druhé, obětovat vlastní zájmy a dlouhodobě udržet profesionální vztahy. Plevová et al. (2019) připomínají, že mezi čtyři základní povinnosti sestry dle Etického kodexu Mezinárodní rady sester (ICN) patří podpora zdraví, předcházení nemocem, navrácení zdraví a zmírnění utrpení a Bartůněk et al. (2016) doplňují, že tento kodex byl vymezen v roce 1973 pro sestry na celém světě a v České republice byl přijat Českou asociací sester (ČAS) roku 2003.

Dynamický rozvoj medicíny zvyšuje nároky na péči o pacienty, je zde důraz na týmovou spolupráci, kde je třeba dle vyjádření Plevové a Zoubkové (2021) neustále zvyšovat rozsah svých vědomostí, sledovat poznatky vědy a výzkumu, aplikovat je do praxe za dodržení všech etických norem a práv pacienta. Danielis (2021) uvádí, že nároky na znalosti a dovednosti sester pečujících o pacienty na pracovištích urgentní péče a intenzivní medicíny se neustále zvyšují, stejnou myšlenku vyjadřují i Plevová a Zoubková (2021) a dodávají, že se jedná o přirozený důsledek snahy o zvyšování kvality poskytované péče, která jde ruku v ruce s progresivním vývojem medicíny.

Sestry pečující o pacienty provádějí každý den mnoho praktických výkonů, jež by měly mít podložené relevantními znalostmi v oblasti diagnostických i terapeutických postupů, tato role je vázána na vysokou míru zkušeností sestry a její dostatečný výcvik v klinické praxi, jak se zmiňují Plevová a Zoubková (2021).

Plevová et al. (2019) připomínají nejen v rámci bezpečné komunikace ve zdravotnickém zařízení, že u zdravotníků nelze opomenout zachování mlčenlivosti medicínského charakteru i osobních záležitostí, kterou ukládá § 51 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.

Ošetřovatelství má také svou etiku, neboli nauku o morálce, která je představována systémem pravidel a norem, které vymezují chování i jednání lidí, avšak Kutnohorská (2007) připomíná, že v ošetřovatelství je etika důležitější při rozhodování o tom, co je pro pacienta lepší a co dělat, aby se zachovala jeho důstojnost i jeho autonomie. Bartůněk et al. (2016) uvádí, že zdravotníci musí přijímat rozhodnutí, která mohou ovlivnit lidskou svobodu nebo i život jedince, dále musí řešit problémy, které nezávisí jen na odborných znalostech, ale které závisí i na jejich názorech a přesvědčeních. Etika má za cíl vést sestru k maximální zodpovědnosti, moudrosti a lidskosti, dále Ondriová (2021) píše, že cílem zdravotnické etiky je humanizace mezilidských vztahů mezi sestrou a pacientem, mezi sestrou a rodinou nemocného, mezi sestrou a lékařem a mezi sestrami navzájem. Sestra při výkonu svého povolání vstupuje do mezilidských vztahů, zejména má vztah k pacientovi, kterému zajistí lidské jistoty i v těch nejbolestivějších, nejsmutnějších, ale současně i nejšťastnějších momentech života, člověk nemůže přijít o svoji důstojnost v nemoci (Ondriová, 2021). Kutnohorská (2007) definuje péči jako pomoc potřebným formou podpory, asistence či ulehčení a zlepšení kvality života při nemoci, dále péči charakterizuje jako určitou formu napojení se na druhého jedince, tím způsobem lze zjistit, jak dotyčný vnímá a prožívá svět kolem sebe. Myšlenkou Kabelky (2020) je také to, že údajně lidé, kteří jsou na konci své cesty, nás učí žít. Z toho může sestra čerpat posilu jak k další práci, tak i ke svému osobnímu životu, protože dle Kabelky (2020) nesílíme úspěchy, ale tou bolestí, kterou překonáme, ale musíme se s tím naučit pracovat.

Ondriová a Fertařová (2021) uvedly myšlenku, že ošetřovatelství nese sociální odpovědnost za zdraví a nemoc jak jednotlivců, tak rodin i komunit, proto je důležitý individuální přístup k pacientovi, z toho vyplývá, že pro management zdravotnictví

je nezbytné zajištění kvality služeb a kvalitního personálu. Mezi etické povinnosti, které se vztahují na práci sestry, Kutnohorská (2007) jmenuje pečování, obhajobu, odpovědnost, povinnost a spolupráci. Nemocniční management upřednostňuje nejdůležitější faktory, mezi které se řadí stárnutí populace, požadavky na zdravotnické služby, zvyšující se nároky na kvalitu poskytované péče, inovaci technologie a v neposlední řadě zvyšující se požadavky na kvalifikaci personálu (Ondriová, Fertařová, 2021).

1.3.2.1 Psychohygienu sestry

Práce na anesteziologicko-resuscitačním oddělení je pro zdravotníky psychicky velmi náročná, proto je dle slov Bartůňka et al. (2016) důležité dbát na psychohygienu. Zadák, Havel et al. (2017) poukazují na fyzickou a psychickou náročnost práce, stresové situace, velké množství potřebných odborných a technických znalostí a dovedností, častá úmrtí atd. Andršová (2012) doplňuje, že patologické působení traumatizujících zážitků u sester se může začít projevovat jako psychosomatické onemocnění, psychické rozladění i syndrom vyhoření, ke kterým se přidává i abúzus návykových látek, nejčastěji alkohol a kouření, případně i drogy. Rudolf (2019) připomíná, že syndrom vyhoření je výsledkem zejména chronického přetížení jedinců. Bartůňek et al. (2016) upozorňují, že rizikovými osobami jsou především zdravotníci, kteří mají neustálý, náročný a intenzivní kontakt s jinými lidmi, a to je právě případ intenzivní péče. Ochranou před syndromem vyhoření je dle Zadáka, Havla et al. (2017) dobrá motivace k práci, systematické vzdělávání a vlastní duševní vyspělost i zralost, avšak nesmíme opomenout i zájmové aktivity a činnosti a kvalitní odpočinek.

1.3.2.2 Role sestry

Role souvisí s postavením člověka ve společnosti a značí očekávané a vyžadované chování, role sestry se rozlišuje v závislosti na tom, s kým je sestra aktuálně v kontaktu, např. s lékařem, s pacientem, či mezi sestrami navzájem (Plevová et al., 2018). Efektivní plnění role sestry je velmi náročné na osobnost jednotlivce i na kvalitu profesionální práce, jak uvádí Zítková a Kvasová (2019). Mimo níže uvedených rolí sestry Špirudová (2015) zmiňuje ještě i další role sestry, kterou může být nositelka změn, poradkyně, ale i týmová hráčka.

Role sestry pečovatelky a provádění pečovatelských činností se dle Plevové et al. (2019) považuje za základ ošetrovatelské role, zatímco Fulton et al. (2021) jmenují roli sestry ošetrovatelky, která provádí základní ošetrovatelskou péči. Plevová et al. (2019) dále uvádí, že sestry respektují z etického pohledu ochranu lidské důstojnosti a udržování zdraví lidí. Sestra v roli pečovatelky poskytuje ošetrovatelskou péči o nemocné ve zdravotnickém zařízení i v terénní péči (Plevová et al., 2018).

Sestra jako edukátorka nemocného a jeho rodiny se podílí na upevňování zdraví a prevenci nemocí, rozvoji soběstačnosti a předcházení komplikacím (Plevová et al., 2018). Fulton et al. (2021) doplňuje, že sestra edukuje pacienty i rodiny v důsledku onemocnění, následné léčby, ale i ošetrovatelských intervencí.

Role sestry obhájkyňe, dle Špirudové (2015) advokátka, spočívá zejména v ochraně základních lidských práv, jak píšou Plevová et al. (2019). Sestra v roli obhájkyňe nemocného se stává mluvčím nemocného v případě, že on sám není schopen projevit své potřeby, problémy a přání dle vyjádření Strudwicka et al. (2019), protože sestra díky ošetrovatelskému procesu má možnost tyto potřeby poznat, jak uvádí Plevová (2018).

Sestra v roli mentorky dle Plevové et al. (2018) má být příkladem, vzorem pro ostatní, nabízí odborné rady a zkušenosti, vytvoří bezpečné prostředí, pomáhá v karierním růstu, podněcuje k dosažení určených cílů, ale také konfrontuje negativní chování a postoje a hodnocení studenta. Gurková a Zeleníková (2017) charakterizují sestru mentorku jako tu, která zajišťuje podporu, vedení, učení a hodnocení studentů v klinickém prostředí. Gavendová (2021) uvádí, že pro efektivní učení je předpokladem navázání důvěry a spolupráce, dále je třeba učivo opakovat a díky průběžným úspěchům se u klienta zlepšují jeho nové vědomosti a sebedůvěra. Danielis (2021) poukazuje na dobrou příležitost pro studenty během praxe na anesteziologicko-resuscitačním oddělení, kteří mohou rozvíjet široké spektrum dovedností, učit se zvládat nelehké stresové situace (kam se řadí také péče o pacienta s infaustní prognózou), učit se interdisciplinárnímu přístupu a pečovat o pacienty s komplexními potřebami.

Sestra koordinátorka během plánování a realizace ošetrovatelské péče dle slov Fultona et al. (2021) spolupracuje s ostatními členy zdravotnického týmu, a jak se zmiňují Plevová et al. (2018), nemocného společně s jeho rodinou vybízí k aktivní spolupráci.

Sestra v roli asistentky spolupracuje s lékařem v rámci diagnosticko-terapeutických intervencí, jak uvádí Fulton et al. (2021), a Plevová et al. (2018) dodávají, že sestra připraví pacienta k vyšetření, u kterého asistuje lékaři.

Sestra výzkumnice se dle slov Plevové et al. (2018) podílí na získávání nových informací, využívání nových odborných poznatků, podílí se na rozvojových projektech či tvorbě nových ošetrovatelských standardů. Tato role je dle Fultona et al. (2021) přínosná zejména pro zkvalitnění ošetrovatelské péče, dále také zvyšuje úroveň ošetrovatelství a zlepšuje mezinárodní spolupráci.

Sestra komunikátorka během své role komunikuje nejen se svými kolegy ze zdravotnického týmu, ale i s pacienty a jejich rodinami, proto Kabelka (2020) upozorňuje na nutnost komunikace na několika různých komunikačních úrovních. Tomová a Křivková (2016) doplňují, že sestra také může propojit komunikaci mezi lékařem a pacientem.

Sestra v roli manažerky by měla mít dle Ondriové a Fertařové (2021) osobnostní vlastnosti úspěšné manažerky, kam se řadí motivační vlastnosti, odborné předpoklady, charakterové vlastnosti, komunikační schopnosti, inteligence a zručnost, emocionální stabilita, svědomitost a vnitřní motivace, čestnost, odvaha, atraktivita, charisma, sociální vztahy a osobní předpoklady. Šnokhausová (2022) ve svém výzkumu zjistila, že se v této roli nejčastěji nachází sestry s vysokoškolským vzděláním či kurzem managementu, které zastávají funkci staniční či vrchní sestry, případně jejich zástupkyně.

1.3.3 Rodina pacienta a její funkce

Zákon 89/2012 Sb., občanský zákoník definuje osobu blízkou, kterou je příbuzný v přímé řadě, sourozenec a manžel, případně partner z registrovaného partnerství, dále se sem řadí osoby sobě navzájem blízké, pokud by újmu, kterou utrpí jedna z nich, druhá pocítí jako újmu sobě vlastní, také se má za to, že mezi osoby blízké se řadí i osoby sešvagřené a také ty, které spolu trvale žijí. Např. Kurucová (2016) popisuje rodinu jako sociální skupinu, která se skládá ze dvou či více osob, které spolu žijí v jedné domácnosti a jsou spojeny svazky manželskými, pokrevními či adoptivními. Dále Kurucová (2016) poznamenává, že rodina je nejvýznamnější součástí společenské mikrostruktury, která poskytuje péči o rodinu svým členům nejvíce v období nemoci, kdy se o sebe sami nedokáží postarat. Dle Kurucové (2016) v rodině mohou přetrvávat

funkční kompetence, interakce i pozitivní vzorce chování, které ovlivňují schopnost rodiny k udržení si své celistvosti i při působení stresu, a které umožňují si také obnovit harmonii i rovnováhu v rodině, to se děje zejména při rychlém zotavení rodiny z těžké životní situace. Naopak zranitelnost rodiny vede ke zhoršení funkce v důsledku nedostatečné síly potřebné k řešení krizových situací, jak uvádí Sobotková (2007), vše je závislé na vzájemném působení nynějších problémů a nároků, které jsou kladeny na rodinu. Sobotková (2007) také píše, že pojem rodina se může použít vždy, kdy se mezi příbuznými a blízkými lidmi objeví intenzivní emocionální a psychologické vazby, i když se v tomto případě může jednat pouze o nesezdaný pár či náhradní rodinu. Baštecká (2013) se vyjadřuje, že partnerská spolupráce má podobu pomoci, protože se předpokládá, že lidé společně čelí neštěstím a společně nesou jejich důsledky.

Z historického hlediska rodina nejprve představovala rodové společenství, kde byly společně vychovávány děti a základem rodiny bylo monogamní manželství se společným majetkem, jak uvádí Gabura (2012). Rodiny vznikaly pro zachování rodu, ale své opodstatněné místo zde již odpradávná měly i city při výběru partnera, které se uplatňují i v dnešní době (Gabura, 2012).

Zdravotníci musí myslet také na to, že nemoc nikdy nezasáhne jen pacienta, ale zasáhne i jeho rodinu, jeho blízké (Kapounová, 2020). Tomová a Křivková (2016) píšou, že v období hospitalizace člena rodiny narůstá důležitost rodiny, protože role rodiny je v životě člověka nenahraditelná, i když se dle vyjádření Kapounové (2020) její funkce z historického hlediska změnila, dříve nemocní stonali doma, jejich blízcí se o ně starali, zatímco dnes rodina dokáže zdravotníkům poskytnout cenné informace o nemocném, může se přímo podílet na péči o pacienta, kterého psychicky a fyzicky podporuje, chrání, připravuje domácí prostředí a může zajišťovat další potřebnou péči, myšlenkou Zacharové (2017) je, že lze návštěvy vnímat jako léčebný faktor. Naopak je nutné respektovat předchozí přání pacienta o nesdělování informací o jeho zdravotním stavu, jak upozorňuje Kapounová (2020), a je nutné dbát na to, aby o pacientovu zdravotním stavu byl informován pouze ten člověk, kterého si sám pacient odsouhlasil, na tomto se shodují i Zadák, Havel et al. (2017). Většina rodinných příslušníků má zájem pomoci svému blízkému, bohužel neví jak, proto se Kapounová (2020) zmiňuje, že je má o tom edukovat sestra, která by měla naučit rodinu komunikovat s pacientem takovou komunikační technikou, která pacientovi vyhovuje nejvíce, dále zdůraznit možnost a význam fyzického kontaktu a pasivní komunikace u pacienta v bezvědomí,

protože mnoho lidí se bojí vzít nemocného za ruku, protože netuší, zda na svého blízkého mohou sáhnout. Kapounová (2020) popisuje, že dále je třeba naučit pacienta i jeho rodinu konkrétní postup či výkon, např. jak ošetřit stomii, jak aplikovat inzulin či nízkomolekulární heparin, jak převazovat ránu apod. Sestra dále dle slov Kapounové (2020) poskytne nemocnému a jeho rodině informace o zásadách správné výživy a nutnosti úpravy životosprávy, jak užívat léky a proč je to důležité, informace o kompenzačních a ošetrovacích pomůckách a různé možnosti, ať již z domácí péče, pečovatelské či sociální služby. Sestra také vysvětlí pacientovi i rodině určitá pohybová a dietní omezení, nutnou přípravu na plánované vyšetření (např. kolonoskopie) a případná praktická režimová opatření, ale lékař informuje o nutnosti izolace pacienta (Kapounová, 2020). Naopak Olding et al. (2016) popisují, že se pouze zřídka hovoří o zapojení rodiny do péče o pacienta a spolupráci s týmem zdravotníků, proto sestry mohou podceňovat význam potřeb rodiny, být na blízku svému nejbližšímu a pocítovat svoje místo v péči o nemocného. Dále Olding et al. (2016) dodávají, že rodina je závislá na zdravotnících a jejich ochotě, kteří umožní a usnadní kontakt mezi rodinou a nemocným. K tomu Voutilainen et al. (2006) dodávají, že sestra má rodinu povzbudit, vést a emocionálně podpořit při péči o blízkého.

Je běžné, že návštěvu k intenzivnímu lůžku pacienta přivádí sestra, která také zajistí, aby si návštěva oblékla empír a provedla řádnou hygienickou dezinfekci rukou, jak píše Kapounová (2020). Dále sestra dle slov Kapounové (2020) zjistí informovanost o zdravotním stavu pacienta, zajistí možnost dotazů rodiny mimo lůžko nemocného a dle situace informuje lékaře, který podá aktuální informace o zdravotním stavu pacienta. Tomová a Křivková (2016) dodávají, že sestra kromě umožnění rozhovoru rodiny s lékařem by rodině měla být oporou a měla by rodinu i pacienta pozitivně motivovat, ale nikdy nemá slibovat nespílitelné, jak zmiňuje Kapounová (2020). Po přivedení blízkých k nemocnému sestra vybídne rodinu ke komunikaci s pacientem, k fyzickému kontaktu, jak se zmiňuje Kapounová (2020). Tomová a Křivková (2016) doplňují, že sestra ujistí rodinu, že se nemusí bát se pacienta dotknout, vzít ho za ruku, ale Kapounová (2020) zmiňuje, že sestra rodině také umožní dostatek času k adaptaci na novou situaci. Sestra rodině zajistí dostatek soukromí, ale zároveň je na blízku, aby mohla být rodině oporou, což Kapounová (2020) neopomněla zmínit.

Zacharová (2017) podotýká, že dobré rodinné vztahy patří mezi nejdůležitější faktory, které příznivě ovlivňují průběh nemoci pacienta, taktéž návštěvy mohou pomoci

pacientovi překonat apatii či lhostejnost k léčbě. Při zapojení rodiny do spolupráce se sestrami je prioritní zlepšit úroveň soběstačnosti a sebekpěče nemocného, Klevetová (2017) zdůrazňuje, že ošetrovatelská péče o nemocného je vždy týmová záležitost, jak také uvádí Zadák, Havel et al. (2017). Velmi potřebná je komunikace s rodinou, Klevetová (2017) připomíná, že rozhovorem zjistíme, zda rodina může a chce se podílet na péči o svého blízkého, při jejich kladném postoji jim pomůžeme s tím, v čem a jak mohou být užiteční, např. se změnou polohy nemocného, s pomocí s pitím a jídlom atd., aby uměli správně pomoci s péčí o jejich blízkého.

Život ohrožující stav zasahuje jak pacienta samotného, tak i jeho blízké, také Bednařík a Andrášiová (2020) popisují, že pacient prochází velkou psychickou a fyzickou zátěží zvládnutí onemocnění a léčby. Rodina je tímto také velice zatížená, jak uvádí Zacharová (2017), a dále Bednařík a Andrášiová (2020) vysvětlují, že rodina musí nadále fungovat v pracovním procesu a ve svých každodenních povinnostech, ale také na rodinu přechází úkoly nemocného, kterého také ještě navštěvují v nemocnici. Šamánková (2011) připomíná, že rodina potřebuje vědět, že jejich blízkému je poskytována nejlepší možná péče s ohledem na jeho zdravotní stav, a že je zde na správném místě. Bednařík a Andrášiová (2020) se vyjádřili, že příbuzní reagují nevhodně, nepřiměřeně, někdy agresivně, či naléhají na lékaře, aby dělal víc, a to vše ze strachu o nemocného a jeho diagnózy, protože rodina chce pro svého blízkého to nejlepší, ale občas dojde k rozporu mezi rodinou a zdravotníky v tom, co by mělo být tím nejlepším pro nemocného v dané situaci. Stejnou myšlenku popisují i Tomová a Křivková (2016), kdy rodina pacienta v kritickém stavu může zažívat stres, úzkost, deprese, strach, psychické utrpení i nejistotu, bezmoc, z důvodu nacházení se v neznámé situaci bez znalostí jejího vyústění. Například někteří příbuzní by bývali chtěli být u KPR svého blízkého, aby viděli, že se pro něj udělalo všechno, ale aby také měli pocit, že byli se svým blízkým do konce, nenechali ho tam samotného a mohli se s ním lépe rozloučit (Alshaer et al., 2017).

Zadák, Havel et al. (2017) upozorňují, že na anesteziologicko-resuscitačních odděleních jsou hospitalizováni pacienti ve velmi vážných stavech, proto je nutné vzít v úvahu vyšší úmrtnost hospitalizovaných nemocných. Pacienti i jejich blízcí rodinní příslušníci, kteří se právě dozvěděli špatné informace, si potřebují projít prvotní silnou reakcí a dle vyjádření Goulstona (2018) jim pomůže k pochopení a zodpovězení jejich otázek ze strany zdravotníka, či dostatek času a soukromí k přemýšlení o celé situaci.

Jak popisuje Rapčan (2021), během umírání je důležité se vcítit do situace nemocného, který ztrácí postavení, jméno, práci, volnost pohybu, aktivitu, doprovází ho bolest, slabost, obavy, nepříjemná vyšetření, nemocný potřebuje uspokojit potřeby biologické, psychické, sociální a spirituální, jejich priority se mění. Nesmíme přestat ctít důstojnost pacienta, Ptáček a Bartůněk (2022) mezi nejdůležitější faktory důstojnosti řadí náhled na pacienta jako na jedinečnou lidskou bytost, intimita a stud, kvalita vztahů, komunikace, kvalita péče a prostředí. Fáze umírání dle Kübler-Rossové (1993) jsou negace, agrese, smlouvání, smutek a smíření, dle Rapčana (2021) těmito fázemi prochází jak nemocný, tak i jeho rodina, fáze se mohou opakovaně vracet či střídát.

1.3.4 Komunikace základem spolupráce

Komunikace je ve zdravotnictví velice důležitá nejen u lékařů, ale i u nelékařských zdravotnických profesí, zejména u sester, protože dle Tomové a Křivkové (2016) jsou sestry nejvíce zastoupenou skupinou zdravotníků a obvykle s pacientem stráví nejvíce času. Jak uvádí Plevová et al. (2019), kvalitní komunikace s pacientem ze strany zdravotníků částečně zlepší nebo ovlivní trvání, úspěšnost a nákladnost terapie. Sestra během své role jako sestra komunikátorka efektivně komunikuje nejen s pacienty, ale i s jejich rodinami, proto je nucena komunikovat na několika různých komunikačních úrovních (Kabelka, 2020), Tomová a Křivková (2016) dodávají, že sestra v roli komunikátorky má významnou pozici.

Komunikace mezi zdravotníkem a pacientem je velice důležitá, je nutností vytvořit důvěryhodné prostředí s úctou a respektem, porozuměním potřebám pacienta, jak se zmiňuje Dingová Šliková (2018). Tomová a Křivková (2016) uvádí, že sestra pacientovi předává informace jasné, srozumitelné a odpovídající intelektuálním možnostem pacienta, dále dle Dingové Šlikové (2018) sestra zvolí přiměřený tón, barvu hlasu, intonaci, tempo řeči a sílu hlasu. Sestra dá pacientovi prostor k vyjádření svých pocitů a umožní mu položit dotazy, Dingová Šliková (2018) také upozorňuje, že pacient nikdy nemá mít pocit, že sestra pospíchá a že ji jeho dotazy nezajímají. Sestra si v rámci zpětné vazby zkontroluje, zda pacient porozuměl předávaným informacím a pochopil je, jak zmiňuje Dingová Šliková (2018), zatímco Tomová a Křivková (2016) přikládají důraz na zpětnou vazbu, protože udržuje účastníky komunikace v komunikační situaci, a také dodávají, že zpětná vazba může mít podobu pouze úsměvu, přikývnutí apod.

Komunikace probíhá mezi dvěma stranami, Tomová a Křivková (2016) charakterizují mluvčího (komunikátora) a příjemce (komunikanta), kteří si předávají informace komunikačním kanálem, Dingová Šliková (2018) také uvádí, že si obě strany během komunikace vzájemně střídají své komunikační pozice. Mezi hlavní funkce komunikace se řadí informování, instruování, přesvědčení, vyjednání a pobavení (Plevová et al., 2019).

Během celého procesu dorozumívání se se jednotlivé funkce komunikace vzájemně prolínají a doplňují se (Plevová et al., 2019). Mezi komunikátorem a komunikantem probíhá interaktivní proces, přičemž komunikace je jeho součástí, dále dle Plevové et al. (2019) komunikace pomáhá nacházet souvislosti mezi myšlením, prožíváním a chováním, které vedou k dosažení výsledků, dále k přirozenosti při navazování kontaktů, empatii a tvorbě sociálních dovedností a technik. Švecová (2019) uvádí, že by komunikace mezi sestrou a pacientem měla vést k rovnocennému vztahu mezi dvěma lidmi, i když z profesního hlediska je pro pacienta sestra autoritou, kdy pacienta edukuje a podporuje ho v léčbě a poskytuje oporu nemocnému ve chvílích, kdy pacient čelí závažnému zdravotnímu stavu a často se musí adaptovat na změnu v životě, případně učinit závažná rozhodnutí.

Komunikace se dělí na verbální a neverbální komunikaci, jak uvádí Švecová (2019), zatímco Dingová Šliková (2018) dodává, že se během komunikace verbální i neverbální složky vzájemně doplňují. Při verbální komunikaci se komunikátor a komunikant dorozumívají prostřednictvím slov, Tomová a Křivková (2016) řadí mezi druhy verbální komunikace formální, která je obvykle plánovaná, a neformální, kam patří běžný rozhovor. Tomová a Křivková (2016) dále vysvětlují, že paralingvistická komunikace se považuje za velmi výrazný doplněk verbální komunikace a Dingová Šliková (2018) sem řadí velmi důležitou slovní zásobu, všeobecný přehled, hlasový projev, který obsahuje sílu a barvu hlasu, intonaci, plynulost a tempo řeči. Tomová a Křivková (2016) uvádí, že verbální komunikace probíhá ve dvou základních rovinách, první racionální rovina je pouze rozumová část komunikace bez jakýchkoliv emocí, zatímco druhá emocionální rovina se zabývá formou sdělení, způsobem podání, emočními stavy apod. a autorky připomínají, že je žádoucí využívat tento způsob komunikace v pomáhajících profesích. Zacharová (2016) doplňuje, že do verbální komunikace se řadí také mlčení, protože v tichu se může přemýšlet a hledat způsob, jak dále pokračovat v komunikaci. Neverbální komunikace znamená dorozumívání mimoslovně, jak uvádí

Tomová a Křivková (2016), řadí se sem mimika, gestika, proxemika, haptika, kinezika, posturologie, chronemika, teritorialita, vazomotorické projevy, oční kontakt a komunikace prostřednictvím předmětů (např. barvy, oděv, prostor, olfaktorická komunikace). Švecová (2019) dodává, že neverbální komunikace je velmi důležitá, zejména výraz obličeje a dotyky. Avšak existují i komunikační bariéry, které znesnadní komunikaci, Tomová a Křivková (2016) je dělí na dvě základní skupiny. První skupinou jsou interní bariéry, které souvisí s osobnostními problémy komunikujícího, kam Tomová a Křivková (2016) řadí obavu z neúspěchu, zlost, neúctu, nesympatie, nesoustředěnost a skákání do řeči, druhou skupinou jsou externí bariéry, kde se nachází rušivé vlivy okolí, např. nevhodné uspořádání nábytku, vyrušování, vzdálenost mezi komunikujícími, rozptylování třetí osobou, hlasitý hovor členů zdravotnického týmu, hluk atd.

1.3.4.1 Možnosti komunikace s pacienty v intenzivní péči

Na anesteziologicko-resuscitačním oddělení jsou často hospitalizováni pacienti ve velmi vážném stavu, kteří vyžadují speciální formu komunikace, Kapounová (2020) také dále uvádí, že nelze opomenout to, že každý pacient komunikuje jiným způsobem, proto je základem se naučit s pacientem komunikovat a naučit pacienta komunikovat. Švecová (2019) doplňuje, že zdravotníci mají vzít v úvahu pocity pacienta a umožnit mu, aby se mohl vyjádřit v dostatečné míře. Bartůněk et al. (2016) připomínají, že vážný stav pacientů, např. zaintubovaných či s tracheostomií nebo poruchou vědomí, vyžaduje speciální formy komunikace, dále nesmíme opomenout dle Kapounové (2020), že každý pacient komunikuje jinak, proto musíme zvolit vhodnou formu komunikace.

Pro pacienta příjem na lůžko intenzivní péče bývá velmi stresující, protože dle Švecové (2019) má důvodné obavy ze závažnosti svého onemocnění či zranění. Anesteziologicko-resuscitační oddělení jsou přizpůsobena tomu, aby pomáhaly udržovat při životě kriticky nemocné pacienty, Švecová (2019) doplňuje, že veškerá zdravotnická technika a vybavení, hadičky a kabely napojené na pacienta, neznámé zvuky, alarmy a umělé osvětlení jsou děsivé jak pro pacienty samotné, tak i pro jejich blízké, a rozhodně toto prostředí nevytváří vhodné podmínky ke komunikaci. Na této problematice spojené s alarmy se shodují i Leder (2020) a Richterová (2017). Mimo to Švecová (2019) připomíná také to, že pacient může být zaintubovaný, pod medikací, v bezvědomí či s velkými bolestmi, dále komunikace může být ovlivněna tím, že si pacient neuvědomí vážnost situace, či cítí nedostatek kontroly nad jeho stavem, případně nezná důvod

různých ošetrovatelských intervencí a ztrácí kontakt s okolním světem a pojem o čase. Tomová a Křivková (2016) popisují, že tyto faktory mohou lehce narušit celou komunikaci, a to vede ke snížení kvality ošetrovatelské péče o pacienta.

1.3.4.2 Asertivní komunikace

Asertivní komunikace je speciální dovednost, která je důležitá zejména u pomáhajících profesí, kam je zařazena také profese sestry, dle Dingové Šlikové (2018) komunikátor si stojí na svém, aktivně prosazuje své zájmy, aniž by poškodil práva druhých, respektuje jejich práva a jedná přímo a otevřeně. Dingová Šliková (2018) píše, že asertivní člověk mezi své schopnosti a dovednosti zařadí prosazení oprávněného požadavku bez agresivity či manipulace, vyjádří své vlastní myšlenky i pocity, za své jednání nese odpovědnost, přijme odmítnutí bez neadekvátní negativní reakce, přijme i vyjádří svůj nesouhlas i kritiku, zahájí, udrží a ukončí konverzaci a přistoupí na kompromisy. Dle Ondriové a Fertařové (2021) asertivní člověk je také slušný, ohleduplný, sebevědomý, empatický, má úctu k druhému a respektuje ho, dokáže naslouchat a je ochotný změnit svůj názor, přiznat si chybu a přistoupit na kompromis, jedná klidně a uvolněně. Opačným příkladem je neasertivní komunikace, která se projevuje pasivitou, agresí a manipulativním chováním, lidé se nedokáží ovládat, nachází se ve stavu nejistoty a napětí, jak zmiňuje Dingová Šliková (2018).

1.3.4.3 Komunikace dle onemocnění pacienta

U pacientů v bezvědomí se využívá forma tzv. pasivní komunikace, jak popisuje Kapounová (2020), kdy komunikuje pouze sestra bez zpětné vazby od pacienta. Švecová (2019) doplňuje, že i když pacient nemůže mluvit, tak máme předpokládat, že nás vnímá a musíme si uvědomit, že nelze nekomunikovat.

Pacienti s nutností dlouhodobé umělé plicní ventilace podle Kapounové (2020) uvítají běžnou komunikaci, protože jejich hospitalizace je dlouhá, nudná a stereotypní. Využívají se obvykle všechny komunikační techniky, cílem je pacienta povzbudit, pozitivně naladit, odlehčit atmosféru, povyprávět např. o počasí, o příhodě cestou do práce (Kapounová, 2020). Tomová a Křivková (2016) doplňují, že by sestra měla o vhodném způsobu komunikace také informovat návštěvy, dále je vhodné se tázat pacienta uzavřenými otázkami, na které odpoví ano×ne.

Pacienti s nutností zajištění dýchacích cest, ale nevyžadující ventilační podporu a vysokou frakci kyslíku, kteří odkašlou a polykají, mohou dle Kapounové (2020) využívat pomůcky umožňující tvorbu hlasu, mezi které se řadí orátor nebo perforovaná (fenestrována) tracheostomická kanyla. Tomová a Křivková (2016) připomínají, že tito pacienti si plně uvědomují nutnost připojení na umělou plicní ventilaci a nemožnost opuštění lůžka, to je pro pacienty stresující a negativně se to podepisuje na jejich psychice.

