

UNIVERZITA KARLOVA
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ
ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ
ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

POTŘEBY RODIN PACIENTŮ A JEJICH NAPLNĚNÍ NA JIP

Bakalářská práce

Autor: Denisa Rumíšková

Supervisor: Mgr. Veronika Gigalová

2019

CHARLES UNIVERSITY
FACULTY OF MEDICINE IN HRADEC KRÁLOVÉ
INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE
DEPARTMENT OF NURSING

**THE NEEDS OF THE PATIENT'S FAMILY AND THEIR
FULFILLMENT AT THE ICU**

Bachelor's thesis

Autor: Denisa Rumíšková

Supervisor: Mgr. Veronika Gigalová

2019

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Hradci Králové

.....

Denisa Rumíšková

Poděkování

Velmi děkuji Mgr. Veronice Gígalové za odborné vedení bakalářské práce a cenné rady při celém studiu. Mé poděkování patří také Bc. Monice Menšíkové za pomoc s empirickým šetřením a vytipováním vhodných respondentů. V neposlední řadě děkuji všem zúčastněným příbuzným pacientů hospitalizovaných na JIP, kteří i přes jejich nelehkou životní situaci věnovali svůj čas rozhovorům a dotazníkům výzkumného šetření. A děkuji rovněž svým rodičům a bratrovi, kteří mně byli vždy velkou oporou, a bez nichž by dokončení mého studia nebylo možné.

OBSAH

ÚVOD	8
TEORETICKÁ ČÁST	9
1 PACIENT V INTENZIVNÍ PÉČI	10
1.1 INTENZIVNÍ PÉČE	10
1.1.1 TYPY JEDNOTEK INTENZIVNÍ PÉČE.....	11
1.2 INTENZIVNÍ PÉČE POHLEDEM RODINY PACIENTA	12
1.3 INTENZIVNÍ PÉČE POHLEDEM ZDRAVOTNÍKŮ	13
1.4 ZÁSADY A PRINCIPY PRO PŘIJÍMÁNÍ PACIENTŮ NA PRACOVÍŠTĚ INTENZIVNÍ PÉČE.....	13
1.5 PACIENT V KRITICKÉM STAVU.....	14
1.6 VZDĚLÁNÍ A KOMPETENCE SESTER SPECIALISTEK V INTENZIVNÍ PÉČI	16
1.7 ROLE SESTRY V INTENZIVNÍ PÉČI	17
2 RODINA A JEJÍ VÝZNAM PRO NEMOCNÉHO HOSPITALIZOVANÉHO NA JIP	19
2.1 ROLE RODINY	19
2.2 RODINA JAKO SOCIÁLNÍ OPORA PACIENTA	21
3 POTŘEBY RODINNÝCH PŘÍSLUŠNÍKŮ PACIENTA V KRITICKÉM STAVU	24
3.1 POTŘEBY ČLOVĚKA.....	24
3.2 MOTIVACE K NAPLNĚNÍ POTŘEB.....	25
3.3 BARIÉRY V NAPLNĚNÍ POTŘEB	26
3.4 NEDOSTATEČNÁ SATURACE POTŘEB.....	26
3.5 POTŘEBY RODIN A BLÍZKÝCH PŘÍBUZNÝCH PACIENTA.....	27
3.6 HODNOCENÍ POTŘEB RODINNÝCH PŘÍSLUŠNÍKŮ	28
4 KOMUNIKACE S RODINOU PACIENTA V OHROŽENÍ ŽIVOTA HOSPITALIZOVANÉHO NA JIP.....	30

4.1	VÝZNAM KOMUNIKACE	30
4.1.1	KOMUNIKAČNÍ MODELY.....	30
4.1.2	KOMUNIKAČNÍ PROCES.....	31
4.1.3	INTERPERSONÁLNÍ VZTAHY.....	31
4.1.4	FORMY KOMUNIKACE.....	32
4.2	PROCES SDĚLOVÁNÍ ŠPATNÝCH ZPRÁV	32
4.3	REAKCE PŘÍBUZNÝCH NA TĚŽKOU ŽIVOTNÍ SITUACI.....	34
4.4	VÝZNAM KOMUNIKACE MEZI RODINOU PACIENTA A OŠETŘUJÍCÍM PERSONÁLEM NA JIP	36
4.5	ZAPOJENÍ RODINY DO OŠETŘOVATELSKÉHO PROCESU	37
5	PŘEHLED DOSAVADNÍCH VÝZKUMŮ, ZABÝVAJÍCÍ SE POTŘEBAMI RODIN PACIENTŮ V KRITICKÉM STAVU	40
	EMPIRICKÁ ČÁST	44
6	CÍLE A HYPOTÉZY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	44
6.1	CÍLE VÝZKUMU.....	44
6.2	HYPOTÉZY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	44
7	METODY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ A CHARAKTE RISTIKA ZKOUMANÉHO SOUBORU	46
8	VÝSLEDKY.....	48
8.1	SOCIODEMOGRAFICKÁ CHARAKTERISTIKA SOUBORU	48
8.2	HODNOCENÍ DŮLEŽITOSTI A NAPLNĚNOSTI POTŘEB RODINNÝCH PŘÍSLUŠNÍKŮ PODLE JEDNOTLIVÝCH POLOŽEK DOTAZNÍKU FIN	55
8.3	HODNOCENÍ DŮLEŽITOSTI A NAPLNĚNOSTI POTŘEB RODINNÝCH PŘÍSLUŠNÍKŮ PODLE JEDNOTLIVÝCH DOMÉN FIN DOTAZNÍKU.....	75
8.3.1	HODNOCENÍ DOMÉNOVÉHO SKÓRE DŮLEŽITOSTI POTŘEB RODINNÝCH PŘÍSLUŠNÍKŮ PODLE DOMÉN FIN.....	79
8.3.2	HODNOCENÍ DOMÉNOVÉHO SKÓRE NAPLNĚNOSTI POTŘEB RODINNÝCH PŘÍSLUŠNÍKŮ PODLE DOMÉN FIN.....	79

8.4	CELKOVÉ HODNOCENÍ DŮLEŽITOSTI A NAPLNĚNOSTI POTŘEB RODINNÝCH PŘÍSLUŠNÍKŮ DLE DOTAZNÍKU FIN.....	81
8.4.1	CELKOVÉ HODNOCENÍ DŮLEŽITOSTI POTŘEB RODINNÝCH PŘÍSLUŠNÍKŮ.....	81
8.4.2	CELKOVÉ HODNOCENÍ NAPLNĚNOSTI POTŘEB RODINNÝCH PŘÍSLUŠNÍKŮ.....	82
8.4.3	HODNOCENÍ CELKOVÉHO SKÓRE DŮLEŽITOSTI A NAPLNĚNOSTI POTŘEB RODINNÝCH PŘÍSLUŠNÍKŮ.....	83
8.5	KVALITATIVNÍ VÝZKUM.....	85
8.5.1	STRUČNÝ OBSAH JEDNOTLIVÝCH ROZHOVORŮ.....	85
8.5.2	PŘEHLED HLAVNÍCH KATEGORIÍ A SUBKATEGORIÍ.....	95
8.5.3	SOUHRNNÁ ANALÝZA SUBKATEGORIÍ.....	99
9	DISKUSE	100
	ZÁVĚR.....	106
	ANOTACE.....	108
	ANNOTATION	109
	POUŽITÁ LITERATURA A PRAMENY.....	110
	SEZNAM GRAFŮ.....	114
	SEZNAM OBRÁZKŮ.....	116
	SEZNAM TABULEK	117
	PŘÍLOHY	118

ÚVOD

„Plně porozumět myšlenkám a pocitům druhého, včetně významů, které pro něho mají, a být tímto druhým člověkem také sám chápán, to je jeden z nejhodnotnějších a nejvzácnějších lidských prožitků.“ (Carl R. Rogers)

Potřeby rodin pacientů a jejich naplnění na JIP je, s rychle se rozvíjejícím moderním ošetřovatelstvím, aktuálním tématem dnešní doby. Dokazují to mnohé studie, zaměřené na potřeby rodinných příslušníků kriticky nemocných, prováděné v posledních letech v České republice i zahraničí (viz kapitola 5).

Tato bakalářská práce nahlíží na rodinné příslušníky, v pojetí holismu, jako na potenciální pacienty. Vlivem vysoké míry distresu, napětí, psychického vypětí a mnoha negativních emocí, jež lidé prožívají právě v době, kdy jsou informováni o kritickém, život ohrožujícím stavu jejich blízkého příbuzného, jsou rodinní příslušníci vlivem desaturace svých potřeb, a bio-psycho-sociálně-spirituální provázanosti, ohroženi na svém zdraví vznikem mnoha rozličných onemocnění.

Teoretická část čtenáři přibližuje oblast intenzivní péče, významu rodiny pro kriticky nemocného na JIP, potřeb rodinných příslušníků pacienta v akutním stavu, komunikace s rodinou pacienta v ohrožení života hospitalizovaného na JIP. Závěrem uvádí přehled dosavadních výzkumů, zabývajících se potřebami rodin pacientů v kritickém stavu.

Pro empirickou část byla zvolena kombinace kvantitativního a kvalitativního výzkumného šetření. Výzkum proběhl na JIP Akutní kardiologie I. interní kardioangiologické kliniky ve Fakultní nemocnici v Hradci Králové. Kvalitativní metoda šetření, uskutečněná formou rozhovorů, se ukazuje jako mnohem vhodnější k vyjádření všech potřeb a přímé možnosti reagovat na ně. Je však vázána na ochotu respondentů, z nichž pouze někteří jsou ochotni, ve své těžké životní situaci, se výzkumu zúčastnit. Našli se však i respondenti, kteří se po rozhovoru vyjádřili ve smyslu úlevy od tíživé situace.

Cílem práce je ozřejmit, které potřeby považují rodinní příslušníci kriticky nemocného pacienta za důležité, jsou-li naplňovány, a do jaké míry. Rovněž jak hospitalizace blízké osoby působí na psychiku rodinného příslušníka. Velký potenciál pomoci spatřuji v možnostech působení všeobecných sester, které jsou pacientovi i jeho rodinným příslušníkům z celého spektra zdravotnického personálu nejbližší, a tráví s nimi nejvíce času. Svou vstřícností, proaktivní komunikací, zjišťováním a saturací potřeb mohou značně ovlivnit míru negativních dopadů dané události na všechny zúčastněné.

TEORETICKÁ ČÁST

Cíle teoretické části:

- definovat pojmy intenzivní péče a pacient v kritickém stavu
- popsat roli sestry v intenzivní péči
- popsat význam rodiny pro nemocného hospitalizovaného na JIP
- podrobněji se zabývat potřebami rodinných příslušníků pacienta v kritickém stavu
- zjistit, jakým způsobem lze hodnotit potřeby rodin a blízkých příbuzných pacienta
- přiblížit čtenáři problematiku komunikace s rodinou kriticky nemocného
- zjistit informace o dosud provedených výzkumech v této oblasti

1 PACIENT V INTENZIVNÍ PÉČI

Vážně nemocným pacientům, kteří jsou ohroženi selháním základních životních funkcí, nebo kterým selhává jedna nebo více životně důležitých orgánových funkcí, je poskytována specifická zdravotní péče. Péče o takové pacienty zahrnuje intenzivní léčebné a diagnostické postupy, ošetřování, monitorování životních funkcí případně jejich podporu např. napojením pacienta na ventilátor, náhrada funkce ledvin apod. Péče je poskytována po dobu potřebnou k provedení nezbytných vyšetření a ošetření nebo po dobu, po kterou lze důvodně očekávat náhlý zvrát stability zdravotního stavu (Bartůněk et al., 2016, s. 293).

1.1 INTENZIVNÍ PÉČE

Pracovištěm intenzivní péče rozumíme jednotku intenzivní péče (dále jen JIP) a anesteziologicko-resuscitační oddělení (dále jen ARO). Na tyto oddělení jsou přijímáni kriticky nemocní lidé, v akutním stavu (Tomová a Křivková, 2016, s. 58).

Za skutečný počátek intenzivní péče je považován rok 1950, v němž dal profesor Peter Safar mimo jiné vzniknout programu, jehož koncepcí bylo pečovat o ventilované pacienty, udržované v analgosedaci. Obor intenzivní péče je poměrně mladý, prošel rychlým vývojem zejména ve dvacátém století v návaznosti na rychlou inovaci a modernizaci medicínské technologie, zejména kvalitní přístrojové techniky. Což znamenalo obrovský pokrok v terapeutických postupech za pomoci defibrilátoru, monitorace srdeční činnosti, kardiostimulace a umělé plicní ventilace. Tyto progresivní léčebné postupy s sebou přináší i řadu dilemat, kdy se do odborné diskuse zapojují lékaři, etici, filozofové či duchovní, ale i politici. Úspěchů v intenzivní péči nelze dosáhnout bez vysoce erudovaného týmu zdravotníků, jenž vyžaduje těsnou spolupráci lékařů s nelékařským zdravotnickým personálem i ostatními pracovníky ve zdravotnictví. Byli to čeští lékaři, intenzivisté, kdo inicioval roku 1960 specializační vzdělávání sester v oboru intenzivní péče, vznikem Střediska pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků, v Brně a Bratislavě. Poprvé v České republice, v roce 2006, byl na 1. Lékařské fakultě Univerzity Karlovy akreditován vysokoškolský program pro sestry v intenzivní péči. I díky tomu patří české sestry celosvětově ke špičkám v oboru intenzivní péče (Bartůněk et al., 2016, s. 3–7).

Provoz na pracovišti intenzivní medicíny musí být zajištěn nepřetržitě, po dobu 24 hodin, ve dne i v noci, během víkendu či o svátcích. Na ARO/JIP musí být odpovídající plně kvalifikované personální obsazení a zajištění přiměřenou technickou a přístrojovou technikou. Pokud má být jeho provoz efektivní, musí pojmout odpovídající počet přiměřeně nemocných v ohrožení života (Bartůněk et al., 2016, s. 6).

Poskytovanou intenzivní péči je možné rozdělit obecně do tří stupňů:

- **III. stupeň** (nejvyšší) - poskytuje péči pacientům se selháváním dvou a více orgánových funkcí, kteří vyžadují farmakologickou a přístrojovou podporu, zejména hemodynamiky, ventilace a náhradu renálních funkce.
- **II. stupeň** - poskytuje péči pacientům, kteří vyžadují monitoring, farmakologickou i přístrojovou podporu, kvůli selhání jedné funkce nezbytné k životu.
- **I. stupeň** (nejnižší) - poskytuje péči pacientům se známkami orgánové dysfunkce, kteří jsou ohroženi jejím selháním, vyžadující kontinuální monitorování, i menší podporu farmakologickou a přístrojovou (Bartůněk et al., 2016, s. 6–7).

Pacienti na pracovištích intenzivní medicíny vyžadují větší ošetrovatelskou péči než na standardním oddělení. A lékař musí být dostupný okamžitě. V intenzivní medicíně musí být úkoly a odpovědnosti jasně definovány, stejně tak zaručena těsná spolupráce lékařů s nelékařským zdravotnickým personálem a ostatními pracovníky ve zdravotnictví (Bartůněk et al., 2016, s. 7).

Stavební uspořádání ARO/JIP je buď sálové nebo boxové nebo kombinace obou předchozích typů. Nejvýhodnější uspořádání je boxové, které minimalizuje přenos infekčních agens, umožňuje tak bariérový přístup a zajišťuje větší soukromí pro pacienty a jejich blízké. Sálový typ oddělení zase umožňuje efektivnější využití sesterského personálu (Zadák a Havel, 2017, s. 6).

1.1.1 TYPY JEDNOTEK INTENZIVNÍ PÉČE

Oborové a specializované JIP se nacházejí ve velkých zdravotnických zařízeních typu fakultních nebo velkých regionálních nemocnic. Je zde vyšší obrát pacientů se závažnějšími onemocněními v jednotlivých medicínských oborech, proto je výhodnější, aby dané obory měly vlastní specializovanou JIP. Za předpokladu zajištění péče lékařem – specialistou v oboru intenzivní medicíny, který zde pracuje na plný úvazek, bez dalších úkolů, a dále oborovými specialisty. Komplexní přístup k pacientům, zajištění kontinuity péče s plnou odpovědností, je velkou výhodou.

Jsou budovány v centrech se širokým spádem, aby kapacita lůžek byla využita co nejefektivněji (Zadák a Havel, 2017, s. 2–3).

Pro lepší představu pestrosti uvádím výčet možných typů specializovaných JIP. Interní JIP všeobecná, metabolická, gastroenterologická, hepatální, hematologická a hematoonkologická, renální a dialyzační, pneumologická. Koronární JIP včetně invazivní kardiologie, geriatrická, transplantační, onkologická, infekční, dále neurologická či psychiatrická JIP. K chirurgickým JIP řadíme všeobecnou, kardiochirurgickou, neurochirurgickou, popáleninovou, traumatologickou nebo spinální JIP. Naprosto odlišnou a značně specifickou záležitostí jsou JIP pediatrické a neonatologické (Zadák a Havel, 2017, s. 3–5).

Multidisciplinární JIP jsou naopak v menších nemocnicích, dle potřeb daného regionu. Jsou ekonomicky i organizačně výhodnější, neboť v těchto malých nemocnicích je objem intenzivní péče malý. Vyskytují se v nemocnicích, které nemají finanční prostředky k zajištění techniky a personálu pro oborově specializované JIP. Na multioborové JIP spolupracují odborníci všech medicínských disciplín typu chirurgie, interny, neurologie, gynekologie, anesteziologie a resuscitace. Poskytují relativně úzký rámec intenzivistických dovedností pro širokou populaci pacientů. Nadměrná konziliární péče, povrchní symptomatický přístup a četné překlady mezi odděleními v jedné nemocnici jsou rizikovými faktory multioborové JIP (Zadák a Havel, 2017, s. 2–3).

1.2 INTENZIVNÍ PÉČE POHLEDEM RODINY PACIENTA

Prostředí JIP je zdravotníkům důvěrně známé, avšak pacientům, zvláště pak rodinným příslušníkům, nikoliv. Zatímco pacient prožívá obvykle na JIP somatickou krizi, jeho rodina zažívá především psychickou krizi. Rodinu trápí obavy o osud jejich blízkého, stejně jako obavy, jak se vyrovnat se specifickým prostředím JIP a jeho zvláštnostmi (Bartůněk et al., 2016, s. 70).

Z povědomí laické veřejnosti se pomalu vytrácí fakt, že život člověka není nekonečný a smrt je reálnou součástí života. Rodiny a blízcí pacientů i pacienti samotní mají, vlivem neustálého vývoje nových „zázračných“ léků, dalších léčebných možností, mnohdy nerealistická očekávání. Což v případě zhoršení stavu či skonu pacienta často spouští tzv. „hledání viníka“, tedy chyby na straně lékařů či sester, potažmo zdravotnického zařízení. Často je pohled veřejnosti na intenzivní péči zúžen pouze na aspekty „překonání kritické situace a překlad“ pacienta z ARO/JIP na standardní oddělení. Mnoho tomuto jevu nepomáhají ani v současné době vysílané seriály z tzv. „reálného zdravotnického

prostředí“. Média také často veřejnost informují o rozličných případech, kdy u pacienta došlo ke zhoršení stavu s trvalými následky či jeho úmrtí, s podezřením na pochybení zdravotníků, kdy rodina pacienta žádá mimo jiné o finanční odškodnění. V případě prokázaného zavinění je to jistě na místě, ale bohužel to veřejnost vede i k dojmu, že každý neúspěch v léčbě pacienta je důsledkem chyby, kterou je třeba potrestat (Černá, 2016, s. 110–115).

1.3 INTENZIVNÍ PÉČE POHLEDEM ZDRAVOTNÍKŮ

V několika ohledech je zdravotnický personál na JIP specifický. Pečuje o pacienty, jejichž některé životní funkce udržují přístroje, neboť jsou pacienti ohroženi na životě. Úspěch péče mnohdy závisí na technickém vybavení JIP a nasazení zdravotníků. Namáhavá práce zdravotníků není vždy úspěšná a někdy, i přes veškerou snahu a poskytnutou péči, pacient zemře. Personál se musí vyrovnat i s tím. Příbuzní pacienta často velmi prožívají výkyvy zdravotního stavu svého blízkého a obracejí se na zdravotníky s mnoha dotazy. Na personálu si příbuzní pacientů občas ventilují svůj stres a pocit bezmoci. Ve všech popsaných situacích je vyžadováno profesionální chování zdravotníků (Bartůněk et al., 2016, s. 71).

1.4 ZÁSADY A PRINCIPY PRO PŘIJÍMÁNÍ PACIENTŮ NA PRACOVÍŠTĚ INTENZIVNÍ PÉČE

Česká společnost intenzivní medicíny a Česká společnost anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny publikovala společné stanovisko, ve kterém jsou zformulovány obecné principy, které by měly být zohledňovány při přijímání pacientů na pracoviště intenzivní péče:

„Rozhodnutí o přijetí pacienta na pracoviště intenzivní péče (IP) musí být vždy v souladu se základními etickými principy medicíny (respektování pacientovy autonomie, beneficence, nonmaleficence, princip spravedlnosti).

O přijetí pacienta rozhoduje lékař pracoviště IP se specializovanou způsobilostí.

Na pracoviště IP by měl být přijímán pouze pacient, kde: a) existuje reálný předpoklad zlepšení klinického stavu, b) příčina současného zhoršení je odstranitelná, c) lze předpokládat zotavení a obnovení integrity orgánových funkcí.

Existují-li pochybnosti či nejistota o možném přínosu IP je třeba konat v pacientově předpokládaném zájmu a IP poskytnout. Podle vývoje klinického stavu lze odůvodněnost pokračování v IP přehodnotit.

Pokračování v IP, která je vyhodnocena jako marná či neúčelná, je v rozporu s etickými principy medicíny a pacientovi má být poskytnuta péče přiměřená jeho stavu, včetně péče paliativní v souladu s Doporučením České lékařské komory č. 1/2010 k postupu při rozhodování o přechodu na paliativní léčbu.

Při požadavku přijetí pacienta/ů na pracoviště IP a současně nedostatečné kapacitě pracoviště je rozhodnutí o přijetí/překladu založeno výhradně na a) posouzení předpokládaného přínosu poskytované IP podle povahy základního onemocnění a aktuálního klinického kontextu a b) respektu k etickým principům medicíny“ (ČSIM, ©2015).

1.5 PACIENT V KRITICKÉM STAVU

V medicíně akutních a kritických stavů existují pojmy, které definují aktuální stav, jeho závažnost a současně obecně vyjadřují i prognózu pacienta, a to vzhledem k potenciálním komplikacím, morbiditě, a dokonce i mortalitě.

- **Rizikový pacient** je nemocný, který má při hodnocení pooperační úmrtnosti do 7. dne vyšší než 1 % riziko úmrtí, běžné riziko je vyjadřováno v promile (desetiny procenta). Rizikový pacient má chronická přidružená onemocnění (komorbidity), jeho laboratorní hodnoty či výsledky funkčních vyšetření mírně vybočují z fyziologických mezí. Pacientovi je třeba věnovat zvýšenou pozornost.
- **Vysoce rizikový pacient** je nemocný, u kterého je riziko úmrtí do 7. pooperačního dne vyjádřeno již desítkami procent, zejména po naléhavých, urgentních operačních výkonech. Je ohrožen dekompenzací jeho komorbidit atd. Vyžaduje speciální, intenzivní až resuscitační péči.
- **Nestabilní pacient** je nemocný, u kterého je průběh onemocnění či poúrazového stavu rizikový, jeho vitální funkce se horší i při intenzivní léčbě, vyžaduje nejen pokračující intenzivní léčbu a péči, ale opakované posouzení jeho stavu, např. chirurgickou revizi při pooperačním krvácení atd. Hodnoty jeho základních vitálních funkcí – krevní tlak, srdeční rytmus atd. kolísají, pacient se snadno unaví při spontánním dýchání atd.