Specifickou skupinou z hlediska komunikace jsou pacienti při vědomí se zajištěnými dýchacími cestami endotracheální kanylou nebo tracheostomickou kanylou (Kapounová, 2020). U těchto pacientů lze využít celé řady komunikačních technik, jak píše Kapounová (2020), využívá se zejména odezírání ze rtů, které vyžaduje dobrou artikulaci pacienta a zkušenost sestry, Tomová a Křivková (2016) dále připomínají, že obě strany musí být velmi trpělivé. Švecová (2019) připomíná, že k zásadám komunikace patří stručnost, jasnost a srozumitelnost, a že máme být připraveni na opakování svého sdělení. Často se pacient zlobí a bývá podrážděný, pokud mu sestra nerozumí, a mluví rychle bez rozeznatelné artikulace, v tom případě lze tuto techniku nahradit abecední tabulkou, která je ale časově náročná, její velkou výhodou je využití v komunikaci mezi pacientem a jeho rodinou, která není trénovaná v odezírání ze rtů, jak uvedla Kapounová (2020). Pacienti také mohou tužkou psát na papír, ale psaní bývá pro pacienty vysilující, proto dle Ledera (2020) pacienti mohou komunikovat mrkáním nebo stiskem ruky, dále dle slov Kapounové (2020) pacient může ukazovat jednoduché pohyby vystihující jeho běžné potřeby. Švecová (2019) zmiňuje také piktogramy, magnetickou tabulku s písmeny a čísly a elektroniku (tablet, počítač, chytrý telefon či multimediální přehrávač), k tomu ale Leder (2020) dodává, že elektronické pomůcky jsou využívány spíše u mladší generace nemocných. V neposlední řadě se používají i komunikační karty, které pomocí obrázků znázorňují časté potřeby a přání, tyto karty mimo jiné také usnadňují komunikaci s cizinci, protože jsou doplněny i o výklad do několika světových jazyků (Kapounová, 2020).

Pacienti po cévní mozkové příhodě v pokročilém věku bývají depresivní a obvykle nedoslýchají a hůře vidí, proto je nutné mluvit pomalu, nahlas a dopřát jim čas na rozmyšlenou a nechvátat na odpověď, jak píše Kapounová (2020). Bočková (2015) doplňuje, že u těchto pacientů se využívají systémy alternativní a augmentativní komunikace, které zahrnují široké spektrum jak technických, tak i netechnických

prostředků, a jsou určeny pacientům s obtížemi s porozuměním, a dále pacientům, kteří mají komunikační schopnosti narušeny do té míry, kdy nejsou schopni svoje myšlenky, potřeby a pocity verbálně sdělit, jak také popisují Bartůněk et al. (2016).

U nemocných s kvantitativními a kvalitativními poruchami vědomí probouzejících se z bezvědomí z různých příčin či po komplikovaných operačních výkonech se komunikací zjišťuje hloubka vědomí, pacientovo pohodlí či nepohodlí a možnost kontaktu s pacientem (Kapounová, 2020). Jak píše Kapounová (2020), obvyklým začátkem komunikace bývá oslovení pacienta a dotaz, zda pacient slyší dotazujícího se zdravotníka, následují žádosti o otevření očí, stisk ruky, vypláznutí jazyka, doplněné otázkami na bolest a pohodlné ležení. Růžička et al. (2021) poznamenává, že je vhodné začít s otázkou na jméno pacienta, následně se zeptat na orientaci v čase, místě a situace. Dle Kapounové (2020) se s pacientem komunikuje na nejvyšší možné úrovni a probíhá snaha o jeho maximální zpětnou vazbu. Zároveň ale Tomová a Křivková (2016) uvádí, že s pacientem s těžkou kvantitativní poruchou vědomí je téměř nemožné navázat komunikaci. Růžička et al. (2021) doplňují, že tito pacienti jsou často neklidní, agitovaní, agresivní a doprovázejí je bludy a halucinace. V intenzivní péči se běžně setkáváme s pacienty neklidnými a zmatenými, u kterých se opakovaně snažíme o jejich orientaci v prostředí a uklidnění, např. aby nevstávali z lůžka, že jsou v nemocnici po operaci, ale určitá skupina neklidných pacientů má nereálnou utkvělou představu, že se něco musí udělat, jejich uklidnění nastane až po „vykonání“ té dané činnosti (Kapounová, 2020).

Pacienti s agresivním chováním se projevují chladnou, ironizující komunikací se sestrou, mohou plivat léky a stravu, nebo se stávají fyzicky násilní ke své osobě, spolupacientům, sestře nebo rodině, jak uvádí Kapounová (2020), zatímco Zacharová (2017) doplňuje, že pacient může zrudnout v obličeji, zatínat zuby či pěsti, přehnaně gestikulovat i poklepávat prsty nebo rukou o daný předmět. Mezi verbální projevy agrese pacienta Zacharová (2017) řadí odsekávání, hlasitý projev, ale i výhrůžky. Kapounová (2020) upozorňuje, že je vždy třeba myslet na to, že na určité části nepřiměřeného chování se spolupodílí zdravotnický personál a konflikt vznikne vždy minimálně mezi dvěma lidmi. Pokud dojde k verbální agresivitě, je doporučeno sestře zachovat klid a respektovat normy společenského chování, jak píší Tomová a Křivková (2016), rozhodně neodpovídat na agresi protiútokem, ale vyjádřit nesouhlas s chováním pacienta, ne se samotným pacientem, a snažit se hledat důvody pacientovy zloby a zkusit

je odstranit, pokud jejich odstranění není možné, klidně vysvětlit své stanovisko a vyjádřit pochopení s nepříjemnými následky, jak vysvětluje Kapounová (2020).

Pacienti po vysoké lézi míšni bývají dle vyjádření Kapounové (2020) apatičtí a depresivní, změnil se jim život, jejich hodnoty, cíle a plány do budoucna, Novosad (2011) připomíná, že tato náhle vzniklá změna zdravotního stavu je pro pacienta velice náročnou životní situací, která zasahuje i do pacientova okolí, a může vést ke změnám vlastností pacienta a jeho osobnosti. Tito pacienti často sami komunikovat vůbec nechtějí, proto s nimi komunikace bývá velmi obtížná, jak uvádí Kapounová (2020). Nelze využít psaní, ani abecední nebo obrázkové tabulky, ale využívá se odezírání ze rtů, které ovšem vyžaduje velkou trpělivost a spolupráci stran pacienta i sestry, případně se dá použít forma rozhovoru obsahující pouze uzavřené otázky, při kterých pacient při souhlasu např. zavře oční víčka, při nesouhlasu např. zavrtí hlavou (Kapounová, 2020).

Kapounová (2020) popisuje, že pacienti s posthypoxickým poškozením mozku potřebují kamarádský a trpělivý přístup. Obvykle se chovají jako děti, které sice všechno odsouhlasí, ale neposlechnou, je třeba jim vše často a velmi jednoduše vysvětlovat.

2 Cíle práce, hypotézy a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

1. Zmapovat vzájemnou spolupráci sester a rodinných příslušníků pacientů hospitalizovaných na anesteziologicko-resuscitačním oddělení.
2. Zjistit, jaký mají sestry a rodinní příslušníci náhled na pacienty hospitalizované na anesteziologicko-resuscitačním oddělení.

2.2 Výzkumné otázky

VO1: Jaký je náhled rodinných příslušníků na pacienty hospitalizované na anesteziologicko-resuscitačním oddělení?

VO2: Jaký je náhled rodinných příslušníků pacientů hospitalizovaných na anesteziologicko-resuscitačním oddělení na sestry?

VO3: Jakým způsobem rodinní příslušníci pacientů hospitalizovaných na anesteziologicko-resuscitačním oddělení spolupracují se sestrami?

VO4: Jaká pozitiva vnímají rodinní příslušníci pacientů hospitalizovaných na anesteziologicko-resuscitačním oddělení ve spolupráci se sestrami?

VO5: Jaká negativa působí na psychiku rodinných příslušníků pacienta hospitalizovaného na anesteziologicko-resuscitačním oddělení během návštěvy?

2.3 Hypotézy

H1: Sestry mají otevřený pozitivní přístup k podpoře rodiny pacienta hospitalizovaného na anesteziologicko-resuscitačním oddělení.

H2: Spolupráce sester s rodinnými příslušníky pacientů hospitalizovaných na anesteziologicko-resuscitačním oddělení se liší dle náročnosti směny.

H3: Náhled sester na pacienty hospitalizované na anesteziologicko-resuscitačním oddělení se liší dle vzdělání.

H4: Náhled sester na pacienty hospitalizované na anesteziologicko-resuscitačním oddělení se liší dle délky praxe.

2.4 Operacionalizace pojmů

Zde jsou představeny stěžejní pojmy této diplomové práce a jejich význam znázorňuje, jakým způsobem je na ně v rámci této práce nahlíženo. Mezi tyto pojmy řadíme „*Náhled na pacienty*“ a „*Otevřený pozitivní přístup*“.

Náhled na pacienty – Sestra na pacienta v rámci ošetrovatelství nahlíží holisticky, tzn. že se zajímá o pacientovy potřeby biologické, psychologické, sociální i spirituální (Plevová et al., 2018). Ptáček a Bartůněk (2022) nahlíží na pacienta jako na jedinečnou lidskou bytost se svojí intimitou a studem, která potřebuje komunikaci a kvalitu péče i prostředí. Náhled na pacienta je v této práci použit jak ze strany sester, tak i ze strany rodinných příslušníků. Dle našeho názoru značí to, jaký má daný jedinec na pacienta individuální názor, jaký k němu zaujímá postoj, chová se k němu, ale i to, jak nahlíží na pacientovu diagnózu.

Otevřený pozitivní přístup – Přístup k pacientovi je charakterizován jako multidisciplinární ve spojení s holistickou ošetrovatelskou péčí, dále usiluje o zlepšení kvality života pacientů (Bužgová, Sikorová et al., 2019). Z našeho pohledu je otevřeným pozitivním přístupem myšleno to, aby sestra vyšla rodině vstříc, byla nápomocná, otevřená spolupráci, uvítala návštěvy, zajímala se o pacienta i jako o lidskou bytost, ne pouze jako o svoji práci, kterou nutně musí vykonat.

3 Metodika

Pro empirickou část diplomové práce byl použit kvalitativní výzkum, jehož předmětem zkoumání se stali rodinní příslušníci pacientů, u kterých byla zvolena technika sběru dat prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů. Dále byl realizován kvantitativní výzkum, jehož předmětem zkoumání se za pomoci dotazníkového šetření staly sestry pracující na anesteziologicko-resuscitačních odděleních. Na základě rešerše odborných zdrojů zpracovanou Městskou knihovnou Pelhřimov byla provedena sondáž výzkumného prostředí pro odhalení podstatných oblastí, které se staly předmětem našeho výzkumného šetření.

3.1 Design kvalitativního výzkumného šetření

Výzkumné šetření bylo realizováno v měsících únoru a březnu roku 2023 pomocí polostrukturovaných rozhovorů (viz Příloha 2). Informantky byly vybrány metodou sněhové koule (tzv. snowball sampling).

3.1.1 Charakteristika výzkumného šetření

Rozhovory byly autorkou po předchozí domluvě s informantkami ihned přepisovány prostřednictvím notebooku do programu Microsoft Office Word. Zpočátku se tři informantky obávaly, že bude rozhovor probíhat zbytečně zdlouhavě oproti rychlejšímu nahrávání, avšak přesvědčila jsem je, že ovládám techniku psaní všemi deseti prsty a píšu velmi rychle, proto nakonec souhlasily a netrvaly na vytvoření audiozáznamu. Tento styl záznamu uvítalo pět informantek, protože nahrávání rozhovoru by pro ně nebylo příjemné. Zbývajícím dvěma informantkám bylo jedno, jakým způsobem bude rozhovor zaznamenáván. Dále byly informantky ujistěny o zachování anonymity a možnosti kdykoliv odstoupit od rozhovoru, případně možnosti neodpovídat na určitou otázku či část výzkumu, který by se jim jevil jako velmi nepříjemný, nebo by z různých důvodů nechtěly odpovídat. Tato možnost jim byla zmíněna zejména z toho důvodu, protože si velmi vážíme jejich času a ochoty zúčastnit se tohoto výzkumu, a nerady bych jim například po několika desítkách minut strávených nad rozhovorem musely říci, že jejich informace nemůžeme použít, protože nezodpověděly všechny otázky. Každá odpověď je cennou informací, které si velice vážíme, a je důležitá do našeho výzkumného šetření. Rozhovory trvaly 30 min. – 1,5 hod. Po realizaci rozhovorů byly rozhovory, které jsou archivovány u autorky práce, kódovány za pomoci

metody „tužka a papír“. Kódy s jednotlivými názvy byly shrnuty do podkategorií a kategorií, které zobrazují jednotlivé diagramy. Tyto diagramy byly vytvořeny v programu Microsoft Office Word pomocí funkce Smart Art, která je určena pro tvorbu schémat.

3.1.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor kvalitativního výzkumného šetření obsahuje deset informantek, které byly navštívit svého blízkého hospitalizovaného na ARO a byly ochotné účastnit se tohoto výzkumného šetření. Výzkumný soubor měli tvořit i dva muži, kteří se na poslední chvíli z účasti výzkumu omluvili, neboť se ho nechtěli účastnit. Pět informantek pochází z okruhu mých přátel a známých, zbývajících pět informantek jsou známé těch, které se již zúčastnily rozhovoru se mnou a předaly jim na mě kontakt.

3.2 Design kvantitativního výzkumného šetření

Výzkumné šetření bylo realizováno v březnu a v dubnu roku 2023. Dotazníky v tištěné formě byly rozdány sestřím pracujícím na lůžkových ARO ve dvou nemocnicích po odsouhlasení výzkumu náměstký pro ošetrovatelskou péči, jejichž souhlasy jsou k dispozici u autorky práce. V nemocnicích bylo celkem rozdáno 45 dotazníků, navrátilo se 29 řádně vyplněných dotazníků, návratnost dotazníků činila 64,4 %. Dále byly dotazníky vytvořeny prostřednictvím webových stránek Google Forms a distribuovány online prostřednictvím sociálních sítí, odkud se nám vrátilo 172 řádně vyplněných online dotazníků. Ke sběru dat nebyla využita žádná tazatelská skupina. Z tohoto důvodu sběr dat, optická kontrola, vkládání dat do počítače, tabelování a následná interpretace výsledků byly realizovány pouze mojí osobou.

3.2.1 Charakteristika výzkumného šetření

Sestry pracující na anesteziologicko-resuscitačních odděleních, které byly ochotné zapojit se do výzkumného šetření, vyplňovaly dotazník vlastní konstrukce (viz Příloha 1). Dotazník byl zcela anonymní a obsahoval 25 otázek. Z toho bylo 6 otázek otevřených, 10 otázek polouzavřených a 9 otázek uzavřených. Identifikační otázky byly 3 a dotazovaly se na věk a pohlaví respondentů a uspořádání ARO, na kterém respondenti pracují. Otázky č. 18 a č. 24 byly uspořádány v tabulkách a obsahovaly tvrzení, která respondenti vyhodnocovali pomocí pětistupňové Likertovy škály se stupni „*Naprostou souhlasím*“, „*Spíše souhlasím*“, „*Nevím*“, „*Spíše nesouhlasím*“ a „*Naprostou*

nesouhlasím“. U otázky č. 24 byla možnost „*Nevím*“ u posledních 3 tvrzení nahrazena možnostmi „*Nebyl/a jsem navštívit svého blízkého*“, „*Nebyl/a jsem na MD/RD*“ a „*Nestudoval/a jsem během mého zaměstnání na ARO*“. Závěrem se respondenti mohli vyjádřit k dotazníku, zda mají nějakou připomínku, či by uvítali i jiné odpovědi apod.

3.2.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor kvantitativního výzkumného šetření tvořily sestry (muži i ženy pracující na pozicích všeobecné sestry či zdravotnického záchranáře) pracující na ARO. Podmínkou nebyl jejich celý pracovní úvazek, byl požadován alespoň částečný pracovní úvazek.

3.3 Statistická analýza kvantitativních dat

Ke statistickému zpracování získaných dat byl použit program Microsoft Office Excel. Hypotézy byly vyhodnoceny pomocí Chí kvadrát testu a Spearmanovy neparаметrické korelace v programu IBM SPSS Statistics 28. Následně byla data interpretována do tabulek. U testů byla hladina významnosti 5 % ($p = 0,05$), avšak jeden výsledek byl uveden i s hladinou významnosti 0,1 % ($p = 0,001$). Při statistické analýze druhé hypotézy došlo k rekatégorizaci dat.

4 Výsledky

V této části diplomové práce jsou prezentovány výsledky kvalitativního i kvantitativního výzkumného šetření. Výsledky kvalitativního výzkumného šetření jsou doplněny o tabulku se základními údaji o informantkách a o diagramy, které znázorňují jednotlivé kategorie a k nim se vztahující podkategorie a kódy. Výsledky kvantitativního výzkumného šetření jsou zobrazeny pomocí grafů. Výsledky statistického vyhodnocení hypotéz jsou zapsány do tabulek.

4.1 Výsledky kvalitativního výzkumného šetření

Níže jsou podrobně analyzovány výsledky polostrukturovaných rozhovorů doplněny o diagramy zobrazující kategorie, podkategorie a kódy.

Seznam kategorií a podkategorií:

Kategorie 1 – Náhled rodinných příslušníků na pacienty

Podkategorie 1 – První návštěva ARO

Podkategorie 2 – Další návštěvy ARO

Podkategorie 3 – Uspořádání a zvyklosti daného ARO

Kategorie 2 – Náhled rodinných příslušníků na sestry

Podkategorie 1 – Iniciativa sestry

Podkategorie 2 – Přístup sestry

Podkategorie 3 – Vnímání sestry rodinnými příslušníky

Kategorie 3 – Spolupráce rodinných příslušníků se sestrami

Podkategorie 1 – Biografická anamnéza

Podkategorie 2 – Pomoc při ošetrovatelské péči

Podkategorie 3 – Pacientovy oblíbené předměty donesené rodinou

Kategorie 4 – Pozitiva spolupráce rodinných příslušníků se sestrami

Podkategorie 1 – Pomoc sestry

Podkategorie 2 – Informace

Kategorie 5 – Negativa působící na psychiku rodinných příslušníků během návštěvy

Podkategorie 1 – Psychický stav

Podkategorie 2 – Komunikace

Podkategorie 3 – Dojmy z ARO s odstupem času

Kategorie – Identifikační údaje

Tato kategorie s názvem Identifikační údaje byla vytvořena pro získání údajů o informantech. Cílem bylo zjistit u respondentů jejich věk, pohlaví, vzdělání, zaměstnání a jejich příbuzenský vztah k pacientovi. V této kategorii jsou stanoveny kódy: Kód 1 – Věk, Kód 2 – Pohlaví, Kód 3 – Vzdělání, Kód 4 – Zaměstnání a Kód 5 – Příbuzenský vztah pacienta.

Tabulka 1 Identifikační údaje

	Věk	Pohlaví	Vzdělání	Zaměstnání	Příbuzenský vztah pacienta
Informantka 1	32 let	Žena	VŠ nezdravotnické	Mateřská dovolená	Tatínek
Informantka 2	28 let	Žena	VŠ nezdravotnické	Asistentka ve stavební firmě	Sestřenice
Informantka 3	31 let	Žena	VŠ pedagogické, SŠ – ZA	Učitelka v mateřské škole	Babička, tatínek
Informantka 4	25 let	Žena	SŠ nezdravotnické	Zapisovatelka	Dědeček
Informantka 5	30 let	Žena	SOU	Prodavačka	Manžel
Informantka 6	43 let	Žena	SOU	Rodičovská dovolená	Maminka
Informantka 7	27 let	Žena	VŠ nezdravotnické	Bankovní poradce	Prababička, tchán
Informantka 8	31 let	Žena	VŠ zdravotnické	Sestra na JIP	Dědeček
Informantka 9	65 let	Žena	SŠ nezdravotnické, sanitářský kurz	Mzdová účetní	Maminka
Informantka 10	55 let	Žena	SŠ nezdravotnické	Úřednice	Maminka

Legenda: vzdělání – VŠ – vysokoškolské vzdělání, SŠ – středoškolské vzdělání, SOU – střední odborné učiliště, ZA – zdravotnický asistent

Tabulka 1 zobrazuje identifikační údaje informantek, které o sobě uvedly během rozhovorů. V levém sloupci jsou uvedeny jednotlivé informantky, v horním řádku jsou zobrazeny jednotlivé kódy. Pod tabulkou se nachází legenda, která vysvětluje zkratky u vzdělání informantek.

Výzkumného šetření se zúčastnily pouze ženy, jejich věk se pohybuje v rozmezí od 25 let do 65 let. Zdravotnické vzdělání mají tři informantky, informantka 3 má středoškolské vzdělání v oboru zdravotnický asistent, informantka 8 má vysokoškolské vzdělání, absolvovala bakalářské studium v oboru všeobecná sestra a magisterské studium v oboru specializace v intenzivní péči, informantka 9 absolvovala sanitářský kurz. Ostatní informantky mají nezdravotnické vzdělání, informantky 5 a 6 jsou vyučené, informantky 4, 9 a 10 mají středoškolské vzdělání zakončené maturitní zkouškou a zbývající informantky mají vysokoškolské vzdělání, protože mají vzdělání nezdravotnického charakteru, již nebyly dále dotazovány na jejich nejvyšší dosažené vysokoškolské vzdělání.

Informantka 8 pracuje jako sestra specialista na JIP. Informantka 1 je na mateřské dovolené a informantka 6 je na rodičovské dovolené, zbývající informantky mají různá povolání, informantka 2 je zaměstnána jako asistentka ve stavební firmě, informantka 3 pracuje jako učitelka v mateřské školce, informantka 4 vykonává povolání zapisovatelky na okresním soudě, informantka 5 prodává, informantka 7 zastává funkci bankovního poradce, informantka 9 je zaměstnaná jako mzdová účetní a informantka 10 pracuje jako úřednice.

Tři informantky šly na ARO navštívit svoje maminky, jsou to informantky 6, 9 a 10. Dvě informantky (informantka 1 a 3) navštívily své tatínky, další dvě informantky (informantky 4 a 8) navštívily své dědečky, informantka 2 navštívila svoji sestřenicí, informantka 3 navštívila i svoji babičku, informantka 5 šla na ARO za svým manželem a informantka 7 navštívila svoji prababičku i svého tchána.

Kategorie 1 – Náhled rodinných příslušníků na pacienty

Diagram 1 Nahlížení rodinných příslušníků na pacienty

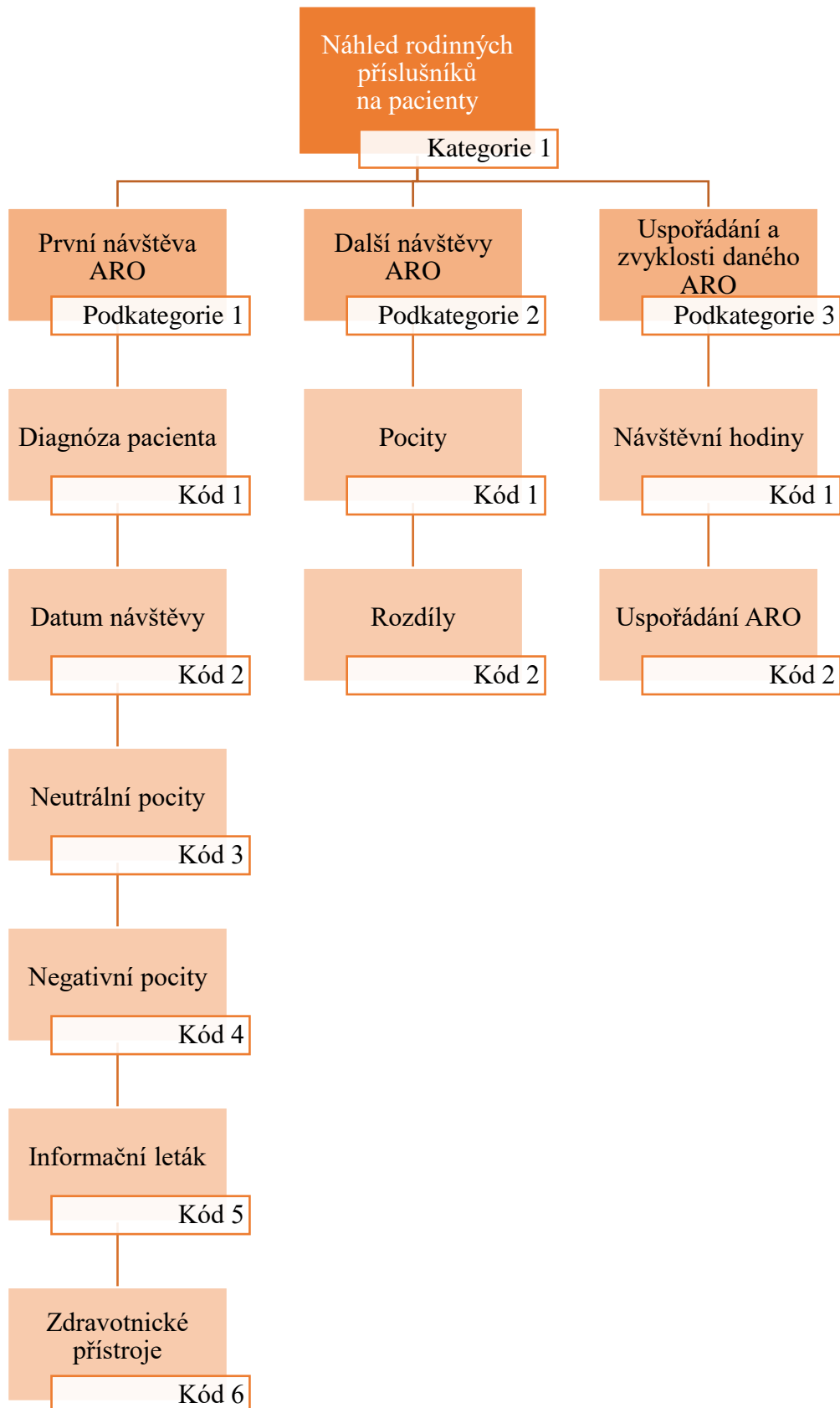


Diagram 1 zobrazuje první kategorii *Náhled rodinných příslušníků na pacienty*, ke které se vztahují tři podkategorie včetně kódů k nim přiřazených.

Podkategorie 1 – První návštěva ARO

Podkategorie 1 má vytvořené tyto kódy: Kód 1 – Diagnóza pacienta, Kód 2 – Datum návštěvy, Kód 3 – Neutrální pocity, Kód 4 – Negativní pocity, Kód 5 – Informační leták a Kód 6 – Zdravotnické přístroje.

První kód, který jsme si stanovily, se nazývá *Diagnóza pacienta*, vztahuje se k otázce, s jakou diagnózou byl hospitalizován pacient, kterého šly informantky navštívit. Informantky odpovídaly různě, během rozhovorů zazněly tyto diagnózy: rakovina plic s metastázami na plicích, hemoragická cévní mozková příhoda, rakovina prsu, totální endoprotéza kolenního kloubu a respirační tíseň po operaci, bezvědomí, rakovina slinivky, akutní infarkt myokardu, kolorektální karcinom a septický stav.

Druhým kódem je *Datum návštěvy*, ke kterému se vztahuje dotaz, jak je to dlouho, co informantky byly na ARO. Časové rozmezí odpovědí se pohybuje od půl roku do 16 let, ale opakovaly se odpovědi dva a čtyři roky.

Následující kód s názvem *Neutrální pocity* zachycuje neutrální prvotní pocity informantek během první návštěvy ARO u svého blízkého. U informantek převažovaly negativní pocity, i když se objevily i výpovědi s neutrálními pocity. Informantka 3 sdělila: „*Já jsem asi nijak výjimečně nereagovala, protože mám střední zdrávku, tak to prostředí znám, a taky jsem tam několik let uklízela, takže to je pro mě známý prostředí, takže jsem nějak překvapeně nereagovala.*“ Informantka 2 popsala: „*Já teda vůbec nevěděla, o co jde, nedokázala jsem si představit, v jakém bude stavu, nebo spíš jsem nad tím asi ani nepřemýšlela.*“ Informantka 8 dodala: „*Bylo mi to jedno, byla jsem apatická, nezajímalo mě okolí, jen můj příbuzný.*“ Informantka 10 se rozpovídala: „*Měla jsem strach, respekt a pocit důvěry a víry v to, že je to prostředí, ve kterém jí pomůžou a může se tam stát jenom to nejlepší, co se může stát. Jestli se něco děje špatně, tak se to má stát,*“ a dále doplnila: „*Měla jsem velkou důvěru v personál a chování personálu podpořilo moji důvěru.*“ K tomu informantka 7 dodala: „*Pocity nebyly nikdy pozitivní vzhledem ke špatnému stavu pacientů.*“

Čtvrtý kód pojmenovaný *Negativní pocity* vykresluje prvotní negativní pocity informantek. Informantka 1 popisuje: „*Pocity byly hrozný, u vstupu na nás navlékli pláště*

a museli jsme si nechat věci ve skříňce.“ Informantka 4 hovořila: „Byla jsem šokovaná a zděšená, jak se ztrácel v posteli.“ Informantka 5 také mluví o zděšení: „Byla jsem zděšená, byla jsem tam poprvé, absolutně jsem netušila, co mám čekat.“ Informantka 9 řekla: „Strašný, nevím, co se tam děje.“ Avšak pro informantku 6 byla návštěva těžká a traumatizující, jak se svěřila: „Máma byla na všech hadičkách po velmi těžké operaci se špatnou prognózou, takže to, že žila, bylo super, a to, jak vypadala, nejen hadičky, ale i ona v obličejí a barva kůže, to pro mě bylo velmi traumatizující,“ a ještě dodala: „A v tu chvíli já jsem se složila.“

Další kód nese název *Informační leták*. Informantek jsme se dotazovaly, zda obdržely či viděly nějaký leták, případně informační text, a zda měly možnost si ho pročit. Všechny informantky odpověděly, že žádný informační leták nikdy neviděly, opakovaly se i odpovědi o tom, že je vůbec nenapadlo, že něco takového existuje. Některé informantky by byly rády, pokud by bývaly před návštěvou ARO nějaké informace viděly, jak dokazuje odpověď informantky 4: *„Snažila jsem se najít nějaké informace, ale na webových stránkách jsem našla pouze informační text, bývala bych byla raději i za nějaké fotografie.“* Další informantky také vypověděly, že je ani nenapadlo něco dopředu hledat, informantka 7 odpověděla: *„Ani jsem nevěděla, že nějaký informační leták existuje“*, například informantka 10 dále sdělila: *„Ne, nenašla jsem a ani jsem nehledala informace, tam jdu jak nahý do trní, ani nevím, co bych očekávala od letáčku, zajímaly mne pouze návštěvní hodiny.“*

Posledním kódem z této podkategorie jsou *Zdravotnické přístroje*, o kterých informantky shodně vypovídaly, že nevědí, k čemu slouží. Pouze jedna z našich informantek, konkrétně informantka 3 sdělila: *„Já jsem na ty přístroje opravdu zvyklá, takže mi to nic nedělalo.“* Ale ostatní informantky vypovídaly, že se buď na přístroje neptaly, ale shodovaly se, že na ně působí negativně, např. informantka 6 dodala: *„Přístroje tam blikají a pípají,“*, zatímco informantka 5 souhrnně odpověděla: *„Pořád mě ty přístroje děsily.“* Informantka 2 ještě hovořila: *„Byl to pro mne totální šok, všude samé hadičky a přístroje.“*

Podkategorie 2 – Další návštěvy ARO

Pro druhou podkategorii vztahující se k první kategorii byly stanoveny dva kódy: Kód 1 – Pocity a Kód 2 – Rozdíly.

První kód značí rozdílné pocity, které byly při dalších návštěvách ARO, pokud tam informantky byly opakovaně. Převažovaly již neutrální či pozitivnější pocity oproti první návštěvě, konkrétně informantka 2 uvedla: „*Překvapilo mě, jak je to zařízené, každý pacient měl svůj prosklený box, s televizí, spoustou přístrojů a potřebných věcí.*“ Dále se shodovaly odpovědi, že pocity byly lepší i díky tomu, že se zlepšoval stav pacientů, a že prostředí již znaly a byly na něj připravené. Například informantka 8 se rozpovídala: „*Další návštěvy byly stejné, ano, čekala jsem, jaké přístroje uvidím, ale jelikož stav mého příbuzného byl vážný a poté v terminálním stadiu, moc jsem okolí nevnímala.*“

Kód 2 pojmenovaný *Rozdíly* poukazuje na to, zda informantky pociťovaly nějaké rozdíly při návštěvách ARO oproti první návštěvě. Informantky, které byly vícekrát na návštěvě na ARO, se shodovaly na tom, že další návštěvy byly buď stejné, nebo lepší, jak z důvodu lepšího se stavu pacienta, tak i z toho důvodu, že již znaly prostředí ARO a věděly, co tam uvidí. Žádná informantka nevyprávěla, že by další návštěvy byly nějakým způsobem horší. Zde předkládáme nejstěžejnější výpovědi našich informantek. Informantka 6 sdělila: „*Určitě jo, bylo to i tím, že i stav mojí mamky se zlepšoval.*“ Informantka 10 řekla: „*Ano, poznala jsem prostředí a bylo to lepší.*“ Pro informantku 8 byly návštěvy stejné, jak je uvedeno v odpovědi výše.

Podkategorie 3 – Uspořádání a zvyklosti daného ARO

Pro tuto podkategorii jsme si stanovily dva kódy: Kód 1 – Návštěvní hodiny a Kód 2 – Uspořádání ARO.

Kód 1 s názvem *Návštěvní hodiny* značí, v jaké době během dne rodinní příslušníci chodili na návštěvy na ARO, zda chtěli či mohli přijít i mimo návštěvní dobu. Informantky obvykle uváděly, že na návštěvě byly během návštěvní doby, například informantka 2 sdělila: „*Pacientku jsem navštěvovala v návštěvních hodinách, ale nikdo neměl problém, když jsem se zdržela trochu dýl.*“ Informantka 4 má zkušenost: „*Prý by mě po předchozí domluvě mohli pustit i mimo návštěvní hodiny.*“ Ač informantka 10 uvedla, že ji zajímaly pouze návštěvní hodiny, tak také shodně vyprávěla s dalšími informantkami, že personál ARO jim vycházel vstříc i s možností návštěvy mimo návštěvní dobu. Pouze informantka 3 podotkla: „*Domluva s nimi nic moc, proto jsem chodila pouze v návštěvních hodinách.*“

Druhý kód značí uspořádání ARO, zda informantkám vyhovoval typ daného oddělení, na kterém byli za svým blízkým, zda byli v otevřeném oddělení sálového typu, či v uzavřeném oddělení boxového typu. Informantky se shodovaly, že jim více vyhovoval boxový systém, protože zde bylo lepší soukromí, konkrétně informantka 7 má obě zkušenosti: *„Byla jsem jak v otevřeném oddělení, tak v uzavřeném boxu. Uzavřené boxy byly pro mě lepší, co se týče soukromí.“* Informantka 8 ještě dodala: *„Boxový systém a vyhovovalo mi to, protože je zde větší soukromí a klid pro nemocného.“* Stejnou myšlenku vyjádřila informantka 3: *„Dvakrát jsem byla na otevřeném oddělení, asi mi to bylo celkem jedno, možná na boxe by to bylo intimnější, ale asi to bylo jedno.“* Informantka 4 se rozpovídala: *„Byla jsem na boxe, ale sestra nechala pootevřené dveře, to mi vyhovovalo. Jednak jsem měla pocit soukromí, ale hlavně jsem tam nebyla s dědou sama zavřená a nemusela se bát, že by se zrovna mohlo něco stát.“*

Kategorie 2 – Náhled rodinných příslušníků na sestry

Diagram 2 Nahlížení rodinných příslušníků na sestry

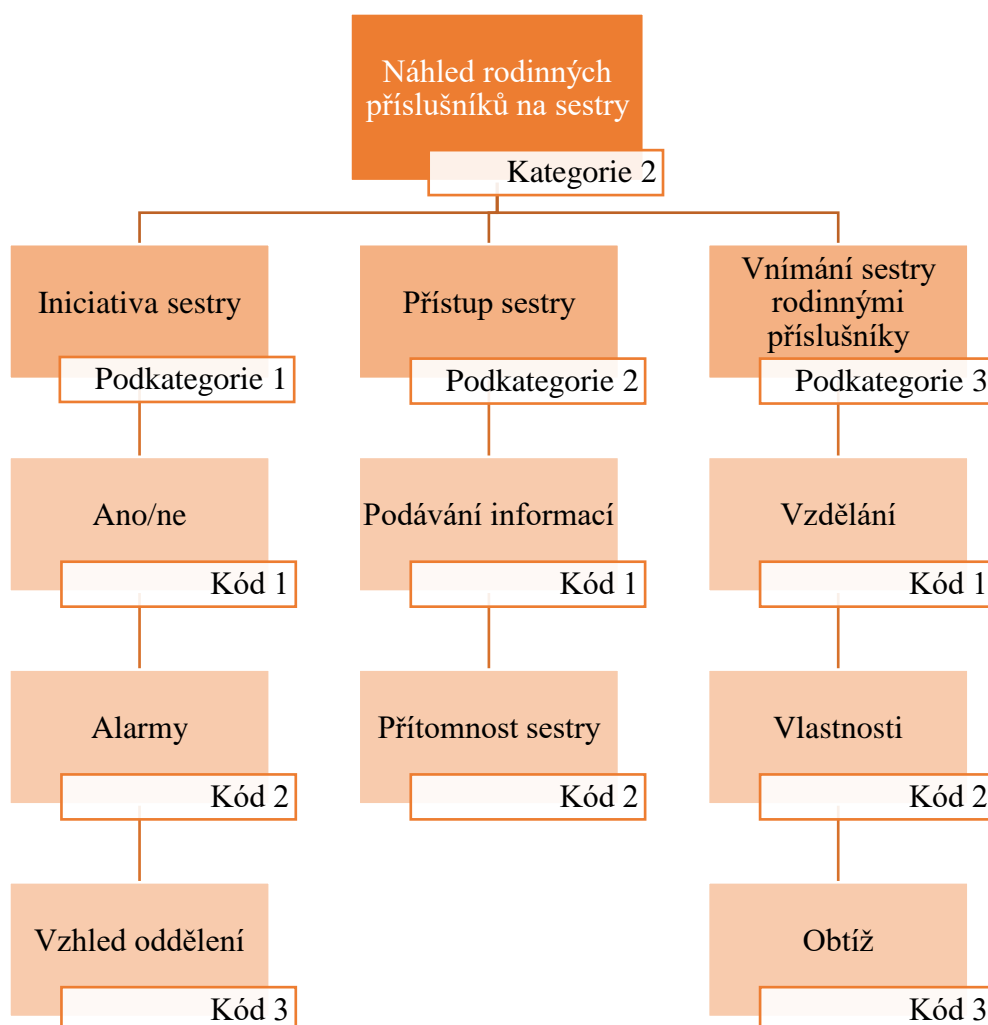


Diagram 2 vypořádává druhou kategorii s názvem *Náhled rodinných příslušníků na sestry*, ke které se váží 3 podkategorie s jednotlivými kódy.

Podkategorie 1 – Iniciativa sestry

V podkategorii nazývané *Iniciativa sestry* jsme si stanovily tři kódy: Kód 1 – Ano/ne, Kód 2 – Alarmy a Kód 3 – Vzhled oddělení.

První kód vypořádává, zda je sestra iniciativní či nikoliv. Dvě informantky se shodly, že se jich sestra zeptala, zda má jít s nimi k lůžku pacienta a zůstat tam s nimi, ostatní informantky odpovídaly záporně. Například informantka 10 se vyjádřila: „*Ne a ani jsem to nepovažovala za důležité, ani jsem to neočekávala popravdě, protože kdyby to bylo nutné nebo důležité, tak věřím, že by tam byla,*“ a navíc ještě doplnila: „*Hlavní první*

kontakt byl s lékařem, který nás dostatečně informoval o aktuálním stavu a možnostech prognózy.“

Druhý kód pojmenovaný *Alarmy* odhalil, zda sestry informovaly rodinné příslušníky o možnosti alarmů u pacienta. Pouze jedna informantka, konkrétně informantka 8, odpověděla kladně, čtyři informantky si nejsou jisté, například informantka 6 vypověděla: *„Nejsem si toho vědomá, neříkám že ne, ale myslím si, že ne.“* Zbývající informantky odpověděly záporně, tzn. že je sestry neinformovaly o možných alarmech.

Poslední kód této podkategorie má název *Vzhled oddělení*. Na dotaz, zda se informantky sester samy dotazovaly, odpovídaly záporně. Například informantka 8 objasnila svoji situaci: *„Nezeptala jsem se, vím, jak vypadá monitorovaný pacient, dělám na JIP, avšak vše mi bylo i tak vysvětleno sestrami i ošetřujícím lékařem, všichni sami od sebe, protože nemohou vědět, kde dělám, a ani jsem to nijak neříkala, takže ke mně přistupovali jako k laikovi.“* Informantka 3 ke své výpovědi doplnila, že s nimi nikdo nijak extra nekomunikoval. Informantka 7 se na přístroje neptala, pouze na zdravotní stav: *„Sestry jsem se ptala vždy jen na stav a na ten většinou řekly, že se musím zeptat lékaře, což jsem chápala.“* Také informantka 6 se rozhovořila: *„O tom jsem se se sestrama nebavila, co jaká hadička znamená, jaká je prognóza atd., nebo vůbec si to nevybavuji. Je možné, že jsem se ptala, ale nepamatuji si to, hlava dělá strašné věci, když potřebuje vypnout.“* Informantka 5 uvažovala: *„Ne, nic takového mě nenapadlo, ale asi jsem se měla zeptat.“* Pouze jediná informantka 4 se zeptala: *„Ano, ptala jsem se, co mě čeká, sestra mi něco popsala, nyní si na to přesně nevzpomenu, ale stejně jsem si to nedokázala představit, když jsem ty přístroje a vybavení nikdy neviděla.“*

Podkategorie 2 – Přístup sestry

Tato podkategorie, kterou jsme pojmenovaly *Přístup sestry*, nese tyto dva kódy: Kód 1 – Podávání informací a Kód 2 – Přítomnost sestry.

První kód nazývaný se *Podávání informací* znázorňuje výpovědi informantek ohledně toho, zda se od sestry dozvěděly nějaké informace, buď jako odpovědi na vlastní otázky, nebo jim je sestra sdělila sama od sebe. Informantky shodně vypovídaly, že se jich sestra na nic neptala, ani jim nesdělila nějaké informace, jak dokazuje například výpověď informantky 7: *„Nikdy se mě sestry na nic neptaly.“* Negativní zkušenost mi sdělila informantka 3: *„Nic nám samy od sebe neřekly, maximálně daly pokyny, že si máme vzít*

plášť a návleky, vůbec se o nás nezajímaly.“ S neutrální zkušeností se se mnou podělila informantka 5: *„Sestra mi nic neříkala, asi ani proto mě nenapadlo se na něco ptát. Akorát mi pomohla se obléci do pláště a ukázala na dezinfekci na ruce.“* Podobnou zkušenost má i informantka 8: *„Řekly mi, kde se mám převléci a kde leží můj děda.“*

Druhý kód pojmenovaný *Přítomnost sestry* označuje, zda byla sestra přítomna u pacienta i během návštěvy rodinných příslušníků. Informantka 10 odpověděla, že si to nepamatuje, informantka 5 uvedla zápornou odpověď: *„Ne, neviděla jsem ji tam.“* Ostatní informantky vypovídaly kladně, například informantka 3 hovořila: *„Myslím, že tam byla maximálně něco zkontrolovat, udělat si to svoje a šla.“* Informantka 2 vypověděla: *„Sestry tam byly zároveň se mnou během první návštěvy, další návštěvy jsem již byla sama.“* O svoji zkušenost se podělila i informantka 4: *„Nechodila, řekla, že nás nechá o samotě a kdyby něco, tak jsem na ni měla zavolat.“* Informantka 6 dle své výpovědi nechtěla nikoho obtěžovat: *„Asi chodila, ale myslím si, že to nebylo potřeba, jak to byl otevřený prostor, tak to nevím, určitě jsem neměla pocit, že někoho otravuju.“* Naopak informantka 1 má zkušenost s přítomností sestry i lékaře: *„Byl tam s námi doktor a i sestra. Obecně si nás tam dost všímali celou dobu, co jsme tam byly a nenechali nás tam samotné. Na co se ptali a co říkali jsem bohužel nevnímala.“*

Podkategorie 3 – Vnímání sestry rodinnými příslušníky

Ve třetí podkategorii s názvem *Vnímání sestry rodinnými příslušníky* jsme stanovily tyto kódy: Kód 1 – Vzdělání, Kód 2 – Vlastnosti a Kód 3 – Obtíž.

Prvním kódem v této podkategorii je kód s názvem *Vzdělání*. Ohledně toho, jaké má mít sestra vzdělání, informantky odpovídaly různě. Zatímco některé informantky neví, jaké vzdělání sestry mají mít, informantka 7 řekla: *„Nikdy jsem neřešila vzdělání sester, jestli mají mít střední školu či vysokou školu,“* další informantky se shodují na tom, že má být adekvátní jejich oboru a práci, podobně odpověděla i informantka 9: *„Já nemohu hodnotit, jaké mají mít vzdělání, měly by mít adekvátní ke svému oboru.“* Naopak informantka 8 jednoznačně odpověděla, že sestry mají mít vysokoškolské vzdělání, některé informantky povídaly i o středoškolském vzdělání, jako například informantka 1: *„Co se týká vzdělání, asi by měly mít minimálně středoškolské, ať už s maturitou nebo bez, ale zato s praxí, tam jediné si totiž vyzkouší práci s pacienty, a tak trochu se i samy otestují, zda je to práce pro ně nebo ne.“* Informantka 3 se vyjádřila stručně: *„Dříve stačila zdrávka, potom z nás udělali zdravotnický asistenty, takže já jsem*

potom skončila v domově pro seniory jako sanitářka, je to těžká práce.“ K tomu informantka 4 doplnila: *„Zdravotnickému vzdělání moc nerozumím, vím z médií, že se stále něco mění, ale toto je určitě těžký obor, tak si myslím, že by vysokou školu měla mít, rozhodně má mít znalosti ve svém oboru.“* Informantka 5 má jasný názor: *„Vzdělání určitě adekvátní svému oboru, musí tomu rozumět a být schopná.“* Zde je také výpověď informantky 10: *„Nemám problém s tím, aby sestra měla třeba jenom středoškolské vzdělání, ale ten vzdělávací proces musí být kvalitní a musí mít bezpodmínečně adekvátní znalosti ve svém oboru.“*

Kód 2 nazývající se *Vlastnosti* vyjadřuje, jaké vlastnosti by sestry měly mít dle rodinných příslušníků pacientů. Informantka 1 se vyjádřila takto: *„Na sestry mám obecně názor asi ten, že pokud nemají ke své práci vztah, tak by tu práci dělat neměly. Moje zkušenosti během těhotenství jsou pozitivní, i na JIP se synem byly všechny hodné a pomáhaly mi úplně se vším.“* Informantka 7 řekla, že na sestry nahlíží pozitivně, a k tomu doplnila: *„Některé sestry byly skvělé, ale některé působily tak, jakože je otravujeme.“* Z dalších vlastností zaznívala zejména empatie, lidskost, ochota a dále sestra má být dle výpovědi informantek přátelská, příjemná a milá a informantka 6 řekla svůj názor: *„Sestry musí mít hroší kůži a srdce na dlani.“* Informantka 3 se svěřila: *„Je to opravdu těžká a vyčerpávající práce, některé, co jsem potkala, tak to je opravdu hrůza, některé jsou vyhořelé, některé, co si dovolí, to je opravdu nepřijatelné. Najdou se i skvělé sestry, jsou to andělé. Ale také ty, které už nechceš potkat, takže také vím, jak je ta reflexe důležitá. Taky jsem si prošla obdobím, kdy jsem toho měla dost, ale jako vytěžila jsem z toho, naopak jsem se z toho pozvedla, a pak jsem dokázala být na lidi příjemnější, když jsem to přijala. Spíš víc než to vzdělání ta práce na sobě a praxe, ale určitě i ta lidskost. Ale i z druhé stránky sestry mají hodně práce, lidi jsou dotěrní, je to těžký posoudit. Je to skvělá zkušenost, ale už bych to nechtěla dělat, odešla jsem odsud do mateřské školky a už bych neměnila.“* I informantka 10 se rozprávěla: *„Sestra by měla mít profesionální přístup k pacientovi, to je asi nejdůležitější, svědomitost, pečlivost, preciznost. Je to hodně náročné povolání na takovou širokou škálu vlastností, které většina jiných povolání nepožaduje. Vůči pacientovi empatii bezpochyby, není nic horšího, než když je sestra robot a pacient je pro ni číslo pokoje. Lidský přístup člověka určitě kolikrát dovede léčit lépe než léky a mít vstřícný a empatický přístup k příbuzným. Na sestrách mi nic nevadilo, ještě i dneska bych jim i doktorům líbala ruce.“* Na otázku, zda informantkám něco na sestrách vadilo, informantky odpovídaly „Ne“,

pouze informantka 3 odpověděla: „*Možná mi vadila pasivita, na druhou stranu možná nás nechtěly rušit, nevím, neposoudím to,*“ a informantka 5 doplnila: „*Mrzelo mě její chování, nebo spíš nechování no.*“

Třetí kód této podkategorie s názvem *Obtíž* označuje, zda rodinní příslušníci pocítovali, jestli obtěžují sestru. Pouze informantka 5 vypověděla svoji negativní zkušenost: „*Asi ano, nebyla moc příjemná, ale třeba neměla zrovna svůj den.*“ Informantka 7 mi sdělila, že tento pocit měla někdy, neutrální postoj vyjádřila informantka 3: „*Neměla jsem pocit, že bych obtěžovala, já jsem po nich nic nechtěla a ony si nás taky nevšímaly, bylo to takový pasivní.*“. Naopak zbývající naše informantky odpověděly negativně, se sestrami měly pouze pozitivní zkušenosti, to dokazuje například výpověď informantky 4: „*Vůbec ne, byla milá a moc ochotná.*“

Kategorie 3 – Spolupráce rodinných příslušníků se sestrami

Diagram 3 Spolupracování rodinných příslušníků se sestrami

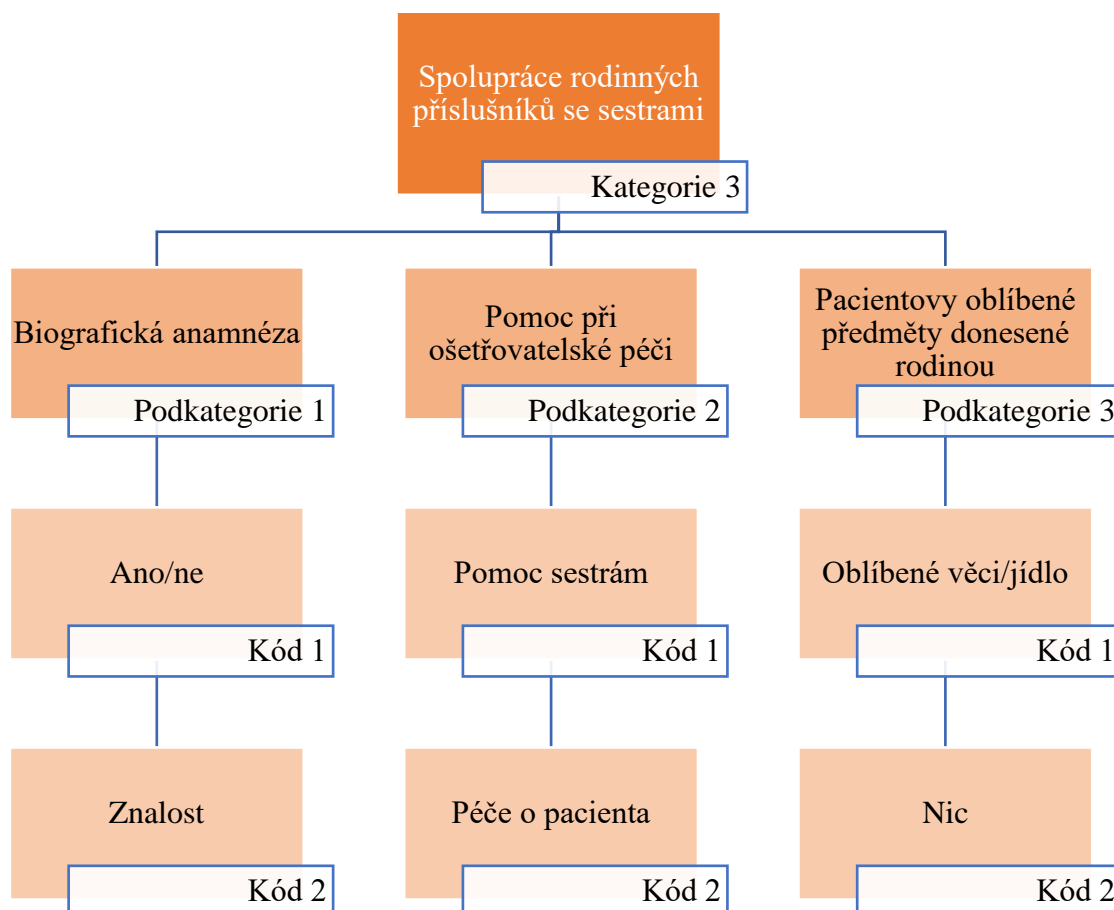


Diagram 3 s názvem *Spolupráce rodinných příslušníků se sestrami* vypodobňuje jednotlivé podkategorie a kódy vztahující se k této kategorii.

Podkategorie 1 – Biografická anamnéza

Podkategorie s názvem *Biografická anamnéza* obsahuje dva kódy: Kód 1 – Ano/ne a Kód 2 – Znalost.

První kód označuje, zda se sestry ptaly či neptaly na pacientovu biografickou anamnézu. Pouze informantka 7 odpověděla, že se sestry zeptaly, dvě informantky sdělily, že to sestry řešily s jiným členem rodiny, zbývající informantky vypovídaly záporně, zde je například odpověď informantky 3: „*Absolutně ne, podle mě na to neměly čas.*“ Informantka 5 vypověděla podobně: „*Sestra nechtěla vůbec nic, na nic se mě nezeptala.*“

Druhý kód s názvem *Znalost* vyjadřuje, zda rodinní příslušníci znali odpovědi na pacientův běžný život, jeho zvyklosti, oblíbené činnosti či předměty, případně zda by znali odpovědi na tyto otázky, pokud by se jich sestra zeptala. K této podotázce se mi vyjádřila pouze jedna informantka, konkrétně informantka 9 se slovy: „*Sestry se mě neptaly, ale odpovědi bych znala.*“

Podkategorie 2 – Pomoc při ošetrovatelské péči

Tato podkategorie s názvem *Pomoc při ošetrovatelské péči* obsahuje dva kódy: Kód 1 – Pomoc sestřám a Kód 2 – Péče o pacienta.

První kód znázorňuje odpovědi informantek, zda chtěly být nápomocné sestřám. Všechny informantky uvedly, že chtěly být nápomocné, i když ne všechny nápomocné mohly být. To dokazuje například výpověď informantky 8: „*Ano, ale situace vyžadovala urgentní péči a chápu, že v tomto případě na to není čas.*“ Stejně tak informantka 1 neměla tu příležitost vzhledem k rychlé progresi zdravotního stavu pacienta.

Druhý kód ukazuje, zda se informantky chtěly podílet na ošetrovatelské péči, například při polohování, krmení či hygieně. Některé informantky se vyjádřily kladně. Informantka 6 se svěřila: „*Pokud by tam byl dýl, tak ano, ale my jsme to měli jen na pár dní, myslím, že mamka tam byla 3-4 dny, jako krátce, tak to ano, to bych uvítala pomoc nakrmit a být v kontaktu s tím blízkým, a pak je taky jiný, když má jinou diagnózu a vidíš tu péči jinak, od toho se taky strašně moc odvíjí.*“ I informantka 7 má pozitivní zkušenost: „*Ano, bylo nám nabídnuto, že se můžeme o nemocného sami starat.*“ Taktéž informantka 3 hovořila: „*Já jsem tam zase tak často nechodila, ale když byla potřeba, tak jsme ji nakrmili, to jsme neřešili.*“ Nápomocná by byla i informantka 2: „*Nebyla potřeba, toto zastával její manžel, ale samozřejmě pokud by chtěli, tak bych ráda pomohla.*“ Naopak informantka 10 má nejistý postoj: „*Ano, ale nejsem si jistá, zda by to můj blízký chtěl, mně osobně by to nebylo příjemné.*“ Informantka 4 by nemohla být nápomocná v tomto směru: „*Ne, i když svého dědu mám ráda, prostě si nedokážu představit, že bych se o něj měla nějak starat, například co se hygieny týká, to je mi velmi nepříjemné.*“ Zbývající informantky vyjadřují smutné pocity. Zde je například výpověď informantky 1, která ani neměla příležitost být nápomocná: „*Bohužel k rychlé progresi tatínkova zdravotního stavu nebyla spolupráce možná.*“ Ve stejném smyslu odpověděla i informantka 8: „*V jiných situacích určitě ano, nyní nebyl prostor.*“ Informantku 9 to vůbec nenapadlo: „*To jsem se ani nezajímala, protože čas možný*

na návštěvu byl 15 min.“ Informantka 5 má negativní zkušenost: „*Sestra mi nedala možnost se vůbec na něco zeptat a já v tu chvíli byla ráda, že jsem manžela viděla živého,*“ z toho vyplývá, že nedostala příležitost podílet se jakýmkoliv způsobem na péči o svého blízkého.

Podkategorie 3 – Pacientovy oblíbené předměty donesené rodinou

Třetí podkategorie nazývající se *Pacientovy oblíbené předměty donesené rodinou* vypodobňuje, zda informantky něco pacientovi přinesly, to znázorňuje Kód 1 – Oblíbené věci/jídlo, a pokud mu nic nepřinesly, to obsahuje Kód 2 – Nic.

K prvnímu kódu informantka 3 odpověděla, co přinesla: „*Předměty denní potřeby nebo jídlo, protože dle babičky se to jíst nedalo,*“ a na doplňující otázku, zda to bylo na žádost sester, odpověděla, že ne. Informantka 7 sdělila, že všechno nosili z jejich vlastní iniciativy a informantka 9 řekla, že na ARO nenesla nic, jak lze vidět z její výpovědi: „*Vzhledem ke stavu pacienta jsem nepřinesla nic, až když maminka ležela na JIP, tam jsem jí nosila jídlo a pití a co si řekla.*“ Zajímavá výpověď je informantky 2: „*Přinesla jsem sebe, když to tak řeknu. Zkoušeli, jestli selepší její stav při pohledu na její blízké, proto jsem tam byla i s jejím miminkem.*“

Druhý kód s názvem *Nic* popisuje, proč informantky nic nepřinesly. Zazněla odpověď od informantky 5, která nevěděla, že se to může, některé informantky k tomu nedostaly příležitost k rychlé progresi stavu pacienta, právě naopak informantka 8 si odnesla věci zemřelého. Informantka 4 dostala informaci, že není potřeba něco nosit, jak dokazuje její výpověď: „*Myslím, že mamka sem nic nenesla, protože sestry řekly, že tady děda nic nepotřebuje, že všechno dostane.*“ Informantka 10 u této otázky uvažovala: „*Ne, ani mě to nenapadlo, je to dobrá otázka, protože mi to přišlo do toho prostředí nepatřičné, ale když o tom teď s odstupem času hlouběji přemýšlím, tak by mě nenapadlo, že by to na tomto oddělení bylo možné.*“

Kategorie 4 – Pozitiva spolupráce rodinných příslušníků se sestrami

Diagram 4 Pozitiva při spolupráci rodinných příslušníků se sestrami

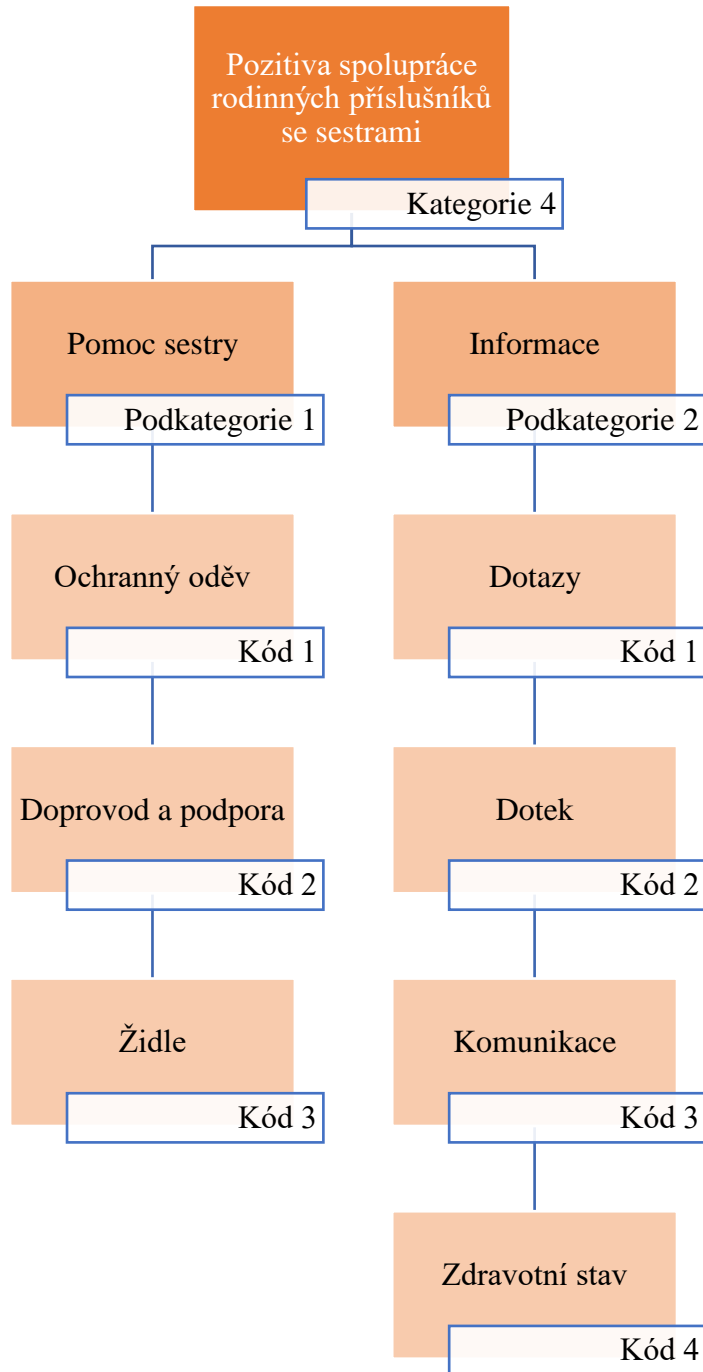


Diagram 4 prezentuje Kategorii 4 pojmenovanou *Pozitiva spolupráce rodinných příslušníků se sestrami* včetně podkategorií a kódů vztahujících se k ní.

Podkategorie 1 – Pomoc sestry

Podkategorie 1 s názvem Pomoc sestry obsahuje tři kódy: Kód 1 – Ochranný oděv, Kód 2 – Doprovod a podpora a Kód 3 – Židle.

Jakým způsobem byla sestra nápomocná informantkám při vstupu na ARO ukazuje první kód s názvem *Ochranný oděv*, který značí, že sestra informantkám pomohla obléci plášť a vydezinfikovat si ruce. Informantka 8 záporně zavrtěla hlavou, jinak se informantky shodovaly na tom, že jim sestra pomohla a ukázala jim dezinfekci na ruce, návleky doplnila informantka 9, jak se lze dočíst z její odpovědi: „*Oblékla mě do pláště, dala mi návleky a ukázala mi dezinfekci na ruce.*“ Informantka 10 dodává: „*Vždycky jsme tam šli s dovolením sestry a otevírala nám dveře a pomohla nám obléknout se do pláště.*“

Kód 2 s názvem *Doprovod a podpora* vyznačuje, zda sestra doprovodila informantky k lůžku pacienta a zda jim poté byla nápomocná. Informantky se shodly na tom, že je sestra doprovázela k lůžku pacienta, pouze informantka 1 si není jistá: „*To si nepamatuji, šla jsem tam s mamkou.*“ Taktéž se informantky kromě jedné, konkrétně informantky 5, shodly na tom, že jim sestra nabídla svoji pomoc. Informantka 7 odpověděla: „*Ano, jak která.*“ Informantka 4 doplnila: „*Ano, jak už jsem zmiňovala, říkala, že kdyby něco, ať na ni zavolám.*“

Třetí kód pojmenovaný *Židle* vypovídá o tom, zda informantky dostaly k dispozici židli. Informantky říkaly, že židli měly a obvykle za ni byly rády, to dokazuje výpověď informantky 9: „*Ano, seděla jsem, byla jsem za to ráda.*“ Pouze dvě informantky židli k dispozici neměly, byly to informantky 5 a 6. Zde je popsána zkušenost informantky 6: „*Myslím si, že ne, nebo si to nevybavuji při té první návštěvě, ale asi bych neomdlela, kdybych měla židli. Takže mě pak zavedli na tu sesternu a de facto mě uložili na lůžko s nohama nahoře, a nakonec se sestra starala ještě o mě, což mi bylo strašně trapný, ale mně se v tu chvíli tak ulevilo, že mamka neumřela, že to prostě takhle skončilo.*“

Podkategorie 2 - Informace

Tato podkategorie s názvem informace zahrnuje čtyři kódy: Kód 1 – Dotazy, Kód 2 – Dotek, Kód 3 – Komunikace a Kód 4 – Zdravotní stav.