- **Ohrožený pacient** je vystaven rizikům nozokomiální nákazy, je léčen kortikoidy, cytostatiky, je vnímavější k běžným infekcím, které u něho mají daleko závažnější průběh. Vyžaduje např. ochranu antibiotiky atd., častější laboratorní vyšetřování zánětlivých ukazatelů atd.
- **Pacient v kritickém stavu** má základní vitální funkce hraniční, je v posttraumatickém, septickém šoku, bez podpory základních vitálních funkcí, bez udržování vnitřního prostředí nepřetržitou terapií je pravděpodobnost jeho úmrtí větší než 80 %.
- **Terminální stav** je stav selhávání až selhání základních vitálních funkcí. Pokud není prognóza na přežití beznadějná, je indikována neodkladná resuscitace. Přechází se k paliativní péči, která se zaměřuje na odstranění bolesti, stresu, úzkosti, strachu, pocitu dušnosti, hladu a žízně; poskytuje komfort a důstojnou smrt.
- **Stavy bezprostředně ohrožující život** jsou ty, při nichž selhává jedna nebo současně více základních vitálních funkcí; nejdéle do 1 hodiny by byl život zakončen náhlou smrtí. Vyžadují akutní léčebné zásahy zachraňující život, které podpoří a přechodně nahradí základní vitální funkce a umožní přežití, pokud organismus není poškozen fatálním devastujícím poškozením. Léčba má největší efekt, je-li podána v tzv. terapeutickém oknu (window of chance), co nejdříve: stenting stenotické koronární tepny při akutním infarktu myokardu, trombolýze při ischemické cévní mozkové příhodě, hemikraniektomie při stoupajícím nitrolebečním tlaku atd. (Drábková et al., 2017, s. 20–26).

Kriticky nemocný pacient, jenž se nachází v intenzivní péči, je přijímán na oddělení JIP nebo ARO často v akutním stavu, jeho život je ohrožen selháváním jednoho, případně více orgánů nezbytných pro život. Samotná diagnóza a aktuální zdravotní stav pacienta, určí rozsah ošetrovatelské péče, která mu bude věnována. Zdravotní stav, potřeby pacienta, i jeho nároky na péči se neustále vyvíjí. Tyto změny pozoruje, hodnotí a dokumentuje sestra, která se snaží o maximální saturaci pacientových potřeb a celkové zlepšení jeho stavu. Nejčastějšími potřebami kriticky nemocného pacienta jsou dýchání, výživa, vyprazdňování, soběstačnost a psychická vyrovnanost (Kapounová, 2007, s. 19–21).

Pacienty v intenzivní péči můžeme rozdělit dle závislosti na umělé plicní ventilaci (dále jen UPV) a možnosti jejich komunikace, do těchto čtyř kategorií:

- **Pacient na UPV v bezvědomí** – dýchání pacienta je plně závislé na dýchacím přístroji. Pacient vyžaduje neustálou ošetrovatelskou péči, není schopen kvalitně vnímat své okolí. Na bolest, či oslovení může reagovat pouze mimikou obličeje, změnou svalového napětí končetin, případně změnou fyziologických funkcí. Rovněž může být bez reakcí na vnější podněty.

- **Pacient plně závislý na UPV při vědomí** – je zachována schopnost vnímat své okolí. Uvědomuje si však závislost své existence na UPV. Obvykle není schopen projevit se hlasem, neboť tracheostomická kanyla blokuje jeho hlasivkové vazy. Stresujícím faktorem je pro pacienta pocit nejistoty života, také omezení jeho pohybu v dosahu UPV.
- **Pacient na UPV spontánně dýchající** – dýchací cesty pacienta jsou stále zajištěny, avšak ventilační podpora již není nezbytně nutná. Sestra pomáhá pacientovi najít nový, pro něj přijatelný způsob komunikace, během jednotlivých kroků v odpojování od ventilace.
- **Pacient dýchající spontánně bez nutnosti UPV** – dokáže přirozeně komunikovat a ihned vyjádřit své potřeby (Tomová a Křivková, 2016, s. 58–59).

1.6 VZDĚLÁNÍ A KOMPETENCE SESTER SPECIALISTEK V INTENZIVNÍ PÉČI

Sestra pro intenzivní péči je specializací oboru všeobecná sestra. Specializační vzdělání získá absolvováním vzdělávacího programu akreditovaným ministerstvem zdravotnictví a složením atestační zkoušky, nebo řádným ukončením navazujícího magisterského studia na vysoké škole (Bartůněk et al., 2016, s. 21).

Kompetencí rozumíme **souhrn vědomostí a dovedností**, umožňující danou činnost kvalifikovaně vykonávat, tedy kompetence ve smyslu materiálním. Rovněž jí rozumíme jako **pravomoc**, oprávnění k výkonu dané činnosti, kompetence ve smyslu formálním. Účelem stanovení kompetencí dané profese, je závazné stanovení jejího obsahu, což je podmínkou poskytování kvalitní a bezpečné péče. Stejně tak je nezbytné, dle skutečných znalostí a dovedností, kompetence konkrétních nelékařských zdravotnických pracovníků pravidelně ověřovat, prohlubovat a obnovovat. Stanovení kompetencí v podzákoné normě – vyhlášce (Vyhláška č. 391/2017 Sb., kterou se mění vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění vyhlášky č. 2/2016 Sb.) je základem pro stanovení náplně práce, jakož i pro zařazení do platové třídy dle nejnáročnější činnosti vyžadované zaměstnavatelem. Zákon o nelékařských zdravotnických povoláních (Zákon č. 201/2017 Sb., kterým se mění zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče) stanovuje definici povolání všeobecné sestry, dále ji rozpracovává

vyhláška o činnostech. Sestra specialista v intenzivní péči vykonává vysoce specializovanou ošetrovatelskou péči (Bartůněk et al., 2016, s. 23–24).

Mezi kompetence sestry specialistky patří rovněž koordinace práce členů ošetrovatelského týmu, realizace ošetrovatelského výzkumu, tvorba podmínek k využití výsledků výzkumu v klinické praxi, hodnocení kvality ošetrovatelské péče, příprava standardů u specializovaných postupů v rozsahu své způsobilosti, a v neposlední řadě i vedení specializačního vzdělávání v oboru své specializace (Bartůněk et al., 2016, s. 25).

Základním předpokladem poskytování kvalitní a bezpečné ošetrovatelské péče je celoživotní vzdělávání. Ošetrovatelství stejně jako medicína jsou rychle se rozvíjející obory. Neustále se dějí podstatné změny ve způsobu poskytování péče, ty je potřeba převést do praxe a osvojit si je. Samotná práce sestry je spojena s riziky pro pacienty, stejně tak pro sestru jako poskytovatele péče. K výraznému snížení všech rizik vyžaduje toto povolání celoživotní vzdělávání (Kapounová, 2007, s. 26).

1.7 ROLE SESTRY V INTENZIVNÍ PÉČI

Sestra v intenzivní péči zajišťuje multidisciplinární ošetrovatelskou péči, plní požadavky a saturuje potřeby pacienta, dle svých nejlepších znalostí, zkušeností a citu k rozpoznání těchto potřeb. Role sestry je nezastupitelná, neboť je osobou, která tráví s pacientem nejvíce času. Zprostředkuje jeho kontakt s lékařem, často i s pacientovou rodinou (Tomová a Křivková, 2016, s. 58).

Dnes běžně na mnoha JIP uvádí návštěvu k lůžku pacienta právě sestra. Tím má možnost zkontrolovat adekvátní použití jednorázového pláště i provedení hygienické dezinfekce rukou, stejně tak zjistit, zda je rodina dostatečně informována o zdravotním stavu pacienta lékařem. Sestra by měla vždy vytvořit pacientovi dostatek soukromí, dát rodině čas k přizpůsobení se na novou situaci, rovněž podpořit příbuzné v komunikaci, i fyzickém kontaktu s nemocným, zachovat dostatek naděje, avšak neslibovat nesplnitelné (Kapounová, 2007, s. 176).

Sestra v IP zodpovídá za to, že se pacientům a jejich rodinám dostane nejvyšší pozornosti a nejlepší péče. Pracuje v mnoha rolích - sestra pečovatelka, sestra manažerka, sestra vyučující, sestra u lůžka, sestra vyšetřující nebo sestra ve výzkumu. Rozsah její práce zahrnuje širokou škálu povinností a zodpovědnosti. Chrání zájmy pacienta a jeho rodiny. Je zodpovědná za ochranu práv pacienta, asistuje pacientovi i jeho rodině v procesu rozhodování tím, že poskytne podporu a poučení. S ostatními členy zdravotnického týmu vyjednává, v zájmu pacienta a jeho rodiny.

Zajišťuje informovanost pacienta i jeho rodiny v plánu péče. Udržuje spojení mezi pacientem, jeho rodinou i ostatními členy zdravotnického týmu. Edukuje rodinu v rámci prevence zranění pacienta. V klinickém hodnocení stavu pacienta využívá kritického myšlení, stejně tak schopnosti porozumění a pochopení kulturních odlišností. V případě potřeby poskytuje rady a poučení pacientovi i jeho rodině. Pomáhá vzdělávat i ostatní zdravotnický personál (White et al., 2008, s. 10–15).

2 RODINA A JEJÍ VÝZNAM PRO NEMOCNÉHO HOSPITALIZOVANÉHO NA JIP

Onemocnění neovlivňuje pouze jednotlivce, ale i celou jeho rodinu. V posledních letech se výrazně mění postavení pacienta a jeho blízkých v rámci léčby i ošetrovatelské péče. Z hlediska historické tradice zastával lékař k pacientovi nerovnoměrný, autoritativní postoj. On jediný byl zastáncem zdraví pacienta a jako jediný měl právo o pacientovi rozhodovat. Léčbu i péči musel pacient pasivně přijmout, nehledě na svá přání, důstojnost a vlastní rozhodnutí. Současní, vzdělanější lidé tento paternalistický postoj odmítají. Pacient již není pasivním příjemcem a rodina již není jen nečinným přihlížejícím. Všestranné porozumění, respektování autonomie klienta, jeho potřeb, vytvoření vzájemné úcty a důvěry navozuje prostor pro možnost individuální volby, spolum rozhodování rodiny a její spolupráci na léčebném i ošetrovatelském procesu. Základy spolupráce mezi sestrou a rodinou pacienta zahrnují profesionalitu a komunikační umění sestry, poskytování srozumitelných informací, a to i opakovaně, dále přijetí rodiny jako rovnocenného partnera při péči o pacienta, umožnění rodině spolupracovat při ošetrovatelské péči o jejich blízkého (Tomová a Křivková, 2016, s. 114).

Pojem rodina nemusí zahrnovat jen rodinu v tradičním pojetí manželů se dvěma dětmi. V širším pojetí rodiny není nutné spojení pokrevním či právním svazkem. Každá rodina je jedinečná ve své biografii, jež je tvořena vztahy, původem, hodnotami i volbami všech jejích členů. Proto není jednoduché vytvořit jedinou definici rodiny. Osvědčilo se zeptat se pacienta, v případě, že je to možné, kdo je jeho rodina, neboť je důležité uvědomit si, že každá rodina je ve své podstatě jedinečná, proto není vhodné činit předčasné závěry, kdo jsou blízcí pacienta. Nesmíme pro něj důležité osoby opomenout. Zvláště pak, pokud rodina nezapadá do oficiálních definic, může dojít k mylnému vymezení rodiny, kdy opomeneme např. nevlastní děti, příbuzné, kteří bydlí velmi daleko, homosexuálního partnera, ale i ty, kteří nemají k pacientovi zřejmé právní svazky. Je důležité být při definování „rodiny“ flexibilní (O'Connor a Aranda, 2005, s. 221–222).

2.1 ROLE RODINY

Jakákoliv změna zdravotního stavu nepůsobí příznivě na lidskou psychiku. Člověk je donucen během hospitalizace změnit zavedený způsob života, je limitovaný, nebo často zcela vyloučený

z běžných aktivit, což se projeví na mezilidských vztazích. Společně s pacientem si jednotlivými fázemi, které popsala Elisabeth Kübler-Rossová, procházejí i jeho blízcí. Rodina zastává nezastupitelnou funkci v životě člověka. Význam rodiny vzrůstá právě v období hospitalizace jejího člena. Vztahy, které v rodině panují, určují míru a schopnost komunikace všech jejích členů. Rodina, v níž jsou vztahy na dobré úrovni, má zájem přispět k uzdravení nemocného. Komunikace v rodině nevázne a spolupráce mezi zdravotníky a rodinou je pro pacienta velkým přínosem (Tomová a Křivková, 2016, s. 114–115).

Hospitalizace nemocného na JIP/ARO je pro příbuzné vždy zatěžující. Přístrojová vybavenost, doprovodné zvuky mohou některé jednotlivce velmi stresovat. Rozhodně nevytváří vhodné prostředí pro komunikaci mezi zdravotníky a rodinou pacienta. Okolnosti mohou u příbuzných vyvolat strach z nejistoty, z utrpení jejich blízkého, z vlastního selhání. Toto mimořádné psychické zatížení členů rodiny je možné zvládnout poskytnutím dostatečných informací o zdravotním stavu nemocného ve vhodnou dobu, srozumitelným a citlivým přístupem. Před prvním příchodem příbuzných k lůžku nemocného by se sestra spolu s lékařem měli představit a informovat rodinu o zdravotním stavu pacienta. Před prvním pohledem na nemocného získá rodina základní představu, v jakém stavu ho uvidí, blízcí jsou již poučeni, jak k pacientovi přistoupit a komunikovat s ním. Během prvního kontaktu získá rodina velký objem informací, které nedokáže najednou pochopit a zpracovat, proto je vhodné informace opakovat (Tomová a Křivková, 2016, s. 115).

Komunikativností a aktivním vystupováním by měla sestra zbavit příbuzné počáteční nedůvěry. Při odběru nebo doplnění anamnézy je rodina nenahraditelným zdrojem významných informací, zejména v době, kdy pacient není schopen tyto informace poskytnout sám. Například při zvratu zdravotního stavu pacienta a v případě, že uzdravování neprobíhá dle představ pacienta a jeho rodiny, dochází k vypjatým emočním situacím. U pacienta vnímá rodina nejhůře akutní změny zdravotního stavu, amenní stavy, změny vědomí, oblužené vnímání způsobené analgosedací, i neschopností pacienta verbálně komunikovat (Tomová a Křivková, 2016, s. 116).

Rodina se s nemocí svého člena vyrovnává hůře, pokud jde o nemoc rychle probíhající nebo neočekávanou, kdy rodina nemá mnoho času na adaptaci. První reakce rodiny jsou obvykle přiměřené situaci. Rodina chce pomáhat, mobilizuje všechny své vnitřní zdroje, snaží se navázat kontakty s lidmi, o nichž předpokládá, že by v dané situaci mohli pomoci. Proto prvotní kontakty se zdravotníky konfliktní nebývají. Pokud však nemoc trvá dlouho, nedochází ke zlepšení stavu pacienta, či hůře, dochází ke zhoršení stavu, rezervy rodiny se vyčerpají, nebo nemoc příbuzného narušuje chod celé rodiny. Členové rodiny potlačují nepříjemné pocity, čímž narůstá její frustrace a rodina se snaží hledat viníka, často mimo rodinu samotnou. V těchto momentech se může rodina

obrátit proti zdravotníkům, psát stížnosti, vyvolávat konflikty, střídat lékaře (Mareš et al., 2001, s. 47).

2.2 RODINA JAKO SOCIÁLNÍ OPORA PACIENTA

Podpora a pozitivní vliv ze strany rodiny se velkou mírou odráží na zlepšení psychického stavu pacienta. Ošetrovatelský personál by se měl snažit zapojit rodinu do ošetrovatelského procesu co nejdříve. Při první návštěvě seznámí sestru rodinu s organizačním zajištěním péče o jejich blízkého. Sestra rodinu edukuje v rozmezí svých kompetencí. Ošetrovatelská péče by v komplexním pohledu měla být směřována i k zapojení celé rodiny. Zdravotníci by měli nabídnout rodině zapojení do ošetrovatelského procesu, v rámci rodinných možností, a pomoci jim uskutečnit realizaci. Rodina je zdravotníkům na jedné straně pomocnou rukou, kdy v omezeném rozsahu plní určité potřeby pacienta, a na straně druhé pomáhá jejich blízkému formou psychické podpory a zamezením pocitu sociální izolace. V ideálním případě by mělo dojít k přijetí rodiny jako partnera, který se podílí na péči o svého nemocného po celou dobu hospitalizace. Základním předpokladem dobré spolupráce je poskytování srozumitelných informací. Ty usnadní vzájemnou komunikaci i interakci mezi rodinou a sestrou, stejně jako mezi rodinou a pacientem (Tomová a Křivková, 2016, s. 118–119).

Pojem sociální opora je poměrně mladý, v odborných publikacích se objevuje až v posledních 25 letech. Tento jev obecně existoval i předtím, avšak byl uváděn pojmy typu *vstřícný přístup personálu, pomoc v nouzi, soudržnost rodiny, altruistické chování, návštěvování nemocných* atp. V širším smyslu slova tím rozumíme pomoc, kterou poskytují druzí lidé určitému člověku, který se současně nachází v zátěžové situaci. Je to činnost, která mu danou situaci ulehčuje. Jedná se o multidimenzionální konstrukt, jehož stručnou definici je obtížné zachytit. Vychází z několika vědních oborů, zejména psychologie, sociologie, medicíny. Má spíše mezioborový charakter, interakční podobu, odlišně ji může vnímat poskytovatel, její příjemce i nezávislý pozorovatel. Obsahuje kvalitativní i kvantitativní stránky a její účinky se mohou projevit pozitivně i negativně (Mareš et al., 2001, s. 8–22).

Sociální opora je činnost, jež by měla být poskytována ochotně, s dobrými úmysly, osobou, která je v osobním vztahu s příjemcem. U příjemce tato činnost vyústí v pozitivní odezvu a zlepšení bezprostřední, nebo zlepšení s delším časovým odstupem. Jsou popisovány tři základní faktory sociální opory: vztah mezi příjemcem a poskytovatelem, cíle poskytované sociální opory, stejně tak její výsledky (Mareš et al., 2001, s. 59).

Z výzkumů vyplývá, že sociální opora usnadňuje jedinci zvládání zátěže. V naprosté většině případů působí pozitivně, až přímo protektivně. Mohou se však vyskytnout i výjimky, kdy má sociální opora negativní účinky. Musíme mít na paměti, že potřebu sociální opory může jinak vnímat jedinec, jemuž je určena, a jinak její poskytovatel. Tito dva činitele mohou aktuálně prožívanou zátěž hodnotit a vnímat rozdílně, tím se může lišit i jejich pohled na potřebu poskytnutí sociální opory. Poskytovatel sociální opory prožívá nepříjemně situaci, kdy potřebu sociální opory rozeznal, nabízí ji, ale je odmítnut. Vyskytnou se i jedinci, kteří během prožívaného stresu odhánějí všechny lidi, nechťejí mít nikoho na blízku, až po svém zklidnění jsou ochotni akceptovat nabízenou pomoc. Stejně tak může dojít k případu, kdy člověk vystavený zátěži, má svou vlastní představu o sociální podpoře od jiných lidí. Pokud nedojde k poskytnutí přesně „dle jeho představ“, rozčiluje se, protestuje, a může být k pomáhajícím hrubý. Další variantou je i případ, kdy jedinec v nouzi sociální oporu očekává, ta mu však není poskytnuta, nebo je z pohledu jedince zanedbatelná. Zde hovoříme o **selhávající sociální opoře** (*failed social support*), v mírnější formě o **nepomáhající, neužitečné opoře** (*unhelp support*). Člověk zažívající distres je dále frustrován a prožívá zklamání. Dle naturelu jedince, může jít jen o malou životní epizodu, na niž brzy zapomene, ale může v něm zanechat i doživotní traumatizující zážitek, zpochybňující důvěru v konkrétního člověka (Mareš et al., 2002, s. 37–39).

Typy sociální opory dle způsobu provedení:

- **Opora nasloucháním, vyslechnutím** (*listening support*) - příjemce vnímá, že poskytovatel je ochotný ho vyslechnout, bez komentování, posuzování, kritiky, bez toho, aniž by mu radil, co dělat.
- **Emocionální opora** (*emotional support*) - příjemce vnímá, že poskytovatel o něj pečuje, poskytuje mu útěchu, což pro něj znamená, že existuje někdo, komu na něm záleží.
- **Opora emocionálním apelem** (*emotional challenge support*) - příjemce vnímá, že poskytovatel ho nabádá k přehodnocení jeho dosavadních postojů, hodnot a pocitů.
- **Opora stvrzováním reality** (*reality confirmation support*) - příjemce vnímá, že poskytovatel, který je mu v něčem podobný, vidí svět jeho očima, tím mu přitakává, souhlasí.
- **Opora v odborném ocenění** (*technical appreciation support*) - příjemce vnímá, že poskytovatel hodnotí pozitivně jeho úsilí a dokáže ocenit práci, kterou vykonal.
- **Opora v odborném apelu** (*technical challenge support*) - příjemce vnímá, že poskytovatel ho vyzývá ke změně ve způsobu uvažování o úkolech, změně postupů při provádění činnosti, vnímá směřování, motivaci, vedoucí k tvořivosti a většímu pracovnímu nasazení.
- **Opora poskytnutím hmotné pomoci** (*tangible assistance support*) - příjemce vnímá, že poskytovatel mu nabízí materiální, finanční pomoc nebo dar.

- **Opora poskytnutím osobní pomoci** (*personal assistance support*) - příjemce vnímá, že poskytovatel mu dává osobní pomoc nebo služby, vyřízení úředních záležitostí, respektive zajištění těch činností, na které příjemce sám nestačí (Mareš et al., 2002, s. 39).

3 POTŘEBY RODINNÝCH PŘÍSLUŠNÍKŮ PACIENTA V KRITICKÉM STAVU

Ještě než se budu věnovat potřebám rodin a blízkých příbuzných pacienta v kritickém stavu, pojďme se nejprve zabývat teorií lidských potřeb.

3.1 POTŘEBY ČLOVĚKA

Na kvalitu života má vliv správná identifikace a saturace potřeb jedince. Potřebu můžeme charakterizovat jako projev nedostatku nebo chybění něčeho, jež je žádoucí odstranit. Avšak „*potřeba není pouze nedostatkem něčeho, ale je rovněž silou, která člověka směřuje, posouvá k jiným lidem, předmětům, činnostem. V tomto kontextu jsou potřeby chápány také jako projevy bytostného přání*“ (Příbyl, 2015, s. 31).

Intenzita a množství potřeb závisí na věku a pohlaví jedince, na jeho společenské a kulturní úrovni, stejně tak prostředí, v němž vyrůstal a žije, na jeho zdravotním stavu, inteligenci, životních zkušenostech a dalších okolnostech (Šamánková, 2011, s. 13).

Lidské potřeby můžeme dělit podle mnoha kritérií. V holistickém náhledu na člověka, dělíme potřeby na biologické, psychologické, sociální a duchovní. Různí autoři popisují potřeby dle odlišných kritérií (Příbyl, 2015, s. 32–33).

Jednou z nejvýznamnějších a nejčastěji citovaných je Maslowova pyramida potřeb. Americký psycholog Abraham Harold Maslow (1908–1970) ji zveřejnil již v roce 1943 a je platnou dodnes (Šamánková, 2011, s. 26).



Obrázek 1 – Maslowova pyramida potřeb z roku 1943

Maslow ve své teorii tvrdí, že člověka motivují určité potřeby. Ty tvoří hierarchickou strukturu rozloženou do dvou hlavních skupin potřeb. **D-potřeby** (*Deficiency Needs*) směřující k odstranění určitého nedostatku a **B-potřeby** (*Being Values*) dosahující hodnot bytí. Pokud nejsou uspokojeny D-potřeby, pocítujeme úzkost, snažíme se odstranit nedostatek a zaplnit chybějící potřebu. V případě, že je daná potřeba uspokojena, vnímáme, za běžných životních podmínek, tento stav jako normu. Na rozdíl od B-potřeb, jejichž naplnění nám působí dobrý pocit a motivuje nás k další činnosti o to více. V mezích D-potřeb člověk uspokojuje nejprve ty nejzákladnější lidské potřeby, které jsou dány evolucí, a až po jejich uspokojení se snaží naplnit neuspokojené potřeby vyšší. Pokud se však objeví nedostatek v nižších vrstvách, člověk se přestane starat o vrstvy vyšší, a vrátí se k uspokojení hierarchicky nižších potřeb. Maslow tvrdil, že lidé po dosažení sebenaplnění a seberealizace prožívají stav, ve kterém si uvědomují svůj plný potenciál, ale i plný potenciál lidstva jako celku, naprosto přesahující dané jedince. Jedná se o stav spirituality či sebetranscendence a Maslow ho umístil na vrchol své pyramidy. Ke konci své kariéry sám připustil, že sebetranscendence nemusí být nutně podmíněna naplněním nižších potřeb. Dosažení stavu sebenaplnění je ideální, představuje úplné porozumění, kdo daný jedinec je, pocit integrálního a hlubokého naplnění, kdy veškeré individuální potřeby jsou naplněny. Nutno podotknout, že Maslowovy teorie dosud nebyly potvrzeny důkazy, a i přesto jsou všeobecně uznávány (Šamánková, 2011, s. 26–27).