Kód 1 s názvem *Dotazy* poukazuje na to, zda sestry odpovídaly na dotazy informantek. Pouze jedna informantka, konkrétně informantka 5 uvedla svoji negativní zkušenost:

„Ne vůbec, neměla jsem příležitost se ptát, sestra ihned odešla.“ Všechny naše zbývající informantky uvedly pozitivní zkušenost ohledně zodpovídání dotazů sestrou, například informantka 10 si uvědomuje, že sestra nemůže podávat všechny informace, jak vyplývá z její výpovědi: *„Obecně tím, že vím, že sestra nemůže podávat žádné informace o pacientovi, tak jsme se na ni neobraceli, ale komunikovali jsme s ní.“*

Druhý kód jmenující se *Dotek* vypovídá o tom, zda informantky dostaly od sestry informace, že mohou vzít svého blízkého za ruku. Některé informantky vysloveně řekly, že tuto informaci dostaly, zbývající informantky ne, ale ve svých odpovědích se shodovaly na tom, že stejně svého blízkého vzaly za ruku. Příkladem může být odpověď informantky 4: *„To nevím, asi sestra říkala něco o hadičkách všude okolo, abych se jich nedotýkala, ale toto nevím.“* Svého blízkého se nebály chytout za ruku ani další dvě informantky, konkrétně informantka 10 předpokládala, že může, a informantka 3 sdělila: *„Nikdo nás neinformoval, prostě jsme ji za ruku vzali.“*

Třetí kód se jménem *Komunikace* znázorňuje, zda informantky dostaly informaci, že se nemusí stydět mluvit na svého blízkého a ať povídají, protože pacient může kdykoliv vnímat a hlas i přítomnost jeho blízkých mu může hodně pomoci. Informantky se shodly, že informaci nedostaly, ale i přesto mluvily. Pro příklad uvádíme nejvýstižnější odpovědi dvou informantek. Informantka 4 řekla: *„Snažila jsem se, ale bylo to divné, byla jsem ráda, že při příští návštěvě již děda mluvil.“* Informantka 5 sdělila: *„Šeptala jsem, aby mě nikdo neslyšel, věřím, že manžel o tom věděla že mu to pomohlo.“*

Poslední kód v této podkategorii s názvem *Zdravotní stav* ukazuje, jakým způsobem se informantky dozvěděly o zdravotním stavu nemocného. Informantky vzpomínaly na informování od ošetřujícího lékaře. Některé informantky nebyly informovány, protože lékař informoval jiného člena rodiny, tak to dle jejich slov nebylo potřeba, o špatnou zkušenost se podělila informantka 5: *„Lékař tam prý nebyl, měla jsem si zavolat večer, ale opět tam prý nebyl, tak jsem se dovolala až druhý den dopoledne.“* Informantka 6 se rozpomíná: *„Upřímně vůbec si nevybavuji, vzpomínám si na následující JIP, tam jsem mluvila s doktorem na chodbě, ale ARO si nevybavuji.“* Informantka 9 dostala informace od lékaře na boxe a informantka 10 vypověděla: *„Před návštěvou jsme šli k lékaři, sdělil nám to velmi otevřeně a dostatečně s empatickou účastí, bylo to v pracovně lékařů.“*

Kategorie 5 – Negativa působící na psychiku rodinných příslušníků během návštěvy

Diagram 5 Negativa působící na psychiku rodinných příslušníků

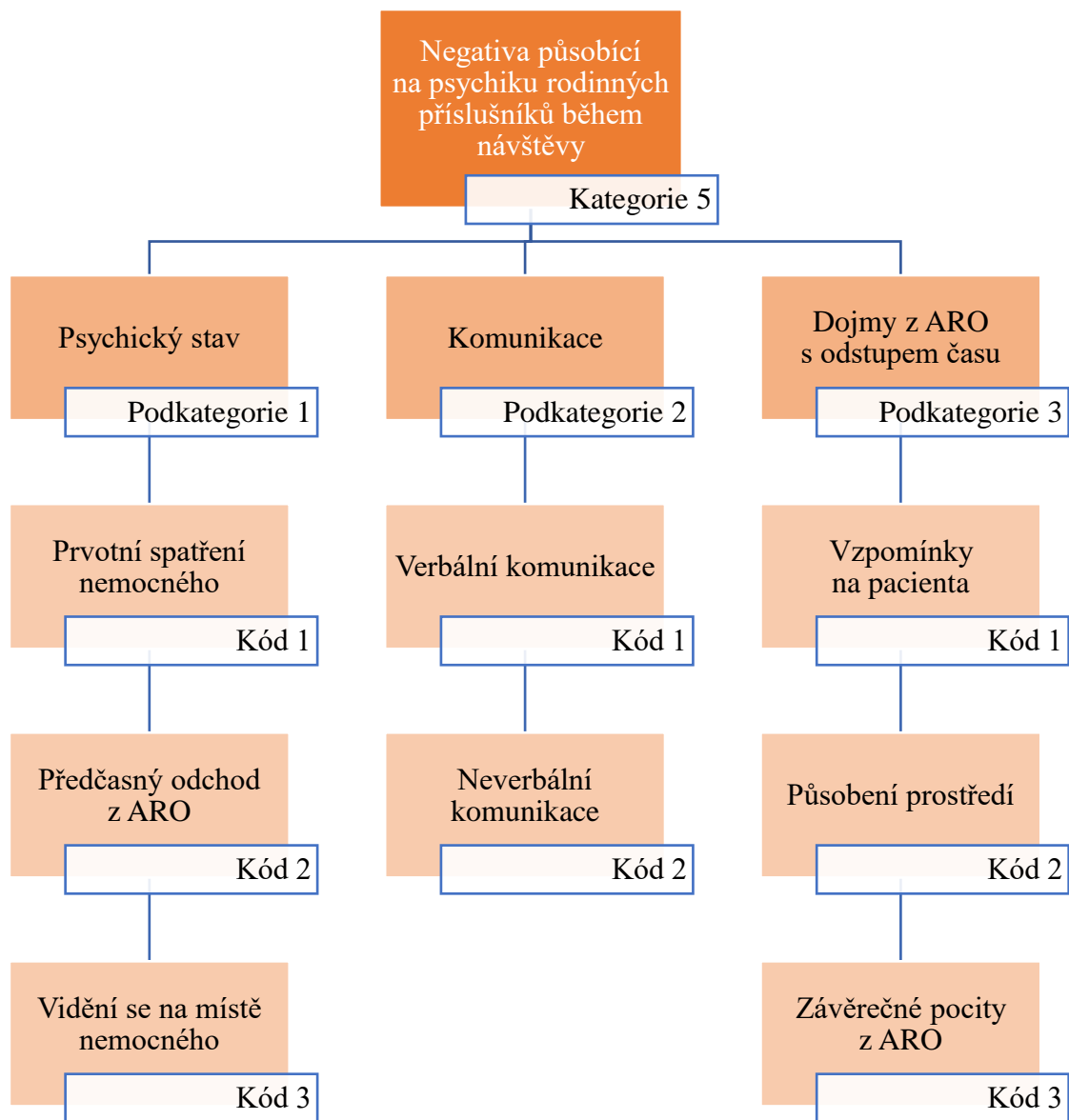


Diagram 5 vykresluje poslední pátou kategorii s názvem *Negativa působící na psychiku rodinných příslušníků během návštěvy* a s jednotlivými podkategoriemi a kódy vztahujícími se k ní.

Podkategorie 1 – Psychický stav

Podkategorie nazvána *Psychický stav* obsahuje tyto kódy: Kód 1 – Prvotní spatření nemocného, Kód 2 – Předčasný odchod z ARO a Kód 3 – Vidění se na místě nemocného.

První kód jmenující se *Prvotní spatření nemocného* vyjadřuje prvotní pocity při pohledu na nemocného, které informantky pociťovaly různě. Zazněla slova jako bezmoc, smutek, úzkost, šok, truchlení, lítost, ale také informantkám bylo špatně, divně, těžko. Zde uvedeme nejvýznamnější odpovědi. Informantka 1 řekla: „*Cítila jsem se hrozně, jednak jsem tomu nevěřila, jednak tam všechno blikalo a do toho jsme měli ty pláště, který šustily při každém pohybu.*“ Šokovaná byla informantka 2: „*Když jsem ji viděla, byl to pro mě totální šok. Všude samé hadičky, přístroje a ona bez vlasů s operovanou hlavou.*“ Informantka 4 sdělila: „*Nemohla jsem tomu uvěřit, děda v posteli skoro nebyl vidět, okolo něj tolik kabelů a hadiček, přístroje pořád něco ukazovaly a blikaly, občas něco houkalo, bylo mi to nepříjemné, netušila jsem, co se děje.*“ Podobně se cítila i informantka 5: „*Cítila jsem se strašně, nejhorší bylo, že mi nikdo nic neřekl, byla jsem tam sama s manželem, který mě nevnímal, byl v umělém spánku.*“ Informantka 7 popsala: „*Cítila jsem úzkost a nebylo mi na ARO nikdy dobře.*“ Informantka 9 sdělila: „*Divně, nevěděla jsem, co to znamená, co k čemu slouží.*“ Informantka 10 se svěřila: „*Těžko, protože člověk vnímal vážnost situace. Nikdy předtím jsem se s něčím takovým nesetkala, samozřejmě tam byl strach, bezmoc.*“ Dále se také informantky shodovaly na tom, že pociťovaly bezmoc, jakmile svého blízkého spatřily. Informantka 4 dodala: „*Říkala jsem si, že to snad není možné.*“ Informantka 5 dále doplnila: „*Nevěděla jsem, jestli tam mám být, nebo mám utéct.*“

Rozmanité odpovědi zazněly i na otázku, zda se v prostředí ARO informantky cítily divně, zda chtěly raději odejít. Tyto odpovědi se vztahují ke kódu 2 s názvem *Předčasný odchod z ARO*. Některé informantky odpověděly záporně, informantka 3 doplnila: „*Nesvá ne, protože jsem to prostředí znala.*“ Informantka 9 zaujímá neutrální postoj: „*Já nevím, když už jsem tam přišla na návštěvu, tak jsem tam chtěla být.*“ Informantka 7 sdělila: „*ARO pro mě nikdy pozitivní nebude.*“ Informantka 10 se rozpovídala: „*To bych řekla, že není úplně správné, divná nebo nesvá, cítila jsem pořád strach o blízkého člověka a upínala jsem se, věřila jsem a pomáhal mi přístup personálu a dostala jsem všechny informace o zdravotním stavu.*“ Informantka 2 svoji situaci popsala takto: „*Divně jsem se tam cítila jen spíš kvůli situaci, ne kvůli prostředí, to mě právě opravdu mile překvapilo.*“ Naopak informantka 5 má negativní vzpomínky: „*Ano, nic jsem nevěděla, nikdo tam nebyl, nevěděla jsem, co můžu a nemůžu, už bych to nechtěla zažít.*“ Informantka 4 vyslovila

své přání: „*Chtěla jsem být s dědou, ale ne na tom oddělení, přála jsem si, ať je zase doma.*“

Třetí kód se jménem *Vidění se na místě nemocného* ukazuje, zda by se informantky raději samy viděly na místě nemocného. Informantky odpovídaly kladně i záporně, ale také neutrálně, například dvě informantky, konkrétně informantka 2 a informantka 4, o tom nepřemýšlely a nechtějí nic přivolávat, informantka 6 se svěřila: „*Stydím se za to, ale ne, nechtěla.*“ Informantka 5 měla kladnou odpověď: „*Ano, udělala bych cokoliv, jen aby tam manžel nemusel být, naštěstí to zvládl a je v pořádku.*“ Výstižná je i odpověď informantky 10: „*Takhle jsem o tom vůbec neuvažovala, byla jsem si vědoma toho, že důvod, proč tam maminka je, je její věk, určitě jsem si nepředstavovala, že tam ležím já místo ní, určitě jsem o tom takto nepřemýšlela.*“

Podkategorie 2 – Komunikace

Druhá podkategorie s názvem *Komunikace* obsahuje dva kódy: Kód 1 – Verbální komunikace a Kód 2 – Neverbální komunikace.

Kód 1 nazývaný se *Verbální komunikace* popisuje problematiku komunikování, zda se informantky styděly hovořit či se bály mluvit na svého blízkého, když se jim nedostávalo odpovědi a když ani informantky nevěděly, zda je nemocný vnímá. Z rozhovorů vyplynulo, že se informantky nestyděly mluvit na svého blízkého, jak dokazuje například výpověď informantky 7: „*Ne nestyděla, ale vždy mi z toho bylo smutno.*“ Informantka 5 sdělila: „*Pouze jsem šeptala.*“ Jenom informantka 4 se styděla hovořit, ale poté doplnila: „*Naštěstí při mé další návštěvě již komunikoval.*“

Kód 2 pojmenován jako *Neverbální komunikace* se zabývá haptikou, to je komunikace dotekem. Na pacienta se nejprve nebály sáhnout pouze dvě informantky, ale nakonec všechny informantky vzaly svého blízkého za ruku, informantka 4 sdělila, že to bylo pouze na rozloučenou, a doplnila: „*Bylo mi to nepříjemné, protože nejsem moc kontaktní.*“

Podkategorie 3 – Dojmy z ARO s odstupem času

Poslední podkategorie se jménem *Dojmy z ARO s odstupem času* zahrnuje tyto kódy: Kód 1 – Vzpomínky na pacienta, Kód 2 – Působení prostředí a Kód 3 – Závěrečné pocity z ARO.

První kód se jménem *Vzpomínky na pacienta* vykresluje, zda informantky ve svých vzpomínkách vidí svého blízkého pouze na lůžku intenzivní péče. Několik informantek již před sebou ve vzpomínkách nevidí svého blízkého na intenzivním lůžku, což dokazuje i výpověď informantky 4: „*Naštěstí jsem tam dědu viděla i v lepším stavu, takže to nejhorší si již moc nevybavuji.*“ Informantka 6 popsala svoji situaci: „*Asi ne, mamky stav se zlepšil i na té JIP, bohužel teď se to opakuje, mamka je na paliativní péči a chce zemřít doma, tak co bych pro ni neudělala, abych jí splnila její poslední přání, i když je to hodně těžký.*“ Zbývající informantky si stále vybaví, jak tam jejich blízký leží, zde je například odpověď informantky 3: „*Ano, doted' když si na to vzpomenu.*“

Kód 2 nazván *Působení prostředí* zjišťuje, zda prostředí ARO i s odstupem času nějakým způsobem působí na informantky. Například na informantku 5 působí negativně: „*Už bych tam nechtěla jít, bylo to strašné, cizí, neznámé a nevlídné.*“ Informantka 3 povídala: „*Takový opuštěný, pasivní, bylo by příjemný, kdyby mohla mít víc svých věcí, ale otázka je, jak by to v denním režimu šlo.*“ Vzhledem k situaci informantka 1 neodpověděla, vyhrkly jí slzy do očí. Zbývající informantky sdělily, že na ně prostředí ARO nijak nepůsobí.

Třetí kód pojmenovaný *Závěrečné pocity z ARO* vypořádává, zda by informantky šly znovu na ARO, nebo zda litují své návštěvy. Všechny informantky se shodly na tom, že i přes negativní pocity své návštěvy na ARO nelitují a šly by znovu. Například informantka 6 vypověděla: „*Určitě ne, byla to správná věc a šla bych znova, kdykoliv.*“ Informantka 2 byla ráda, že mohla vidět, jak se stav pacientky lepší. Taktéž ale informantky doufají, že tam již nikdy nebudou muset jít, tak jako je uvedeno například ve výpovědi informantky 3: „*Ano, šla bych tam, protože ať je to tam jakýkoliv, tak tam jde člověk za svým milovaným, neberu to tak nějak citlivě, ale já to prostředí opravdu znám.*“ I informantka 7 by dokázala jít znovu na ARO: „*Ano, šla bych kdykoliv, i když mi tam není psychicky dobře. Bohužel moje emoce musí jít stranou a jsou přednější kladné emoce pacienta a pocit, že není sám.*“ Podobně se vyjádřila informantka 8: „*Další návštěvu za blízkou osobou bych asi zvládla, ARO vnímám jako nezbytnou nutnost a návštěvy pacientů blízkými jsou zde velmi důležité, ať už v průběhu léčby, kvitují, pokud je možnost rozloučení se s pacientem.*“ Taktéž se svěřila i informantka 10: „*Kdyby se tam teď někdo z blízkých ocitl, tak už nyní očekávám alespoň stejný profesionální přístup, jako s tím, se kterým tady mám zkušenosti, určitě bych cítila stejný strach a bezmoc, rozhodně se ze mě nestane ostrášený návštěvník ARO.*“ Nakonec by i přes velmi silný a negativní

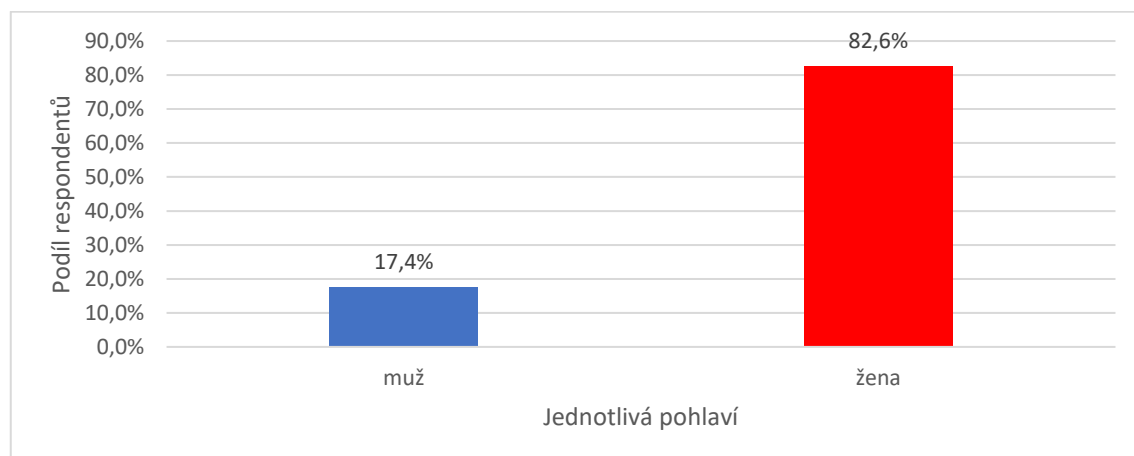
zážitek informantka 1 šla znovu na ARO: „*Máme nám říkala, ať se rozloučíme, aby nás to pak nemrzelo, ale popírala jsem, že by to špatně dopadlo. No a znovu bych asi šla, kdyby tam byl někdo blízký, ale už s pocitem hrůzy.*“ Závěrem informantka 1 s pláčem dodává: „*Protože se mi ještě teď živě vybavuje, jak tam táta leží.*“

4.2 Výsledky kvantitativního výzkumného šetření

Kvantitativního výzkumného šetření se zúčastnilo 201 respondentů (100 %).

Graf 1 Pohlaví

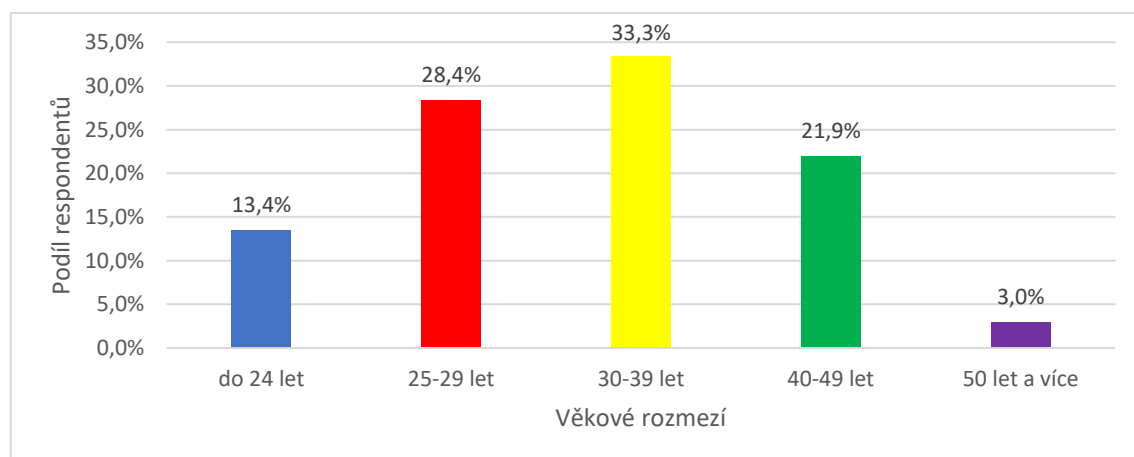
n=201



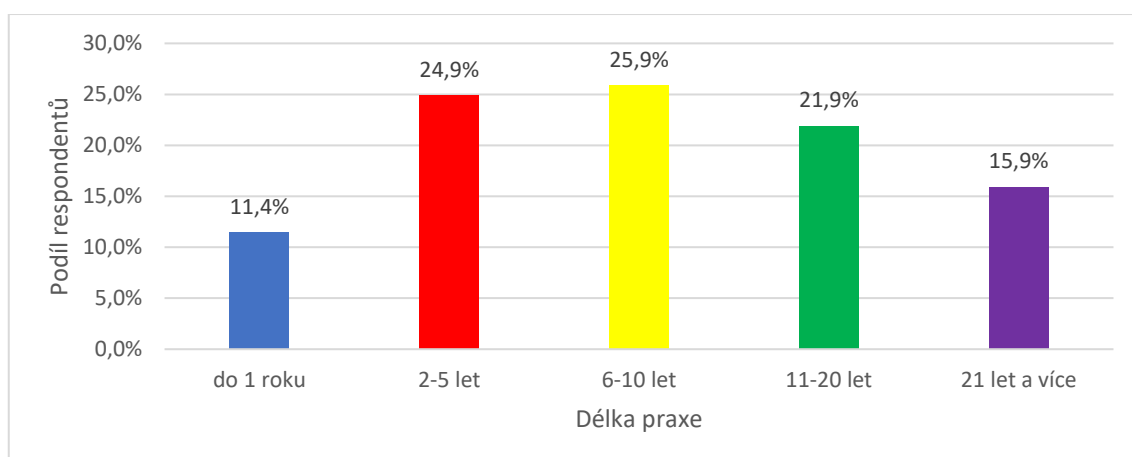
Graf 1 znázorňuje pohlaví respondentů. Tohoto výzkumného šetření se zúčastnilo 35 (17,4 %) mužů a 166 (82,6 %) žen.

Graf 2 Věkové kategorie

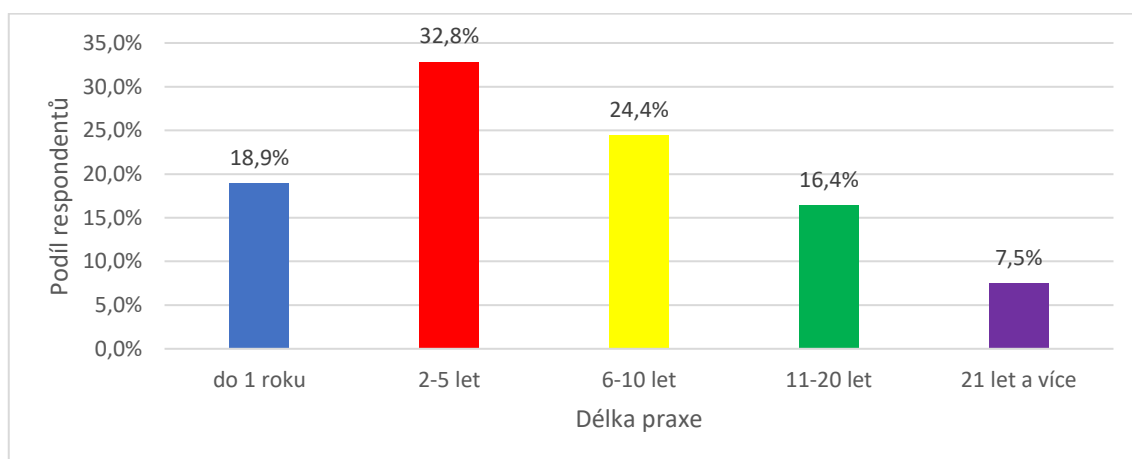
n=201



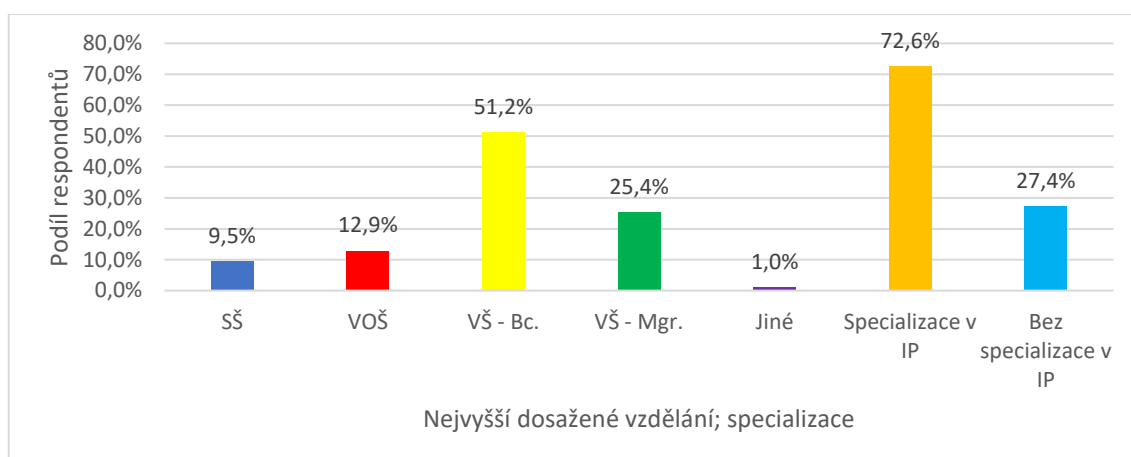
Graf 2 představuje jednotlivé věkové kategorie respondentů. Respondentů ve věku do 24 let bylo 27 (13,4 %), ve věku 25-29 let 57 (28,4 %), ve věku 30-39 let 67 (33,3 %), ve věku 40-49 let 44 (21,9 %) a ve věku nad 50 let 6 (3,0 %).

Graf 3 Práce ve zdravotnictví**n=201**

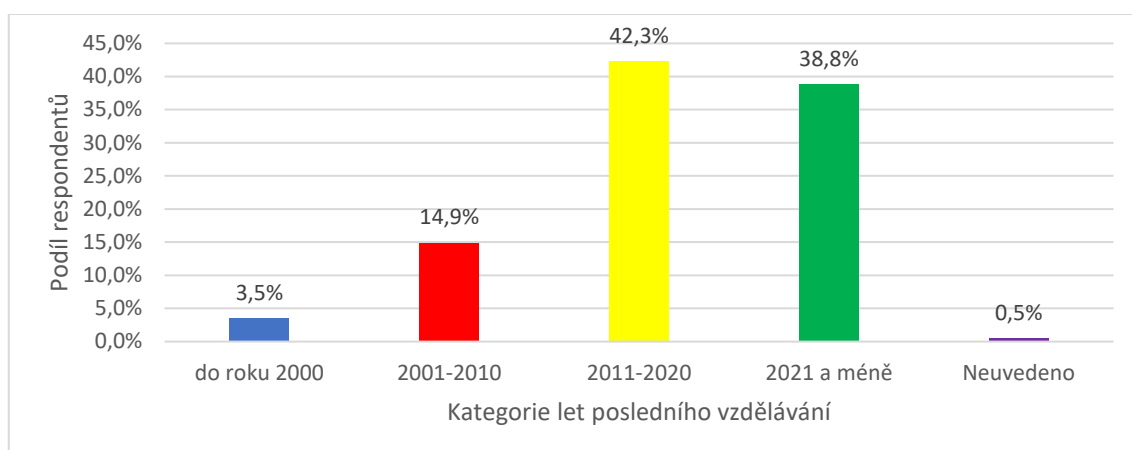
Graf 3 prezentuje délku praxe ve zdravotnictví u respondentů. Praxi do 1 roku má 23 (11,4 %) respondentů, praxi 2-5 let má 50 (24,9 %) respondentů, praxi 6-10 let má 52 (25,9 %) respondentů, praxi 11-20 let 44 (21,9 %) respondentů a praxi nad 21 let má 32 (15,9 %) respondentů.

Graf 4 Práce na ARO**n=201**

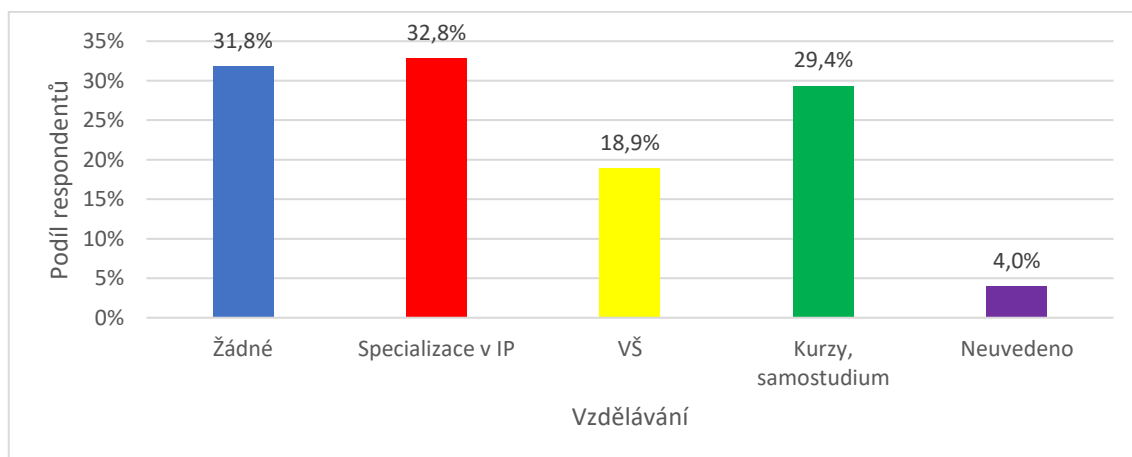
Graf 4 ukazuje délku praxe na ARO. 38 (18,9 %) respondentů pracuje méně než 1 rok, 2-5 let pracuje 66 (32,8 %) respondentů, praxi 6-10 let má 49 (24,4 %) respondentů, délku praxe 11-20 let má 33 (16,4 %) respondentů a praxi na ARO nad 21 let má 15 (7,5 %) respondentů.

Graf 5 Vzdělání a specializace v intenzivní péči**n=201**

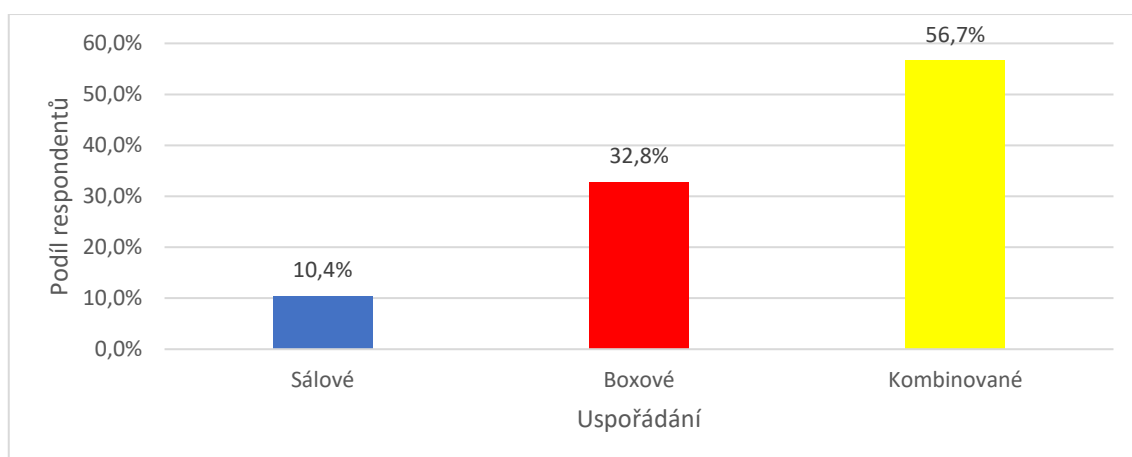
Graf 5 představuje jednak nejvyšší dosažené vzdělání, jednak ukazuje, zda respondenti mají specializaci v intenzivní péči. Z nejvyššího dosaženého vzdělání má střední školu 19 (9,5 %) respondentů, vyšší odbornou školu 26 (12,9 %) respondentů, vysokoškolské vzdělání s bakalářským titulem získalo 103 (51,2 %) respondentů, vysokoškolského vzdělání s magisterským titulem dosáhlo 51 (25,4 %) respondentů a jiné vzdělání, ve kterém respondenti uváděli doktorské a doktorandské, mají 2 (1,0 %) respondenti. Dále specializace v intenzivní péči dosáhlo 146 (72,6 %) respondentů, zatímco bez specializace je zbývajících 55 (27,4 %) respondentů.

Graf 6 Rok posledního vzdělávání**n=201**

Graf 6 zobrazuje v jakých letech se respondenti naposledy vzdělávali. Poslední vzdělávání do roku 2000 má 7 (3,5 %) respondentů. V letech 2001-2010 se naposledy vzdělávalo 30 (14,9 %) respondentů. V letech 2011-2020 se vzdělávalo 85 (42,3 %) respondentů. Od roku 2021 doposud 78 (38,8 %) respondentů. 1 (0,5 %) respondent neuvedl rok svého posledního vzdělávání.