Cílem této práce není encyklopedický výčet všech teorií potřeb a jejich autorů. Snaží se poukázat na skutečnost, že nenaplnění lidských potřeb, ať už vlivem porušené vnitřní rovnováhy organismu, či rovnováhy s vnějším prostředím, vede k disharmonii a vzniku zátěžové situace ústící ve frustraci, stres či deprivaci (Příbyl, 2015, s. 46–47).

3.2 MOTIVACE K NAPLNĚNÍ POTŘEB

Hybnou silou našeho jednání a konání je motivace. Síla potřeby a schopnost překonávat překážky jsou důležité k naplnění potřeby. Velikost motivace pozitivně koreluje s množstvím síly a odvahy k naplnění cílů. Motivace vede k energetizaci organismu, usměrňuje naše jednání a chování k dosažení cíle. Zahrnuje zvědavost, radost, radostné očekávání podporující nebo tlumící jedince, aby konal či nekonal, a pozitivní pocity. Psychologický proces, který aktivuje chování, dává mu směr a účel, interní hnací síla. Chování lidí má téměř vždy nějakou motivaci a je ovlivněno biologicky, kulturně i situačně. Motivy můžeme chápat jako pohnutky k jednání. Základní formou motivů jsou potřeby. Optimální je soulad intenzity potřeby jedince s mírou jejího naplnění (Šamánková, 2011, s. 16–17).

Na saturaci potřeb jedince se podílí jeho:

- **Pud** – vrozená pohnutka k činnosti, energie či cílená činnost až nutkání.
- **Zájem** – motiv získaný, projevující se kladným vztahem jedince k předmětu nebo činnosti, které ho upoutají citově či zájmově. Vyhraněným zájmem je záliba.
- **Ambice** (aspirace) - snaha sebeuplatnit se, vyniknout. Ctižádost.
- **Cíl** – uvědomělý směr aktivity, kterým se snažíme něco vykonat, něčeho dosáhnout, dělat či nedělat, vyhnout se něčemu.
- **Ideály** – naše vzorové cíle.
- **Přesvědčení** – čemu jedinec o sobě a světě kolem věří (Šamánková, 2011, s. 23).

3.3 BARIÉRY V NAPLNĚNÍ POTŘEB

Překážky v pojmenování a naplnění potřeb jsou rozdílné v nemoci a ve zdraví. Bariéry mohou být osobní, psychické, jazykové, fyziologické, bariéry z prostředí, nepochopení sděleného, řeč těla, zpětná vazba apod. Často neumíme přesně pojmenovat to, co nám chybí, nebo čeho máme nadbytek, ale ani to, po čem toužíme (Šamánková, 2011, s. 13–15).

3.4 NEDOSTATEČNÁ SATURACE POTŘEB

Nenaplnění potřeby může nastat vlivem vnějších i vnitřních podnětů. Obecně se projeví psychickými i somatickými obtížemi. Úzkostí, neklidem, nervozitou, nemožností se soustředit mohou být porušeny základní fyziologické funkce: vyprazdňování, výživa, spánek, často i poruchy srdečního rytmu (Šamánková, 2011, s. 15).

Důsledky nedostatečně naplněné potřeby mohou být:

- **Stres, zátěž** – reakce organismu na stresor neboli stresový podnět. Soubor reakcí organismu na podněty, vnější či vnitřní, které narušují normální funkce organismu.
- **Distres** – špatná zátěž, spojená s negativními emočními procesy jako je strach, leknutí, zklamání.
- **Frustrace** – organismus je připraven na boj s problémem, avšak překážky, na něž naráží, jsou neřešitelné. Směřuje organismus k nečinnosti, pasivitě, bezmocnému čekání. Pokud nahromaděnou

energii netransformuje, hromadí se v něm vztek, napětí i zklamání z neúspěchu a organismus se začne frustraci bránit. Nejčastěji nachází řešení v agresi slovní, při níž nadává na všechno kolem sebe, příčinu frustrace, i celý svět. Může namířit agresi proti osobě nebo objektu, následkem čehož poškozují věci, ublíží druhé osobě, případně sám sobě.

- **Deprivace** – déle trvající frustrace může vyústit v deprivaci neboli strádání. Jedná se o závažný psychický stav, který může negativně zasáhnout do dalšího vývoje jedince.
- **Deprese** – upadají do ní lidé, kteří nejsou spokojeni s náplní a kvalitou svého života. Je dlouhodobou a silnou frustrací. Nepříznivý stav, při němž hrozí, že reakce na úzkost povedou k tělesnému a duševnímu selhání (Šamánková, 2011, s. 15–16).

3.5 POTŘEBY RODIN A BLÍZKÝCH PŘÍBUZNÝCH PACIENTA

Nejvýznamnější částí společnosti a její mikrostruktury je rodina. Poskytuje ochranu a péči svým členům, zejména v dobách, kdy se o sebe nejsou schopni postarat sami. Členové rodiny pocítují a prožívají trvalé sociální a emocionální vazby. Domov a rodina pro nás znamenají hlavní zdroj bezpečí (Bužgová, 2015, s. 113).

Život ohrožující stav dopadá nejen na samotného pacienta, ale i na celou jeho rodinu. U některých členů rodiny jsou během kritického stavu jejich blízkého zaznamenány psychologické a fyzické změny, zejména v jejich osobní pohodě. Vše se odvíjí od pevnosti rodinných pout. Před 20 lety začal výzkum v oblasti péče o rodinné příslušníky. Má tři kategorie: kvalita života, pečovatelská zátěž a hodnocení potřeb. V poskytování přiměřených služeb zdravotníkům pomáhají dotazníky, které hodnotí potřeby rodin a které jsou vhodné i pro klinickou praxi (Bužgová, 2015, s. 113–114).

Potřeby rodinných příslušníků můžeme definovat jako vnímání přání či požadavků pro péči a podporu od sociálních nebo zdravotnických pracovníků. Kvalitu péče je možné měřit dle rozsahu potřeb, které se podařilo naplnit. Indikátorem kvality péče může být naplnění potřeb rodiny pacienta. Dle výzkumů mají rodiny pacientů nenaplněné potřeby zejména ve čtyřech kategoriích: zajištění komfortu pacienta, potřeba informací, zajištění praktických potřeb, emocionální podpora (Bužgová, 2015, s. 115).

Velký dopad na rodinu a blízké má pacientova bolest či diskomfort, který prožívá. Mohou si ho vyložit jako známku progresu onemocnění a blížící se smrti. I pacient pocítující únavu, dušnost, úzkost či nevolnost má velký vliv na psychiku příbuzných, ti pocítují zoufalství a bezmocnost, pokud

pacientovi nemohou efektivně ulevit. Proto je nezbytné poskytnout podporu i členům rodiny pacienta. Příbuzní potřebují informace o nemoci, i o možnostech péče o pacienta, neboť jim to dodává sílu. Pacientovi blízcí potřebují vědět, jak svému blízkému (pacientovi) zajistit pohodu, pečovat o něj, jaké změny stavu mohou očekávat a jak s ním mohou komunikovat. Zdravotníci na členy rodiny nazírají spíše jako na zdroj podpory pro pacienta než jako na osoby, které také potřebují péči. Proto rodiny pacientů mají pocit nedostačující podpory ze strany zdravotníků. Navíc zde platí přímá úměra, kolik podpory se dostane rodině a blízkým příbuzným pacienta, tolik podpory jsou schopni oni sami poskytnout pacientovi. Sestry by měly být velmi vynalézavé a aktivní při pomoci pacientově rodině. Případné intervence musí být šity na míru potřebám příbuzných (O'Connor a Aranda, 2005, s. 223–229).

Často jsou rodiny pacientů brány jen jako spolupracovníci sociálního a zdravotnického týmu, i když se jednoznačně potvrzuje, že je v rámci péče o pacienta důležité podpořit i jeho rodinu. Od míry podpory, která se dostane rodině či blízkým příbuzným, se odvíjí jejich schopnost postarat se o jejich blízkého člena rodiny (Bužgová, 2015, s. 116).

Avšak podpora rodin musí být, v rámci zdravotní péče, přiměřená. Některé rodiny jsou schopny zvládnout danou situaci samy a pomoc nebo podporu nevyžadují, či přímo odmítají (Bužgová, 2015, s. 135).

3.6 HODNOCENÍ POTŘEB RODINNÝCH PŘÍSLUŠNÍKŮ

Hodnocení potřeb může být použito pro základ plánu péče zejména proto, že mnoho rodinných příslušníků není spokojeno s komunikací se zdravotníky. Při zjišťování potřeb zdravotníci často opomíjejí důležité spirituální a psychosociální potřeby. Mnohodimenzionální konstrukce hodnotících nástrojů je nezbytná k hodnocení potřeb ve vztahu k samotným pečovatelům (Bužgová, 2015, s. 117).

Pro účely této bakalářské práce byla vybrána česká verze dotazníku FIN (*Family Inventory of Needs*) autorky Kristjansonové (1995), který byl přeložen, upraven a následně validizován Bužgovou (2014). V české verzi dotazníku autorka hodnotila psychometrické vlastnosti. Tento dotazník je určen k hodnocení potřeb rodin pacientů s nevléčitelným onemocněním. Obsahuje 20 jednotlivých položek a byl vytvořen na podkladě dotazníku CCFNI (*Critical Care Family Needs Inventory*), jelikož dotazník CCFNI není momentálně v českém jazyce dostupný a proces překladu (aby v české verzi vyjadřoval stejný význam jako v anglickém jazyce a byl pro rodinné příslušníky srozumitelný) a validizace, je proces velmi zdlouhavý. Navíc sama Bužgová (2015) uvádí, že dotazník FIN byl vytvořen na základě dotazníku CCFNI. Rozhodli jsme se proto

použít validizovanou českou verzi dotazníku FIN. Dotazník FIN – měření potřeb rodinných příslušníků vymezuje dva koncepty, důležitost potřeb pro péči a jejich míru naplnění. Důležitostí potřeb rozumíme vnímání požadavků pro zdravotní péči rodinou. Míru naplnění, naplněnost, chápeme jako rozsah potřeb, které rodina vnímá jako naplněné. Každá jedna položka dotazníku zobrazuje jednu potřebu daného člena rodiny. V české verzi dotazníku došlo k hodnocení jeho psychometrických vlastností. Byla zjištěna dobrá reliabilita (spolehlivost). Rovněž byl zjištěn vysoký Cronbachův koeficient α v rámci konstrukce celého dotazníku, pro škálu důležitosti 0,924 a pro škálu naplněnosti 0,912. Konfirmační faktorovou analýzou byly vyčleněny čtyři domény (faktory). Skóre domén se pohybuje v rozmezí 0–100. Čím vyšší je číslo v oblasti důležitosti, tím větší je důležitost potřeb v dané doméně. Kdežto vyšší číslo v oblasti saturace potřeb představuje větší nespokojenost se saturací potřeb v příslušné doméně (Bužgová, 2015, s. 118–119).

Česká verze dotazníku FIN je složena ze čtyř domén, do nichž je rozprostřeno 20 otázek:

- Doména 1 – Základní informace (čtyři otázky)
- Doména 2 – Informace o léčbě a péči (sedm otázek)
- Doména 3 – Podpora (sedm otázek)
- Doména 4 – Komfort pacienta (dvě otázky) (Bužgová, 2015, s. 118–119).

4 KOMUNIKACE S RODINOU PACIENTA V OHROŽENÍ ŽIVOTA HOSPITALIZOVANÉHO NA JIP

Než přejdeme k samotné komunikaci s rodinou kriticky nemocného pacienta, považují za důležité blíže objasnit samotný pojem komunikace, včetně náležitostí komunikace.

4.1 VÝZNAM KOMUNIKACE

Komunikace je přímým regulátorem mezilidských vztahů a univerzálním jevem společnosti. Díky ní existují sociální systémy i skupiny. „*Communicare est multum dare*“, výňatek z latinského slovníku, jenž nám říká, že komunikovat znamená hodně dávat. Komunikace v sobě zahrnuje řeč, stejně tak veškeré chování je nezbytnou součástí k efektivnímu sebevyjádření. Přenos i výměna informací v psané, mluvené, obrazové či činnostní formě se projeví nějakým účinkem. Komunikace je realizována mezi osobami, přičemž jednou osobou je komunikátor, předávající sdělení, komuniké, osobě jiné, komunikantovi, komunikačním kanálem s výsledným efektem. Zpětná vazba, umožňuje reagovat na sdělené informace, jedná se o reciproční děj, v němž zjišťujeme, jestli příjemce sdělení porozuměl. Důležitou součástí komunikace je její prostředí, prostor, kde se komunikace odehrává, kde na jedince působí podněty, ale i komunikační šum jako hluk, psychické rozpoložení člověka, špatná výslovnost i odlišné pochopení významu (Zacharová, 2016, s. 8–9 a 21–23).

Každá komunikace má svůj smysl, účel. Plní nějakou funkci. Komunikační funkce jsou informativní, instruktivní, přesvědčovací, posilovací a motivující, zábavné, socializační, poznávací, svěřovací, únikové, ale i jiné (Zacharová, 2016, s. 10–11).

Sociální komunikace využívá interakci verbálními i neverbálními kódovanými symboly. Úroveň komunikace člověka je ovlivněna kontextem sociálním, vnitřním i vnějším (Zacharová, 2016, s. 9–10).

4.1.1 KOMUNIKAČNÍ MODELY

Komunikace je dynamický proces proměnlivý v čase. Postupem času vznikly tři modely komunikace:

- **Lineární model** – mluvčí hovoří a posluchač naslouchá. Když někdo mluví, nenaslouchá, a když naslouchá, nemluví.
- **Interakční model** – střídání pozice mluvčího a posluchače.
- **Transakční model** – každý člověk zde funguje jako posluchač a mluvčí současně. V jednom okamžiku své sdělení vysíláme a přijímáme sdělení své vlastní komunikace i reakci druhé osoby (Zacharová, 2016, s. 16–17).

4.1.2 KOMUNIKAČNÍ PROCES

Děj, při němž spolu mluví dva lidé a současně se děje něco uvnitř každého z nich i mezi nimi. Proměnlivý proces, ve kterém účastníci vždy iniciují změnu. Člověk iniciující změnu vystupuje aktivně a příjemci odesílá zprávu. Proces vnímání komunikace má tvar sinusoidy, snadněji se zachytí zpráva s větší informační vahou, větší výchytkou. Pozorněji jsou vnímány počátek a konec sdělení. Komunikační proces ovlivňuje vnímání dat, jejich spojování s významem, vkládání záměru a postoje, uspořádání dat do epizod, kulturní model člověka, soubor předpokladů, očekávání a pravidel, stejně tak vnímání naší role interpersonálně. Pravidla nám dopomáhají k dosažení cílů, umírněnému chování v určitých mezích (Zacharová, 2016, s. 18–20).

4.1.3 INTERPERSONÁLNÍ VZTAHY

Jakým způsobem reagují lidé na chování jiných, se odvíjí od situace, v níž se nacházejí, tedy komunikují-li za přítomnosti dalších lidí, nebo mezi čtyřma očima, a jaké jsou mezi nimi vztahy. Proces rozvoje vztahu probíhá postupně v několika krocích, začíná povrchní komunikací. Citlivost na zpětnou vazbu partnera je velmi důležitá. Dobrý vztah se vyznačuje vzájemnou výměnou názorů, řešením problémových situací a konfliktů. Ve zdravotnictví se prolínají vztahy profesionální i přátelské, vzájemné solidarity a podpory. Ve všech vztazích je důležitá vzájemnost, kdy jedna osoba působí na druhou jako zdroj energie a síly, podpory i osobní spokojenosti. Neutrální postoj neexistuje. Pozitivním postojem ve vztahu je evalvace, sdělení kladného hodnocení druhému člověku, negativním postojem je devalvace, snižování hodnoty daného jedince. Dobré interpersonální vztahy jsou jedním z faktorů, které zlepšují fyzické i emocionální zdraví (Zacharová, 2016, s. 24–27).

4.1.4 FORMY KOMUNIKACE

Nejčastějším dělením komunikace je rozdělení na komunikaci verbální a neverbální. Obě formy se vzájemně doplňují, překrývají, nebo v určitých případech může jedna druhou zastoupit. A naopak v některých situacích mohou být tyto komunikační formy v rozporu, kdy lidé něco říkají, ale jejich chování tomu neodpovídá. Tím může vzniknout tzv. dvojná vazba neboli rozpor mezi chováním a slovy. V daném případě je neverbální sdělení věrohodnější (Zacharová, 2016, s. 29).

Významnou roli ve verbální komunikaci sehrává individuální přístup, schopnost empatie, vzájemná důvěra a pozitivní vztah k pacientovi. K úspěšné komunikaci je nezbytné ovládat základní dovednosti mezilidských vztahů s důrazem na typ onemocnění a specifika věku (Zacharová, 2016, s. 35).

Neverbální komunikaci chápeme jako řeč těla. Tedy všechno, čím doprovázíme řeč a co vysíláme, aniž bychom mluvili. Informace sdělené neverbálně nám dávají mnoho informací o postojích a pocitech pacientů i jejich blízkých (Zacharová, 2016, s. 55).

Jistý přechod mezi těmito formami komunikace tvoří paralingvistika. Zde není podstatné, co říkáme, ale jak to říkáme. Je tzv. akustikou mluveného slova, řeči. Řečové akustické projevy vyjadřují naši osobnost, často mění význam slova, zahrnují hodnotu informační i emocionální, pomáhají vyjádřit duševní stav hovořícího (Zacharová, 2016, s. 67).

4.2 PROCES SDĚLOVÁNÍ ŠPATNÝCH ZPRÁV

Každý pacient má právo určit osobu, která může být o jeho zdravotním stavu informována, stejně tak má právo jmenovat osoby, kterým informace sděleny být nesmí. Základním právním předpisem pro danou problematiku je zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování v platném znění. Obě výše zmíněná rozhodnutí pacienta musí být zaznamenána do zdravotnické dokumentace v souladu s vyhláškou Ministerstva zdravotnictví č. 137/2018 Sb., kterou se mění vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci. Pro mnoho zdravotníků je komunikace s rodinou pacienta velmi náročná, hotový „komunikační oříšek“. Přesto příbuzní pacienta představují pro zdravotníky důležité komunikační partnery a komunikaci s nimi se zdravotníci nevyhnou. Proto by zejména sestra měla být schopna aktivně s nimi navázat kontakt a získat je ke spolupráci. Komunikace sestry s rodinou by měla mít charakter společenské konverzace, při níž musí sestra respektovat své omezené kompetence a podat informace příbuzným pouze o ošetrovatelské péči. Nesmí sdělovat informace o diagnóze, prognóze nemoci, vážnosti stavu

či nálezech. To je záležitostí lékaře. Sestra příbuzným může lékařem sdělené informace pouze dovysvětlit (Špatenková a Králová, 2009, s. 47–51).

I přesto, že lékař je pro nemocné a jich blízké často nejvýznamnější osobou, je to právě sestra, která je jim nejbližší fyzicky i psychicky. Od ní je očekáváno pochopení pro bolest a utrpení lidí. Sestry pacientům naslouchají, poskytují uklidnění a profesionální pomoc nejen jim, i jejich rodinám. Pokud sestra svěřuje své blízké svým kolegyním, preferuje u nich, jako nejdůležitější vlastnost vlídnost a ochotu (64 %), následně porozumění, vstřícnost a empatii (42 %), trpělivost, vyrovnanost a klid (41 %) a rovněž profesionální znalost a odbornost (41 %). Pacienti i jejich blízcí se mohou s těmito vlastnostmi setkat při každém setkání se sestrami, v malých neverbálních projevech, úsměvu a výrazu tváře, aniž by si je nutně uvědomovali. Tyto projevy sester vytvoří atmosféru, která posiluje nemocné i jejich blízké. Navozují v nich pocit důvěry a bezpečí (Andrysek et al., 2011, s. 128).

I v případě, že veřejnost pochopí, jak jsou vědecké a profesionální možnosti limitovány, navždy zůstane velkým problémem **sdělování špatných zpráv** o závažných nálezech vyžadujících diskomfortní či radikální postupy, o nevíтанých změnách léčby, o závažnosti celkového stavu, a zvláště pak rozhovor s pozůstalými. Poslední zmíněný typ rozhovoru vyvolává nejvíc úzkosti a nejistoty, neboť jde o konečnou diagnózu, navozující pocit selhání medicíny u pozůstalých, ale často i samotných zdravotníků. Těm připomíná jejich vlastní smrtelnost. Sdělování nepříznivých zpráv je povinností ošetřujícího lékaře, na kterém spočívá tuto situaci důstojně zvládnout (Honzák, 1997, s. 99–100).

Na rozhovor s nemocným je potřebné mít dostatek času, klidné prostředí a soukromí. Toto pravidlo platí dvojnásob pro jednání s pozůstalými. Naneštěstí se stále stává, že informaci o úmrtí blízkého člověka dostanou příbuzní vstojе na chodbě mezi dveřmi nebo telefonicky. Jedná se o naprosto nevhodný postup, jehož následkem je psychický diskomfort pozůstalých, někdy i podání stížnosti. Avšak terapeutické zvládnutí situace směřuje k vzájemně dobrým vztahům i do budoucna. Vhodným postupem, v případě náhlého úmrtí pacienta, je rodinu nejdříve telefonicky informovat o náhlém zhoršení stavu pacienta. Po příchodu pozůstalých do nemocnice je žádoucí uvést je na klidné místo, kde se mohou posadit a nepříznivou zprávu následně vyslechnout. Důležité je zachovat všechny společenské rituály, včetně představení se, posazení spolu s pozůstalými a vyjádřením naší soustrasti. Při rozhovoru je nezbytné věcné vyjadřování, bez zmírňujících opisů, eufemismus by pozůstalým mohl dodat jen falešnou naději, neboť v dané chvíli nejsou schopni zdrcující zprávu uvěřit. Obzvláště pokud se jedná o náhlé úmrtí, je nezbytné ponechat pozůstalým dostatek času nejen k vyslechnutí zprávy, ale i k jejímu přijmutí a srovnání se s ní. Po zklidnění příbuzných je žádoucí jejich seznámení s formalitami, které budou následovat

a jimž musí vyhovět. Pomoci může i krátký tištěný informační text. Následně je možné nabídnout příbuzným i služby psychologa, duchovního či sociální pracovníce (Honzák, 1997, s. 100–101).

Krizová intervence neboli psychická první pomoc je poskytována speciálně vyškolenými sestrami. Klienty jsou osoby tzv. sekundárně zasažené, které se dostaly do náročných krizových nebo emočně velmi vypjatých situací. Hovoříme zde například o nejbližších rodinných příslušnících, jimž náhle zemře jejich blízký, o osobách poskytujících první pomoc oběti těžké dopravní nehody. Jedná se o podporu a provázení těch, pro něž je daná situace emočně velmi náročná. Ke zvládnutí dané situace je nezbytná lidská blízkost druhé osoby, která pomáhá s vytvořením bezpečného prostoru svojí radou, zajištěním nezbytných činností, poskytuje podporu při komunikaci se zdravotníky a čas pro zorientování se. Rovněž pomáhá zvládnout nedostatek informací a akutní stresovou reakci. Kurzy pro sestry – interventky a jejich služby v podmínkách nemocnic se v ČR začaly rozvíjet od roku 2008. Jejich školitelem, koordinátorem, metodikem a propagátorem je PhDr. Lukáš Humpl ze ZZS Moravskoslezského kraje (Špirudová, 2015, s. 130).