Graf 7 Vzdělávání po nástupu na ARO**n=201**

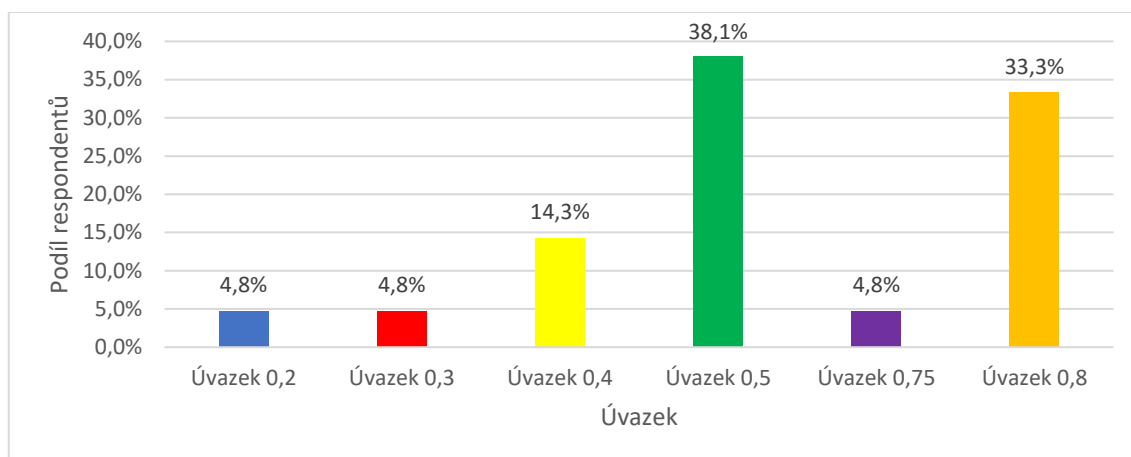
Graf 7 prezentuje vzdělávání respondentů po jejich nástupu na ARO. 64 (31,8 %) respondentů se nijak nevzdělávalo. 66 (32,8 %) respondentů dokončilo specializaci v oboru Intenzivní péče. 38 (18,9 %) respondentů pokračovalo ve vysokoškolském vzdělávání. 59 (29,4 %) respondentů uvedlo různé kurzy, samostudium, ale také semináře, přednášky, konference apod. 8 (4,0 %) respondentů neuvedlo, jaké bylo jejich vzdělávání po nástupu na ARO.

Graf 8 Uspořádání ARO**n=201**

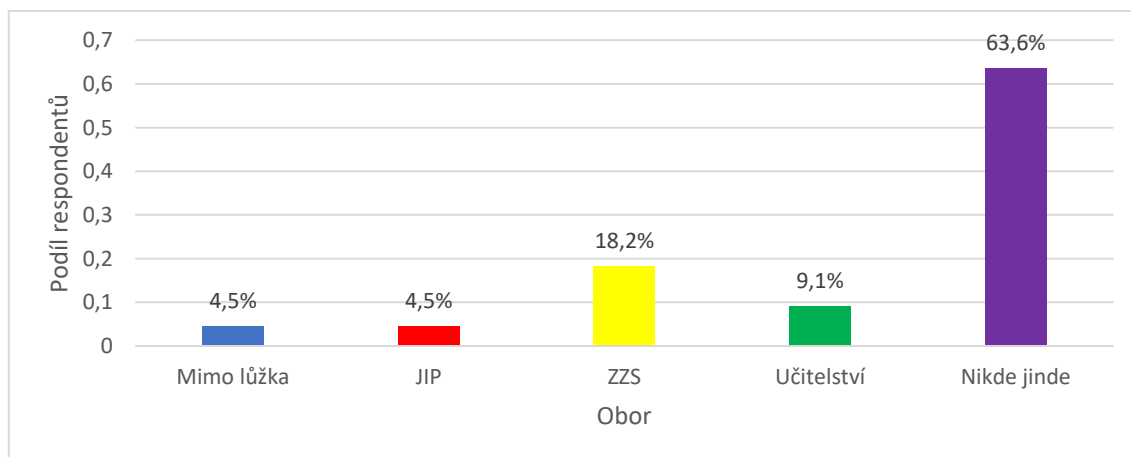
Graf 8 vyobrazuje uspořádání ARO jednotlivých respondentů. 21 (10,4 %) respondentů pracuje na ARO sálového typu. 66 (32,8 %) respondentů pracuje na ARO boxového typu. Na ARO kombinovaného uspořádání pracuje 114 (56,7 %) respondentů.

Graf 9 Pracovní úvazek na ARO**n=201**

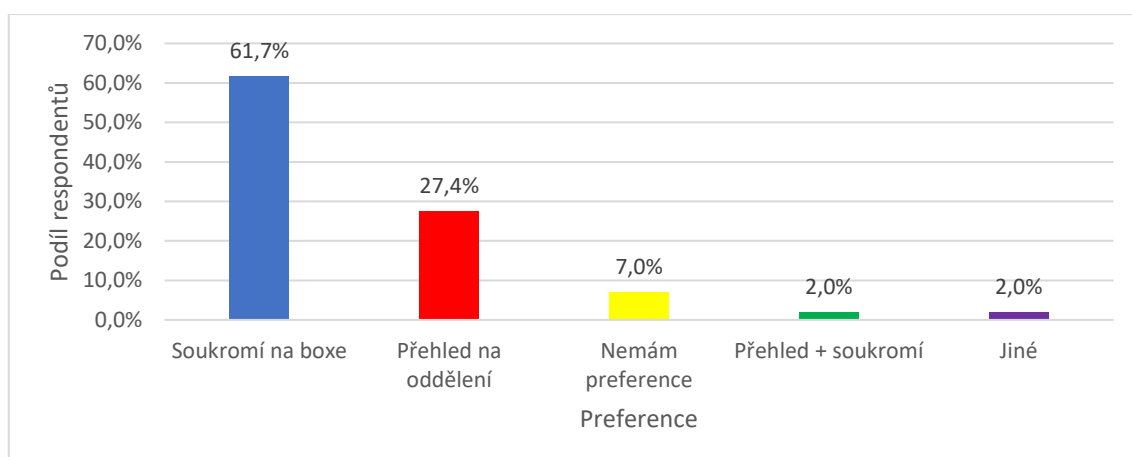
Graf 9 vypočítává pracovní úvazek respondentů na ARO. 180 (89,6 %) respondentů je zaměstnáno na celý úvazek. 21 (10,4 %) respondentů pracuje na částečný úvazek.

Graf 10 Částečný úvazek**n=21**

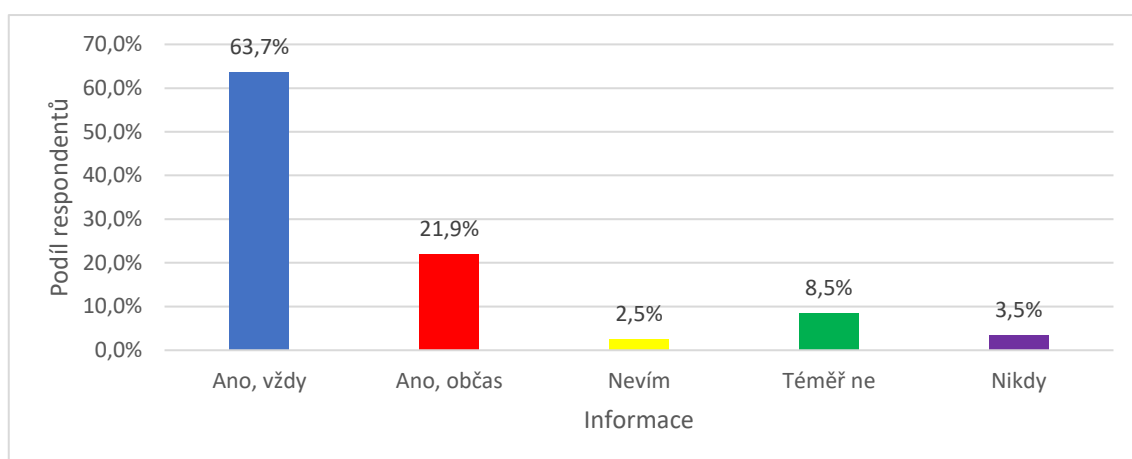
Graf 10 vyobrazuje, že na částečný úvazek na ARO pracuje 21 (100 %) respondentů. 1 (4,8 %) respondent pracuje na úvazek 0,2. 1 (4,8 %) respondent pracuje na úvazek 0,3. 3 (14,3 %) respondenti jsou zaměstnáni na úvazek 0,4. 8 (38,1 %) respondentů má úvazek 0,5. 1 (4,8 %) respondent pracuje na úvazek 0,75. 7 (33,3 %) respondentů má úvazek 0,8.

Graf 11 Zaměstnání mimo ARO**n=21**

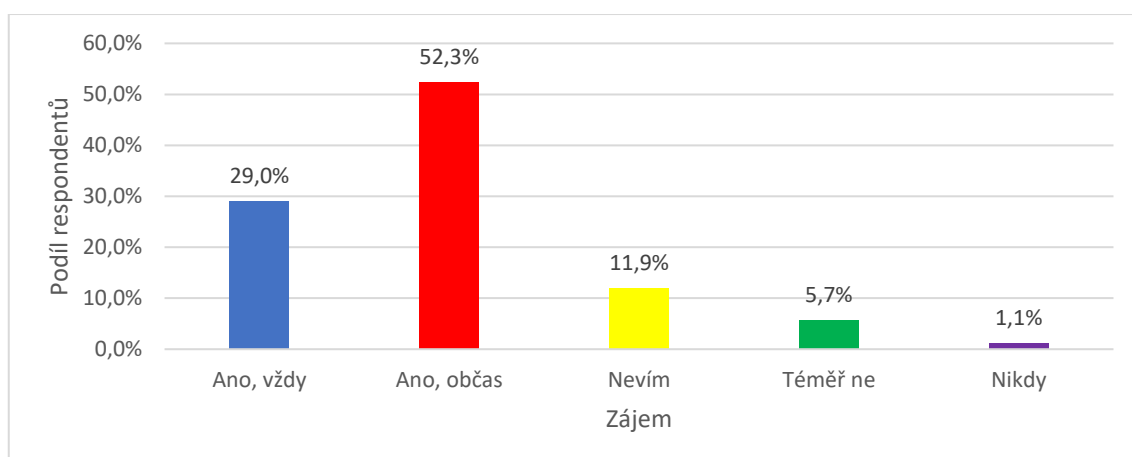
Graf 11 zobrazuje, kde dále mimo ARO pracuje 21 (100 %) respondentů. 1 (4,5 %) respondent pracuje mimo lůžka. 1 (4,5 %) respondent pracuje na JIP. 4 (18,2 %) respondenti pracují na ZZS. 2 (9,1 %) respondenti uvedli učitelství. 14 (63,6 %) respondentů nikde jinde nepracuje, nejčastěji uváděli částečný pracovní úvazek na ARO při rodičovské dovolené.

Graf 12 Preference při návštěvě**n=201**

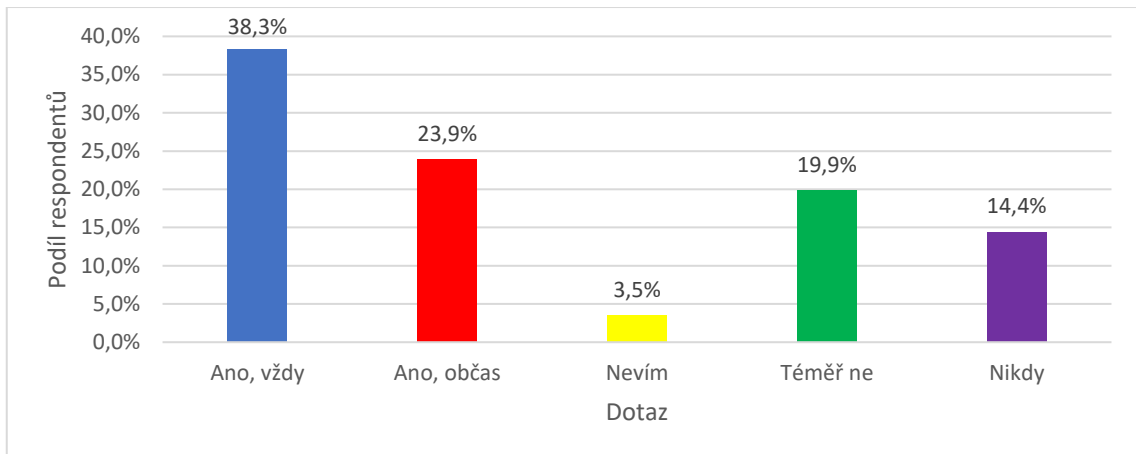
Graf 12 poukazuje na to, jaké mají respondenti preference při návštěvě pacienta. 124 (61,7 %) respondentů preferuje soukromí rodiny na boxe u pacienta. 55 (27,4 %) respondentů upřednostňuje, pokud mají přehled o návštěvách na oddělení sálového typu. 14 (7,0 %) respondentů nemá žádné preference. 4 (2,0 %) respondenti jednak chtějí mít přehled o návštěvách, ale zároveň jim u pacienta dopřejí soukromí. 4 (2,0 %) respondenti uvedli jiné preference.

Graf 13 Informace rodině**n=201**

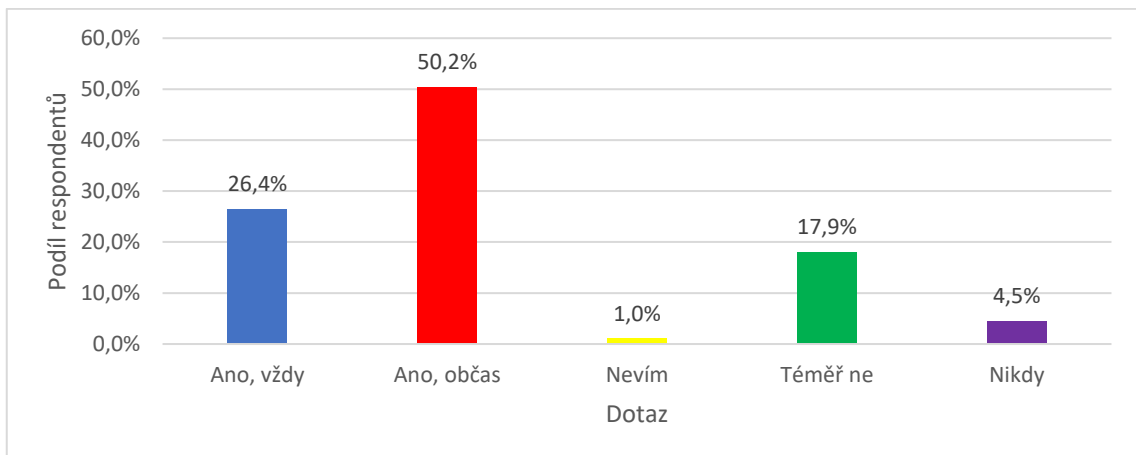
Graf 13 ukazuje, zda respondenti dávají informace rodině ohledně oddělení před jejich první návštěvou ARO. 128 (63,7 %) respondentů uvedlo, že vždy poskytuje informace rodině. 44 (21,9 %) respondentů informuje rodině poskytuje občas. 5 (2,5 %) respondentů neví. 17 (8,5 %) respondentů informace rodině téměř nedává. 7 (3,5 %) respondentů neinformuje nikdy.

Graf 14 Zájem rodiny o informace**n=176**

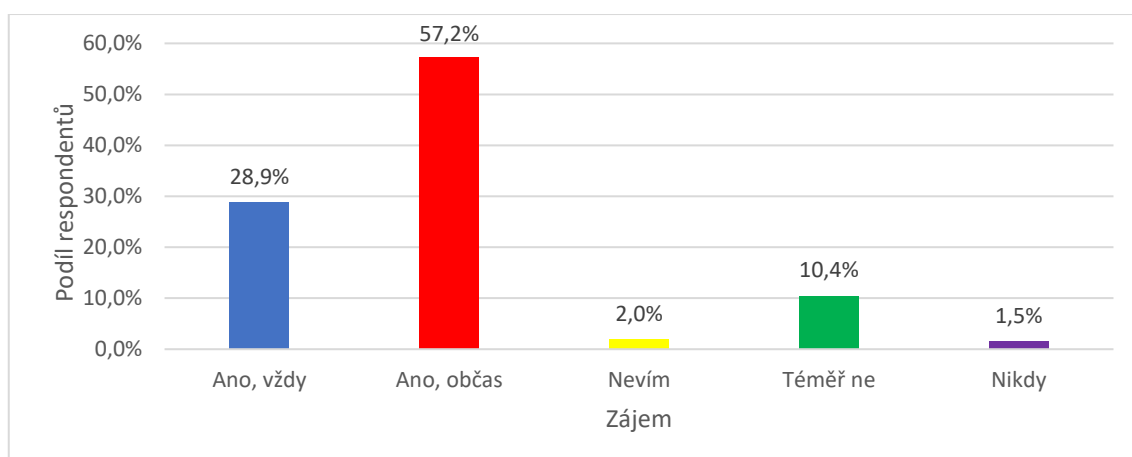
Graf 14 poukazuje na to, zda má rodina zájem o tyto informace. Na tuto otázku měli odpovědět pouze respondenti, kteří informace rodině ohledně vzhledu oddělení poskytují vždy nebo občas, ale ne všichni to dodrželi, tudíž je zde 176 (100 %) respondentů. 51 (29,0 %) respondentů uvádí, že rodina tyto informace chce vždycky. 92 (52,3 %) respondentů má zkušenost, že rodina chce informace občas. 32 (11,9 %) respondentů neví. 10 (5,7 %) respondentů má zkušenost, že rodina informace téměř nechce. 2 (1,1 %) respondenti uvádí, že rodina informace nechce nikdy.

Graf 15 Dotaz na ARO/JIP**n=201**

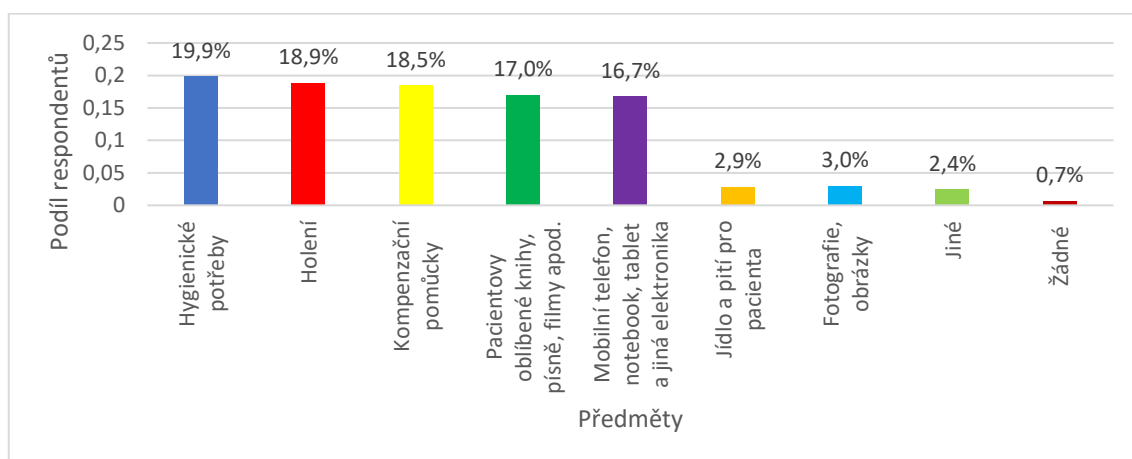
Graf 15 vykresluje, zda se respondenti rodinných příslušníků dotazují, zda již někdy byli na ARO/JIP. Rodiny se vždy dotazuje 77 (38,3 %) respondentů. 48 (23,9 %) respondentů se rodiny dotazuje občas. 7 (3,5 %) respondentů neví. 40 (19,9 %) respondentů se rodiny téměř nedotazuje. 29 (14,4 %) respondentů se rodiny nikdy nedotazuje.

Graf 16 Biografická anamnéza**n=201**

Graf 16 vypočítává, zda se respondenti dotazují rodinných příslušníků na pacientovu biografickou anamnézu. Vždy se dotazuje 53 (26,4 %) respondentů. Občas se dotazuje 101 (50,2 %) respondentů. 2 (1,0 %) respondenti neví. 36 (17,9 %) respondentů se téměř nedotazuje. 9 (4,5 %) respondentů se rodiny nikdy nedotazuje.

Graf 17 Zájem o věci pacienta**n=201**

Graf 17 znázorňuje, zda respondenti mají zájem o věci pacienta. Věci pacienta vždy uvítá 58 (28,9 %) respondentů. 115 (57,2 %) respondentů má zájem o věci občas a po předchozí domluvě. 4 (2,0 %) respondenti neví. 21 (10,4 %) respondentů téměř nemá zájem, protože pacient dostane vše, co potřebuje. 3 (1,5 %) respondenti nikdy nechtějí věci pro pacienta.

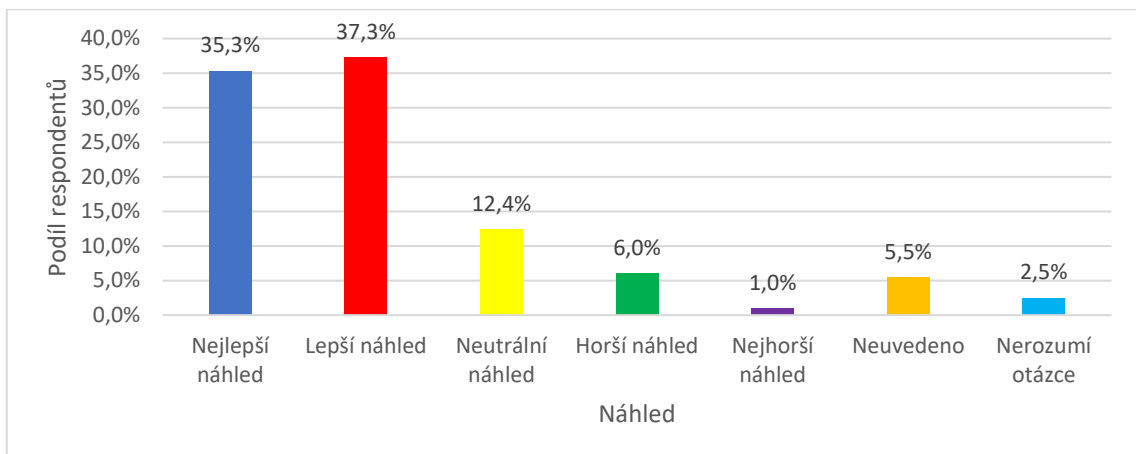
Graf 18 Věci pro pacienta**n=699**

Graf 18 ukazuje, o jaké věci pro pacienta mají respondenti zájem nejčastěji. Respondenti zde mohli uvádět více možností, celkem bylo uvedeno 699 (100 %) možností. 139 (19,9 %) respondentů uvítá hygienické potřeby. Pomůcky na holení přivítá 132 (18,9 %) respondentů. 129 (18,5 %) respondentů uvítá kompenzační pomůcky (brýle, zubní protézy, naslouchátka apod.). 119 (17,0 %) respondentů uvedlo pacientovy oblíbené knihy, písně, filmy apod. O mobilní telefon, notebook, tablet či jinou elektroniku má zájem 117 (16,7 %) respondentů. 20 (2,9 %) respondentů poskytlo informaci,

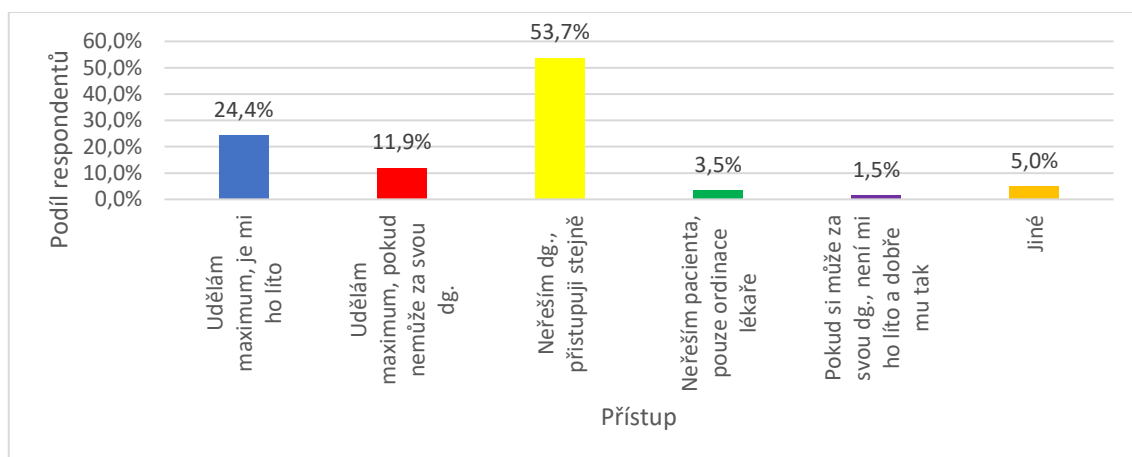
že uvítají oblíbené jídlo a pití pro pacienta. Fotografie či obrázky od dětí uvedlo 21 (3,0 %) respondentů. 17 (2,4 %) respondentů uvítá jiné věci. 5 (0,7 %) respondentů nechce žádné věci.

Graf 19 Náhled na pacienta

n=201



Graf 19 ukazuje, jakým způsobem respondenti nahlíží na pacienta, jaký na něj mají názor, přístup k němu apod. Jednotlivé odpovědi byly vyhodnoceny na základě podobných znaků. Nejlepší náhled na pacienta má 71 (35,3 %) respondentů, kteří ve svých odpovědích uváděli např. holistický přístup k pacientovi, pacient je lidská bytost, práce je jejich posláním, pro pacienta dělají maximum apod. Lepší náhled má 75 (37,3 %) respondentů, kteří se vyjadřovali v tom smyslu, že pacient potřebuje jejich péči, člověk, kterému mají pomoci apod. 25 (12,4 %) respondentů má neutrální náhled na pacienta, tzn. že ke všem přistupují stejně, nemají svůj názor apod. 12 (6,0 %) respondentů má horší náhled, např. jim práce postupně začíná vadit, pacienta berou pouze jako svoji nutnou práci apod. Nejhorší náhled na pacienta mají 2 (1,0 %) respondenti, jejichž odpovědi obsahovaly informace o tom, že pacienti i rodiny jim vadí a práce je nebaví. 11 (5,5 %) respondentů neodpovědělo. 5 (2,5 %) respondentů napsalo, že nerozumí otázce.

Graf 20 Přístup k pacientovi**n=201**

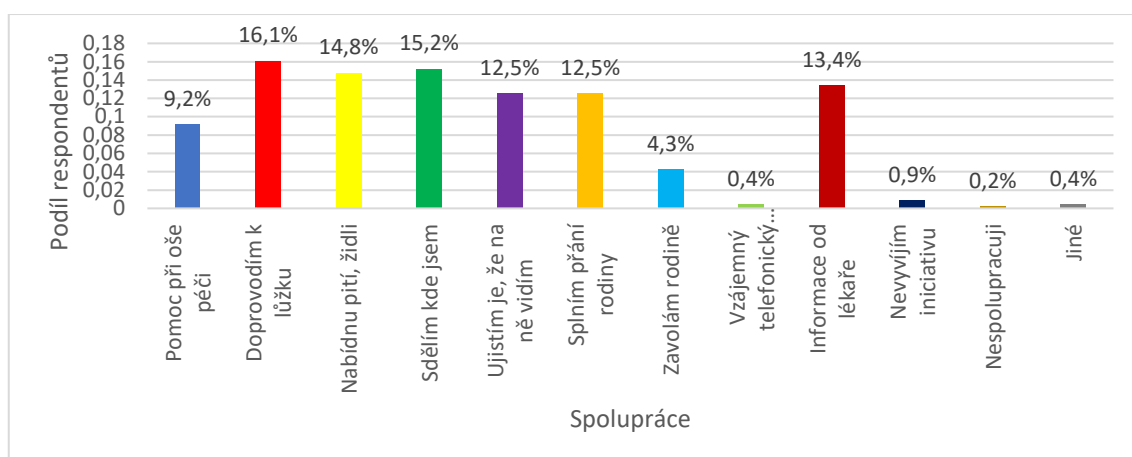
Graf 20 poukazuje na to, jaký mají respondenti přístup k pacientovi. 49 (34,4 %) respondentů udělá maximum pro pacienta, ať má jakoukoliv diagnózu, je jim ho líto. Pokud pacient za svoji diagnózu nemůže, tak pro něj maximum udělá 24 (11,9 %) respondentů. 108 (53,7 %) respondentů diagnózu pacienta neřeší a ke všem pacientům mají stejný přístup. 7 (3,5 %) respondentů pacienta neřeší, je jim jedno, co se s ním děje, jsou pro ně důležité pouze ordinace lékaře. 3 (1,5 %) respondenti k pacientovi přistupují tím způsobem, pokud si pacient za svoji diagnózu může sám, tak jim ho není líto a dobře mu tak.

Tabulka 2 Jednotlivá tvrzení respondentů**n=201**

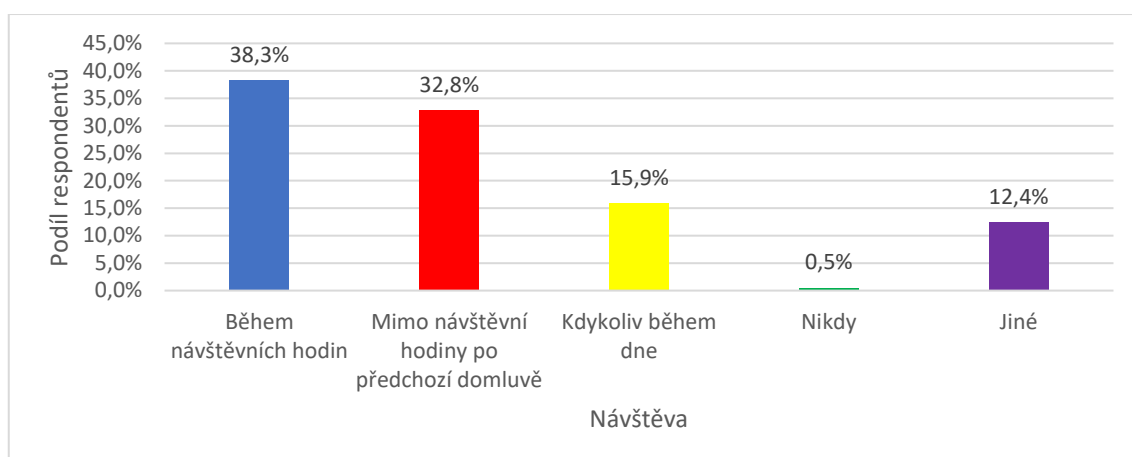
	Naprostou souhlasím	Spíše souhlasím	Nevím	Spíše nesouhlasím	Naprostou nesouhlasím
Otevřený přístup	47,8 %	45,3 %	3,5 %	3,0 %	0,5 %
Zájem o zdravotní stav	54,2 %	36,8 %	8,0 %	1,0 %	0,0 %
Dbají rad a pokynů	79,1 %	19,4 %	0,5 %	0,5 %	0,5 %
Rodiny se bojí, stydí se	30,8 %	37,3 %	14,4 %	16,4 %	1,0 %
Sahání na hadičky a kabely	2,0 %	6,5 %	4,0 %	27,4 %	60,2 %
Soukromí u pacienta	64,2 %	29,4 %	2,5 %	4,0 %	0,0 %
Bojí se být sami s pacientem	8,5 %	36,8 %	22,4 %	25,4 %	7,0 %
Stejný přístup	18,9 %	33,3 %	20,9 %	18,4 %	8,5 %
Rodina u ošetrovatelských činností	10,0 %	27,4 %	15,4 %	29,9 %	17,4 %
Rodina při KPR	4,5 %	7,0 %	6,0 %	15,4 %	67,2 %

Tabulka 2 představuje jednotlivá tvrzení, na která respondenti odpovídali pomocí pětistupňové Likertovy škály, která obsahuje stupně: „*Naprostou souhlasím*“, „*Spíše souhlasím*“, „*Nevím*“, „*Spíše nesouhlasím*“ a „*Naprostou nesouhlasím*“. S tvrzením „*Domnívám se, že mám otevřený přístup k podpoře rodiny pacientů*“ naprostou souhlasí 96 (47,8 %) respondentů, spíše souhlasí 91 (45,3 %) respondentů, 7 (3,5 %) respondentů neví, spíše nesouhlasí 6 (3,0 %) respondentů a naprostou nesouhlasí 1 (0,5 %) respondent. S tvrzením „*Jsem nadšen/a, pokud má návštěva zájem o zdravotní stav svého blízkého a chce mu pomoci*“ naprostou souhlasí 109 (54,2 %) respondentů, spíše souhlasí 74 (36,8 %) respondentů, neví 16 (8,0 %) respondentů, spíše nesouhlasí 2 (1,0 %) respondenti a naprostou nesouhlasí 0 (0,0 %) respondentů. S tvrzením „*Je správné, když návštěva dbá mých rad a pokynů*“ naprostou souhlasí 159 (79,1 %) respondentů, spíše souhlasí 39 (19,4 %), neví 1 (0,5 %) respondent, spíše nesouhlasí 1 (0,5 %) respondent a naprostou nesouhlasí 1 (0,5 %) respondent. S tvrzením „*Mám zkušenosti, že se návštěva bojí sáhnout na pacienta, vzít ho za ruku, stydí se na něj mluvit*“ naprostou souhlasí 62 (30,8 %) respondentů, spíše souhlasí 75 (37,3 %) respondentů, neví 29 (14,4 %) respondentů, spíše nesouhlasí 33 (16,4 %) respondentů a naprostou nesouhlasí 2 (1,0 %) respondenti. S tvrzením „*Nevadí*

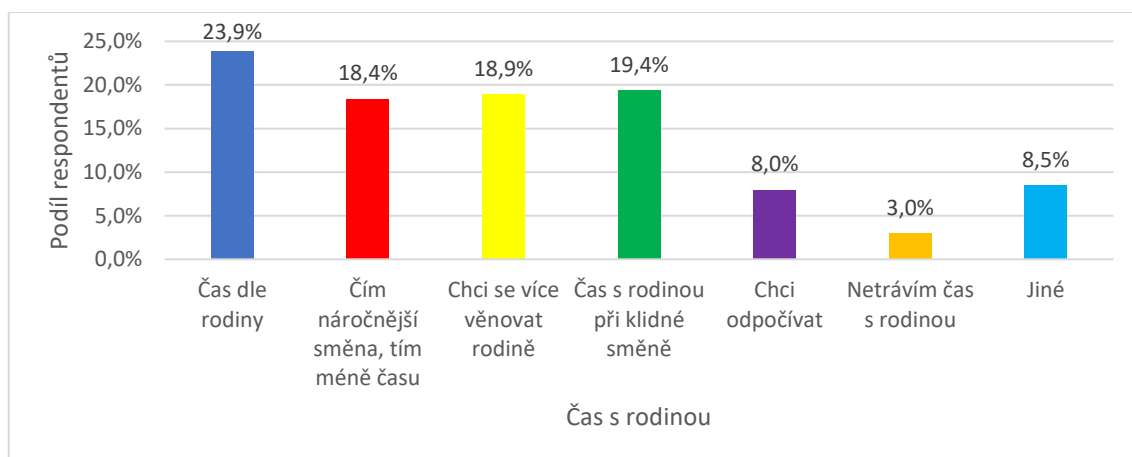
mi, pokud návštěva sahá na hadičky, kabely apod. a přerovnává je“ naprosto souhlasí 4 (2,0 %) respondenti, spíše souhlasí 13 (6,5 %) respondentů, neví 8 (4,0 %) respondentů, spíše nesouhlasí 55 (27,4 %) respondentů a naprosto nesouhlasí 121 (60,2 %) respondentů. S tvrzením *„Respektuji, když návštěva chce být o samotě s pacientem, mít soukromí“* naprosto souhlasí 129 (64,2 %) respondentů, spíše souhlasí 59 (29,4 %) respondentů, neví 5 (2,5 %) respondentů, spíše nesouhlasí 8 (4,0 %) respondentů a naprosto nesouhlasí 0 (0,0 %) respondentů. S tvrzením *„Setkávám se s tím, že se návštěva bojí zůstat sama s pacientem (např. kvůli alarmům)“* naprosto souhlasí 17 (8,5 %) respondentů, spíše souhlasí 74 (36,8 %) respondentů, neví 45 (22,4 %) respondentů, spíše nesouhlasí 51 (25,4 %) respondentů a naprosto nesouhlasí 14 (7,0 %) respondentů. S tvrzením *„Nevadí mi, pokud je pacient hospitalizován i několik týdnů či měsíců, mám k němu stále stejný přístup“* naprosto souhlasí 38 (18,9 %) respondentů, spíše souhlasí 67 (33,3 %) respondentů, neví 42 (20,9 %) respondentů, spíše nesouhlasí 37 (18,4 %) respondentů a naprosto nesouhlasí 17 (8,5 %) respondentů. S tvrzením *„Nevadí mi přítomnost rodiny během ošetrovatelských činností u pacienta“* naprosto souhlasí 20 (10,0 %) respondentů, spíše souhlasí 55 (27,4 %) respondentů, neví 31 (15,4 %) respondentů, spíše nesouhlasí 60 (29,9 %) respondentů a naprosto nesouhlasí 35 (17,4 %) respondentů. S tvrzením *„Umožním rodině přítomnost při KPR jejich blízkého“* naprosto souhlasí 9 (4,5 %) respondentů, spíše souhlasí 14 (7,0 %) respondentů, 12 (6,0 %) respondentů neví, spíše nesouhlasí 31 (15,4 %) respondentů a naprosto nesouhlasí 135 (67,2 %) respondentů.