4.3 REAKCE PŘÍBUZNÝCH NA TĚŽKOU ŽIVOTNÍ SITUACI

Sestry jsou často v kontaktu s anticipujícími lidmi, kteří prožívají či prožili velkou ztrátu. Díky tomu mají jedinečnou příležitost poskytnout truchlícím pomoc a péči. Truchlení může být devastující a dlouhotrvající proces, který otvírá prostor pro vhodné intervence. Během počátečního šoku může sestra pozůstalým naslouchat a utěšovat je. Pozůstalí mohou začít vnímat své zdravotní problémy, které je přivedou k lékaři bezprostředně po ztrátě jejich blízkého, ale i v jistém časovém odstupu od ní. Jsou znepokojeni běžnými symptomy zármutku, jako jsou nespavost, ztráta chuti k jídlu, bolesti za hrudní kostí, problémy s dýcháním, pocity prázdnoty v břiše, sucho v ústech, nedostatek energie, svalová slabost atp. Nebo jen hledají oporu a pomoc ve svém zoufalství, neboť když nevědí, na koho se v zármutku obrátit, navštíví lékaře. Pozůstalí se „necítí dobře“ psychicky ani fyzicky. Lidé v zármutku jsou náchylnější ke zraněním a infekcím. Po ztrátě milovaného člověka mohou pozůstalí různě dlouhou dobu vzdychat, plakat a mít problém se soustředit. Stejně tak mohou zažívat pocity bezradnosti, opuštění a osamělosti. Valná část reakcí pozůstalých patří k normální reakci na ztrátu. Obecně se předpokládá, že pozůstalí mají právo truchlit po dobu 6–12 měsíců, vyrovnání se se ztrátou milovaného člověka však může trvat i nesrovnatelně déle. Může nastat komplikované truchlení, prolongovaný zármutek, kdy se pozůstalým nedaří truchlení zvládnout. Pro tuto situaci existuje i ošetřovatelská diagnóza **Dysfunkční smutek**. Ten vede k dysfunkci v každodenních aktivitách

života. Projevem dysfunkce může být i zneužívání drog nebo alkoholu. Tito pozůstalí pak potřebují odbornou pomoc ve formě psychologické, psychiatrické nebo psychoterapeutické péče (Špatenková a Králová, 2009, s. 118–121).

Americká lékařka švýcarského původu Elisabeth Kübler-Rossová popsala fáze, kterými člověk v kritické fázi onemocnění, ale i v závěrečné fázi života prochází. Avšak i pozůstalí mohou tyto stádia, nutné ke zpracování ztráty nebo velké životní krize, většinou v kratším časovém intervalu, prožívat. Níže uvedené fáze popisují proces vyrovnávání se se smutkem a tragédií. Vznikly na podkladě výzkumu Kübler-Rossové a rozhovorů se stovkami umírajících pacientů. Sama autorka dodává, že tyto fáze nemusí proběhnout chronologicky a kompletně, neboť každá osoba je ve svém prožívání jedinečná. Anglický akronym DABDA zahrnuje všech pět fází smutku:

- **Fáze popírání (*Denial*)** - bezprostředně po sdělení tragické zprávy nebo po nečekané, náhlé smrti blízkého člověka se může dostavit fáze popírání, která je však pouze dočasnou obranou. Dá se přirovnat k různě dlouho trvající šokové situaci, kdy se jedinec nechce s novou situací smířit.
- **Fáze agrese/hněvu (*Anger*)** - jedinec si uvědomí, že popírání již nemůže pokračovat, pociťuje vztek a nenávist. Jde o projev nejvíc ohrožující dobré vztahy se zdravotníky. Samotná agrese je zaměřená proti „zlému osudu“, nikoliv proti zdravotníkům, proto je důležité tento projev daného jedince předvídat a empaticky mu pomoci jeho agresi ventilovat přiměřeným směrem.
- **Fáze smlouvání (*Bargaining*)** - jedinec se snaží, jakkoliv oddálit smrt, pociťuje naději, obrací se k vyšší moci, kdy žádá delší život výměnou za něco. Hledá zázračný lék a alternativní metody léčby.
- **Fáze deprese (*Depression*)** - jedinec si již uvědomí jistotu přicházející smrti, může být zamlklý, odmítat návštěvy, plakat a truchlit. Pociťuje strach, úzkost, beznaděj a smutek. Není příhodné daného jedince rozveselovat, vhodnější je nechat toto období smutku proběhnout. Pokud jedinec projeví sebevražedné tendence, je nezbytné uzavřít s ním tzv. proti-sebevražednou smlouvu. Existují případy lidí, vyžadující i podání psychofarmak.
- **Fáze smíření (*Acceptance*)** - jedinec se vyrovnává s jistotou smrti své nebo svého blízkého, psychicky se uvolní a je schopný spolupracovat se zdravotníky (Honzák, 1997, s. 102–104; Kübler-Rossová, 2015, s. 51–153).

4.4 VÝZNAM KOMUNIKACE MEZI RODINOU PACIENTA A OŠETŘUJÍCÍM PERSONÁLEM NA JIP

Již dříve jsem se zmínila, že nemoc zasahuje pacienta i celou jeho rodinu. Nemocnice byla dříve okrajovým řešením. Rodina byla zvyklá pečovat o své blízké doma. Funkce rodiny je stále nenahraditelná, i přesto, že se její úloha v historii výrazně změnila. Rodina může zdravotníkům podat cenné informace o svém nemocném, a také se podílet na psychické i fyzické podpoře pacienta. Připravit pro něj domácí prostředí, případně zajistit následnou péči. Mnoho příbuzným má zájem na uzdravení nebo vylepšení kvality života jejich blízkého, často však neví jak. Doménou sestry je rodinu edukovat (Kapounová, 2007, s. 175).

Předmětem rozhovoru mezi zdravotníky a příbuznými pacienta jsou často i problémy příbuzných. V možnostech sestry není jejich problémy řešit či vyřešit, avšak může jim poskytnout evalvací, podporu, pochopení, informaci i kontakt na odborníky typu psychologa, sociálního pracovníka. Může doporučit možnosti respitní péče, domácí péče, osobní asistence i pečovatelské služby (Špatenková a Králová, 2009, s. 50).

Chceme-li, aby nám pacienti a jejich rodiny rozuměli a vytvořili si k nám kladný vztah, neobejdeme se bez kvalitní komunikace. Maastrichtský anamnestický a poradenský postup je evropskou normou umění komunikace. Zahrnuje zvládnání dovedností komunikační i mezilidského vztahu (Šamánková, 2011, s. 10).

Základní metodou psychologického působení na člověka je **rozhovor**, poznáváme jím osobnost lidí nebo se snažíme navodit změnu jejich osobnosti, chování a jednání, např. zanechání kouření, dodržování diety. Sestra prostřednictvím slov získává, vysvětluje, poučuje, povzbuzuje, přesvědčuje i motivuje (Zacharová, 2016, s. 36–37).

Jednou z nejdůležitějších komunikačních dovedností je **naslouchání**, bývá aktivní složkou a zásadní součástí rozhovoru. Jeho podstatou není jen to, že slyšíme, ale i to, že sdělenému rozumíme a chápeme je. Sestře pomáhá naslouchání rozvíjet sociální percepce, vyhnout se problémům, navázat a udržet interaktivní proces, racionálně se rozhodnout, ovlivnit jednání, chování a postoje osob. **Aktivní naslouchání** vyžaduje soustředění pozornosti, zájem o sdělované informace, otevření mysli. Sestra se stane dobrým posluchačem, pokud se zbaví vlastních předsudků, zaneprázdněnosti, zaujatosti a rušivých vjemů. K základním pravidlům patří udržení očního kontaktu, hledání podstaty sdělovaných informací, všímání si obsahu, stejně tak způsobu komunikace. Aktivní naslouchání podporují neverbální prostředky, i mlčení. Naslouchat umějí lépe ženy. **Pasivně naslouchat** může osoba pouze svou přítomností u mluvčího tím, že zpracovává zvuky bez snahy jim porozumět. Umožní mluvčímu uspořádat své myšlenky, neposkytne mu však zpětnou vazbu.

Nasloucháním projevujeme ochotu pomoci, umožňujeme druhé osobě svěřit se a projevit přání. Nezanedbatelnou složkou verbální komunikace je **mlčení**, které poskytuje prostor k přemýšlení, jak v komunikaci dále pokračovat (Zacharová, 2016, s. 42–43).

Podstatným prvkem mezilidských vztahů je **empatie**, jejím hlavním cílem a smyslem by měla být pomoc člověku, který ji potřebuje. Empatie je definována schopností vcítění se do myšlení pocitů a jednání druhých. Poskytuje ucelený obraz o prožívání, potřebách, očekáváních i způsobu myšlení člověka. Umožňuje sestře sledovat věci z pohledu pacienta, při vcítění do jeho osoby, pokud se na malou chvíli dokáže sama vzdát vlastní identity. Emoce jsou zde na prvním místě, neboť empatie odráží prožitky a psychické rozpoložení daného jedince. Lidé usilují o spolupráci, pokud zjistí, že se je snaží někdo pochopit, s cílem jim pomoci. Uplatnění empatie sestrou by mělo být základem zkvalitňování vztahu mezi sestrou, pacientem i jeho blízkými, vedoucí k porozumění a vzájemnému pochopení (Zacharová, 2016, s. 70–73).

Ze závěru studie, která proběhla v českém a slovenském prostředí v rámci dvaceti dvou pracovišť JIP ve fakultních a oblastních nemocnicích s celkovým počtem 405 respondentů, vyplývá, že omezená komunikace mezi členy rodiny pacienta na JIP a personálem JIP byla spojená s vyšším výskytem symptomů úzkosti u blízkých příbuzných pacientů. Proto je důležité se zaměřit na zlepšení a zavedení proaktivní komunikace jako intervence (Rusinová et al., 2014, s. 1).

4.5 ZAPOJENÍ RODINY DO OŠETŘOVATELSKÉHO PROCESU

Ošetřovatelský proces začíná v 60. letech 20. století v USA, kde souvisí s rozvojem systémového přístupu, tedy „vědeckosti“ v ošetřovatelství. Zahrnuje sérii plánovaných činností, zaměřených na dosažení určitého výsledku. Než se začala metoda ošetřovatelského procesu realizovat v klinické praxi, péče sester byla pacientům poskytována na pokyn lékaře s větším zaměřením na nemoc, než na individuální potřeby pacienta a jejich uspokojení. Ošetřovatelský proces lze popsat jako myšlenkový algoritmus nebo analyticko-syntetickou metodu řešení ošetřovatelského problému, sloužící kvalifikované sestře k posouzení stavu pacienta, plánování, realizaci a vyhodnocení účinnosti péče. Ošetřovatelský proces je dnes mezinárodním standardem v poskytování péče, jeho cílem je zdraví prospěšná a pozitivní změna zdravotního stavu pacienta. Dle ANA (*American Nurses Association*) zahrnuje tento standard ošetřovatelské praxe 5 fází: **Posouzení** (*Assesing*), **Diagnostika** (*Diagnosing*), **Plánování** (*Planning*), **Realizace** (*Implementing*), **Vyhodnocení** (*Evaluation*). Ve spolupráci s pacientem nejprve sestra posoudí jeho celkový zdravotní stav, sestaví ošetřovatelskou anamnézu, provede fyzikální screening, svým kritickým myšlením analyzuje získaná data a určí

aktuální i potenciální ošetrovatelské problémy neboli diagnózy. K nim stanoví cíle, tedy očekávané výsledky a následné ošetrovatelské intervence. Vytvoří písemnou, dnes čím dále častěji elektronickou verzi individuálního plánu ošetrovatelské péče zahrnující ošetrovatelské diagnózy dle priorit pacienta, stejně tak očekávané výsledky i ošetrovatelské zásahy. Následně je péče realizována dle vytvořeného plánu. Reakce pacienta na péči i její průběh jsou zaznamenány do pozorování vývoje stavu pacienta a po určité době je vyhodnocena účinnost péče. Srovná se skutečný stav pacienta s našimi očekávanými výsledky. V případě, že pacient není schopen spolupráce a samostatného rozhodování, může sestra oslovit jeho nejbližší a požádat je o spolupráci (Mastiliaková, 2014, s. 36–39).

Podpora a pozitivní vliv rodiny se velmi odráží na zlepšení psychiky pacienta. Snahou zdravotníků je zapojit rodinu do ošetrovatelského procesu co nejdříve. Již při první návštěvě sestra seznámí rodinu s informacemi kolem organizačního zajištění péče o nemocného. Sestra je tou, která je pacientovi nejbližší a tráví s ním velkou část služby, může nejlépe nabídnout rodině možnosti spoluúčasti na péči o pacienta. Sestra rodinu edukuje o hygienických a režimových opatřeních, objasní jim důvod přítomných přístrojů, jejich zvukové i světelné signály. Názorně předvede, jak mohou příbuzní k pacientovi přistupovat, pomáhat mu s podáváním jídla i pití. Objasní jim účel ošetrovatelských i lékařských výkonů, stejně tak ukáže, čeho se mohou dotýkat, s čím mohou manipulovat. Naučí rodinu bezpečný způsob zacházení s pacientem, v rámci možností polohování nebo přesunu pacienta. Aktivně zapojí rodinu do rehabilitace i hygienické péče o pacienta. V komplexním pohledu by ošetrovatelská péče měla být orientována na zapojení pacienta i celé jeho rodiny. Ošetřující personál by měl rodině nabídnout, v jakém rozsahu se mají a mohou podílet na péči o pacienta. Pro dobrou spolupráci rodiny a zdravotníků je nezbytné poskytování srozumitelných informací, které usnadní jejich vzájemnou interakci a komunikaci (Tomová a Křivková, 2016, s. 118–119).

Nyní si dovolím čtenáři přiblížit a objasnit pojem **bazální stimulace**, neboť v ní vidím velký potenciál možnosti zapojení rodiny do péče o svého blízkého hospitalizovaného na JIP.

Doposud neexistuje ustálená definice pojmu bazální stimulace, neboť na ni lze nahlížet z několika úhlů odlišných vědních disciplín. Obecně se snaží podpořit pacientovo vnímání okolního světa i sebe sama za pomoci stimulů, které pacient důvěrně zná. Stimulem může být dotek, chuť, zvuk, vůně apod. Vjemy z okolí i zevnitř vlastního organismu člověk zpracovává v mysli a ukládá si je do paměti. Každý jedinec má svůj osobitý způsob komunikace a vlastní systém percepce. V bazální stimulaci řadíme doteky mezi primární lidské schopnosti. Přes ně k nám docházejí okolní impulzy. Doteky zdravotníků jsou pro mnohé pacienty jedinou možností zisku informací o něm samém i o okolním světě. Proto jejich doteky musí být zřetelné, přiměřeného tlaku a promyšlené. Nesmí v pacientovi vzbuzovat strach či nejistotu. V konceptu bazální stimulace dáváme pacientovi najevo, kdy začíná

a končí naše přítomnost a činnost, pomocí tzv. **iniciálního doteku**. Nejvhodnější místo pro tento dotek se stanoví za pomoci příbuzných biografickou anamnézou. Častým místem jsou paže, rameno nebo ruka. Iniciální dotek je nutné podpořit i verbálně, oslovením, na které je pacient zvyklý. Všichni, kteří přijdou do styku s pacientem, by měli provést iniciální dotek a oslovení dle stanovené konvence (Tomová a Křivková, 2016, s. 100–102).

Z hlediska konceptu bazální stimulace je na příbuzné nahlíženo jako na důležité partnery. Integrujeme je do procesu ošetrovatelské péče. Společně s blízkými příbuznými pacienta sestra odebírá **autobiografickou anamnézu** (obsahuje údaje ze senzobiografické oblasti pacienta, údaje o jeho vztazích, dětech, koníčcích, zvycích a zájmech apod.), plánuje intervence a formuluje cíle ošetrovatelské péče v reálných tendencích. Díky bazální stimulaci mohou pacientovi příbuzní, i zdravotníci podpořit percepci, komunikaci a lokomoci pacienta. Samotná bazální stimulace vychází ze znalosti schopnosti vnímání plodu v prenatalním období již od 9. týdne gravidity v oblasti **vestibulární, somatické a vibrační**. Základní techniky se věnují právě těmto třem oblastem stimulace. Do prvků nastavbové stimulace jsou zařazeny techniky **auditivní, taktilně-haptické, olfaktorické, orální a optické**, dle znalostí o postupně nabývaných vlastnostech člověka v postnatálním vývoji (Tomová a Křivková, 2016, s. 103–104).

5 PŘEHLED DOSAVADNÍCH VÝZKUMŮ, ZABÝVAJÍCÍCH SE POTŘEBAMI RODIN PACIENTŮ V KRITICKÉM STAVU

V závěrečné kapitole si dovoluji pro lepší představu čtenáře v chronologickém pořadí uvést nejnovější zahraniční studie z období posledních osmnácti let, zabývající se potřebami rodin pacientů v kritickém stavu.

Recenze studií uskutečněných mezi léty 2000 až 2013 v zahraničí, zahrnující USA, Čínu, Izrael, Jordánsko, Austrálii, Brazílii a Belgie, směřovaly k nalezení výsledků výzkumů zahrnující intervence sester s cílem objevit potřeby rodinných příslušníků pacientů hospitalizovaných na JIP. Rozměry nalezených potřeb se týkaly podpory, útěchy, uklidnění, informací a blízkosti. Přičemž uklidnění, informace a blízkost byly určeny jako nejvíce důležité. Celkově potřeby rodin pacientů nebyly naplněny. Výsledky studií odhalily, že poskytování proaktivní komunikační strategie rodinám a zaměření péče na celou rodinu, může být efektivní ve zvyšování spokojenosti rodinných příslušníků, zvyšováním jejich pochopení zdravotního stavu pacienta a snížení úzkosti, deprese a post-traumatické stresové poruchy u příbuzných pacientů. Proto by sestry měly více propagovat komplexní péči zaměřenou na celou rodinu. Nicméně je potřeba provést více experimentálních studií k určení efektivity specifických intervencí (Khalaila et al., 2014, s. 37).

Kanadští vědci se v roce 2013, formou dotazníkové studie, zabývali studií spánku, výskytem úzkosti a vyčerpání u rodinných příslušníků pacientů přijatých na JIP. Předpokládali, že se u členů rodiny kriticky nemocných pacientů budou častěji ve zvýšené frekvenci vyskytovat fyzické a psychické zdravotní obtíže. Jednou z reakcí blízkých příbuzných na tuto zátěžovou situaci je narušení spánku. Cílem této studie bylo pochopit kvalitu spánku, stupeň vyčerpání a úzkosti, stejně tak faktory přispívající ke špatné kvalitě spánku u dospělých členů rodiny kriticky nemocných pacientů. Ze závěru studie vyplývá, že většina rodinných příslušníků pacientů na JIP zažije mírnou až těžkou poruchu spánku a vyčerpání a mírnou úzkost (Day et al., 2013, s. 1).

Studie z roku 2014 uvádí, že omezená komunikace mezi rodinnými příslušníky pacientů a personálem JIP byla zkoumána i v České a Slovenské republice, se zaměřením na výskyt úzkosti a deprese u blízkých příbuzných pacientů. Autoři provedli studii zahrnující celkem 22 pracovišť JIP (dospělých i pediatrických) ve fakultních i okresních nemocnicích, v České i Slovenské republice. Ke stanovení symptomů úzkosti a deprese u rodinných příslušníků pacientů hospitalizovaných na JIP použili škálu HADS (The Hospital Anxiety and Depression Scale). Strukturovaný rozhovor měl za

cíl zjistit pochopení stavu pacienta rodinnými příslušníky. Cílem dotazníkového šetření bylo zjištění míry spokojenosti s komunikací mezi zaměstnanci JIP a rodinnými příslušníky. Byl nalezen vysoký výskyt symptomů úzkosti u 78 % a deprese u 54 % osob ze všech zúčastněných. Informační letáky distribuované během tohoto šetření rodinám nesnížily incidenci úzkosti/deprese. Prodloužený kontakt mezi personálem JIP a členy rodiny byl jediným faktorem snižujícím úzkost. Ze závěru studie vyplývá, že omezení komunikace mezi personálem JIP a rodinnými příslušníky pacientů je významným faktorem, spojeným se zvýšenou incidencí symptomů úzkosti (Rusinova et al., 2014, s. 1).

Norská studie z roku 2015 se zabývá recenzí anglické literatury napříč 12 lety, se zaměřením na vnímání role sester během jejich komunikace s rodinami dospělých pacientů na JIP. Rozhodli se sestřím na JIP popsat, jak usnadnit komunikaci s rodinami, pomoci jim uvědomit si bariéry v komunikaci s rodinami pacientů a strategie ke zlepšení jejich dovedností. Ze závěru vyplývá, že většina sester na JIP považovala komunikaci s rodinami za nezbytnou část jejich poslání, a popsaly podporující chování. Nicméně si uvědomovaly značné bariéry v efektivní komunikaci, některé jako výsledek jejich vlastního rozhodnutí, jiné mimo jejich kontrolu. Tyto bariéry často vedly k tomu, že se sestry domnívaly, že rodiny dostaly méně informací a podpory. Podpora klientů a formální trénink byly identifikovány jako klíčové strategie k překonání nedostatku (Adams et al., 2015, s. 70).

I kulturně odlišné národy se zabývají potřebami rodin pacientů. Dokladem tomu je studie z roku 2017 realizovaná na Taiwanu. V ní se autoři zaměřili na potřeby rodin kriticky nemocných pacientů na urgentním příjmu. Uvádí, že potřeby rodin jsou ovlivněny jejich kulturou a kontextem péče, a precizní porozumění těmto potřebám lékařem je nezbytné pro poskytování péče zaměřené na pacienta a jeho rodinu. Byla sesbírána data od 150 rodinných příslušníků a 150 sester pracujících v urgentní péči v rámci jedné nemocnice, kteří vyplnili čínskou verzi dotazníku *Critical Care Family Needs Inventory*. Cílem studie bylo porovnat vnímání potřeb rodinných příslušníků kriticky nemocného pacienta s vnímáním těchto potřeb sestrami v urgentní péči. Rodinní příslušníci označili jako nejdůležitější potřebu **komunikace s rodinným příslušníkem**, následovala **účast rodinného příslušníka na péči**, **podpora rodinného příslušníka** a **schopnost útěchy**. Rodinní příslušníci kladli větší důraz na potřebu efektivní komunikace, než sestry v urgentní péči (Hsiao et al., 2017, s. 3).

V roce 2017 ve Švédsku provedli studii se zaměřením na rozhovory podporující zdraví, jakožto neotřelý přístup k rodinám prožívající hospitalizaci svého blízkého v kritickém stavu v prostředí JIP. Předpokladem studie bylo tvrzení, že rodiny, které mají kriticky nemocného člena na JIP, čelí náročné situaci ohrožující normální fungování rodiny. Dalším předpokladem bylo, že stále existuje mezera ve

znalostech týkajících se well-being členů rodiny během a po odeznění kritického stavu jejich blízkého. Byly provedeny kvalitativní rozhovory s 18 dospělými jedinci, v rámci 8 zúčastněných rodin. Z toho 8 účastníků byli pacienti a rodinných příslušníků bylo 10. Rozhovory podporující zdraví byly v závěru označeny jako uzdravující, zvláště když se rodinní příslušníci účastnili na vzájemném sdílení pocitů, myšlenek a zkušeností s kritickým stavem u člena své rodiny. Význam pro klinickou praxi tkví v tom, že tyto rozhovory podporující zdraví by mohly být jednoduchou a efektivní ošetrovatelskou intervencí pro pacienty a jejich rodiny na JIP v každém kulturním kontextu (Hollman-Frisman et al., 2017, s. 631).