Graf 21 Spolupráce s rodinnými příslušníky**n=447**

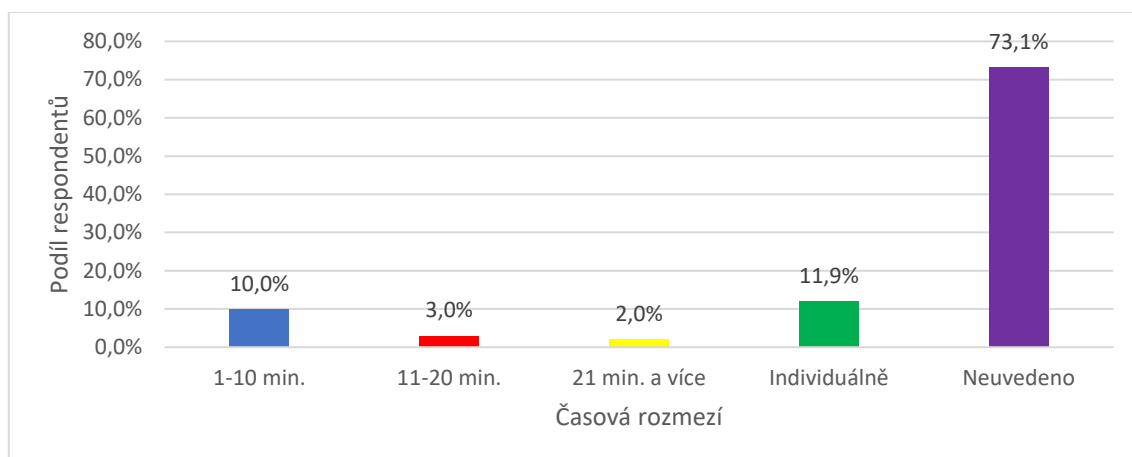
Graf 21 představuje, jakým způsobem respondenti spolupracují s rodinnými příslušníky pacientů. Respondenti zde mohli označit více odpovědí, celkem jich bylo označeno 447 (100 %). 41 (9,2 %) respondentů umožní rodině podílet se na péči při hygieně, polohování či při krmení pacienta. 72 (16,1 %) respondentů doprovodí rodinu k lůžku pacienta. 66 (14,8 %) respondentů nabídne rodině vodu na pití, židli k sezení. 68 (15,2 %) respondentů sdělí rodinným příslušníkům, kde je najdou, pokud by něco potřebovali. 56 (12,5 %) respondentů rodinné příslušníky ujistí, že kdyby se něco dělo, tak na ně zpozvdálí uvidí. 56 (12,5 %) respondentů se snaží splnit přání rodiny, pokud to lze. 19 (4,3 %) respondentů sami od sebe zavolají rodinným příslušníkům, např. pro donesení věcí pacientovi. 2 (0,4 %) respondenti s rodinnými příslušníky udržují i vzájemný telefonický kontakt. 60 (13,4 %) respondentů informuje rodinu o možnosti informací o zdravotním stavu pacienta od ošetřujícího lékaře. 4 (0,9 %) respondentů sami nevyvíjejí žádnou iniciativu a počkají, pokud rodinní příslušníci něco chtějí a sami se jich na něco zeptají. 1 (0,2 %) respondent nespolupracuje. 2 (0,4 %) respondenti označili možnost „*Jiné*“.



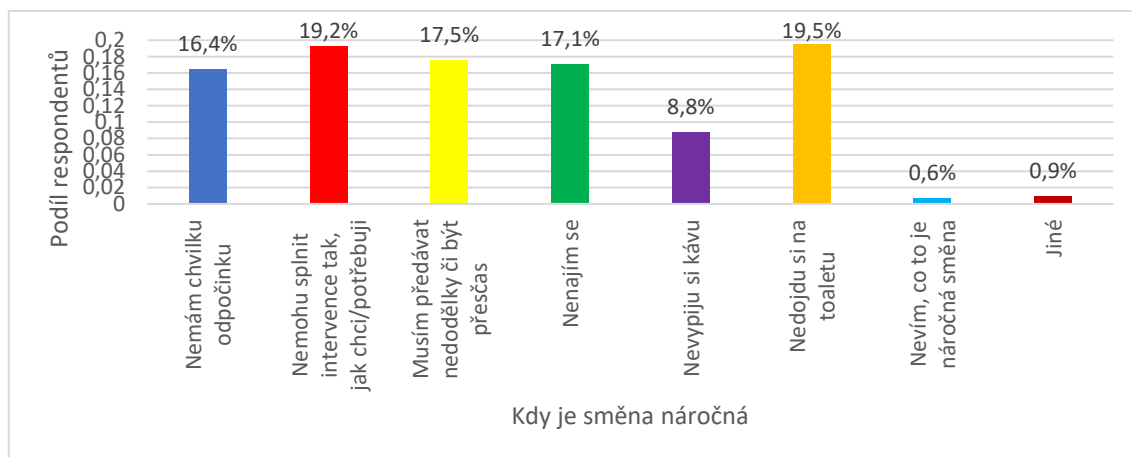
Graf 22 představuje, kdy je pro respondenty vhodný čas pro návštěvu pacienta rodinnými příslušníky. 77 (38,3 %) respondentů upřednostní návštěvu pouze během návštěvních hodin. 66 (32,8 %) respondentů umožní návštěvu rodině i mimo návštěvní hodiny, ale pouze po předchozí domluvě. 32 (15,9 %) respondentů návštěvu přivítá kdykoliv během dne. 1 (0,5 %) respondent u pacienta návštěvu nikdy nechce. 25 (12,4 %) respondentů uvedlo možnost „Jiné“, ve které nejčastěji odpovídali, že návštěva u pacienta může být kdykoliv během dne, pokud to nenaruší chod oddělení či nebudou probíhat různé výkony u pacienta, taktéž ji umožní u pacienta s infaustní prognózou.

Graf 23 Čas s rodinou během směny**n=201**

Graf 23 vykresluje, kolik času respondenti tráví s rodinou během své pracovní směny. 48 (23,9 %) respondentů s rodinou tráví tolik času, kolik rodina chce či potřebuje, bez ohledu na náročnost směn. 37 (18,4 %) respondentů tvrdí, že čím je náročnější směna, tím s rodinou tráví méně času. 38 (18,9 %) respondentů uvedlo, že i když mají náročnou směnu a jsou pracovně plně vytíženi, i tak by chtěli rodině věnovat více svého času, než kolik jim ho dokážou poskytnout. 39 (19,4 %) respondentů s rodinou tráví dostatek času pouze za předpokladu, že je klidná směna. 16 (8,0 %) respondentů s rodinou nechce trávit svůj čas, chtějí si odpočinout. 6 (3,0 %) respondentů s rodinou v žádném případě netráví čas. 17 (8,5 %) respondentů označilo možnost „*Jiné*“, do které nejčastěji psali, že s rodinou tráví tolik času, kolik je potřeba, např. k předání základních informací, nebo také záleží na konkrétních rodinách, některé vyžadují přítomnost sestry u pacienta, ale některé ji odmítají.

Graf 24 Čas strávený s rodinou pacienta**n=201**

Graf 24 znázorňuje, kolik času respondenti tráví s rodinnými příslušníky pacientů. 20 (10,0 %) respondentů s rodinou stráví 1-10 min. 6 (3,0 %) respondentů s rodinou stráví 11-20 min. 4 (2,0 %) respondenti s rodinou stráví alespoň 21 min. 24 (11,9 %) respondentů uvedlo, že to je velice individuální a čas se nedá uvést konkrétně. 147 (73,1 %) respondentů čas neuvedlo.

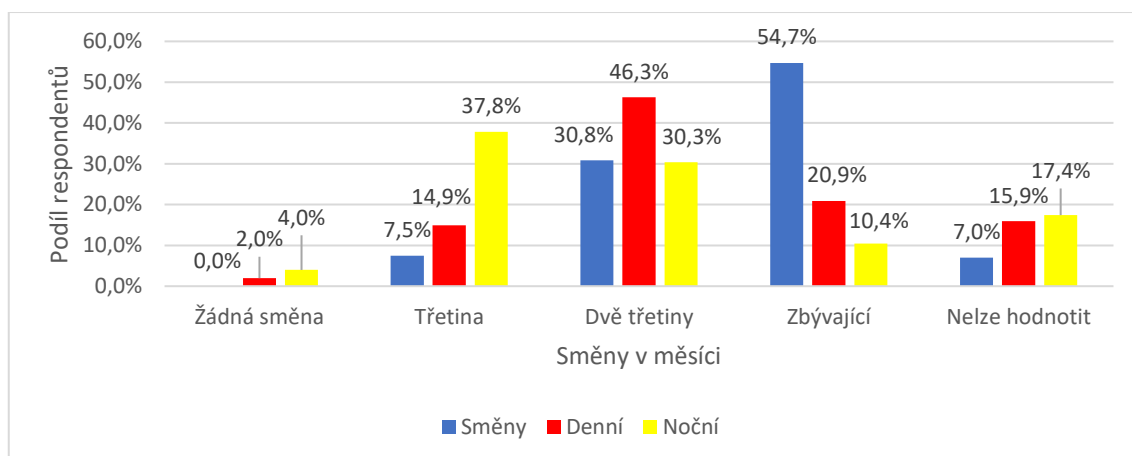
Graf 25 Náročná směna**n=651**

Graf 25 představuje, co pro respondenty znamená náročná směna, zde respondenti mohli uvést více možností, celkem jich bylo 651 (100 %). 107 (16,4 %) respondentů nemá chvíli odpočinku. 125 (19,2 %) respondentů nemohou splnit všechny intervence tak, jak by chtěli a potřebovali. 114 (17,5 %) respondentů musí předávat některé nedodělky další službě, případně si musí dodělat své povinnosti po skončení své služby. 111 (17,1 %) respondentů se nestihne najíst. 57 (8,8 %) respondentů si nevypije kávu.

127 (19,5 %) respondentů si nedojde na toaletu. 4 (0,6 %) respondenti neví, co to je náročná směna. 6 (0,9 %) respondentů označilo odpověď „Jiné“.

Graf 26 Náročné směny

n=201



Graf 26 vypočítává náročnost směn v měsíci. V grafu pojem „*Třetina*“ obsahuje 1-10 směn v měsíci, 1-3 denní směny a 1-3 noční směny, pojem „*Dvě třetiny*“ obsahuje 11-15 směn měsíčně, 4-6 denních směn a 4-6 nočních směn a pojem „*Zbývající*“ obsahuje 16 a více směn v měsíci, 7 a více denních směn a 7 a více nočních směn. Ve svém celkovém počtu směn měsíčně 0 (0,0 %) respondentů nemá žádnou směnu, 15 (7,5 %) respondentů má 1-10 směn měsíčně, 62 (30,8 %) respondentů má 11-15 směn v měsíci, 110 (54,7 %) respondentů má alespoň 16 směn v měsíci a 14 (7,0 %) respondentů nedokážou určit počet směn měsíčně. Co se týká denních náročných směn, žádnou nemají 4 (2,0 %) respondenti, 30 (14,9 %) respondentů má náročných 1-3 denní směny, 93 (46,3 %) respondentů má náročných 4-6 denních směn, 42 (20,9 %) respondentů má náročných 7 a více denní směn a 32 (15,9 %) respondentů nedokážou hodnotit počet náročných denních směn. Co se týká náročných nočních směn, žádnou nemá 8 (4,0 %) respondentů, 76 (37,3 %) respondentů mají náročných 1-3 směny, 61 (30,3 %) respondentů mají náročných 4-6 směn, 21 (10,4 %) respondentů má náročných minimálně 7 nočních směn a 35 (17,4 %) respondentů nedokážou hodnotit počet náročných nočních směn.

Tabulka 3 Změna náhledu na pacienty**n=201**

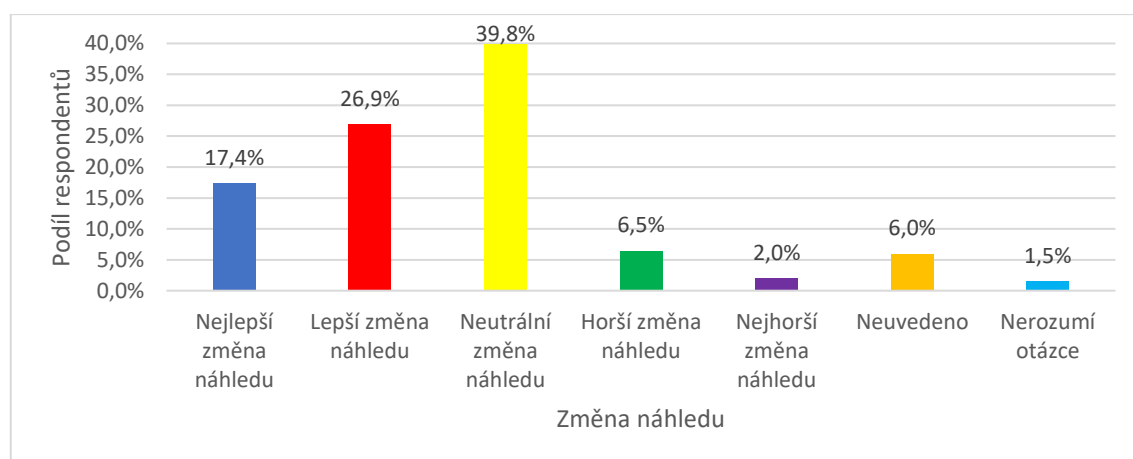
	Naprostou souhlasím	Spíše souhlasím	Nevím	Spíše nesouhlasím	Naprostou nesouhlasím
Napříč odpracovanými roky	26,9 %	33,3 %	18,9 %	12,9 %	8,0 %
Poté, co měl pacient návštěvu	5,5 %	26,4 %	23,9 %	27,4 %	16,9 %
Poté, co jsem já navštívil/a blízkého na ARO	9,5 %	10,4 %	61,2 %	7,0 %	11,9 %
Po mateřské/rodičovské dovolené	10,9 %	15,4 %	57,7 %	7,0 %	9,0 %
Po absolvování vzdělání	7,5 %	15,4 %	43,8 %	18,4 %	14,9 %

Tabulka 3 ukazuje první část změny náhledu na pacienta, a to, zda se u respondentů měnil náhled na pacienty napříč odpracovanými roky, ale i poté, co měl pacient návštěvu. Respondenti odpovídali pomocí Likertovy pětistupňové škály, která obsahovala pojmy: „*Naprostou souhlasím*“, „*Spíše souhlasím*“, „*Nevím*“, „*Spíše nesouhlasím*“ a „*Naprostou nesouhlasím*“. Co se týká změny náhledu na pacienty napříč odpracovanými roky, s tímto tvrzením naprostou souhlasí 54 (26,9 %) respondentů, spíše souhlasí 67 (33,3 %) respondentů, 38 (18,9 %) respondentů neví, 26 (12,9 %) respondentů spíše nesouhlasí a naprostou nesouhlasí 16 (8,0 %) respondentů. Co se týká změny náhledu na pacienta poté, co měl daný pacient návštěvu, tak s tímto tvrzením naprostou souhlasí 11 (5,5 %) respondentů, spíše souhlasí 53 (26,4 %) respondentů, 48 (23,9 %) respondentů neví, spíše nesouhlasí 55 (27,4 %) respondentů a naprostou nesouhlasí 34 (16,9 %) respondentů. Pro následující tvrzení byla možnost „*Nevím*“ upravena na: „*Nebyl/a jsem navštívit svého blízkého*“, „*Nebyl/a jsem na MD/RD*“ a „*Nestudoval/a jsem během mého zaměstnání na ARO*“. S tvrzením „*Váš náhled na pacienty hospitalizované na ARO se změnil poté, co jsem já navštívil/a svého blízkého na ARO*“ naprostou souhlasí 19 (9,5 %) respondentů, spíše souhlasí 21 (10,4 %) respondentů, 123 (61,2 %) respondentů nikdy nenavštívili svého blízkého na ARO, 14 (7,0 %) respondentů spíše nesouhlasí a naprostou nesouhlasí 24 (11,9 %) respondentů. S tvrzením „*Váš náhled na pacienty hospitalizované na ARO se změnil po mateřské/rodičovské dovolené*“ naprostou souhlasí 22 (10,9 %) respondentů, spíše

souhlasí 31 (15,4 %) respondentů, 116 (57,7 %) respondentů nebylo na mateřské nebo rodičovské dovolené, spíše nesouhlasí 14 (7,0 %) respondentů a naprosto nesouhlasí 18 (9,0 %) respondentů. S tvrzením „*Váš náhled na pacienty hospitalizované na ARO se změnil po absolvování vzdělání, které jsem zahájil/a až po nástupu na ARO*“ naprosto souhlasí 15 (7,5 %) respondentů, spíše souhlasí 31 (15,4 %) respondentů, 88 (43,8 %) respondentů nestudovalo během zaměstnání na ARO, spíše nesouhlasí 37 (18,4 %) respondentů a naprosto nesouhlasí 30 (14,9 %) respondentů.

Graf 27 Změna náhledu na pacienta

n=201



Graf 27 prezentuje, jakým způsobem se změnil náhled respondentů na pacienta. Jednotlivé odpovědi k této otázce byly vyhodnoceny na základě podobnosti znaků. Nejlepší změnu náhledu na pacienta má 35 (17,4 %) respondentů, jejichž odpovědi nejčastěji obsahovaly např. více pracovních zkušeností, více komunikačních zkušeností s pacientem i s rodinou, více empatie, profesionality apod. Lepší změnu náhledu na pacienta má 54 (26,9 %) respondentů, kteří nejčastěji odpovídali, že se snaží o lepší přístup, snaží se o lepší spolupráci s rodinou, ale také se snaží o lepší ošetrovatelskou péči. Neutrální změnu náhledu má 80 (39,8 %) respondentů, u kterých se náhled na pacienta nezměnil. Horší změnu náhledu na pacienta má 13 (6,5 %) respondentů, kteří se shodovali v odpovědích, že je jejich práce přestává bavit. Nejhorší změnu náhledu mají 4 (2,0 %) respondenti, kteří napsali, že jim jsou někteří pacienti i rodiny na obtíž, nebo je pacient nezajímá. 12 (6,0 %) respondentů neodpovědělo a 3 (1,5 %) respondenti napsali, že nerozumí otázce.

4.2.1 Statistické vyhodnocení hypotéz

Zde je prezentováno statistické vyhodnocení předem stanovených hypotéz na základě vyhodnocených odpovědí z dotazníku vlastní konstrukce.

Hypotéza 1

H1 (H_A): Sestry mají otevřený pozitivní přístup k podpoře rodiny pacienta hospitalizovaného na anesteziologicko-resuscitačním oddělení.

H1 (H_0): Sestry nemají otevřený pozitivní přístup k podpoře rodiny pacienta hospitalizovaného na anesteziologicko-resuscitačním oddělení.

Pomocí Chí kvadrát testu jsme zjišťovaly, zda sestry mají otevřený pozitivní přístup (viz Operacionalizace pojmů) k podpoře rodiny pacienta hospitalizovaného na anesteziologicko-resuscitačním oddělení.

Tabulka 4 Otevřený pozitivní přístup sester k podpoře rodiny pacienta hospitalizovaného na anesteziologicko-resuscitačním oddělení n=201

Otevřený pozitivní přístup	Pozorované		Očekávané		Chí kvadrát test
	n	%	n	%	p
Ano	193	96	141	70	<0,1 %
Ne	8	4	60	30	
Celkem	201	100	201	100	

Tabulka 4 znázorňuje výsledky, které se týkají statistické signifikance, zda alespoň 70 % sester má otevřený pozitivní přístup k podpoře rodiny pacienta hospitalizovaného na anesteziologicko-resuscitačním oddělení. Na základě dosažené hladiny významnosti $p < 0,1 \%$ se zamítá H_0 a platí H_A , tzn. že sestry mají otevřený pozitivní přístup k podpoře rodiny pacienta hospitalizovaného na anesteziologicko-resuscitačním oddělení.

Hypotéza 2

H2 (H_A): Spolupráce sester s rodinnými příslušníky pacientů hospitalizovaných na anesteziologicko-resuscitačním oddělení se liší dle náročnosti směny.

H2 (H₀): Spolupráce sester s rodinnými příslušníky pacientů hospitalizovaných na anesteziologicko-resuscitačním oddělení se neliší dle náročnosti směny.

Pomocí Chí kvadrát testu jsme zjišťovaly, zda se spolupráce sester s rodinnými příslušníky pacientů hospitalizovaných na anesteziologicko-resuscitačním oddělení liší dle náročnosti směny.

Tabulka 5 Spolupráce sester s rodinnými příslušníky pacientů hospitalizovaných na anesteziologicko-resuscitačním oddělení **n=201**

Náročná směna	Spolupráce s rodinnými pacienty (n)		Celkem (n)	Spolupráce s rodinnými pacienty (%)		Celkem (%)
	Ano	Ne		Ano	Ne	
Ano	89	34	123	72	28	100
Ne	63	15	78	81	19	100
Celkem	152	49	201	76	24	100

Tabulka 5 představuje výsledky týkající se statistické signifikance, zda 80 % sester, které mají náročných alespoň 50 % svých směn, spolupracují s rodinami pacientů hospitalizovaných na anesteziologicko-resuscitačním oddělení. Protože je dosažená hladina významnosti $p = 17,6 \%$, tzn. $p > 5$, nelze zamítnout H₀. Spolupráce sester s náročností směny nesouvisí, rozdíl není statisticky významný.

Tabulka 6 Trávení času sestry v závislosti na náročných směnách s rodinou pacienta hospitalizovaného na anesteziologicko-resuscitačním oddělení n=184

Trávení času s rodinou	Náročné směny (n)		Celkem (n)	Náročné směny (%)		Celkem (%)
	Ano	Ne		Ano	Ne	
Kolik potřebují	23	25	48	20	37	26
Málo	82	32	114	70	48	62
Nechci trávit čas	12	10	22	10	15	12
Celkem	117	67	184	100	100	100

Tabulka 6 prezentuje výsledky týkající se statistické signifikance, zda sestry tráví s rodinou dostatek času v závislosti na náročných směnách. Protože je dosažená hladina významnosti nižší než 5 %, tzn. $p < 5$, zamítá se H_0 a platí, že náročnost směn ovlivňuje, kolik času sestry stráví s rodinou pacienta. Ke statistickému vyhodnocení nebyly použity odpovědi „Jiné“, protože se vzájemně lišily.

Hypotéza 3

H3 (H_A): Náhled sester na pacienty hospitalizované na anesteziologicko-resuscitačním oddělení se liší dle vzdělání.

H3 (H_0): Náhled sester na pacienty hospitalizované na anesteziologicko-resuscitačním oddělení se neliší dle vzdělání.

Pomocí Spearmanovy neparametrické korelace jsme zjišťovaly, zda se náhled (viz Operacionalizace pojmů) sester na pacienty hospitalizované na anesteziologicko-resuscitačním oddělení liší dle vzdělání.

Tabulka 7 Vztah vzdělání a náhledu na pacienta n=196

Výsledek testu	
Korelační koeficient	-0,052
p =	47,0 %
n	196

Tabulka 7 vyobrazuje výsledky týkající se statistické signifikance zda se náhled sester na pacienty hospitalizované na ARO liší dle vzdělání. Protože je dosažena hladina významnosti vyšší než 5 %, tzn. $p > 5$, nelze zamítnout H_0 , vzdělání tedy nesouvisí s náhledem na pacienta. Záporný korelačního koeficient by naznačoval lepší náhled u vzdělanějších, ale tento rozdíl není statisticky významný.

Byly vyřazeny odpovědi „*Nerozumím otázce*“.

Hypotéza 4

H4 (H_A): Náhled sester na pacienty hospitalizované na anesteziologicko-resuscitačním oddělení se liší dle délky praxe.

H4 (H_0): Náhled sester na pacienty hospitalizované na anesteziologicko-resuscitačním oddělení se liší dle délky praxe.

Pomocí Spearmanovy neparametrické korelace jsme zjišťovaly, zda se náhled (viz Operacionalizace pojmů) sester na pacienty hospitalizované na ARO liší dle délky praxe.

Tabulka 8 Vztah délky praxe a náhledu na pacienta

n=196

Výsledek testu	
Korelační koeficient	0,029
p =	68,2 %
n	196

Tabulka 8 prezentuje výsledky týkající se statistické signifikance zda se náhled sester na pacienty hospitalizované na anesteziologicko-resuscitačním oddělení liší dle délky praxe. Protože je dosažena hladina významnosti vyšší než 5 %, tzn. $p > 5$, nelze zamítnout H_0 , tudíž délka praxe nesouvisí s náhledem sestry na pacienta. Kladný koeficient by naznačoval lepší náhled spojený s kratší praxí, ale tento rozdíl není statisticky významný.

5 Diskuse

Člověk, který se ocitl hospitalizovaný na oddělení intenzivní péče, se obvykle nachází v těžkém, ale i v život ohrožujícím stavu. Má strach o svůj život, o svoje zdraví, dostavuje se u něj pocit bezmoci, může být apatický, ale i agresivní. Každý jedinec se s tím musí vyrovnat individuálně, „po svém“. Pacient se také snaží upínat nejen na zdravotnický personál, chytá se každé naděje, ale také obvykle potřebuje přítomnost své rodiny, svých blízkých. Potřebuje jednak mít pocit, že ho někdo vyslechne, pochopí, podpoří, ale také bude vědět, že se v tíživé situaci nenachází úplně sám a pobídne ho to bojovat, nevzdávat se předem. Ve výzkumu Moss et al. (2022) zjistili, že návštěvy blízkých u pacienta hospitalizovaného na ARO mají příznivý vliv na nemocného, protože naprosté většině pacientů po propuštění se do jednoho roku může diagnostikovat psychiatrická porucha, která je obvykle způsobena traumatizujícím zážitkem, kdy jedinec byl v nemocnici úplně sám. Taktéž rodina pro svou efektivní podporu potřebuje být funkční, ale také musí věřit celému zdravotnickému týmu, že pro jejich blízkého všichni dělají maximum, a že je jejich blízký na správném místě. Toto uvedla Šamánková (2011), ale takováto odpověď zazněla také během rozhovoru od jedné z našich informantek: *„Měla jsem strach, respekt a pocit důvěry a víry v to, že je to prostředí, ve kterém jí pomůžou a může se tam stát to nejlepší co se může stát, jestli se něco děje špatně, tak se to má stát, měla jsem velkou důvěru v personál a chování personálu podpořilo moji důvěru.“* Sestra v rámci výkonu své profese mj. aktivně vyhledává potřeby pacienta a následně je uspokojuje (Knapová, 2019b), také se nesmí opomínat na to, že i rodina pacienta má své potřeby, jejichž uspokojení je důležité také pro vzájemnou důvěru, která je základem vzájemné spolupráce, jak rodiny s pacientem, tak rodiny se sestrou i s celým zdravotnickým týmem, protože týmová spolupráce v péči o pacienta je nezbytná (Plevová a Zoubková, 2021). Pro dobrou spolupráci je nezbytná vzájemná efektivní komunikace (Tomová a Křivková, 2016), ochota všech členů spolupracovat (Bártlová, 2006), taktéž nesmí chybět podpora i empatie ze strany zdravotníků, což ve své studii dokazují Bocci et al. (2018). Taktéž dle výzkumu Naefa et al. (2020) zdravotníci i rodinní příslušníci popisují návštěvy na ARO jako nezbytnou součást péče o nemocného, také to usnadní komunikaci a spolupráci při péči o pacienta. Knutsson et al. (2021) prováděli studii, ve které sedm dětí ve věku 6-18 let navštívilo své rodiče hospitalizované na ARO. Závěrem lze říci, že děti chtěly být svým rodičům nablízku, pomoci jim, ale nebyly dostatečně spokojené, protože je sestry nezapojily do péče a nebyly k nim dostatečně

citlivé a empatické. I z tohoto vyplývá, že každý jedinec chce být více či méně nápomocný při ošetrovatelské péči o svého blízkého, ale základem všeho je dostatečná komunikace.

Z výzkumu Changa et al. (2021) vyplývá, že zdravotnický personál by se měl aktivně zajímat o skutečné potřeby rodinných příslušníků, protože je pro ně velmi stresující pouhá přítomnost jejich blízkého na ARO, a toto jim alespoň částečně pomáhá se se stresem vyrovnat. Z výpovědí našich informantek vyplývá, že sestry by měly být empatické, slušné, se srdcem na dlani, také obdivují jejich těžkou práci. Většina respondentů dává informace rodině před jejich první návštěvou ARO a obvykle rodina má o tyto informace zájem. Na pacientovu biografickou anamnézu z našich informantek byla dotázána pouze jedna informantka, další dvě informantky sdělily, že se sestry ptaly jiného člena rodiny. Pouze jedna informantka nám vypověděla, že se jí sestry neptaly, ale odpovědi na otázky ohledně pacienta by znala. Domníváme se, že důvod, proč zbývající informantky neodpovídaly, je ten, že toto téma je tabuizované, neznámé a neobvyklé, a informantky by třeba neznaly odpovědi a styděly se to přiznat, proto radši skutečnost zamlčely. Naopak téměř tři čtvrtiny sester uvedly, že se ptají na pacientovu biografickou anamnézu.