Na předchozí studii (2017) ve Švédsku navázali i v roce 2018 a opět se zaměřili na rozhovory podporující zdraví. Autoři vycházeli z tvrzení, že pacienty po hospitalizaci na JIP často zasáhne prolongované zhoršení, které zasáhne jejich fyzické, kognitivní a mentální zdraví. Předpokládali, že rodinní příslušníci mohou čelit zdrcujícím a emocionálně náročným situacím a jejich starosti a potřeby musí být sestrami rozpoznány. Pilotní randomizovaná kontrolní studie celkem zahrnovala 17 rodin, sestrou vedené rodinné intervence, rozhovory podporující zdraví, zaměřené na funkci rodiny a well-being rodin s kriticky nemocným členem. Po 12 měsících intervenční skupina hlásila lepší fungování rodin než skupina kontrolní. Intervenční skupina měla po 12 měsících rovněž vyšší úroveň sociálního a mentálního zdraví. Implikace pro klinickou praxi je vícečetná. V rámci rozhovorů podporujících zdraví mají sestry příležitost a prostor ke zmírnění utrpení a k nalezení fungujícího vztahu i komunikace k podpoře rodin, v identifikaci jejich silných stránek a zdrojů v jejich učení a hledání nových strategií ve vedení jejich každodenního života. Úloha komunitního ošetrovatelství přímo v rodině kriticky nemocných pacientů připouští možnost nalezení schůdného a efektivního způsobu péče o zdraví celých rodin. Což bude mít vliv na prevenci rodinného zdraví a podporu funkce rodin, stejně jako rodinný well-being. Výsledky této studie budou aplikovány v klinické praxi k podpoře rodin zasažených vážným onemocněním, zejména těch, jejichž potřeby podpory jsou často nerozpoznané a nepodporované (Agren et al., 2018, s. 1).

Kanadská kvalitativní studie z roku 2018 zaměřená na vytváření terapeutických vztahů s rodinnými příslušníky kriticky nemocných pacientů nabízí neotřelou analýzu komplexnosti zahrnující pozitivitu vztahu rodina – zdravotník na JIP. Bere na zřetel nejen **komunikaci**, ale i další důležité aspekty interakce rodina – zdravotník, zahrnující **zapojení rodiny do péče, spolupráci s ní**, a **posilování rodiny**. Jejich cílem bylo prozkoumat pohledy členů rodiny na možnosti a výzvy k vytvoření léčebného vztahu s lékaři a sestrami na JIP. Výstižný je název studie „*Je lépe mít tři pracující mozky, nežli jeden*“. Z výsledků vyplývá, že zúčastnění rodinní příslušníci zdůraznili doplňující se postavení sester a lékařů na JIP v budování terapeutické aliance. Referovali, že obě skupiny zdravotníků byly profesně specifické a sdílely přínosy v péči komunikací s rodinou, její

integraci a spolupráci s ní. Lékaři hráli klíčovou roli v posilování sebedůvěry rodin. Nedostatek seznámení rodin s procesy a personálem na JIP, sporadická dosažitelnost lékařů a užívání medicínského žargonu během kontrol potvrzovaly dlouho zavedenou velikost rozdílů, umístěných mezi rodiny a specialisty, a ztěžovaly integraci rodin. Rodinní příslušníci také označili formální interakce jako za zmařené příležitosti pro vytvoření vztahu s lékařem. Zatímco neformální interakce se zdravotními sestrami u lůžka usnadnily terapeutické vztahy, nekonzistentní a ad-hoc interakce spojené s rutinním rozhodováním bránily posílení rodiny. Ze závěru vyplývá, že existují mnohé příležitosti ke zlepšení vztahu rodina – zdravotník na JIP. Zmíněné čtyři dimenze terapeutického vztahu analyticky dokazují vhodnost zdůraznění těch aspektů, které fungují a potřebují zlepšení, jako v oblasti zapojení rodiny do péče a zvyšování sebedůvěry rodiny (Kalocsai et al., 2018, s. 1).

EMPIRICKÁ ČÁST

6 CÍLE A HYPOTÉZY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

6.1 CÍLE VÝZKUMU

Tématem bakalářské práce jsou potřeby a jejich naplnění u blízkých členů rodiny pacienta aktuálně hospitalizovaného na JIP v kritickém stavu.

Cíle výzkumu:

1. Zjistit, které potřeby rodinní příslušníci kriticky nemocného pacienta považují za důležité.
2. Zjistit, jsou-li tyto pro rodinné příslušníky důležité potřeby naplňovány a do jaké míry.
3. Zjistit, jak působí hospitalizace blízké osoby na psychiku rodinného příslušníka.

6.2 HYPOTÉZY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Na základě cílů výzkumu jsme si stanovili sedm hypotéz (H_1 , H_2 , H_3 , H_4 , H_5 , H_6 a H_7):

H₁ Většina rodinných příslušníků kriticky nemocného pacienta hospitalizovaného na JIP při celkovém hodnocení důležitosti potřeb odpoví, že potřeby uvedené v dotazníku FIN jsou důležité (skóre bude vyšší než 60, přičemž v rozpětí 20-100 znamená větší číslo větší důležitost potřeb)

H₂ Většina rodinných příslušníků kriticky nemocného pacienta při celkovém hodnocení naplněnosti potřeb odpoví, že jejich potřeby byly naplněné (skóre bude nižší než 30, přičemž v rozpětí 0-60 znamená menší číslo větší spokojenost s naplněním potřeb)

H₃ Tři čtvrtiny rodinných příslušníků kriticky nemocného pacienta přikládá největší důležitost doméně 4 – komfort pacienta.

H4 Minimálně třetina rodinných příslušníků kriticky nemocného pacienta odpoví, že jako nejméně saturovaná ze strany zdravotníků byla doména 3 – podpora.

H5 Tři čtvrtiny rodinných příslušníků pacienta vyjádří potřebu zapojit se do péče o jejich blízkého v kritickém stavu.

H6 Pro většinu rodinných příslušníků pacienta aktuálně hospitalizovaného na JIP je velmi důležitá potřeba sociální opory.

H7 Většina rodinných příslušníků pacienta v kritickém stavu odpoví, že jejich potřeba informací (doména 1 a 2) byla naplněna.

7 METODY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ A CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO SOUBORU

Pro empirickou část bakalářské práce, která je věnována potřebám a jejich naplnění u blízkých členů rodiny pacienta aktuálně hospitalizovaného na JIP v kritickém stavu, jsme zvolili **smíšený výzkumný přístup**, tedy kombinaci kvantitativního a kvalitativního šetření.

V **kvantitativní části výzkumu** byl použit standardizovaný dotazník FIN (*Family Inventory of Needs*) autorky Kristjansonové (1995), který byl přeložen, upraven a následně validizován Bužgovou (2014). Dotazník byl složen z 27 otázek (viz Příloha č. 3, s. 121). Jednotlivým položkám dotazníku předcházela úvod (oslovení, seznámení s cílem výzkumu, vysvětlení postupu při vyplňování dotazníku a závěrečné poděkování za spolupráci). Standardizovanému dotazníku FIN předcházelo 7 otázek, věnovaných demografickým a identifikačním údajům respondenta. Dotazník FIN byl složen ze 4 domén blíže popsanych v podkapitole **3.6 Hodnocení potřeb rodinných příslušníků** na str. 29. Časová náročnost (doba potřebná pro vyplnění dotazníku) byla 15 minut a více. Před finální úpravou dotazníku byla v květnu 2018 provedena pilotní studie – pretest u šesti dobrovolníků s cílem odhalit možné potíže s porozuměním smyslu otázek a předejít tak případnému zkreslení informací. Během tohoto vyplňování dotazníku jsem byla přítomna. Z provedeného pretestu vyplynulo, že nebyly shledány žádné problémy při vyplňování dotazníku, otázky byly srozumitelné a nebylo nutné provést úpravu dotazníku. Dotazníky z pretestu nebyly do výzkumu zařazeny.

Otázky, které jsme v dotazníku použili, byly uzavřené, polouzavřené i otevřené. Uzavřených otázek bylo 25, nabízely možné varianty, z nichž respondent vybral jednu vhodnou variantu. Tu následně označil křížkem či kroužkem. V dotazníku se vyskytly i 2 polouzavřené otázky, u kterých mohl respondent zakřížkovat již vytvořenou variantu, případně mohl zvolit položku „jiné“ a dopsat k ní své vyjádření. Každý respondent dostal možnost vyjádřit se a doplnit, co mu v dotazníku chybělo v závěru dotazníku, formou 1 otevřené odpovědi (Kutnohorská, 2009, s. 46).

V **kvalitativní části výzkumu** jsme využili techniky polostrukturovaného rozhovoru, který zahrnoval 5 otevřených otázek. Oslovila jsem několik blízkých příbuzných pacientů aktuálně hospitalizovaných na JIP v ohrožení života. S rozhovorem souhlasilo celkem šest participantů. Rozhovor se skládal z předem připravených otázek a otázek, které vyplynuly během rozhovoru, a podporovaly tak slovní výpověď respondentů. Rozhovor probíhal na I. interní kardiologické

klinice ve Fakultní nemocnici v Hradci Králové, v klidné seminární místnosti, která se nacházela přímo na JIP.

Do výzkumného souboru byli zařazeni lidé, jejichž blízcí příbuzní byli pacienti v kritickém stavu, aktuálně hospitalizovaní na JIP, s často s nejistou prognózou. Podmínkou byl věk nad 18 let, ochota respondentů vyplnit dotazník či se zúčastnit rozhovoru, vždy s odstupem několika dnů po přijetí k hospitalizaci jejich blízkého příbuzného.

Výzkumné šetření probíhalo od začátku června 2018 do konce ledna 2019, kdy jsem obdržela poslední vyplněný dotazník.

Výzkumné šetření bylo realizováno se zárukou anonymity na JIP Akutní kardiologie I. interní kardiologické kliniky ve Fakultní nemocnici v Hradci Králové s laskavým svolením náměstkyně pro ošetrovatelskou péči Mgr. Dany Vaňkové (viz Příloha č. 1, s. 119) a se souhlasem vrchní sestry I. interní kardiologické kliniky paní Blanky Taufmanové.

Celkem bylo rozdáno 30 dotazníků, všechny se vrátily vyplněné. Návratnost dotazníků byla 100 %. Výzkumný soubor tvořilo 30 respondentů ($n = 30$).

Odpovědi od respondentů byly seřazeny podle jednotlivých odpovědí a zpracovány v grafech v programu MS Excel. Získaná data jsou v grafech uvedena v relativních četnostech, v komentáři jsou uvedeny i absolutní četnosti jednotlivých odpovědí. Absolutní četnost zde představuje počet respondentů, kteří odpověděli na zadané otázky a relativní četnost udává podíl absolutní četnosti a celkového počtu respondentů vyjádřený v procentech. Ke každé položce dotazníku je zpracován graf. Komentář týkající se odpovědí respondentů je zpracován ke každé položce dotazníku.

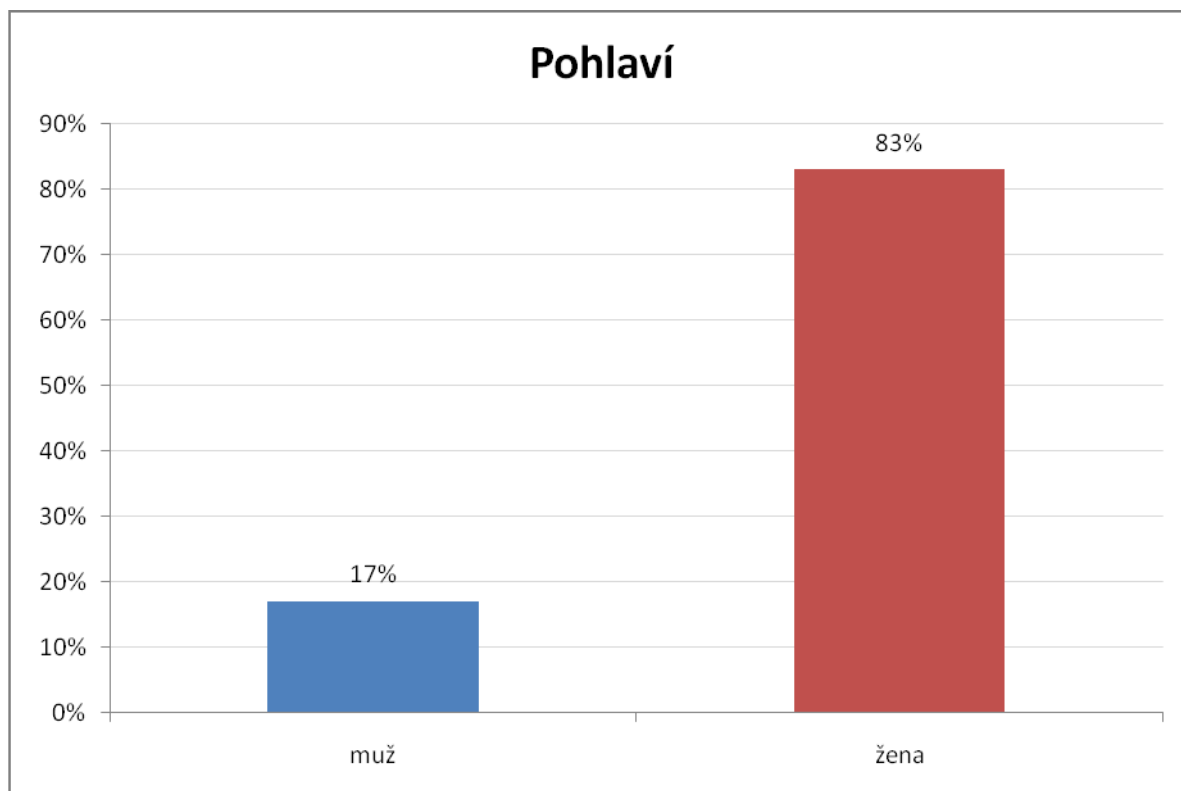
8 VÝSLEDKY

8.1 SOCIODEMOGRAFICKÁ CHARAKTERISTIKA SOUBORU

Výzkumný soubor tvořili respondenti, jejichž blízký příbuzný byl hospitalizovaný na JIP I. interní kardiologické kliniky FN HK v kritickém stavu, často po KPR (kardio-pulmonální resuscitaci), napojen na UPV (umělou plicní ventilaci) a s nejistou prognózou. Byli vytipováni respondenti s ochotou spolupracovat a pozitivním přístupem ke snaze o vylepšení ošetrovatelské péče.

Otázka č. 1 – Jaké je Vaše pohlaví?

- muž
- žena

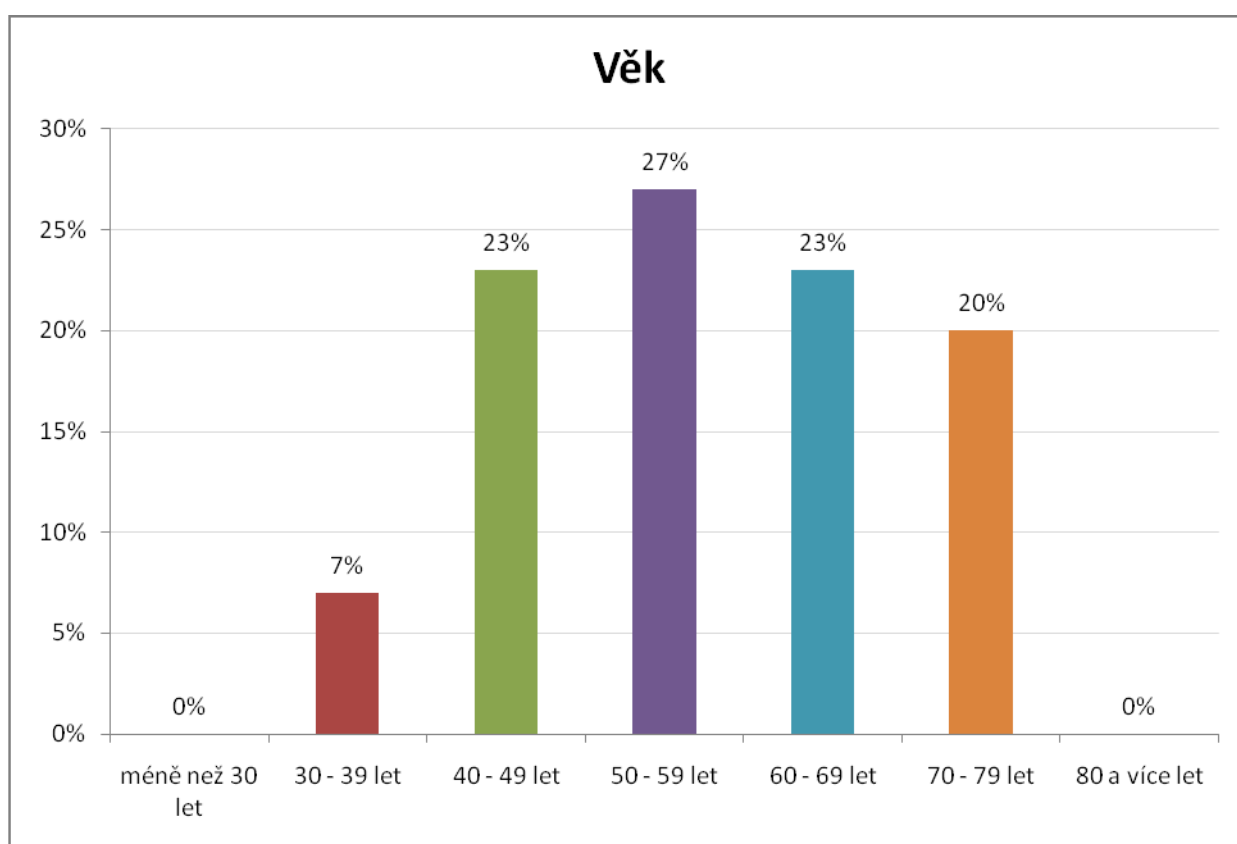


Graf 1 – Pohlaví

Interpretace: Graf číslo 1 nás informuje o pohlaví. Celkový počet respondentů byl 30, z toho 5 mužů (17 %) a 25 žen (83 %).

Otázka č. 2 – Kolik je Vám let?

- méně než 30 let
- 30–39 let
- 40–49 let
- 50–59 let
- 60–69 let
- 70–79 let
- 80 a více let

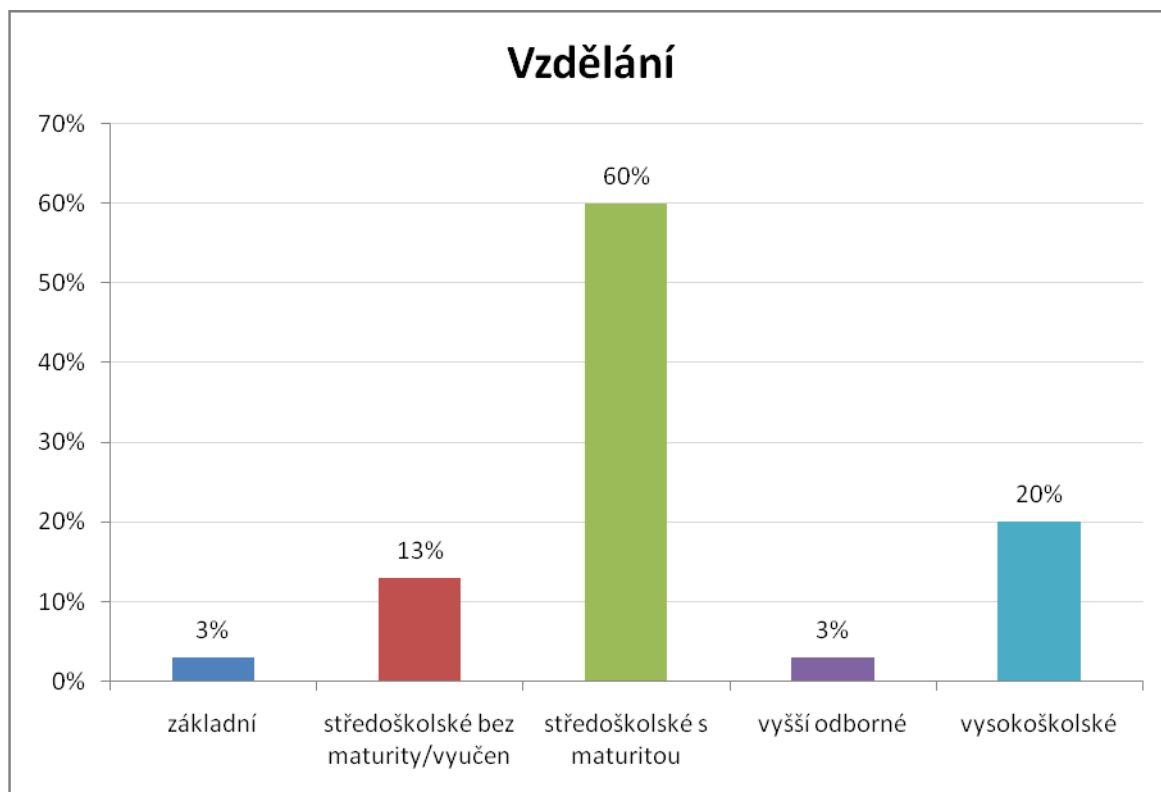


Graf 2 – Věk

Interpretace: Z celkového počtu 30 respondentů nebyl žádný **mladší 30 let** (0 %), ani **starší 80 let** (0 %). 2 respondenti byli ve věku **30–39 let** (7 %), 7 respondentů bylo ve věku **40–49 let** (23 %), 8 respondentů bylo ve věku **50–59 let** (27 %), 7 respondentů bylo ve věku **60–69 let** (23 %), a 6 respondentů bylo ve věku **70–79 let** (20 %).

Otázka č. 3 – Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- základní
- středoškolské bez maturity/vyučen
- středoškolské s maturitou
- vyšší odborné
- vysokoškolské

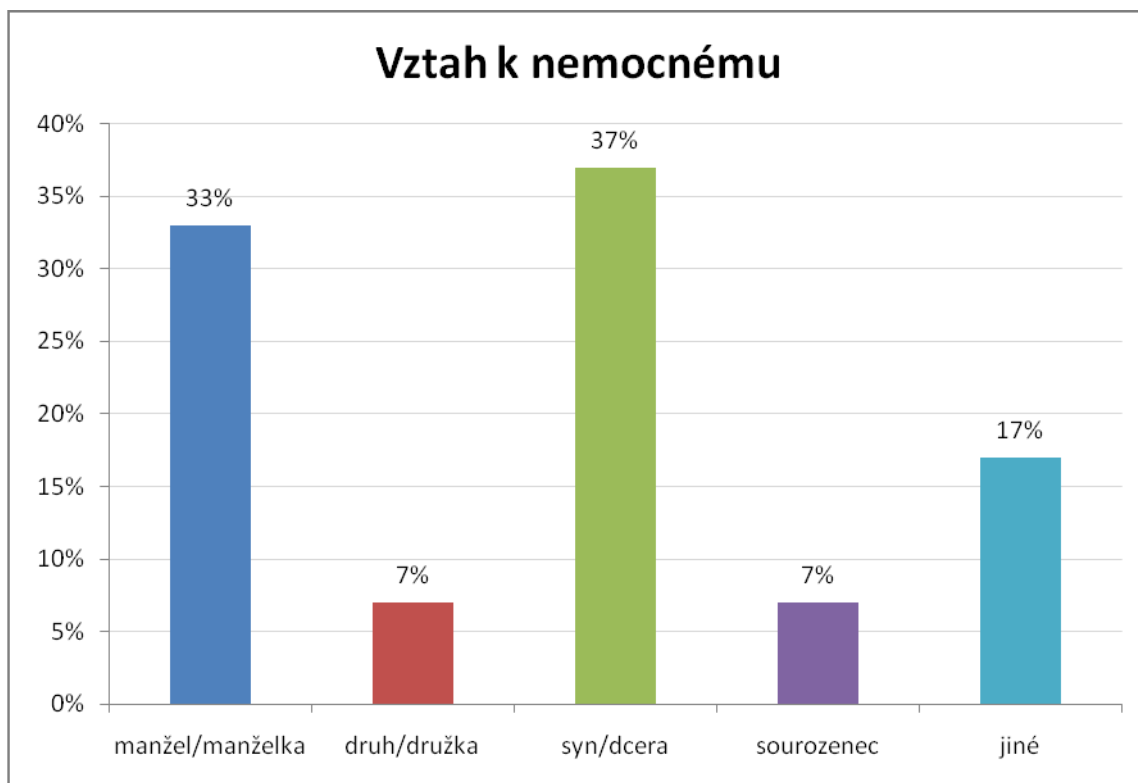


Graf 3 – Vzdělání

Interpretace: Z celkového počtu 30 respondentů byli v dotazníkovém šetření nejvíce zastoupeni lidé se vzděláním **středoškolským s maturitou** v počtu 18 respondentů (60 %). Dále zde byli zastoupeni lidé se vzděláním **vysokoškolským** v počtu 6 respondentů (20 %), lidé se vzděláním **středoškolským bez maturity/vyučení** 4 respondenti (13 %), lidé se vzděláním **základním** 1 respondent (3 %) a lidé se vzděláním **vyšším odborným** 1 respondent (3 %).