Našeho výzkumu se zúčastnily převážně ženy, kterých bylo v kvantitativní části 82,6 %, zatímco mužů bylo pouze 17,4 %. Je to způsobené tím, že sesterská práce je převážně ženská práce. Kvalitativního výzkumného šetření se zúčastnily pouze ženy, které bývají ochotnější a sdílnější i v těžkých a osobních tématech, i když původně jsme měly přislíbené rozhovory se dvěma muži, nakonec se z účasti výzkumu omluvili.

V rámci kvantitativního výzkumného šetření jsme zjistily, že naprostá většina sester má otevřený pozitivní přístup k podpoře rodiny pacienta hospitalizovaného na anesteziologicko-resuscitačním oddělení. Tento výsledek nás mile překvapil, protože hypotéza byla stanovena na 70 % sester, zatímco výzkum poukázal na 96 % sester s otevřeným pozitivním přístupem. Podobnou zkušenost uváděly i naše informantky, že s nimi sestry obvykle spolupracovaly, samozřejmě se v každém kolektivu najde jedinec, který je někomu více či méně sympatický, nebo zrovna nemá svůj den, všichni jsme lidé, ale v rámci naší profese je nutné zachování určité profesionality, a s tím může souviset i ochota sester dělat „něco navíc“. V britských nemocnicích byl prováděn výzkum Rose et al. (2021) o virtuálních návštěvách během zakázaných návštěv a výsledkem je takové zjištění, že pacienti na ARO v umělém spánku byli zhodnoceni

jako neschopni pro virtuální návštěvu, ale u soběstačných pacientů to má pozitivní přínos. Avšak také je zapotřebí dovednost sester i rodinných příslušníků zacházet s moderními technologiemi a uskutečnit videohovor.

Ohledně informačního letáku, či nějakého textu nebo jiného materiálu nám informantky sdělily, že žádný leták neviděly, nedostaly, zazněla i odpověď od informantky, že nevěděla, že něco takového existuje. Upřímně jsem doufala, že mi řeknou, co se jim líbilo či nelíbilo, co jim pomohlo, případně jaká informace byla zbytečná, chtěla jsem to použít jako podklad pro svůj informační leták, který je součástí výstupu této diplomové práce, ale bohužel se tak nestalo. Pouze jedna informantka uvedla, že by uvítala, kdyby předem spatřila nějaké fotografie, to pro mne byla inspirace. Ve studii Frivolda et al. (2022) se došlo k závěru, že jakýkoliv informační materiál, ať již leták či video, ulehčil rodinám jejich tíživou situaci.

Informantky se shodovaly, že pro ně byl lepší boxový systém, protože měly větší soukromí, ale také jedné informantce vyhovovalo, že sestra nechala pootevřené dveře, proto měla zajištěné soukromí, ale také měla pocit, že kdyby se náhodou něco dělo, tak tam není sama, tímto způsobem rodiny uklidňuje přibližně čtvrtina respondentů. Z výzkumu s respondenty také vyplynulo, že téměř dvě třetiny respondentů upřednostňují soukromí na boxe. Ve studii Frivolda et al. (2022) v severských zemích bylo zjištěno, že boxový systém preferují rodinní příslušníci i sestry pro pocit soukromí a relativně neomezené návštěvy.

Sestra rodinu obvykle přivede k lůžku pacienta (Kapounová, 2020). Na tom se shodovaly i naše informantky, sestra jim pomohla obléknout si ochranný plášť a provést hygienickou dezinfekci rukou, poté je zavedla k lůžku nemocného. Překvapilo nás, že rodinu k lůžku pacienta doprovodí pouze třetina respondentů, protože ze zkušeností z našich pracovišť je běžné, že sestra rodinu doprovází k lůžku pacienta. Informantky se shodovaly, že je sestra doprovodila k lůžku, zejména pokud šly poprvé za pacientem, obvykle jim také sestra nabízela svoji pomoc, nebo se zeptala, zda má zůstat s rodinou u pacienta. Také informantky dostaly k dispozici židli, pouze dvě informantky ne, a nešťastnou souhrou náhod jedna z nich zkolabovala a dodnes si myslí, že kdyby si bývala mohla sednout, tak by v tu chvíli neomdlela. Židli rodinným příslušníkům nabízí pouze třetina respondentů, to je dle našeho názoru velmi málo. Ale myslíme si, pokud budou sestry vědět, jak takováto „drobnost“ může rodinám pomoci, tak budou aktivnější.

Sestra s rodinou komunikuje, a také během komunikace rodině sdělí, jakým způsobem rodina může být nápomocná při péči o pacienta (polohování, krmení), pokud o to má rodina zájem (Klevetová, 2017). Informantky se až na jednu výjimku shodovaly s pozitivními zkušenostmi, že s nimi sestry komunikovaly a zodpovídaly jejich dotazy v rámci svých kompetencí. Bohužel informantky nedostaly informaci, aby se nestyděly a nebály se mluvit na svého blízkého. Tento poznatek je zahrnut v informačním letáku (viz Příloha 5). Olding et al. (2016) dodávají, že rodina je závislá na zdravotnících a jejich ochotě, kteří umožní a usnadní kontakt mezi rodinou a nemocným. K tomu Voutilainen et al. (2006) doplňují, že sestra má rodinu pacienta podpořit při péči o blízkého. Např. informantky uváděly, že pokud by to šlo, tak by bývaly chtěly být nápomocné, konkrétně krmení pacienta je pro ně v naprostém pořádku, ale dvě informantky se shodly, že by jim nebylo příjemné podílet se na hygienické péči. Konkrétně Olding et al. (2016) popsali, že se málo mluví o spolupráci rodiny se zdravotníky, proto sestry mohou podcenit důležitou přítomnost rodiny u pacienta.

Během hospitalizace na ARO svého blízkého jsou rodiny pod velkou tíhou stresu zejména z nedostatku informací, proto uvítají někoho ze zdravotnického týmu, kdo je bude informovat, ale i se bude zajímat o jejich potřeby (Boerenbeker et al., 2022). Naše informantky zažívaly rozporuplné pocity z první návštěvy ARO, některé prostředí ARO trochu znaly, ale ty, které ho nikdy neviděly, byly šokované a zděšené, to vše ještě umocnil pohled na jejich blízkého, který se ztrácel v posteli, okolo něj mnoho hadiček a kabelů, taktéž přístroje, které dle informantek blikají a pípají a ve výsledku návštěvy děsí. Jedna informantka také vypověděla, že pro ni bylo velmi traumatizující vidět svoji maminku obklopenou hadičkami, ale i jak vypadala v obličeji a jakou měla barvu kůže. Musím přiznat, že během psaní této části diplomové práce se i moje maminka ocitla v nemocnici, naštěstí byla „pouze“ na standardním oddělení lůžkové chirurgie observovaná po pádu, ale jakmile jsem ji spatřila celou bolavou a šedivou v obličeji, dost jsem se vyděsila. Myslím si, že to je právě podstatná věc, kterou si my zdravotníci neuvědomujeme. My pacienta osobně neznáme, nemáme k němu žádný vztah a ani nevíme, jak vypadá jako zdravý a soběstačný jedinec, ale již nám nedochází, co prožívá rodina, která ho poprvé spatří, navíc v prostředí intenzivní péče, které je oproti standardnímu oddělení velmi rozdílné. Prvotní pocity po spatření nemocného měly informantky negativní, pociťovaly zejména smutek, bezmoc, úzkost a šok. Také Frivold et al. (2022) ve své studii u rodinných příslušníků v souvislosti s hospitalizací jejich

blízkých popisovali vznik deprese, psychické tísně a úzkosti. Toto jsou záležitosti, které by měli všichni zdravotníci vědět a následně se snažit rodině trochu ulehčit situaci, avšak jak již bylo zmíněno, věříme, že dokud toto sami zdravotníci nezažijí tzv. na vlastní kůži, tak jim to nedojde, protože oni prostředím ARO berou jako svoji práci, kterou znají a denně vykonávají, pokud by se sami v tom prostředí necítili dobře, tak by tam ani nemohli pracovat. Dále je třeba podotknout, že další návštěvy informantek byly stejné či lepší, jednak již znaly trochu prostředí ARO, jednak i to, jak vypadá pacient, a nebyly již tak šokované a vyděšené. Samozřejmě s tím souvisí i to, že tyto informantky mají zkušenost s lepším se stavem pacienta. Na své blízké všechny informantky hovořily i je vzaly za ruku.

Co se týká ošetrovatelských činností u pacienta za přítomnosti rodiny, tam výsledky nebyly tak jednoznačné. Přibližně třetině sester nevadí přítomnost rodiny a téměř polovině sester naopak vadí přítomnost rodiny. Ze své osobní zkušenosti musím podotknout, že je to individuální záležitost, která závisí na mnoha faktorech, jednak záleží na diagnóze a stavu pacienta, také na rodině, jací dotyční jsou, ale také záleží na konkrétních činnostech. Určitě bych před rodinou neočistovala pacienta od stolice, naopak nemám problém např. s podáním léčiv. Například Alshaer et al. (2017) ve svém výzkumu zjistili, že 60 % příbuzných by bývalo chtělo být přítomných u kardiopulmonální resuscitace svého blízkého, jednak aby viděli, že se udělalo všechno, jednak aby měli pocit, že byli se svým blízkým až do konce a pomohli mu při jeho odchodu ze světa a zároveň se s ním mohli lépe rozloučit. Naopak v našem výzkumu 67,2 % sester by v žádném případě nechťelo, aby rodina byla přítomna během resuscitace jejich blízkého. S přítomností a přáním rodiny zůstat s pacientem až do konce částečně souvisí i studie Federa et al. (2021), ve které zjišťovali vliv omezení návštěv během pandemie COVID-19, jejímž výsledkem je to, že rodiny uvádí, že nekvalitní komunikace mezi nimi a zdravotnickým personálem způsobuje hluboké utrpení, a že rodiny mají strach, že jejich blízký umírá sám.

Ve výsledku studie Alonso-Rodríguez et al. (2021) zjistili, že 75 % zdravotníků musí odložit svou práci u pacienta z důvodu přítomnosti rodiny a pro 89,9 % zdravotníků představuje přítomnost rodiny fyzickou a psychickou zátěž. 84,2 % zdravotníků si myslí, že rodina cítí povinnost zůstat s pacientem. Zdravotníci dle studie Bailey et al. (2021) neradi mění své zvyklosti, tzn. umožnit návštěvy kdykoliv komukoliv bez dodržování návštěvních hodin. Zdravotníci toto vnímají pozitivně pouze pro rodinu pacienta,

ale u sebe nalézají rizika, kam řadí zvýšenou pracovní zátěž a riziko vzniku syndromu vyhoření. V našem výzkumu se informantky shodovaly, že pacienty navštěvovaly během návštěvních hodin, dle doplňujících sdělení by pravděpodobně nebyl problém dostavit se na návštěvu i mimo návštěvní hodiny po předchozí domluvě. Respondenti obvykle uváděli, že vhodná doba návštěvy pacienta je během návštěvních hodin, mimo návštěvní hodiny po předchozí domluvě, ale nechybělo ani mnoho odpovědí, které se shodovaly na návštěvě kdykoliv během dne, pokud byla vhodná situace na oddělení, ale také závisí na stavu pacienta. Také proběhla studie Wendlandta et al. (2022), která byla prováděna během pandemie COVID-19 při zakázaných návštěvách a výsledkem je, že lékaři zakázané návštěvy hodnotí negativně, zatímco sestry pozitivně pouze z hlediska toho, že jim návštěva nenarušuje jejich ošetrovatelskou péči o pacienta a ony se nemusí přizpůsobovat a podřizovat, ale všichni zdravotníci jsou si vědomi, že nemožnost návštěv je pro rodiny i pacienty velmi stresující. Naprostá většina sester je ochotna strávit s rodinou během směny určitý čas, mnoho respondentů nevedlo konkrétní časový údaj, buď je to velmi individuální a nedá se na to jednoznačně odpovědět, nebo dle našeho názoru se třeba styděli za to, že by s rodinou byli např. 5 min., ale někdo třeba 20 min., což může být pro druhého nepředstavitelné. Taktéž se lišily i odpovědi respondentů, někdo uvedl u odpovědi *„S rodinou trávím tolik času, kolik chce/potřebuje, bez ohledu na náročnost směn,“* 5 min., někdo půl hodiny. Taktéž např. u odpovědi *„S rodinou nechci trávit svůj čas, chci si odpočinout,“* zazněla odpověď 10 min. Toto si protirečí, ale jak vyplynulo i z dalších odpovědí, je to velice individuální záležitost, při které záleží jak na stavu pacienta, na situaci na oddělení, tak i na potřebách konkrétní rodiny, ale i na samotném subjektivním vnímání respondentů.

Soudě dle výpovědí informantek by sestry měly být jedinečné lidské bytosti na svém místě, měly by být vzdělané, lidské, empatické, profesionální, také informantky nepopírají, že sestry mají mnoho práce, a samy si uvědomují, že se sestry musí setkávat s ne vždy příjemnými pacienty i rodinami, a i tak situace obvykle zvládají. Dobrý přístup ke své práci musí mít právě samy sestry, jednak aby dokázaly pomoci pacientům, aby zvládly podpořit je i jejich rodiny, ale také, aby je jejich práce bavila, aby opačným přístupem sestry nedosáhly syndromu vyhoření. Taktéž informantky nenabývaly pocitu, že by sestry obtěžovaly. Naef et al. (2020) ve svém výzkumu zjistili, že návštěvy na ARO jsou pozitivně vnímány stran sester i stran rodinných příslušníků. S tím lze porovnat i výsledky z našeho výzkumu, že sestry obvykle spolupracují s rodinou pacienta,

ale již závisí na náročnosti směny, kolik času s rodinou sestra v konečném výsledku stráví. Je logické, že během velmi náročné směně nebude sestra s rodinou trávit dostatek času, i tato záležitost se musí přizpůsobit konkrétní situaci na oddělení, protože musí být zajištěn bezproblémový chod oddělení. Domníváme se, že i to může být ovlivněno tím, jak sestra nahlíží na pacienta, jak k němu přistupuje. Přibližně tři čtvrtiny respondentů mají na pacienta nejlepší či lepší náhled, jejichž definice nejčastěji obsahovaly pojmy jako „*lidská bytost*“, „*jsem tu pro pacienta*“, „*on je závislý na mé péči*“, „*práce mě baví, je mým posláním*“. Mezi nejdůležitější faktory, jakým způsobem má sestra nahlížet na pacienta, patří jedinečná lidská bytost, intimita a stud, kvalita vztahů, komunikace, kvalita péče a prostředí (Ptáček a Bartůněk, 2022). Taktéž i při dlouhodobé hospitalizaci k pacientovi stále stejně přistupuje přibližně polovina respondentů, pětina respondentů neví a zbývající respondenti mívají horší přístup, i když si myslím, že je to ovlivněné diagnózou pacienta, a i pacientem samotným, tím, jaký je, jak se k nám chová. Rádi se staráme o milé, slušné, spolupracující pacienty, bohužel se v intenzivní péči často vyskytují i pacienti dezorientovaní, zmatení, ale i agresivní, ke kterým sestry mohou mít po delší době horší přístup. Ze statistických výsledků vyplynulo, že s náhledem na pacienta, ať pozitivním či negativním, nesouvisí ani vzdělání sester, ani délka jejich praxe. Pouze je naznačen lepší náhled na pacienta ve spojitosti s vyšším vzděláním a s kratší praxí, ale tyto rozdíly nejsou statisticky významné. Téměř polovině respondentů se zlepšil náhled na pacienta, ať již ze strany více zkušenosti, lepší komunikační schopnosti s pacientem i s rodinou, názor se nezměnil u 39,8 % respondentů. Z výsledků výzkumu vyplynulo, že náhled na pacienta se nejčastěji změnil napříč odpracovanými roky.

U některých komparací výsledků může dojít k rozdílnosti mezi výsledky z kvalitativního a kvantitativního výzkumného šetření, protože nelze srovnávat odpovědi respondentů s výpověďmi deseti informantek. To by mohlo být podnětem pro další výzkum v této oblasti, ve kterém by data byla získávána kvantitativní formou jak ze strany sester, tak ze strany rodinných příslušníků. Ideální stav by byl, kdyby výzkumné šetření probíhalo v rámci stejných pracovišť, tzn. že by se výzkumu účastnili rodinní příslušníci hospitalizovaného pacienta, o kterého se stará daná sestra, která by se také zúčastnila výzkumu. Vzájemná komparace výsledků by mohla být jako dobrá zpětná vazba pro obě strany, jak pro sestry, tak i pro rodinné příslušníky.

6 Závěr

Diplomová práce se zabývá vzájemnou spoluprací sester a rodinných příslušníků pacientů, kteří jsou hospitalizováni na ARO. Současný stav popisuje prostředí intenzivní péče, zdravotnické přístroje, pacienta v intenzivní péči i jeho potřeby. Dále je zde popsána sestra a její funkce ve spolupráci s rodinou pacienta, sesterské role, rodina pacienta, ale také komunikace, která je základním předpokladem pro dobrou týmovou spolupráci všech jedinců zainteresovaných do péče o pacienta na ARO.

Prvním cílem práce bylo zmapovat vzájemnou spolupráci sester a rodinných příslušníků pacientů hospitalizovaných na ARO a druhým cílem bylo zjistit, jaký mají sestry a rodinní příslušníci náhled na pacienty hospitalizované na ARO. Těchto cílů bylo dosaženo pomocí kvalitativního i kvantitativního výzkumného šetření prostřednictvím předem stanovených 5 výzkumných otázek a 4 hypotéz.

„VO1: Jaký je náhled rodinných příslušníků na pacienty hospitalizované na anesteziologicko-resuscitačním oddělení?“ Rodiny znají své blízké, je pro ně velmi těžké prožívat spolu s jejich blízkým jakékoliv onemocnění, natož hospitalizaci na ARO, kde je pacient obklopen zdravotnickými přístroji vydávajícími zvukové i světelné alarmy, je monitorován a má zajištěné základní životní funkce. *„VO2: Jaký je náhled rodinných příslušníků pacientů hospitalizovaných na anesteziologicko-resuscitačním oddělení na sestry?“* Rodinní příslušníci očekávají od sester adekvátní vzdělání a očekávané vlastnosti (např. empatie, lidskost, ...), které sestra plní v rámci svých sesterských rolí. *„VO3: Jakým způsobem rodinní příslušníci pacientů hospitalizovaných na anesteziologicko-resuscitačním oddělení spolupracují se sestrami?“* Rodinní příslušníci obvykle chtějí být nápomocní sestram např. při krmení jejich blízkého, ale není jim příjemné spolupodílet se na hygienické péči. *„VO4: Jaká pozitiva vnímají rodinní příslušníci pacientů hospitalizovaných na anesteziologicko-resuscitačním oddělení ve spolupráci se sestrami?“* Rodinní příslušníci pozitivně vnímají, pokud je sestra ochotná, iniciativní, je jim nápomocná a nevyhýbá se jim. *„VO5: Jaká negativa působí na psychiku rodinných příslušníků pacienta hospitalizovaného na anesteziologicko-resuscitačním oddělení během návštěvy?“* Negativně na rodinné příslušníky působí pro ně neznámý a cizí vzhled ARO, ale také pacient, jejich blízký člověk mnohdy bojující o vlastní život.

„H1: Sestry mají otevřený pozitivní přístup k podpoře rodiny pacienta hospitalizovaného na anesteziologicko-resuscitačním oddělení.“ Všeobecně sestry mají otevřený pozitivní přístup k podpoře rodiny pacienta, který je hospitalizován na ARO. *„H2: Spolupráce sester s rodinnými příslušníky pacientů hospitalizovaných na anesteziologicko-resuscitačním oddělení se liší dle náročnosti směny.“* Spolupráce sester s rodinnými příslušníky nesouvisí s náročností směny, ale náročnost směny ovlivní, kolik času sestra stráví s rodinou pacienta. *„H3: Náhled sester na pacienty hospitalizované na anesteziologicko-resuscitačním oddělení se liší dle vzdělání.“* Náhled sester na pacienty nesouvisí se vzděláním sestry. *„H4: Náhled sester na pacienty hospitalizované na anesteziologicko-resuscitačním oddělení se liší dle délky praxe.“* Náhled sester na pacienty nesouvisí s délkou praxe sestry.

Tato práce má být nápomocná rodinám, laikům, kteří se zde mohou dočíst základní informace o pacientovi i prostředí ARO. Dále je práce vhodná pro sestry i studenty, kteří zde získají základní informace o pacientovi na ARO a jeho potřebách, o vzájemné spolupráci, o rodině a její funkci, i o možnosti komunikace s rodinou i s pacientem na ARO. V kvalitativní části výzkumného šetření se sestry mohou dozvědět o svojí práci i z té druhé strany, odpovědi na otázky, které je třeba zajímat a stydí se na ně zeptat, nebo jsou to záležitosti, na které bez předchozích zkušeností nepomyslí. Sestry tak mohou lépe pochopit, jak se rodiny cítí, a díky tomu jim mohou být více nápomocné.

Názorným výstupem z této práce je i informační leták (viz Příloha 3), který je návrhem pro informační leták daného ARO. Leták obsahuje skicu monitorovaného pacienta se zajištěnými funkcemi (nakreslila autorka), která je doplněna popisky vhodnými pro laiky, a která by měla být nahrazena skutečnou fotografií figuríny z prostředí ARO. Leták mohou sestry používat pro prvotní edukaci rodin s názornou předlohou, jak vypadá pacient na ARO, dále rodiny jistě ocení kontakt na ARO a základní informace, které mohou zodpovědět některé jejich dotazy.

Předmětem dalšího výzkumu by mělo být kvantitativní výzkumné šetření, které se zaměří na všechny zúčastněné strany (sestry, rodiny, ale i pacienty s osobní zkušeností hospitalizace na ARO) a vztahy mezi nimi. Jedině tak lze plně obsáhnout a porozumět hospitalizaci pacienta na ARO.

7 Seznam použitých zdrojů

1. ALONSO-RODRÍGUEZ, A. et al., 2021. Perspectives of intensive care nurses on open visits in an ICU. *Enfermería Intensiva (English ed.)*. 32 (2), s. 62-72. ISSN: 2529-9840.
2. ALSHAER, A. et al., 2017. Saudi family perceptions of family-witnessed resuscitation in the adult critical care setting. *Saudi Critical Care Journal*. 1(4), 113-117, doi: 10.4103/sccj.sccj_5_18.
3. ALSHARARI, A. F., 2019. The needs of family members of patients admitted to the intensive care unit. *Patient Prefer Adherence*. 13(2), 465-473, doi: 10.2147/PPA.S197769.
4. ANDRŠOVÁ, A., 2012. *Psychologie a komunikace pro záchranáře v praxi*. Praha: Grada Publishing. 128 s. ISBN 978-80-247-4119-2.
5. BAILEY, L. R. et al., 2021. *Staff perceptions of family access and visitation policies in Australian and New Zealand intensive care unit: THE WELCOME-ICU survey, Australian Critical Care*. [online]. [cit. 8.5.2022]. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1036731421001089>
6. BÁRTLOVÁ, S., 2005. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. vydání. Praha: Grada Publishing. 188 s. ISBN 80-247-1197-4.
7. BARTŮNĚK, P. et al. (eds.), 2016. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada Publishing. 752 s. ISBN 978-80-247-4343-1.
8. BAŠTECKÁ, B., 2013. *Psychosociální krizová spolupráce*. Praha: Grada Publishing. 320 s. ISBN 978-80-247-4195-6.
9. BEDNAŘÍK, A. a M. ANDRÁŠIOVÁ, 2020. *Komunikace s nemocným*. Praha: Grada Publishing. 232 s. ISBN 978-80-271-2288-2.
10. BIHARI, S. et al., 2012. Factors Affecting Sleep Quality of Patients in Intensive Care Unit. *Journal of Clinical Sleep Medicine*. 8(1), 301-307. ISSN 1550-9389.
11. BOCCI, M. G. et al., 2018. Family-Centered Care to Improve Family Consent for Organ Donation. *Organ Donation and Transplantation – Current Status and Future Challenges* [online]. [cit. 13.9.2022], doi: 10.5772/intechopen.74781.

Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/326616852_Family-Centered_Care_to_Improve_Family_Consent_for_Organ_Donation

12. BOČKOVÁ, B., © 2015. *Vybrané kapitoly z alternativní a augmentativní komunikace* [online]. Brno: MUNI. 72 s. [cit. 3.1.2023]. ISBN 978-80-210-7896-3. Dostupné z: <https://munispace.muni.cz/library/catalog/view/668/2072/336-1/#preview>
13. BOERENBEKER, P. et al., 2022. *Family member's experiences with and evaluation of an ICU Liaison Nurse Service: A qualitative study*. [online]. [cit. 14.5.2022]. Dostupné z: <https://eds.p.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=0&sid=89dbe17f-33af-4444-a80f-c6e91d3b2a4b%40redis&bdata=JnNpdGU9ZWRzLWxpdmU%3d#AN=156182009&db=a9h>
14. BUŽGOVÁ, R., SIKOROVÁ, L. et al., 2019. *Dětská paliativní péče*. Praha: Grada Publishing. 240 s. ISBN 978-80-0584-7.
15. DANIELIS, M. et al., 2021. *Are intensive care units good places for nursing students' learning compared to other settings? Findings from an Italian national study* [online]. [cit. 16.11.2022]. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S096433972100063X>
16. DELISSER, H. M., © 2017. How to run a family meeting. *Critical Care Medicine* [online]. [cit. 15.9.2022]. Dostupné z: <https://www.cancertherapyadvisor.com/home/decision-support-in-medicine/critical-care-medicine/how-to-run-a-family-meeting/>
17. DINGOVÁ ŠLIKOVÁ, M. et al., 2018. *Základy ošetrovatelství a ošetrovatelských postupů pro zdravotnické záchranáře*. Praha: Grada Publishing. 312 s. ISBN 978-80-271-0717-9.
18. DOBIÁŠ, V. a T. BULÍKOVÁ, 2021. *Klinická propedeutika v urgentní medicíně*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing. 272 s. ISBN 978-80-271-3020-7.
19. FEDER, S. et al., 2021. „Why Couldn't I Go in To See Him?“ Bereaved Families' Perceptions of End-of-Life Communication During COVID-19. *Journal of the American Geriatrics Society*. 69 (3), str. 587-592, doi: 10.1111/jgs.16993.

20. FREJ, D., 2017. *Stravou proti zánětu*. Praha: Eminent. 175 s. ISBN 978-80-7281-520-3.
21. FRIVOLD, G., et al., 2022. Family involvement in the intensive care unit in four Nordic countries. *Nursing in Critical Care*. 27(3), s. 450-459, doi: 10.1111/nicc.12702.
22. FULTON, J. et al., 2021. *Clinical Nurse Specialist Role and Practice*. Springer International Publishing. 299 s. ISBN 978-3-319-97102-5.
23. GABURA, J., 2012. *Teória rodiny a proces práce s rodinou*. Bratislava: Iris. 318 s. ISBN 978-80-89256-95-2.
24. GAVENDOVÁ, N., 2021. *Kognitivně-behaviorální přístupy v praxi pedagoga*. Praha: Grada Publishing. 96 s. ISBN 978-80-271-2501-2.
25. GOULSTON, M., 2018. *Domluvit se dá s každým*. Praha: Portál. 224 s. ISBN 978-80-262-1423-6.
26. GÜLTEKIN, Y., et al., 2018. Evaluation of stressors in intensive care units. *Turkish journal of surgery*. 34(1), s. 5-8, doi: 10.5152/turkjsurg.2017.3736.
27. GURKOVÁ, E. a R. ZELENÍKOVÁ, 2017. *Klinické prostředí v přípravě sester*. Praha: Grada Publishing. 128 s. ISBN 978-80-271-0583-0.
28. HÄGGSTRÖM, M. et al., 2018. Ward visits- one essential step in intensive care follow-up. An interview study with critical care nurses' and ward nurses'. *Intensive and Critical Care Nursing*. 49, str. 21-27, doi: 10.1016/j.iccn.2018.08.011.
29. HOFHUIS, J. G. M. et al., 2018. Clinical practices to promote sleep in the ICU: A multinational survey. *International Journal of Nursing Studies*. 81(5), s. 107-114. ISSN 0020-7489.
30. CHANG, P. Y. et al., 2021. Perceived stress and social support needs among primary family caregivers of ICU Patients in Taiwan. *Heart & Lung*. 50 (4), str. 491-498. ISSN: 0147-9563.

31. JEŽOVÁ, M., 2020. *Potřeby nemocného* [online]. [cit. 29.10.2022]. Dostupné z: https://is.muni.cz/el/med/jaro2020/MIOC0231c/um/cviceni_v_chirurgickych_oborech_i/02._POTREBY_PACIENTA_NA_JIP.pdf?lang=cs;verze=2017
32. JINDROVÁ, B. et al., 2016. *Praktické postupy v anestezií*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing. 200 s. ISBN 978-80-247-5612-7.
33. KABELKA., L., 2020. *Nemocné rozhovory*. Praha: Grada Publishing. 240 s. ISBN 978-80-1688-1.
34. KAPOUNOVÁ, G., 2020. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing. 388 s. ISBN 978-80-271-0130-6.
35. KLEVETOVÁ, D., 2017. *Motivační prvky při práci se seniory*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing. 224 s. ISBN 978-80-271-0102-3.
36. KNAPOVÁ, J., 2019a. *Invazivní vstupy* [online]. [cit. 11.11.2022]. Dostupné z: <https://www.vovcr.cz/odz/zdrav/501/page00.html>
37. KNAPOVÁ, J., 2019b. *Ošetrovatelský proces a potřeby člověka* [online]. [cit. 31.12.2022]. Dostupné z: <https://www.vovcr.cz/odz/zdrav/499/page00.html>
38. KNUTSSON, S., et al., 2021. The meaning of being a visiting child of a seriously ill parent receiving care at the ICU. *International Journal of Qualitative Studies on Health & Well-Being*. 16 (1), str. 1-13, doi: 10.1080/17482631.2021.1999884.
39. KOLEKTIV AUTORŮ, 2018. *Ošetrovatelské postupy* [online]. [cit. 2.1.2023] Pardubice: Univerzita Pardubice. 143 s. ISBN 978-80-7560-184-1. Dostupné z: <https://dk.upce.cz/bitstream/handle/10195/71980/Osetrovatelske%20postupy.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
40. KÜBLER-ROSSOVÁ, E., 1993. *O smrti a umírání*. Turnov: Arica. 251 s. ISBN 80-900134-6-5.
41. KURUCOVÁ, R., 2016. *Zátěž pečovatele*. Praha: Grada Publishing. 112 s. ISBN 978-80-247-5707-0.
42. KUTHANOVÁ, T., 2018. *Vybrané aspekty ošetrovatelské péče o arteriální a centrální žilní katétry*. Brno. Diplomová práce. LF MUNI.

43. KUTNOHORSKÁ, J., 2007. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2069-2.
44. LEDER, J., 2020. *Spoluúčast rodinných příslušníků na péči o pacienta v prostředí intenzivní péče*. Brno. Diplomová práce. LF MUNI.
45. MIERTO VÁ, M., 2019. *Riziko pádu v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing. 136 s. ISBN 978-80-271-0850-3.
46. MICHÁLEK, P. et al., 2021. *Anesteziologie (nejen) k atestaci*. Praha: Grada Publishing. 1254 s. ISBN 978-80-271-1230-2.
47. MOSS, J. S. et al, 2022. *Psychiatric Outcomes in ICU Patients With Family Visitation: A Population-Based Retrospective Cohort Study*. [online]. [cit. 8.5.2022]. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0012369222004196>
48. NAEF, R. et al., 2020. *Family and health professional experience with a nurse-led family support intervention in ICU: A qualitative evaluation study*. [online]. [cit. 8.5.2022]. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0964339720301191>
49. NORMAN, G. et al., 2022. *Negative pressure wound therapy for surgical wounds healing by primary closure* [online]. [cit. 11.11.2022]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9040710/>
50. NOVOSAD, L., 2011. *Tělesné postižení jako fenomén i životní realita*. Praha: Portál. 168 s. ISBN 978-80-7367-873-9.
51. OLDING, M. et al., 2016. Patient and family involvement in adult critical and intensive care settings: a scoping review. *Health Expectations*. 19(6), s. 1183-1202, doi: 10.1111/hex.12402.
52. ONDRIOVÁ, I. a T. FERTAĽOVÁ, 2021. *Manažerská etika ve zdravotnické praxi*. Praha: Grada Publishing. 104 str. ISBN: 978-80-271-1728-4.
53. ONDRIOVÁ, I., 2021. *Etické problémy a dilemata v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing. 144 s. ISBN 978-80-271-1696-6.