Otázka č. 4 – Ve vztahu k nemocnému jste:

- manžel/manželka
- druh/družka
- syn/dcera
- sourozenec
- jiné

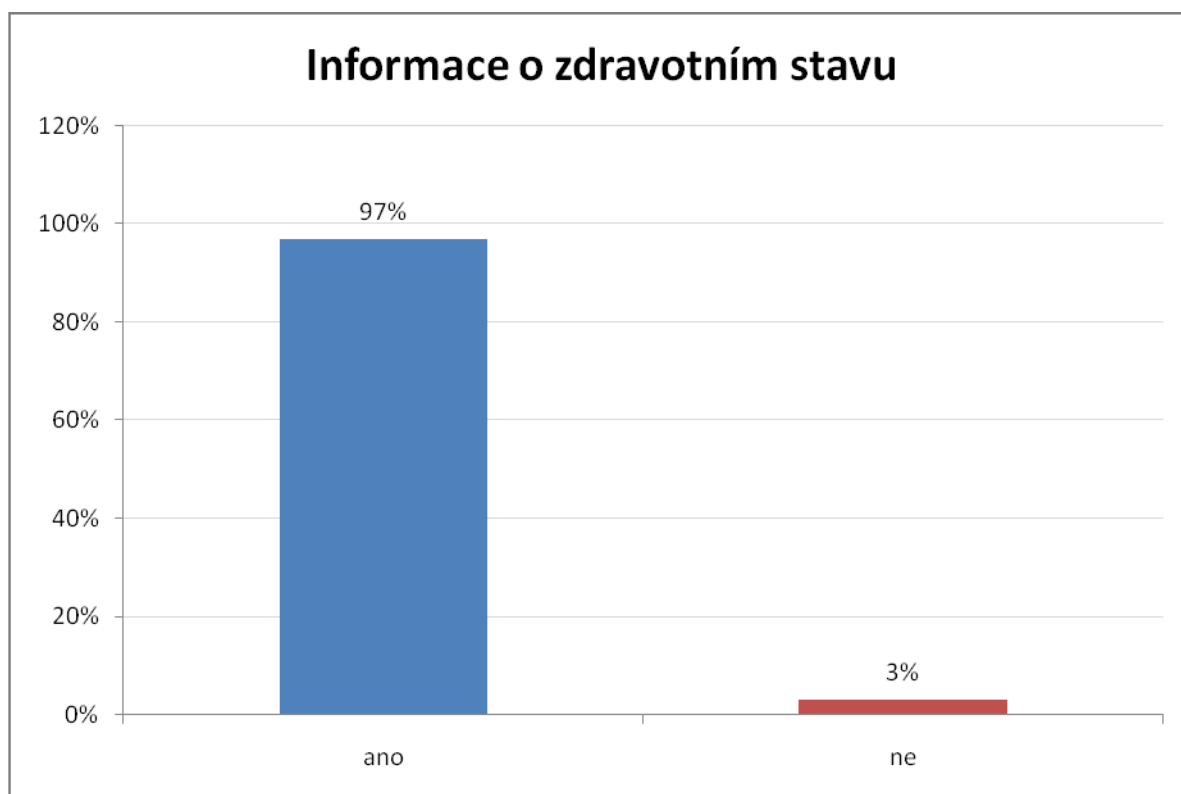


Graf 4 – Vztah k nemocnému

Interpretace: Graf č. 4 zobrazuje vztah respondentů k nemocnému pacientovi hospitalizovanému na JIP. Otázku zodpovědělo všech 30 respondentů, z nich 11 bylo ve vztahu **syn/dcera** (37 %), 10 respondentů ve vztahu **manžel/manželka** (33 %), 2 respondenti ve vztahu **druh/družka** (7 %), 2 respondenti ve vztahu **sourozenec** (7 %) a 5 respondentů označilo možnost **jiné** (17 %), v níž při bližší specifikaci vyplnili 3 respondenti vztah **matka**, 1 respondent vztah **praneteř** a 1 respondent vztah **přítelkyně**.

Otázka č. 5 – Byl/a jste již informován/a o zdravotním stavu Vašeho rodinného příslušníka?

- ano
- ne

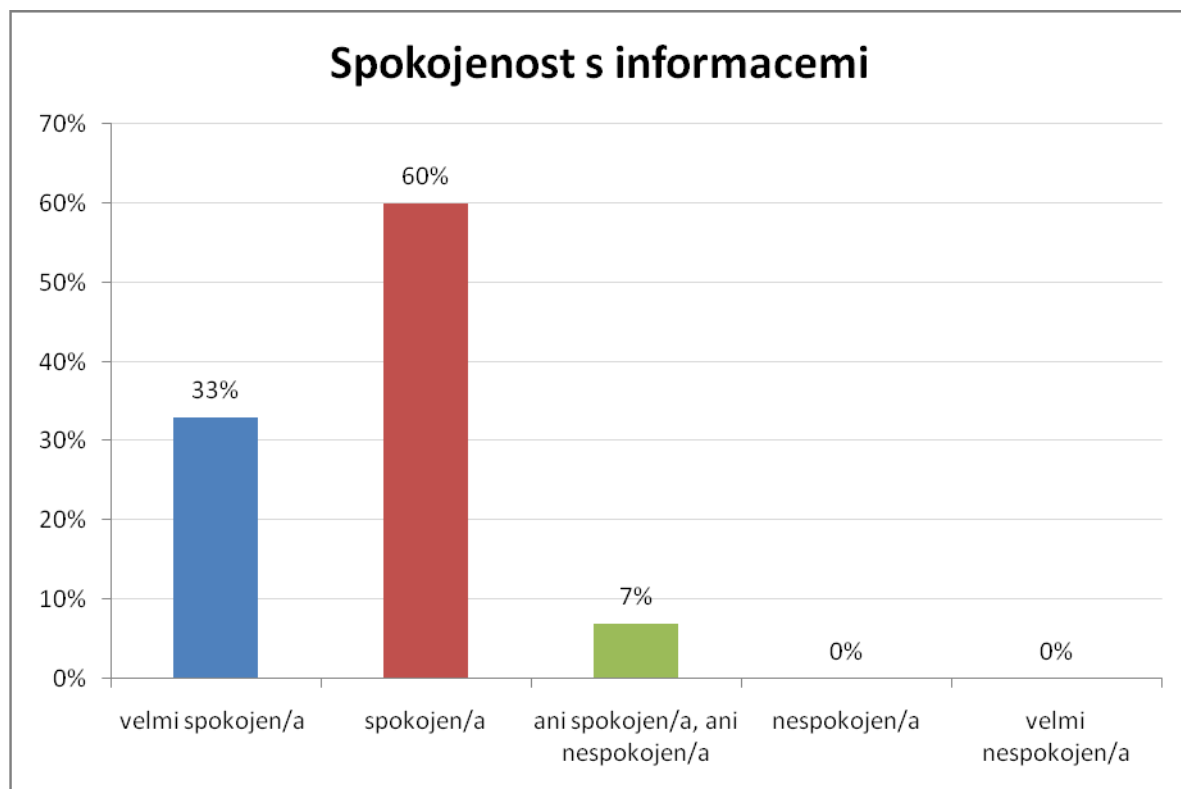


Graf 5 – Informace o zdravotním stavu

Interpretace: Z celkového počtu 30 respondentů na otázku, zda již byli informováni o zdravotním stavu pacienta, 29 respondentů odpovědělo **ano** (97 %) a 1 respondentka odpověděla **ne** (3 %). V tomto případě se jednalo o přítelkyni nemocného, kterou (dle jejího tvrzení) lékaři odmítli informovat.

Otázka č. 6 – Byl/a jste spokojen/a s podanými informacemi?

- velmi spokojen/a
- spokojen/a
- ani spokojen/a, ani nespokojen/a
- nespokojen/a
- velmi nespokojen/a

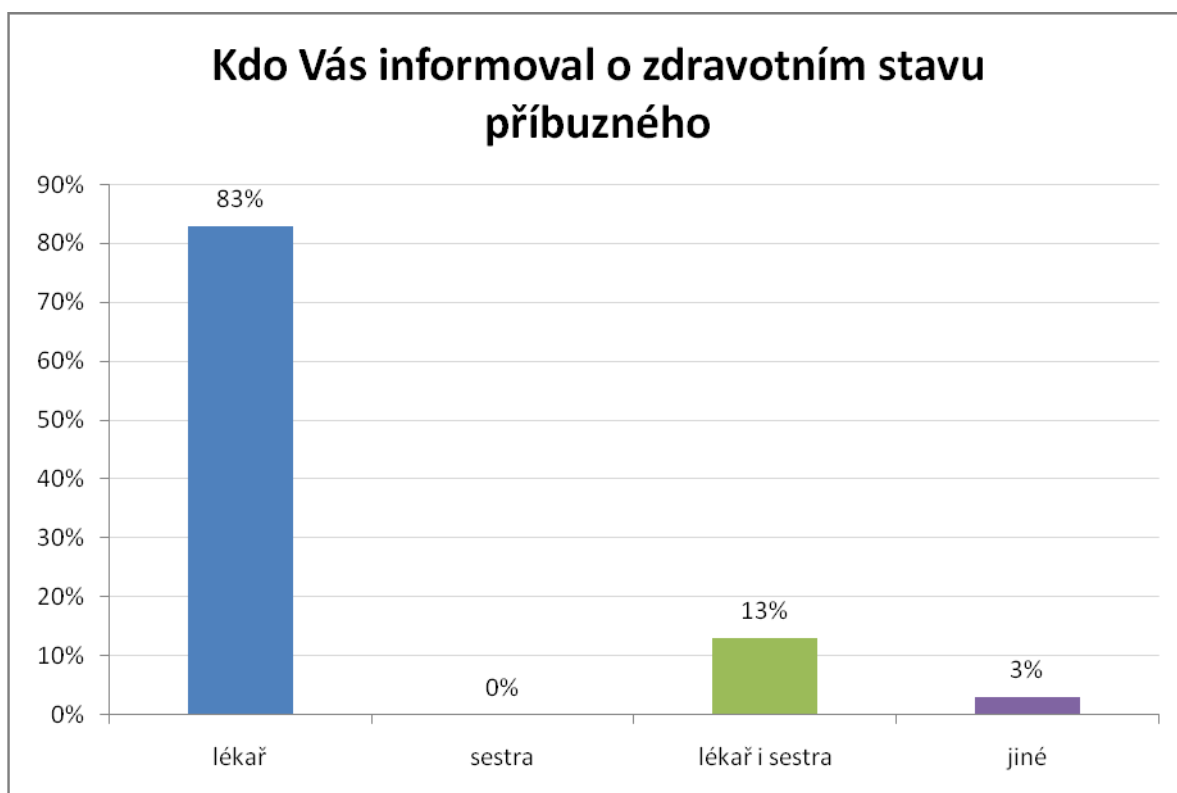


Graf 6 – Spokojenost s informacemi

Interpretace: Graf č. 6 zobrazuje, že v dotazníkovém šetření z celkového počtu 30 respondentů na otázku spokojenosti s podanými informacemi odpovědělo 10 respondentů **velmi spokojen/a** (33 %), 18 respondentů **spokojen/a** (60 %), 2 respondenti **ani spokojen/a, ani nespokojen/a** (7 %), žádný z respondentů neodpověděl **nespokojen/a** (0 %), ani **velmi nespokojen/a** (0 %).

Otázka č. 7 – Kdo Vás informoval o zdravotním stavu Vašeho rodinného příslušníka?

- lékař
- sestra
- lékař i sestra
- jiné

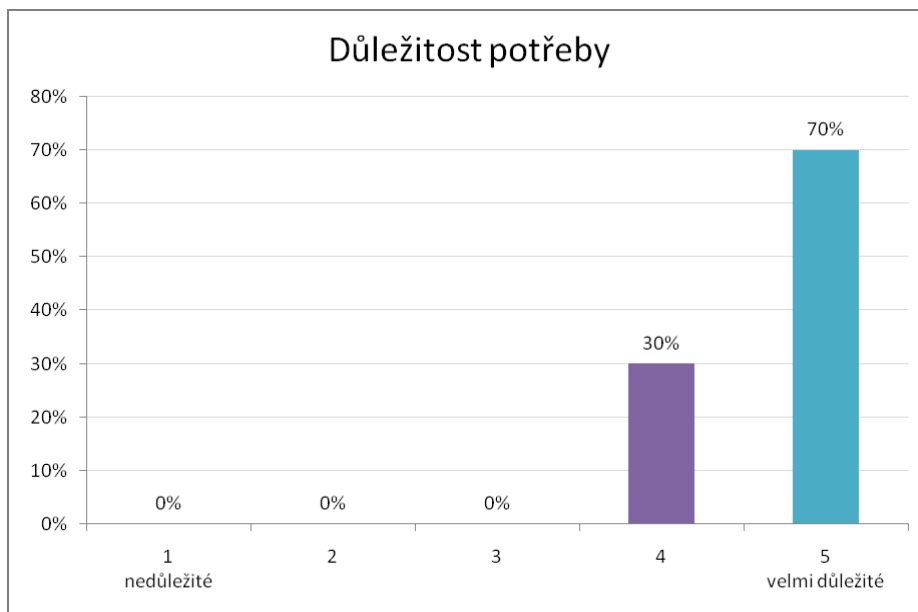


Graf 7 – Kdo Vás informoval o zdravotním stavu příbuzného

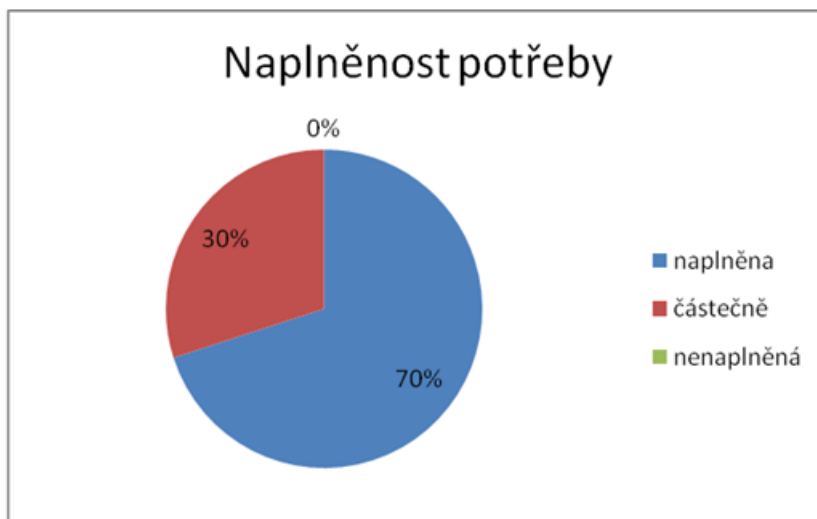
Interpretace: V dotazníkovém šetření, z celkového počtu 30 respondentů, na otázku, kdo je informoval o zdravotním stavu jejich rodinného příslušníka, odpovědělo 25 respondentů **lékař** (83 %), 4 respondenti **lékař i sestra** (13 %), žádný respondent **sestra** (0 %) a 1 respondent **jiné** (3 %). Ten dále specifikoval, že ho informovala **blízká rodina nemocného**.

8.2 HODNOCENÍ DŮLEŽITOSTI A NAPLNĚNOSTI POTŘEB RODINNÝCH PŘÍSLUŠNÍKŮ PODLE JEDNOTLIVÝCH POLOŽEK DOTAZNÍKU FIN

položka č. 1: **Dostat upřímné odpovědi na otázky**



Graf 8 – Hodnocení důležitosti potřeb rodinných příslušníků v položce 1

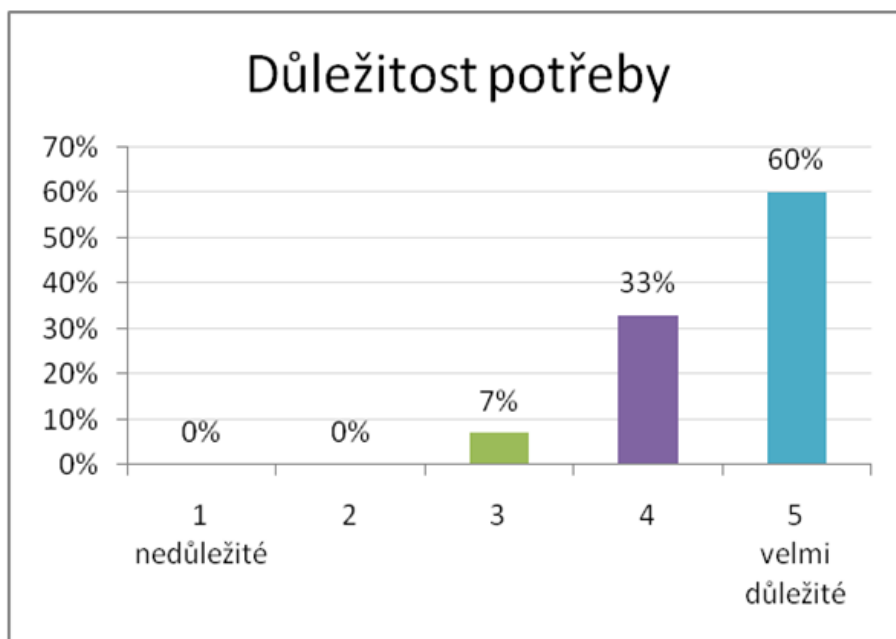


Graf 9 – Hodnocení naplněnosti potřeb rodinných příslušníků v položce 1

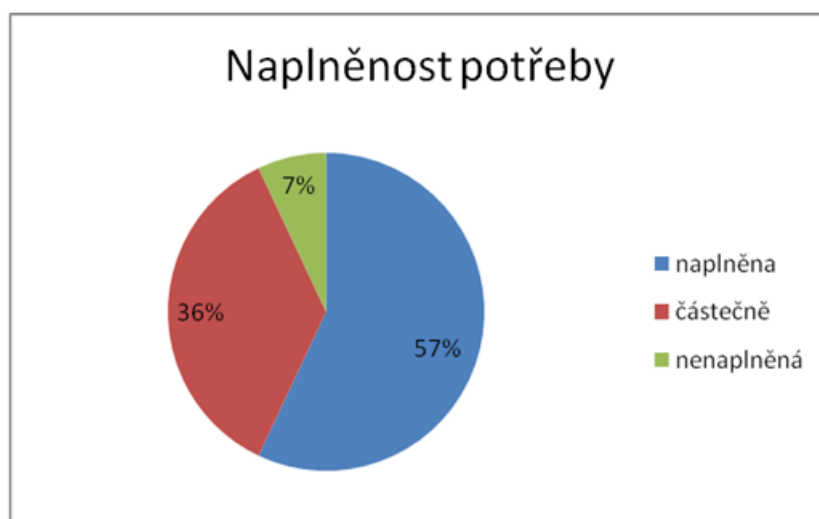
Z grafu č. 8 vidíme, že položku č. 1 – **Dostat upřímné odpovědi na otázky** považovalo za důležitou a velmi důležitou 30 lidí (100 %), z celkového počtu 30 respondentů.

Graf č. 9 zobrazuje, že z 30 respondentů, kteří danou potřebu označili za důležitou nebo velmi důležitou, ji za částečně naplněnou označilo 9 lidí (30 %) a naplněnou 21 lidí (70 %).

položka č. 2: **Znát konkrétní údaje o prognóze pacienta**



Graf 10 – Hodnocení důležitosti potřeb rodinných příslušníků v položce 2

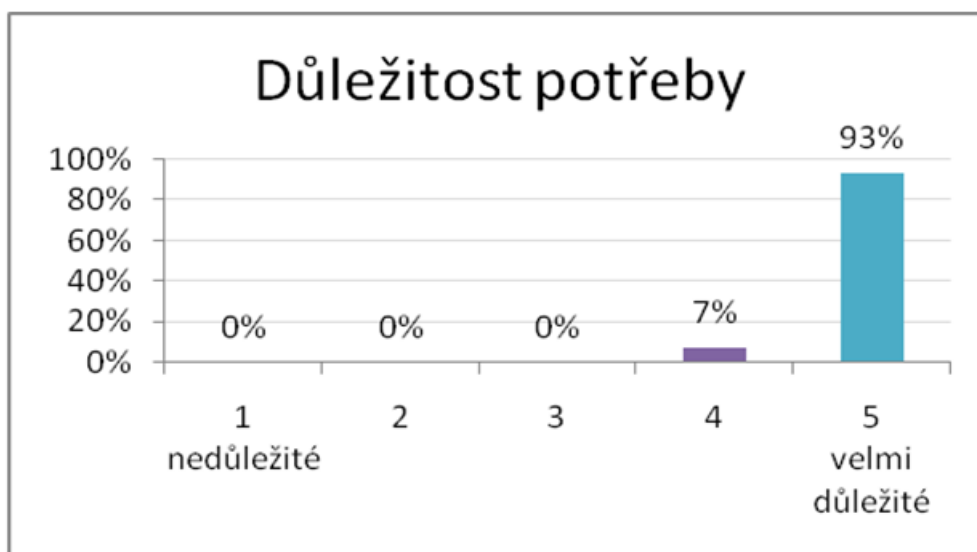


Graf 11 – Hodnocení naplněnosti potřeb rodinných příslušníků v položce 2

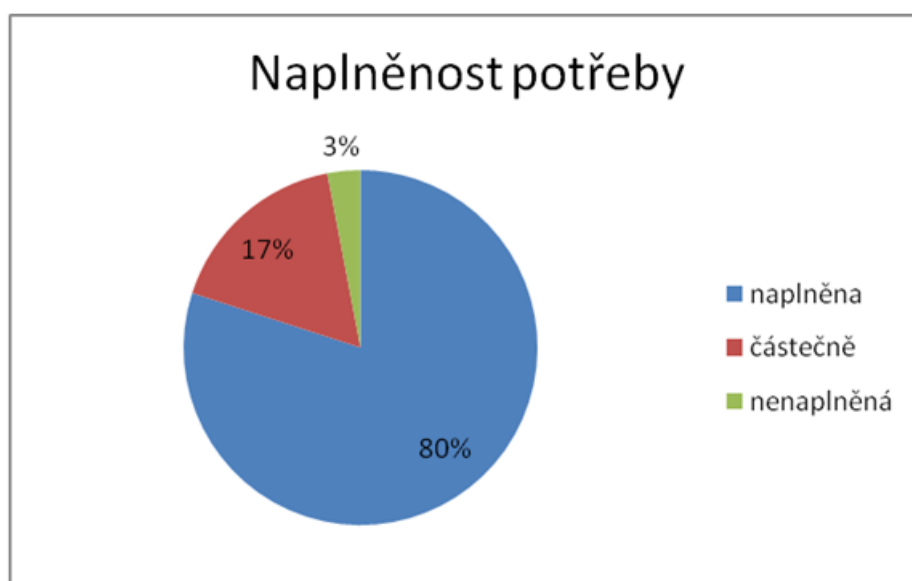
Z grafu č. 10 vidíme, že položku 2 – **Znát konkrétní údaje o prognóze pacienta** považovalo za důležitou a velmi důležitou 28 lidí (93 %), z celkového počtu 30 respondentů.

Graf č. 11 zobrazuje, že z 28 respondentů, kteří danou potřebu označili za důležitou nebo velmi důležitou, ji za nenaplněnou označili 2 lidé (7 %), částečně naplněnou 10 lidí (36 %) a naplněnou 19 lidí (57 %).

položka č. 3: **Mít pocit, že se zdravotníci o pacienta starají dobře**



Graf 12 – Hodnocení důležitosti potřeb rodinných příslušníků v položce 3

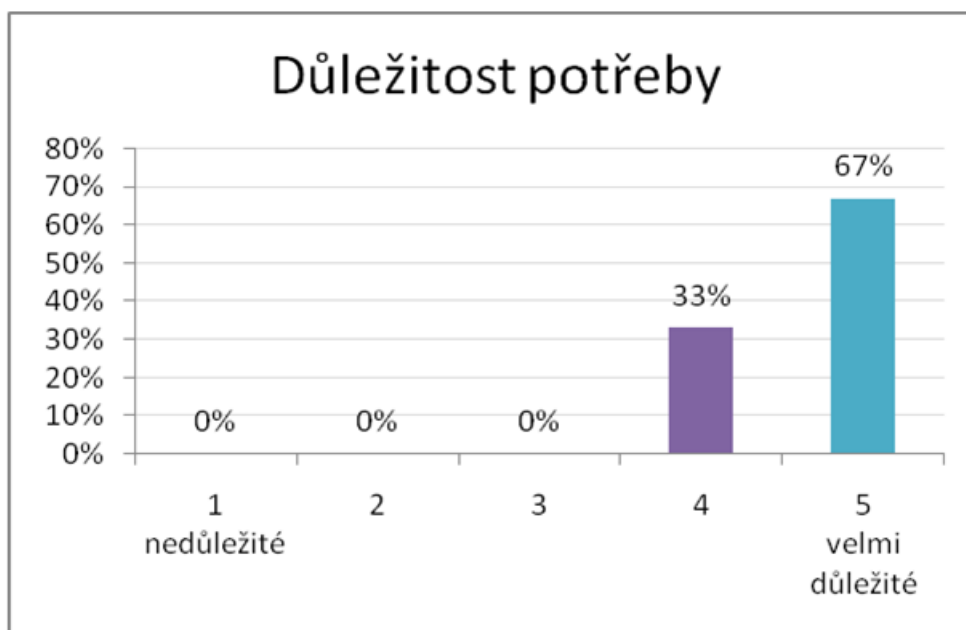


Graf 13 – Hodnocení naplněnosti potřeb rodinných příslušníků v položce 3

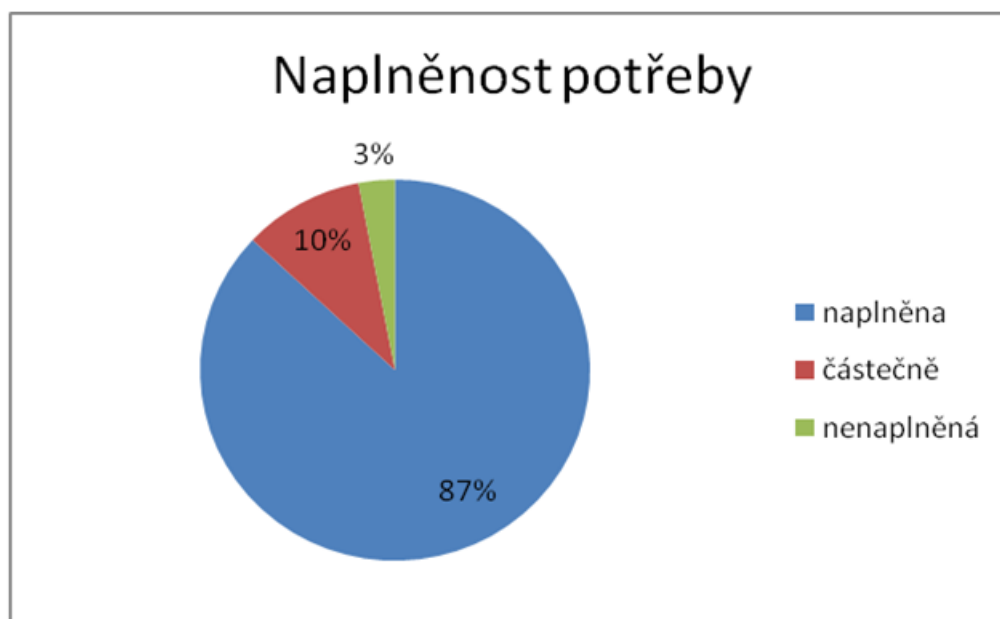
Z grafu č. 12 vidíme, že položku 3 – **Mít pocit, že se zdravotníci o pacienta starají dobře**, považovalo za důležitou a velmi důležitou 30 lidí (100 %).

Graf č. 13 zobrazuje, že z 30 respondentů, kteří danou potřebu označili za důležitou nebo velmi důležitou, ji za nenaplněnou označil 1 člověk (3 %), částečně naplněnou 5 lidí (17 %) a naplněnou 24 lidí (80 %).

položka č. 4: **Být informován o změnách zdravotního stavu pacienta**



Graf 14 – Hodnocení důležitosti potřeb rodinných příslušníků v položce 4

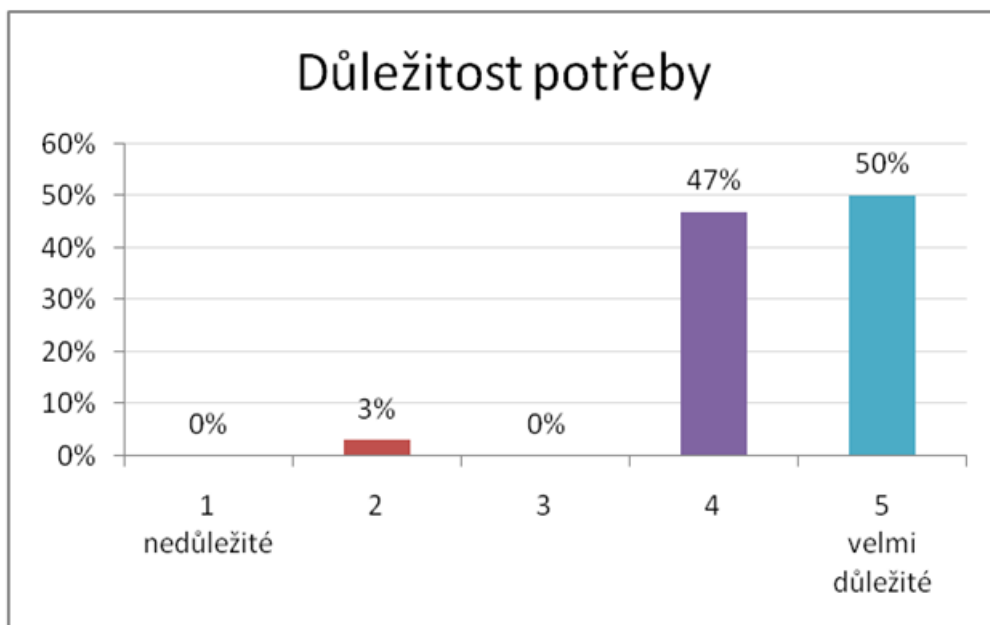


Graf 15 – Hodnocení naplněnosti potřeb rodinných příslušníků v položce 4

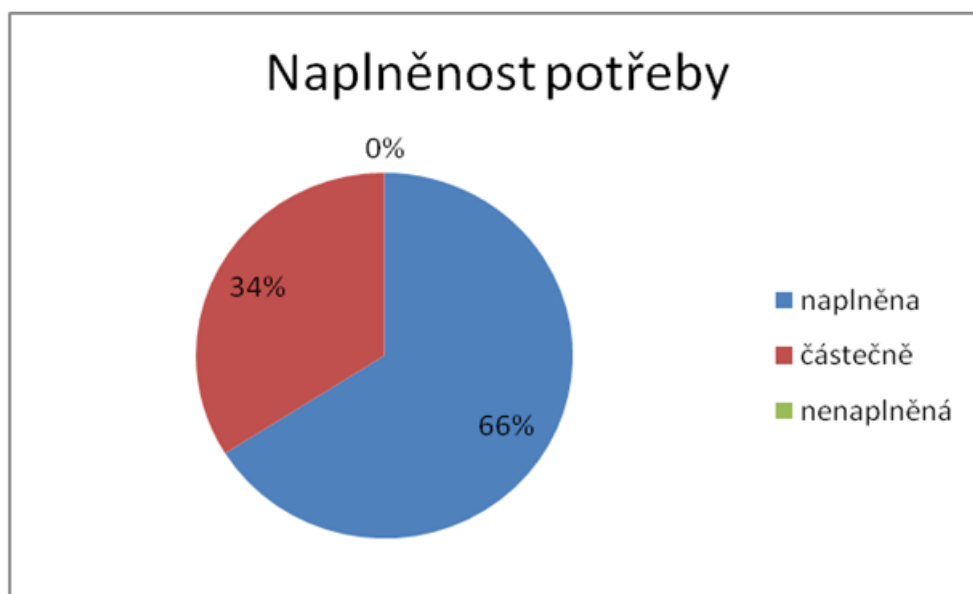
Z grafu č. 14 vidíme, že položku 4 – **Být informován o změnách zdravotního stavu pacienta** považovalo za důležitou a velmi důležitou 30 lidí (100 %).

Graf č. 15 zobrazuje, že z 30 respondentů, kteří danou potřebu označili za důležitou nebo velmi důležitou, ji za nenaplněnou označil 1 člověk (3 %), částečně naplněnou 3 lidé (10 %) a naplněnou 26 lidí (87 %).

položka č. 5: **Vědět přesně, co podstupuje**



Graf 16 – Hodnocení důležitosti potřeb rodinných příslušníků v položce 5

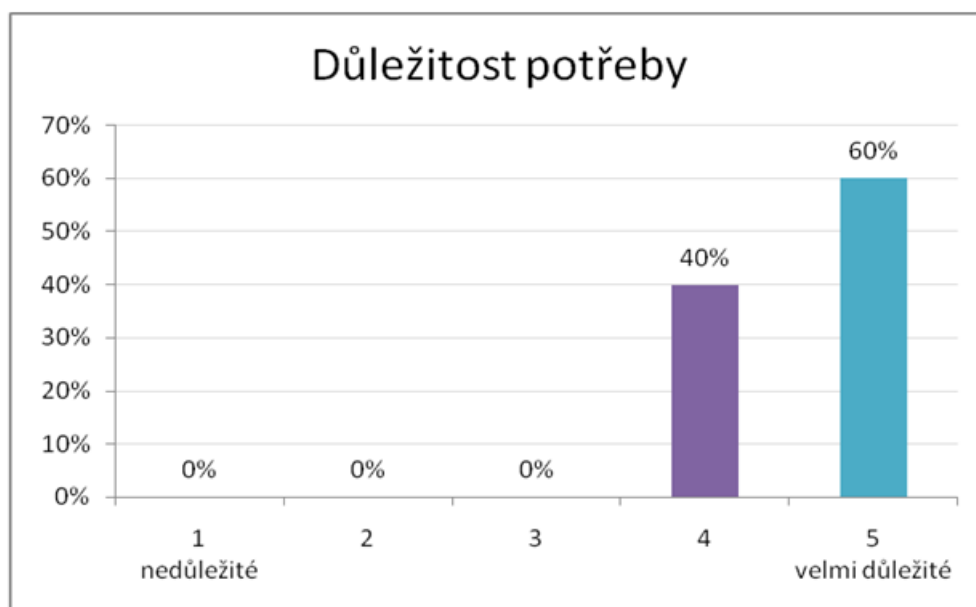


Graf 17 – Hodnocení naplněnosti potřeb rodinných příslušníků v položce 5

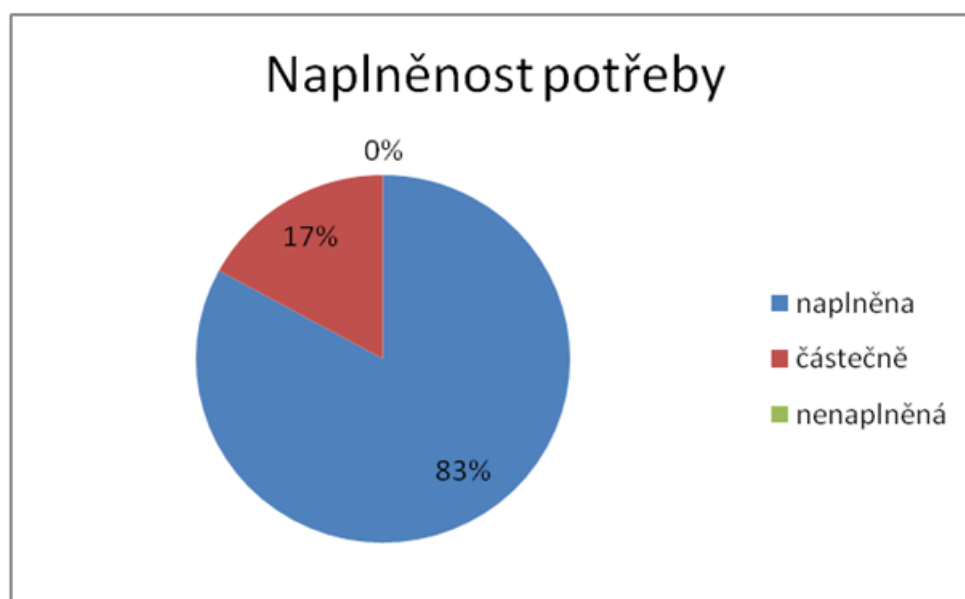
Z **grafu č. 16** vidíme, že položku 5 – **Vědět přesně, co podstupuje**, považovalo za důležitou a velmi důležitou 29 lidí (97 %).

Graf č. 17 zobrazuje, že z 29 respondentů, kteří danou potřebu označili za důležitou nebo velmi důležitou, ji za částečně naplněnou označilo 10 lidí (34 %) a naplněnou 19 lidí (66 %).

položka č. 6: **Vědět, jaké léčby se pacientovi dostává**



Graf 18 – Hodnocení důležitosti potřeb rodinných příslušníků v položce 6

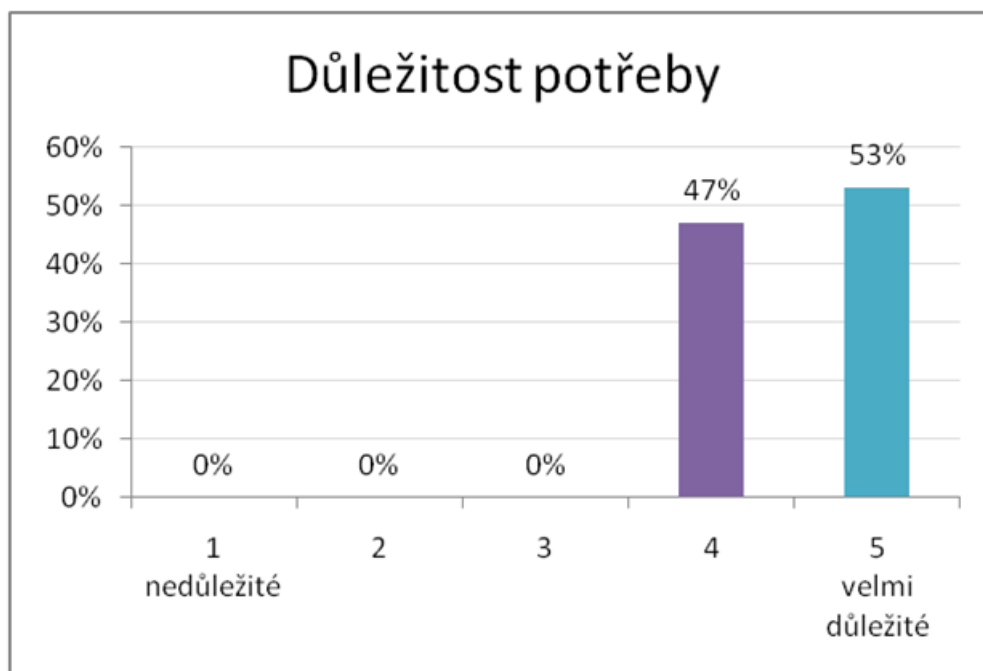


Graf 19 – Hodnocení naplněnosti potřeb rodinných příslušníků v položce 6

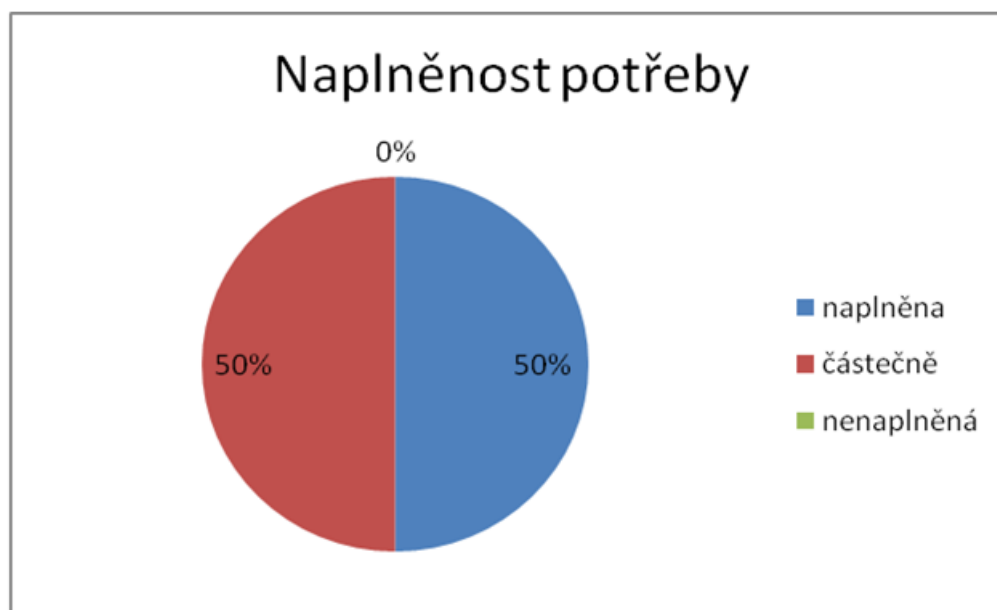
Z grafu č. 18 vidíme, že položku 6 – **Vědět, jaké léčby se pacientovi dostává**, považovalo za důležitou a velmi důležitou 30 lidí (100 %).

Graf č. 19 zobrazuje, že z 30 respondentů, kteří danou potřebu označili za důležitou nebo velmi důležitou, ji za částečně naplněnou označilo 5 lidí (17 %) a naplněnou 25 lidí (83 %).

položka č. 7: **Dostat srozumitelná vysvětlení**



Graf 20 – Hodnocení důležitosti potřeb rodinných příslušníků v položce 7

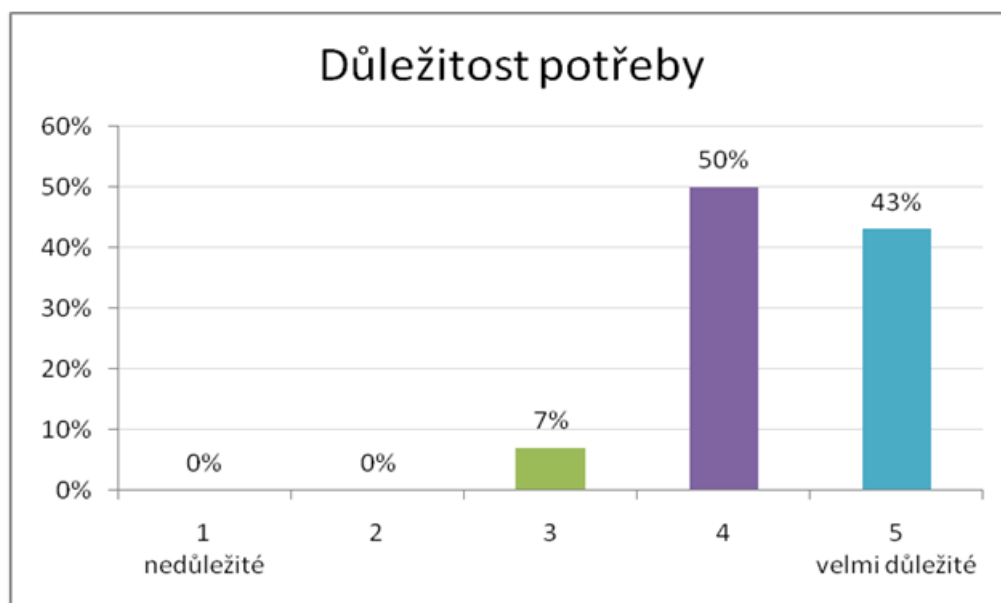


Graf 21 – Hodnocení naplněnosti potřeb rodinných příslušníků v položce 7

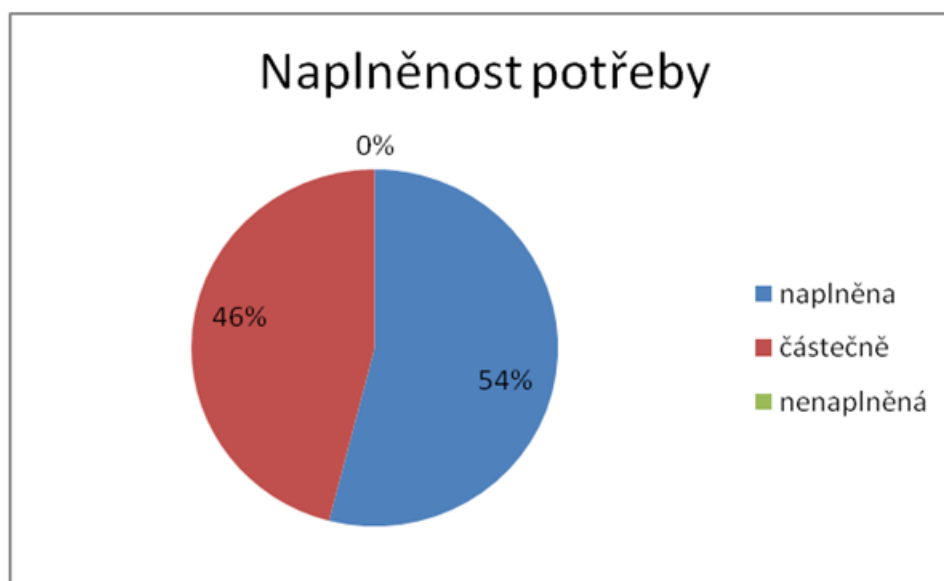
Z grafu č. 20 vidíme, že položku 7 – **Dostat srozumitelná vysvětlení** považovalo za důležitou a velmi důležitou 30 lidí (100 %).