54. PLEVOVÁ, I. a M. KACHLOVÁ, 2021. *Postupy v ošetrovatelské péči I*. Praha: Grada Publishing. 160 s. ISBN 978-80-271-3032-0.
55. PLEVOVÁ, I. et al., 2018. *Ošetrovatelství I*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing. 288 s. ISBN 978-80-271-0888-6.
56. PLEVOVÁ, I. et al., 2019. *Ošetrovatelství II*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing. 200 s. ISBN 978-80-271-0889-3.
57. PLEVOVÁ, I., ZOUBKOVÁ, R. et al., 2021. *Sestra a akutní stavy od A do Z*. Praha: Grada Publishing. 560 s. ISBN 978-80-271-0890-9.
58. POKORNÁ, A., 2017. *Barthelové test a další objektivizující škály v ošetrovatelství* [online]. [cit. 30.10.2022]. Dostupné z: https://www.uzis.cz/res/file/akce/20171107-klasifikon/2017-11-07-16_pokorna.pdf
59. PTÁČEK, R. a P. BARTŮNĚK (eds.), 2022. *Důstojnost v medicíně*. Praha: Grada Publishing. 400 s. ISBN 978-80-271-3411-3.
60. PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P. et al., 2015. *Lékař a pacient v moderní době. Etické, právní, psychologické a klinické aspekty*. Praha: Grada Publishing. 192 s. ISBN 978-80-247-5788-9.
61. RAPČAN, M., 2021. *Etika versus emoce*. Praha: Grada Publishing. 136 s. ISBN 978-80-271-3075-7.
62. RICHTEROVÁ, A., 2017. *Přístrojová technika na anesteziologicko-resuscitačním oddělení*. Brno. Diplomová práce. LF MUNI.
63. ROSE, L. et al., 2021. Communication and Virtual Visiting for Families of Patients in Intensive Care during the COVID-19 Pandemic: A UK National Survey. *Annals of the American Thoracic Society*. 18 (10), str. 1685-1695, doi: 10.1513/AnnalsATS.202012-1500OC.
64. RUDOLF, D., 2019. *Zdravý životní styl a výživa jako prevence vzniku civilizačních nemocí*. Praha. Diplomová práce. HTF UK.
65. RŮŽIČKA, E. et al., 2021. *Neurologie*. 2. rozšířené vydání. Praha: Triton. 629 s. ISBN 978-80-7553-908-3.

66. SAIBERTOVÁ, S., 2017. *Potřeby nemocného* [online]. [cit. 20.12.2022]. Dostupné z: https://is.muni.cz/el/med/jaro2017/BVZO021p/um/3_Potreby.pdf
67. SLEZÁKOVÁ, L. et al., 2021. *Ošetrovatelství v chirurgii II*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing. 328 s. ISBN 978-80-271-1718-5.
68. SOBOTKOVÁ, I., 2007. *Psychologie rodiny*. 2. vydání. Praha: Portál. 112 s. ISBN 978-80-7367-250-8.
69. SOVÁRIOVÁ SOÓSOVÁ, M., 2022. *Péče o duchovní potřeby nemocných v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing. 144 s. ISBN 978-80-271-3242-3.
70. STRUDWICK, G., et al., 2019. The Role of Nurse Managers in the Adoption of Health Information Technology: Findings From a Qualitative Study. *The Journal of nursing administration*. 49(11), s. 549-555, doi: 10.1097/NNA.0000000000000810.
71. ŠAMÁNKOVÁ, M., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci*. Praha: Grada Publishing. 136 s. ISBN 978-80-247-3223-7.
72. ŠNOKHAUSOVÁ, A., 2022. *Role sester v následné a dlouhodobé intenzivní péči*. České Budějovice. Diplomová práce. ZSF JU.
73. ŠPIRUDOVÁ, L., 2015. *Doprovázení v ošetrovatelství I*. Praha: Grada Publishing. 144 s. ISBN 978-80-247-5710-0.
74. ŠVECOVÁ, L., 2019. Jak komunikovat s pacientem v intenzivní péči. *Florence*. 15(2), 22-26. ISSN 1801-464X.
75. TELLÉUS, A., 2022. *Naslouchat je umění*. Praha: Portál. 144 s. ISBN 978-80-262-1906-4.
76. TĚŠÍNSKÝ, P. et al., 2021. *Metodické doporučení pro zajištění stravy a nutriční péče* [online]. [cit. 31.12.2022]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2021/06/Metodické-doporučení-pro-zajištění-stravy-a-nutriční-péče.pdf>

77. TOMOVÁ, Š. a J. KŘIVKOVÁ, 2016. *Komunikace s pacientem v intenzivní péči*. Praha: Grada Publishing. 136 s. ISBN 978-80-271-0064-4.
78. VEVERKOVÁ, E. et al., 2019. *Ošetrovatelské postupy pro zdravotnické záchranáře I*. Praha: Grada Publishing. 216 s. ISBN 978-80-247-2747-9.
79. VOUTILAINEN, P., et al., 2006. Family Members' Perceptions of the Quality of Long-Term Care. *Clinical Nursing Research*. 15(2), s. 135-149, doi: 10.1177/1054773805285697.
80. Vyhláška č. 279/2020 Sb., kterou se mění vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ve znění pozdějších předpisů, 2020. *Zákony pro lidi* [online]. [cit. 2.1.2023]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2020-279>
81. Vyhláška č. 493/2005 Sb., kterou se mění vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů, 2005. In *Sbírka zákonů České republiky*, částka 171, s. 8990-9580. ISSN 1211-1244.
82. Vyhláška č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče, 2012. *Zákony pro lidi* [online]. [cit. 10.12.2022]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-92>
83. WENDLANDT, B. et al., 2022. *The impact of family visitor restrictions on healthcare workers in the ICU during the COVID-19 pandemic*. [online]. [cit. 8.5.2022]. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0964339721001129>
84. ZADÁK, Z., HAVEL, E. et al., 2017. *Intenzivní medicína na principech vnitřního lékařství*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing. 448 s. ISBN 978-80-271-0282-2.
85. ZACHAROVÁ, E., 2016. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing. 128 s. ISBN 978-80-271-0156-6.
86. ZACHAROVÁ, E., 2017. *Zdravotnická psychologie – teorie a praktická cvičení*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing. 264 s. ISBN 978-80-271-0155-9.

87. Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, 2012. *Zákony pro lidi* [online]. [cit. 5.12.2022]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-89>
88. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), 2011. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 1, s. 4730-4801. ISSN 1211-1244.
89. Zákon č. 375/2022 Sb., o zdravotnických prostředcích a diagnostických zdravotnických prostředcích in vitro, 2022. *Zákony pro lidi* [online]. [cit. 22.12.2022]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2022-375>
90. ZÍTKOVÁ, M. a M. KYASOVÁ, 2019. V kontextu budoucí pracovní role všeobecné sestry. *Psychologie pro praxi*. 54(1), 19-29. ISSN 1803-8670.

8 Přílohy

Příloha 1 Dotazník vlastní konstrukce.....	112
Příloha 2 Podklad pro polostrukturovaný rozhovor	116
Příloha 3 Návrh informačního letáku	120

9 Seznam zkratek

a. – arteria

ARO – anesteziologicko-resuscitační oddělení

AVPU – Alert, Verbal, Pain, Unresponsive

BMI – Body Mass Index

BPS – Behavioral Pain Score

ČAS – Česká asociace sester

FLACC – Face, Legs, Activity, Cry, Consolability

GCS – Glasgow Coma Scale

H – hypotéza

ICN – International Council of Nursing

JIP – jednotka intenzivní péče

KPR – kardiopulmonální resuscitace

LiDCO – Lithium Dilution Cardiac Output

MD/RD – mateřská dovolená/rodičovská dovolená

PICC – Peripherally Inserted Central Catheter

PiCCO – Pulse Contour Cardiac Output

TISS – Therapeutic Intervention Scoring System

UPV – umělá plicní ventilace

v. – vena

VAS – Visual Analogue Scale

VO – výzkumná otázka

ZZS – zdravotnická záchranná služba

Příloha 1 Dotazník vlastní konstrukce

Vážení respondenti,

jmenuji se Pavlína Daňková a jsem studentkou 2. ročníku magisterského oboru Specializace v ošetrovatelství – Ošetrovatelství v intenzivní péči na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Ráda bych Vás poprosila o vyplnění níže uvedeného dotazníku, který potřebuji ke zpracování výzkumné části mé diplomové práce na téma Vzájemná spolupráce sester a rodinných příslušníků a jejich náhled na pacienty hospitalizované na anesteziologicko-resuscitačním oddělení. Dotazník je určen pro sestry pracující na anesteziologicko-resuscitačních odděleních, je zcela **anonymní** a bude sloužit pouze pro účely diplomové práce. Cílem mé práce je zmapovat spolupráci sester a rodinných příslušníků pacientů hospitalizovaných na ARO, a dále zjistit, jaký mají sestry a rodinní příslušníci náhled na pacienty. Blízcí příbuzní pacientů hospitalizovaných na ARO jsou také zapojeni do výzkumu, jehož výsledkem má být pomoc rodině pacientů zejména s vizualizací pacienta a okolního prostředí a pomoc sestrám s uvědoměním si situace, ve které se rodiny pacientů nachází. **Pokud není uvedeno jinak, zaškrtněte vždy, prosím, pouze jednu možnost.** Děkuji za Váš čas při vyplnění dotazníku.

1. Jaké je Vaše pohlaví?
 - Žena
 - Muž
2. Kolik Vám je let?
3. Ve zdravotnictví pracuji (roků/let), z toho na ARO (roků/let).
4. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání? *(Uveďte, prosím, Vaše nejvyšší vzdělání, a dále pokud máte i specializační vzdělání (např. ARIP) či jiné, připište, prosím, jaké.)*
 - Středoškolské
 - Vyšší odborné
 - Vysokoškolské bakalářské
 - Vysokoškolské magisterské
 - Jiné:
5. V jakém roce jste dokončil/a Vaše poslední vzdělávání/studium? *(Pokud nyní studujete, napište, prosím, předpokládaný rok ukončení Vašeho studia.)*
6. Vzdělával/a jste se i po nástupu na ARO?
 - Ano *(Pokud ano, uveďte prosím jak?)*
 - Ne
7. Anesteziologicko-resuscitační oddělení, na kterém pracujete, má uspořádání:
 - Sálové (otevřené)
 - Boxové (uzavřené)
 - Kombinace obou předchozích
8. Pracujete na lůžkovém ARO na celý Váš pracovní úvazek?
 - Ano
 - Ne *(Pokud ne, uveďte prosím, jaký pracovní úvazek zde máte a kde jinde ještě pracujete?)*
9. Jaké máte preference při návštěvě rodiny Vašeho pacienta?
 - Pokud je rodina v soukromí s pacientem sama na boxe
 - Pokud mám o návštěvách přehled v otevřeném oddělení
 - Jiné (doplňte).....
10. Dáváte rodině informace ohledně oddělení před první návštěvou ARO?
 - Ano, vždy
 - Ano, občas
 - Nevím *(pokračujte otázkou č. 12)*
 - Téměř ne *(pokračujte otázkou č. 12)*
 - Nikdy *(pokračujte otázkou č. 12)*

11. Chce rodina tyto informace? (Odpovězte, pokud jste v předchozí otázce označili „ano, vždy“, nebo „ano, občas“)
- Ano, vždy
 - Ano, občas
 - Nevím
 - Téměř nikdy
 - Nikdy
12. Dotazujete se členů rodiny, zda již někdy byli na ARO (případně JIP)?
- Ano, vždy
 - Ano, občas
 - Nevím
 - Téměř ne
 - Nikdy
13. Dotazujete se rodinných příslušníků na pacientovu biografickou anamnézu? (Např. zvyklosti v rámci hygieny, spánku, kompenzační pomůcky, oblíbené věci, vůně, chutě, ...)
- Ano, vždy
 - Ano, občas
 - Nevím
 - Téměř ne
 - Nikdy
14. Uvítáte, pokud rodina přinese pacientovi jeho osobní věci?
- Ano, vždy
 - Ano, ale pouze po předchozí domluvě
 - Nevím
 - Téměř ne, pacient dostane vše, co potřebuje
 - Nikdy
15. Uved'te, prosím, jaké věci uvítáte pro pacienta od jeho rodiny? (Můžete označit více odpovědí.)
- Hygienické potřeby
 - Holení
 - Kompenzační pomůcky
 - Pacientovy oblíbené knihy, písně, filmy apod.
 - Mobilní telefon, notebook, tablet a jiná elektronika
 - Jiné:
 - Žádné
16. Jaký je Váš náhled na pacienta? (Kdo to je, co pro Vás znamená, jak se o něj staráte, jaký na něj máte pohled, názor, ...)
-
 -
17. Jak přistupujete k pacientovi hospitalizovanému na ARO?
- Pro pacienta udělám maximum, ať má jakoukoliv diagnózu, je mi ho líto
 - Pro pacienta udělám maximum, pokud za svoji diagnózu nemůže
 - Neřeším diagnózu, ke všem pacientům přistupuji stejně
 - Je mi jedno, co se děje s pacientem, pro mě jsou důležité pouze ordinace lékaře
 - Pokud si za svoji diagnózu může pacient sám, není mi ho líto a dobře mu tak
 - Jiné:

18. Zvolte, prosím, takovou odpověď, která nejlépe vystihuje, do jaké míry pro Vás platí každé z následujících prohlášení. (Vámi zvolené tvrzení označte do příslušného pole křížkem.)

	Naprosto souhlasím	Spíše souhlasím	Nevím	Spíše nesouhlasím	Naprosto nesouhlasím
Domnívám se, že mám otevřený přístup k podpoře rodiny pacientů					
Jsem nadšen/a, pokud má návštěva zájem o zdravotní stav svého blízkého a chce mu pomoci					
Je správné, když návštěva dbá mých rad a pokynů					
Mám zkušenosti, že se návštěva bojí sáhnout na pacienta, vzít ho za ruku, stydí se na něj mluvit					
Nevadí mi, pokud návštěva sahá na hadičky, kabely apod. a přerovnáva je					
Respektuji, když návštěva chce být o samotě s pacientem, mít soukromí					
Setkávám se s tím, že se návštěva bojí zůstat sama s pacientem (např. kvůli alarmům)					
Nevadí mi, pokud je pacient hospitalizován i několik týdnů či měsíců, mám k němu stále stejný přístup					
Nevadí mi přítomnost rodiny během ošetrovatelských činností u pacienta					
Umožním rodině přítomnost při KPR jejich blízkého					

19. Jak spolupracujete s rodinnými příslušníky pacienta? (Můžete označit více odpovědí.)

- Umožním rodině podílet se na péči při hygieně, polohování či při krmení pacienta
- Doprovodím rodinu k lůžku pacienta
- Nabídnu rodině vodu na pití, židli k sezení
- Sdělím, kde mě najdou, pokud budou něco potřebovat
- Ujistím je, že kdyby se něco dělo, tak na mě uvidím zpozvdálí
- Snažím se splnit přání rodiny, pokud to lze
- Sám/sama od sebe rodinným příslušníkům zavolám (pro donesení věcí pacienta)
- S rodinnými příslušníky udržuji i vzájemný telefonický kontakt, ne pouze osobní kontakt při návštěvě
- Informuji rodinu o možnosti informací od ošetřujícího lékaře
- Sám/sama nevyvím žádnou iniciativu, počkám, pokud rodinní příslušníci něco chtějí a sami se mě zeptají
- Nespolupracuji
- Jiné:

20. Kdy je dle Vás vhodný čas pro návštěvu pacienta?

- Během návštěvních hodin
- Mimo návštěvní hodiny pouze po předchozí domluvě
- Kdykoliv během dne
- Nikdy
- Jiné (doplňte).....

21. Kolik času trávíte s rodinou během směny? (Vyberte, prosím, nejvýstižnější odpověď a za ni, prosím, uveďte, kolika minutám či hodinám odpovídá Váš čas během směny strávený s rodinou pacienta.)
- S rodinou trávím tolik času, kolik chce/potřebuje, bez ohledu na náročnost směn.....
 - Čím náročnější směna je, tím méně času trávím s rodinou.....
 - I když mám náročnou směnu a jsem pracovníčně plně vytížen/a, i tak bych chtěl/a rodině věnovat více svého času, než kolik jim ho dokážu poskytnout.....
 - S rodinou trávím dostatek času pouze za předpokladu, že je klidná směna.....
 - S rodinou nechci trávit svůj čas, chci si odpočinout.....
 - S rodinou v žádném případě netrávím čas.....
 - Jiné:.....
22. Co pro Vás znamená „náročná směna“? (Můžete označit více odpovědí.)
- Nemám chvíli odpočinku
 - Nemohu splnit všechny intervence tak, jak bych chtěl/a a potřeboval/a
 - Musím předávat některé nedodělky další službě, případně dodělat své povinnosti poté, co mi služba skončila
 - Nenajím se
 - Nevypiju si kávu
 - Nedoжду si na toaletu
 - Nevím, co to je náročná směna
 - Jiné:
23. Jak často míváte náročnou směnu? (Prosím, dopište čísla počty směn.)
- Celkem mám směn v měsíci, z toho je náročných denních směn anočních směn.
24. Váš náhled na pacienty hospitalizované na ARO se změnil...
Uveďte, prosím, jakým způsobem s následujícím tvrzením souhlasíte či nesouhlasíte.

	Naprosto souhlasím	Spíše souhlasím	Nevím	Spíše nesouhlasím	Naprosto nesouhlasím
...napříč odpracovanými roky					
...poté, co měl pacient návštěvu					
...poté, co jsem já navštívil/a svého blízkého na ARO			<i>Nebyl/a jsem navštívit svého blízkého</i>		
...po mateřské/rodičovské dovolené			<i>Nebyl/a jsem na MD/RD</i>		
...po absolvování vzdělání, které jsem zahájil/a až po nástupu na ARO			<i>Nestudoval/a jsem během mého zaměstnání na ARO</i>		

25. Jakým způsobem se změnil Váš náhled na pacienty hospitalizované na ARO? (Prosím, vyjádřete své pocity a myšlenky. Např. je Vám více líto pacienta, máte k němu lepší přístup, či naopak...)
-

Pokud máte nějakou připomínku k dotazníku, nebo byste u některé otázky uvítal/a i jiné odpovědi, zde se můžete vyjádřit:

Děkuji Vám za ochotu a Váš čas při vyplňování dotazníku.

Bc. Pavlína Daňková

Příloha 2 Podklad pro polostrukturovaný rozhovor

Identifikační údaje:

Věk

Pohlaví

Dosažené vzdělání (SOU, SŠ, VŠ; ne/zdravotnický směr)

Zaměstnání

Příbuzenský vztah k pacientovi

VO1: Jaký je náhled rodinných příslušníků na pacienty hospitalizované na anesteziologicko-resuscitačním oddělení?

Jak jste reagoval, jaké jste měl pocity při první návštěvě ARO? Jak je to dlouho, co jste tam byl? Jakou diagnózu měl pacient? Byla to Vaše první návštěva ARO, nebo jste toto oddělení navštívil/a již v minulosti? *Pokud ano, jak je to dlouho?*

Zjistil/a jste si před návštěvou ARO základní informace o tomto oddělení? Našel/našla jste nějaký informační text, leták? Bylo to pro Vás vyhovující, dozvěděl/a jste se z informačního materiálu podstatné informace?

Byly další návštěvy lepší? *Mám na mysli z pohledu oddělení, již jste tam byl/a, viděl/a, věděl/a jste, co a jaké přístroje opět uvidíte...*

Byl/a jste na boxe, nebo v otevřeném oddělení? *Vyhovovalo Vám to, či byste býval/a chtěl/a raději druhou možnost a proč?*

Kdy jste navštívil/a pacienta? *Bylo to v době návštěvních hodin, či po předchozí domluvě... přizpůsobil/a jste se/vyšli Vám vstříc?*

VO2: Jaký je náhled rodinných příslušníků pacientů hospitalizovaných na anesteziologicko-resuscitačním oddělení na sestry?

Zeptal/a jste se sestry před první návštěvou ARO, jak to vypadá na oddělení, jak vypadá monitorovaný a ventilovaný pacient na intenzivním lůžku? Co jste se dozvěděl/a?

Řekly Vám sestry něco samy od sebe a co? Nebo se zeptaly, zda Vy chcete něco vědět ohledně vzhledu oddělení?

Případně daly Vám nějaký informační leták, odkázaly vás na informativní tabuli? Pokud ano, co tam bylo? Bylo to pro Vás přínosné?

Nabídla Vám sestra svoji přítomnost u pacienta? Informovala Vás na možnost alarmů? Měl/a jste pocit, že sestru obtěžujete?

Chodila sestra k pacientovi během Vaší návštěvy? Nevyhýbala se Vám?

Jak všeobecně nahlížíte na sestry? Jaké mají mít vzdělání, vlastnosti? Vadilo Vám něco na sestře/sestrách?

VO3: Jakým způsobem rodinní příslušníci hospitalizovaných pacientů na anesteziologicko-resuscitačním oddělení spolupracují se sestrami?

Ptaly se Vás sestry na pacientův běžný život, jeho zvyklosti, oblíbené činnosti, předměty? Znal/a jste odpovědi na tyto otázky?

Chtěl/a jste být v tomto směru nápomocný/á sestram při zlepšení péče o nemocného?

Co jste pacientovi přinesl/a? Bylo to na žádost sester, nebo sám od sebe? (Např. pacientovy věci, rodinné fotografie, jeho osobní věci, kosmetika, parfém, oblíbené pořady, hudba, ...)

Chtěl/a byste se v rámci možností podílet na ošetrovatelské péči, např. při polohování, krmení, hygieně? Nabídly Vám to sestry, zajímal/a jste se o to sám/a?

VO4: Jaká pozitiva vnímají rodinní příslušníci pacientů hospitalizovaných na anesteziologicko-resuscitačním oddělení ve spolupráci se sestrami?

Byla Vám sestra nápomocná před příchodem k lůžku?

Byla ochotná jít s Vámi?

Nabídla Vám svoji pomoc a jakou?

Odpovídala na Vaše otázky, co Vás zajímalo?

Dala Vám k dispozici židli? Dostal/a jste informace, že se nemusíte bát vzít svého blízkého za ruku? Že se nemusíte stydět mluvit, i když se Vám nedostane odpovědi? *(Protože pacient nás může kdykoliv vnímat a Váš hlas i Vaše přítomnost mu může hodně pomoci.)*

Přišel za Vámi ošetřující lékař sdělit stav nemocného? Nabídla Vám sestra tuto možnost, nebo jste lékaře chtěl/a sám/a? Kde jste se dozvěděl/a informace? *(U pacienta, na chodbě, v pracovně lékařů, ...)*

VO5: Jaká negativa působí na psychiku rodinných příslušníků pacienta hospitalizovaného na anesteziologicko-resuscitačním oddělení během návštěvy?

Jak jste se cítil/a, když jste poprvé svého blízkého viděl/a na intenzivním lůžku, obklopeného přístroji, kabely, hadičkami, ...?

Pociťoval/a jste bezmoc či jiné negativní pocity a jaké?

Dotkl/a jste se pacienta, vzal/a jste ho za ruku, nebo jste se bál/a na něj sáhnout?

Mluvil/a jste na pacienta, nebo jste se styděl/a na něj mluvit a proč?

Raději byste se sám/a viděl/a na místě nemocného a proč?

Cítil/a jste se v cizím prostředí divně, nesvůj/nesvá, chtěl/a jste raději odejít?

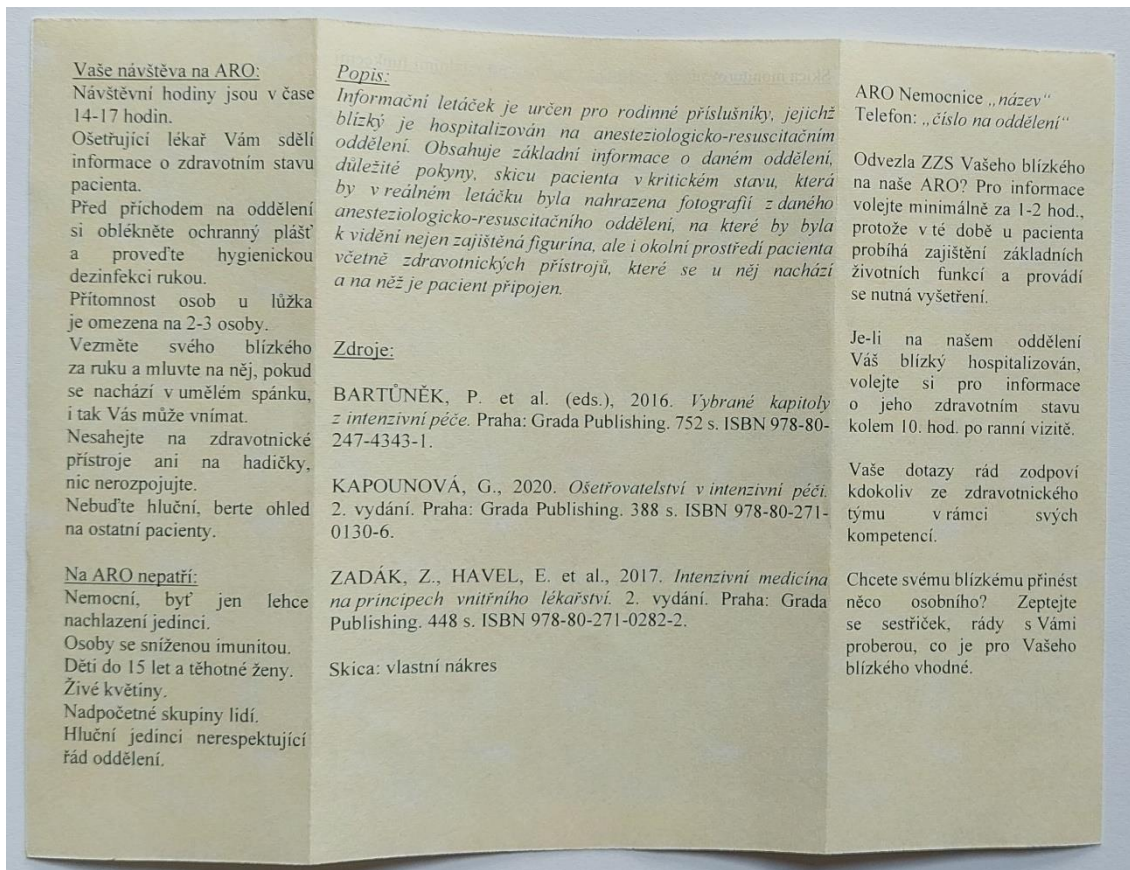
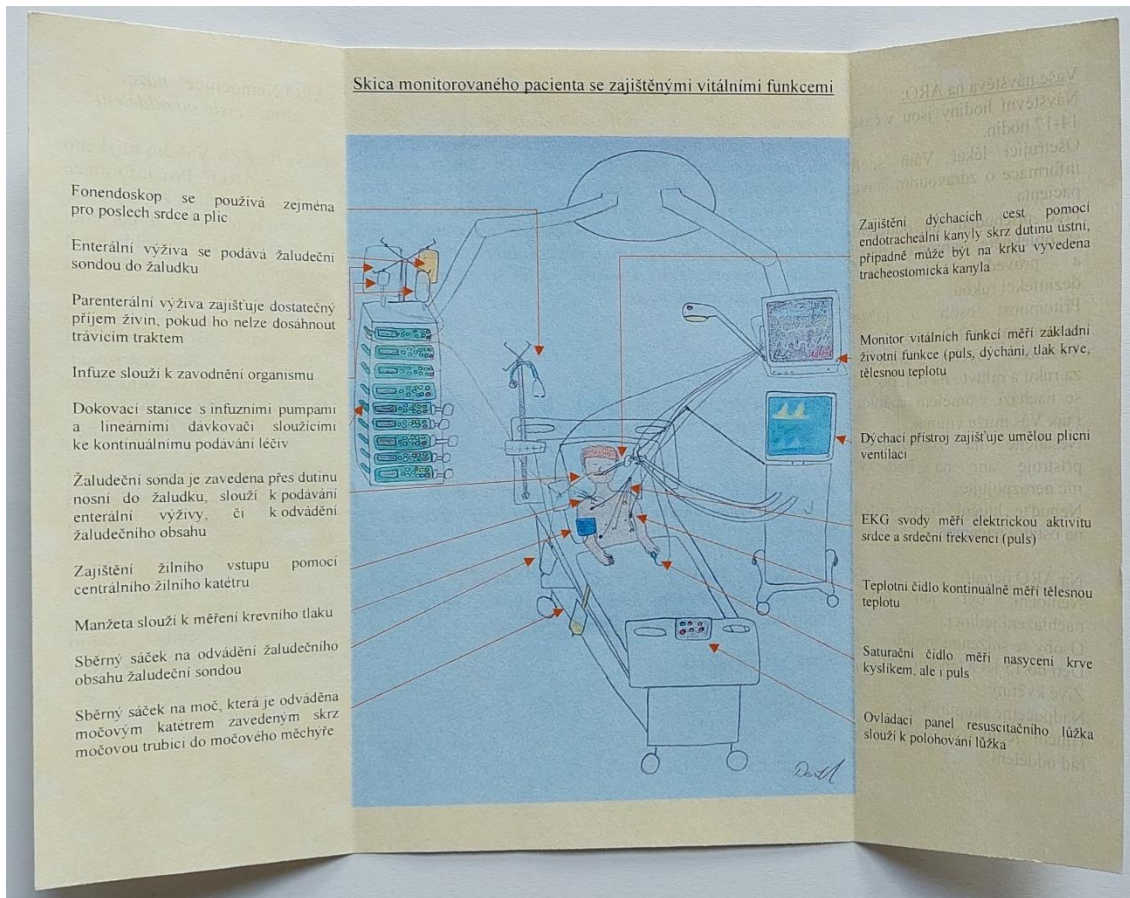
Nyní s odstupem času, působí na Vaši psychiku prostředí ARO?

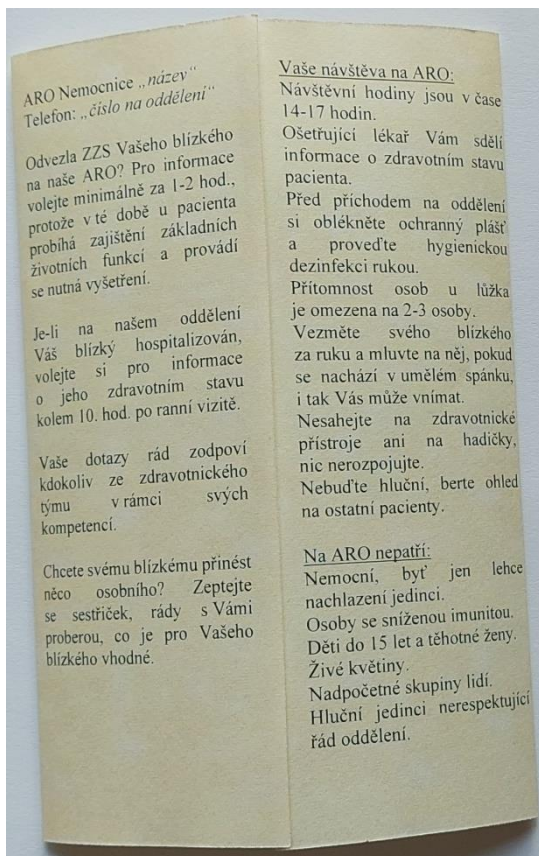
Viděl/a jste někdy/ještě pořád nemocného na intenzivním lůžku?

Nelítujete toho, že jste tam šel/šla na návštěvu?

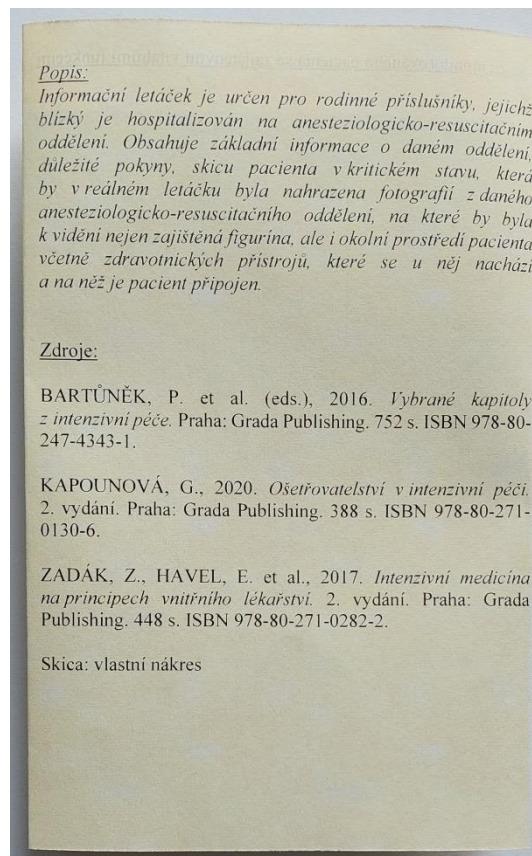
Jaký máte pocit závěrem? Šel/šla byste opět někoho navštívit na ARO? Nebo máte negativní zkušenosti a máte pocit, že další návštěvu už byste nezvládl/?

Příloha 3 Návrh informačního letáku





Pohled na přední stranu zavřeného letáku



Pohled na zadní stranu zavřeného letáku