Graf č. 21 zobrazuje, že z 30 respondentů, kteří danou potřebu označili za důležitou nebo velmi důležitou, ji za částečně naplněnou označilo 15 lidí (50 %) a naplněnou 15 lidí (50 %).

položka č. 8: **Být informován o změnách plánu léčby (péče) v okamžiku, kdy k nim dochází**



Graf 22 – Hodnocení důležitosti potřeb rodinných příslušníků v položce 8

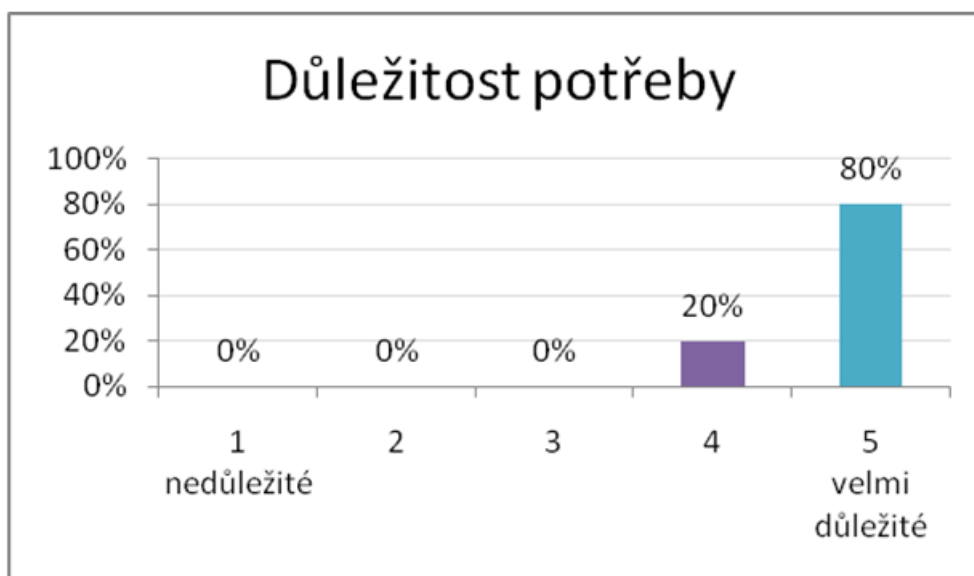


Graf 23 – Hodnocení naplněnosti potřeb rodinných příslušníků v položce 8

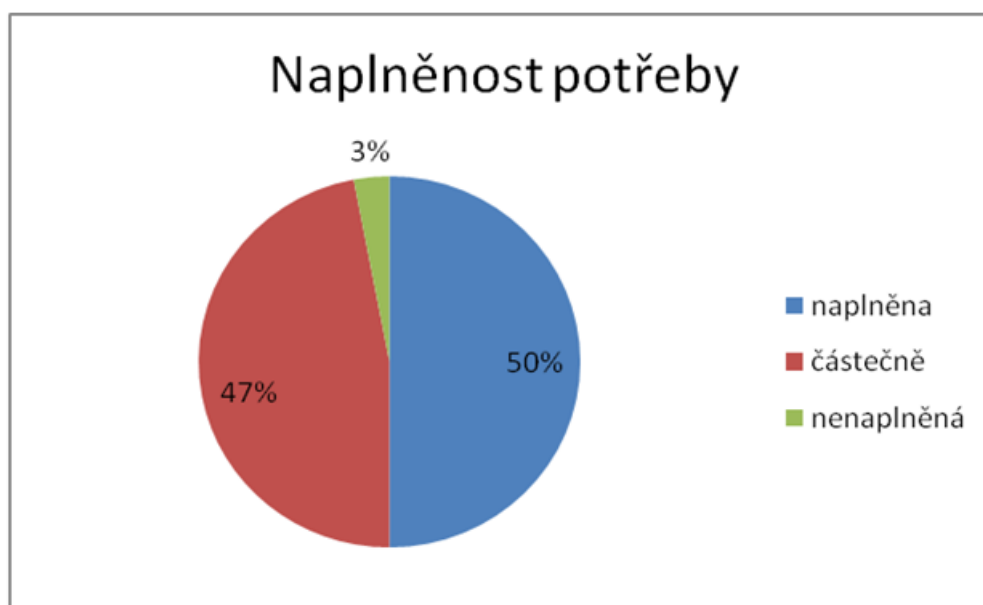
Z grafu č. 22 vidíme, že položku 8 – **Být informován o změnách plánu léčby (péče) v okamžiku, kdy k nim dochází**, považovalo za důležitou a velmi důležitou 28 lidí (93 %), z celkového počtu 30 respondentů.

Graf č. 23 zobrazuje, že z 28 respondentů, kteří danou potřebu označili za důležitou nebo velmi důležitou, ji za částečně naplněnou označili 13 lidí (46 %) a naplněnou 15 lidí (54 %).

položka č. 9: Cítit, že existuje naděje



Graf 24 – Hodnocení důležitosti potřeb rodinných příslušníků v položce 9

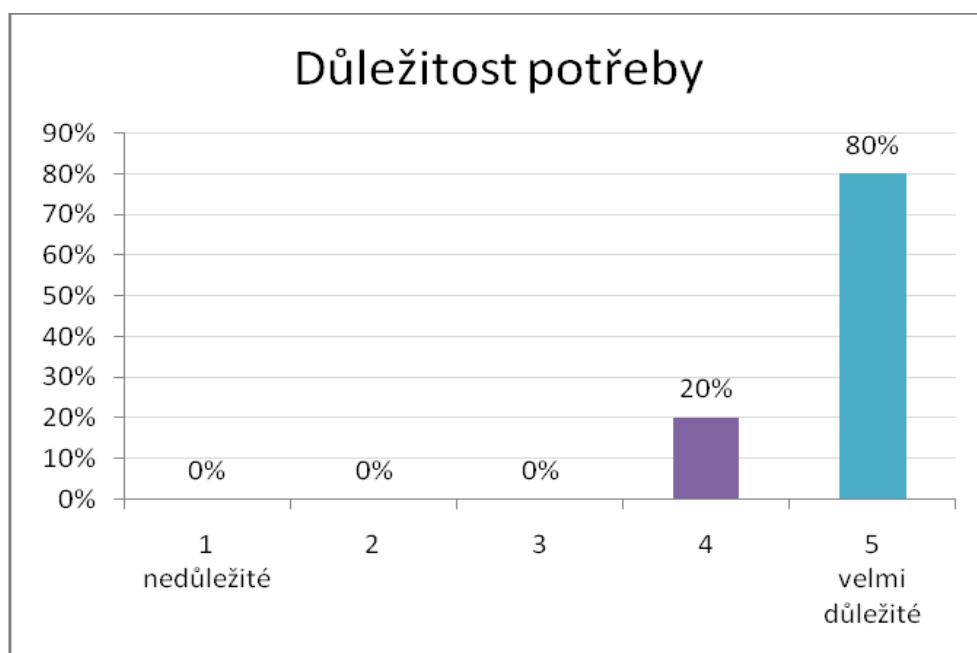


Graf 25 – Hodnocení naplněnosti potřeb rodinných příslušníků v položce 9

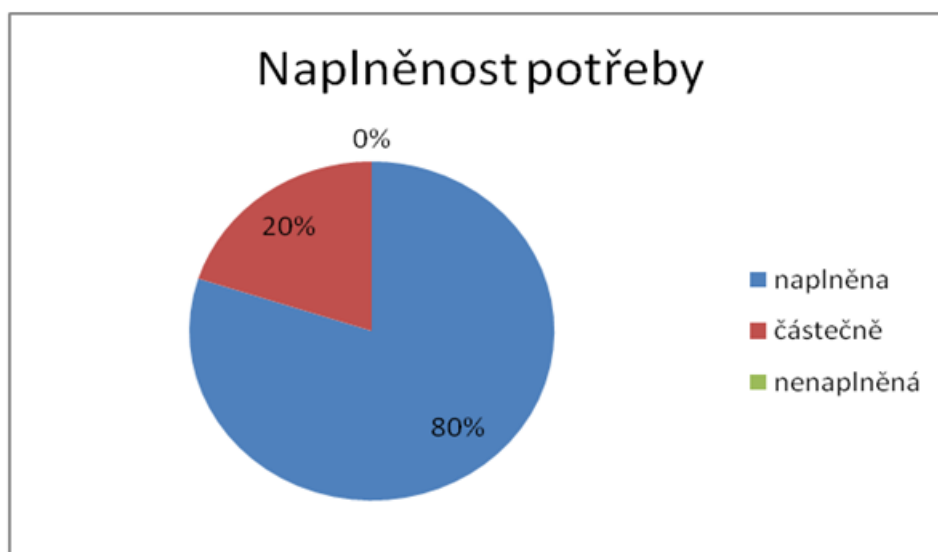
Z grafu č. 24 vidíme, že položku 9 – Cítit, že existuje naděje, považovalo za důležitou a velmi důležitou 30 lidí (100 %).

Graf č. 25 zobrazuje, že z 30 respondentů, kteří danou potřebu označili za důležitou nebo velmi důležitou, ji za nenaplněnou označil 1 člověk (3 %), částečně naplněnou 14 lidí (47 %) a naplněnou 15 lidí (50 %).

položka č. 10: **Být ujištěn/a, že se pacientovi dostává té nejlepší možné péče**



Graf 26 – Hodnocení důležitosti potřeb rodinných příslušníků v položce 10

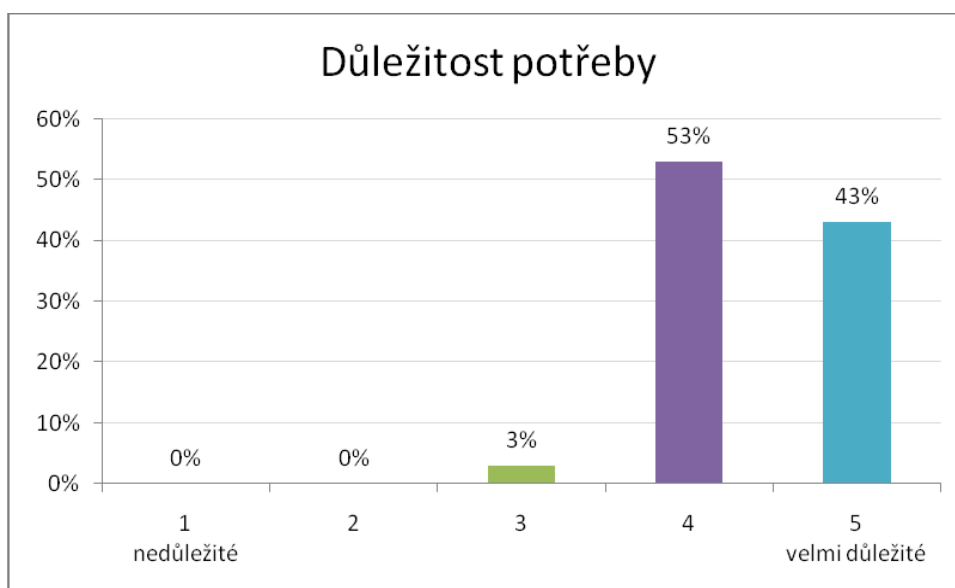


Graf 27 – Hodnocení naplněnosti potřeb rodinných příslušníků v položce 10

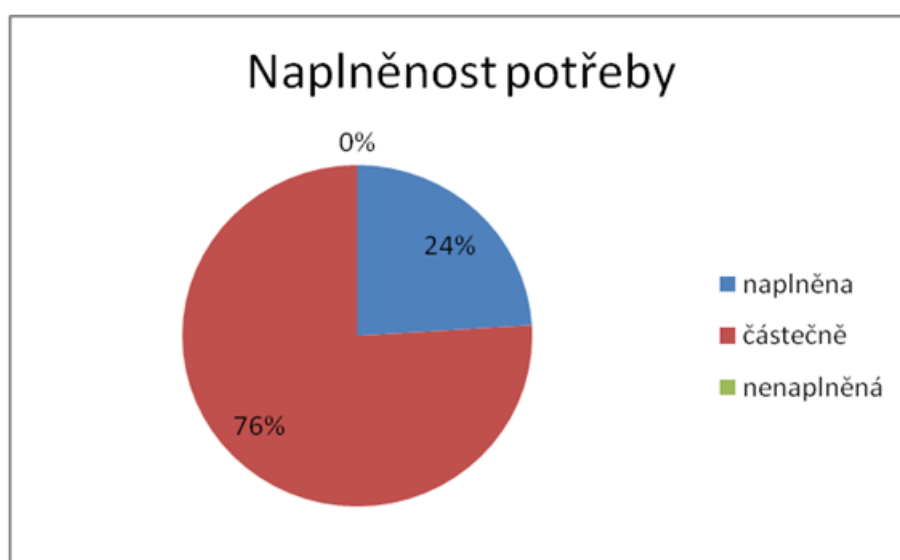
V grafu č. 26 vidíme, že položku 10 – **Být ujištěn/a, že se pacientovi dostává té nejlepší možné péče**, považovalo za důležitou a velmi důležitou 30 lidí (100 %).

Graf č. 27 zobrazuje, že z 30 respondentů, kteří danou potřebu označili za důležitou nebo velmi důležitou, ji za částečně naplněnou označilo 6 lidí (20 %) a naplněnou 24 lidí (80 %).

položka č. 11: **Znát příznaky nemoci či možnosti léčby**



Graf 28 – Hodnocení důležitosti potřeb rodinných příslušníků v položce 11

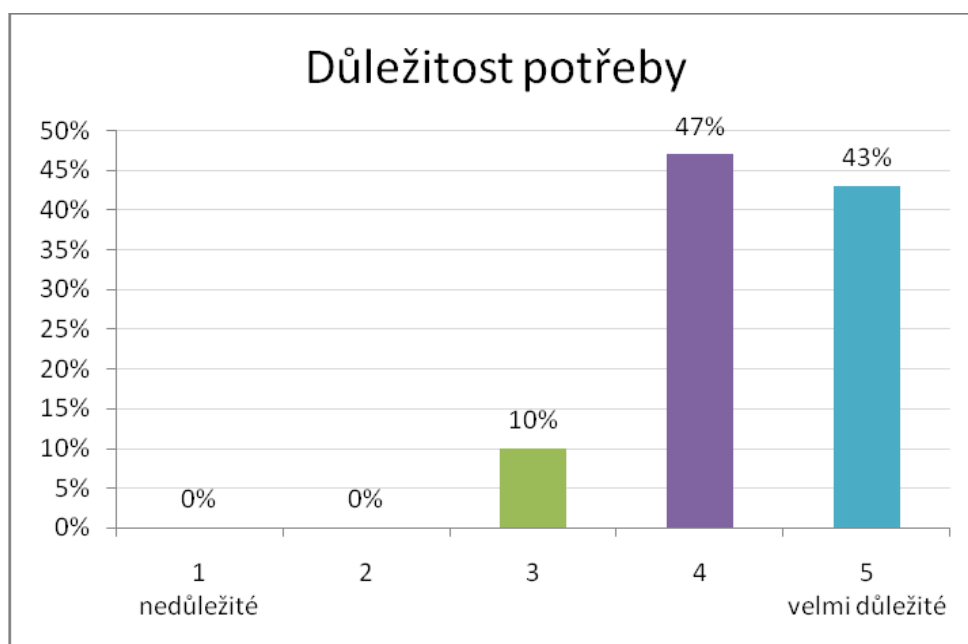


Graf 29 – Hodnocení naplněnosti potřeb rodinných příslušníků v položce 11

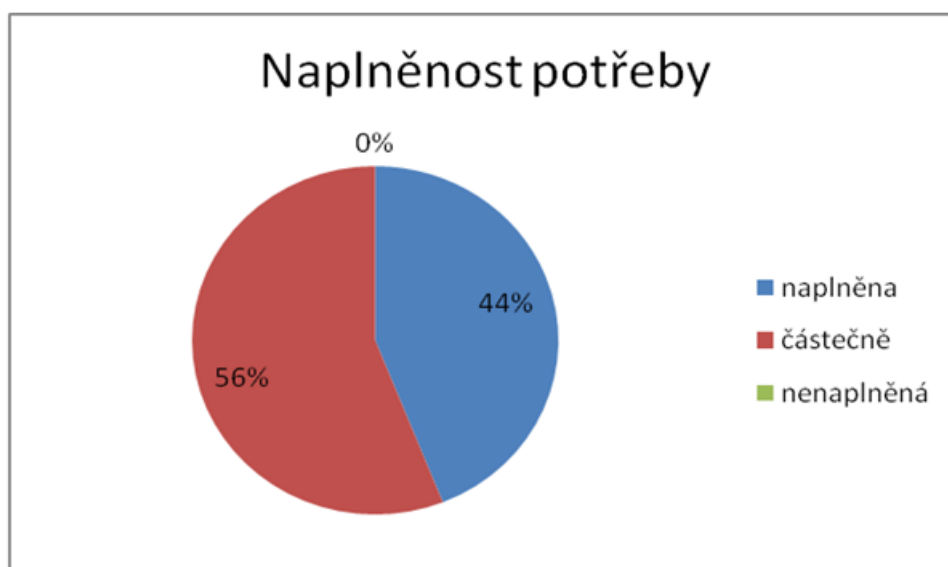
V grafu č. 28 vidíme, že položku 11 – **Znát příznaky nemoci či možnosti léčby** považovalo za důležitou a velmi důležitou 29 lidí (96 %).

Graf č. 29 zobrazuje, že z 29 respondentů, kteří danou potřebu označili za důležitou nebo velmi důležitou, ji za částečně naplněnou označilo 22 lidí (76 %) a naplněnou 7 lidí (24 %).

položka č. 12: **Vědět, kdy mohu očekávat výskyt příznaků**



Graf 30 – Hodnocení důležitosti potřeb rodinných příslušníků v položce 12

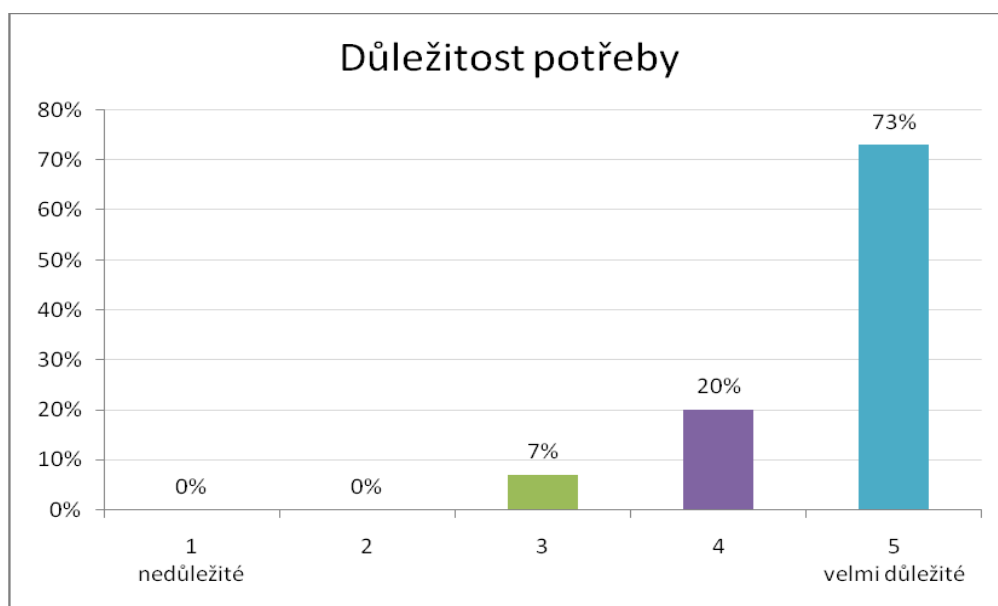


Graf 31 – Hodnocení naplněnosti potřeb rodinných příslušníků v položce 12

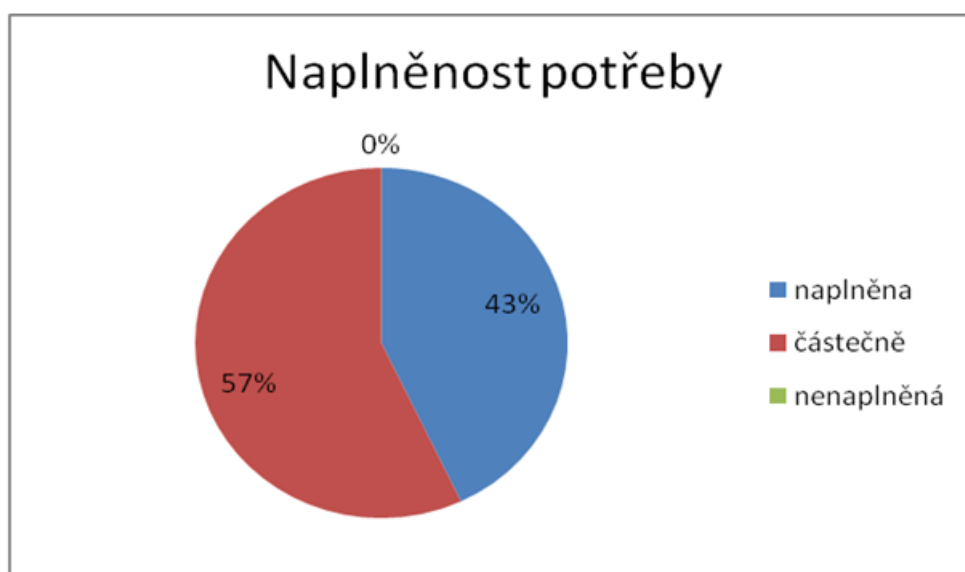
V grafu č. 30 vidíme, že položku 12 – **Vědět, kdy mohu očekávat výskyt příznaků**, považovalo za důležitou a velmi důležitou 27 lidí (90 %).

Graf č. 31 zobrazuje, že z 27 respondentů, kteří danou potřebu označili za důležitou nebo velmi důležitou, ji za částečně naplněnou označilo 15 lidí (56 %) a naplněnou 12 lidí (44 %).

položka č. 13: **Znát pravděpodobný výsledek pacientovy nemoci**



Graf 32 – Hodnocení důležitosti potřeb rodinných příslušníků v položce 13

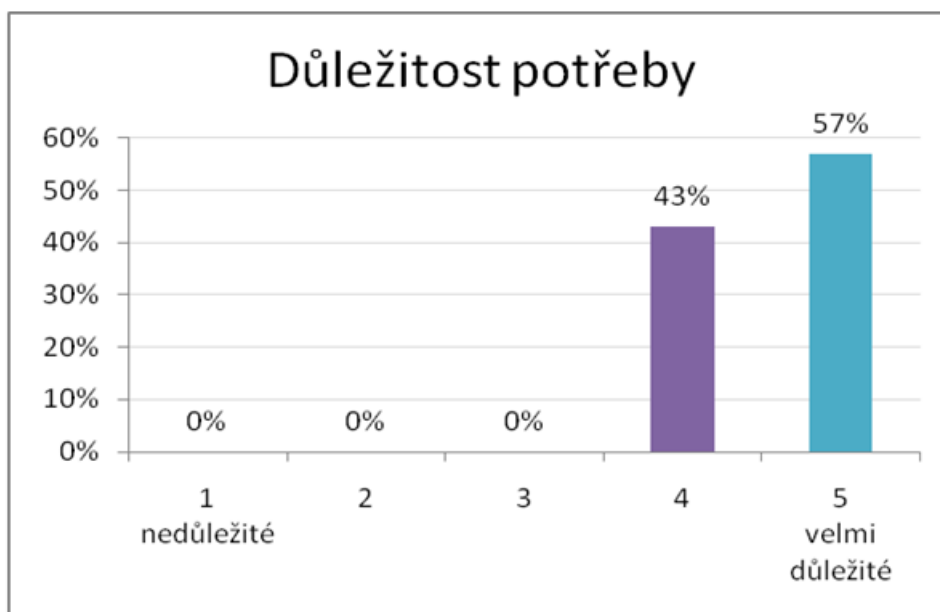


Graf 33 – Hodnocení naplněnosti potřeb rodinných příslušníků v položce 13

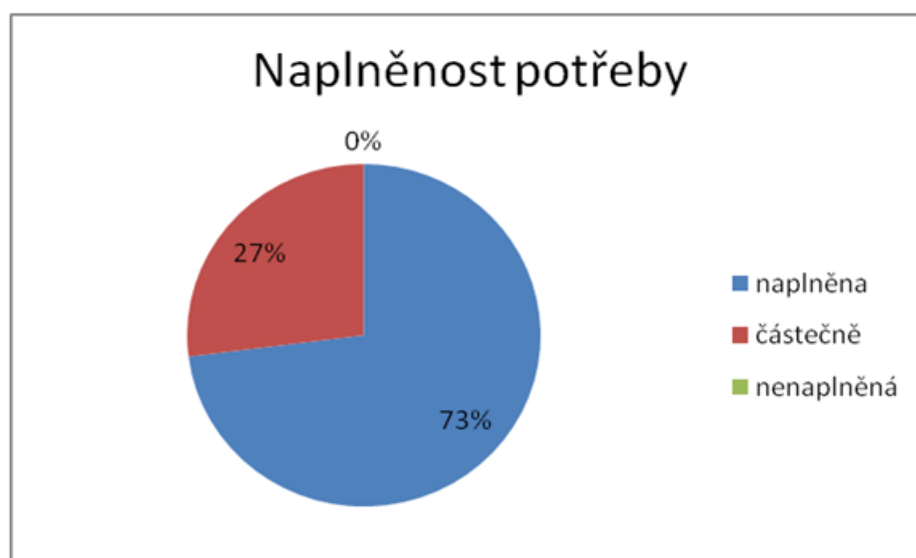
V grafu č. 32 vidíme, že položku 13 – **Znát pravděpodobný výsledek pacientovy nemoci** považovalo za důležitou a velmi důležitou 28 lidí (93 %).

Graf č. 33 zobrazuje, že z 28 respondentů, kteří danou potřebu označili za důležitou nebo velmi důležitou, ji za částečně naplněnou označilo 16 lidí (57 %) a naplněnou 12 lidí (43 %).

položka č. 14: **Vědět, proč jsou výkony prováděny**



Graf 34 – Hodnocení důležitosti potřeb rodinných příslušníků v položce 14

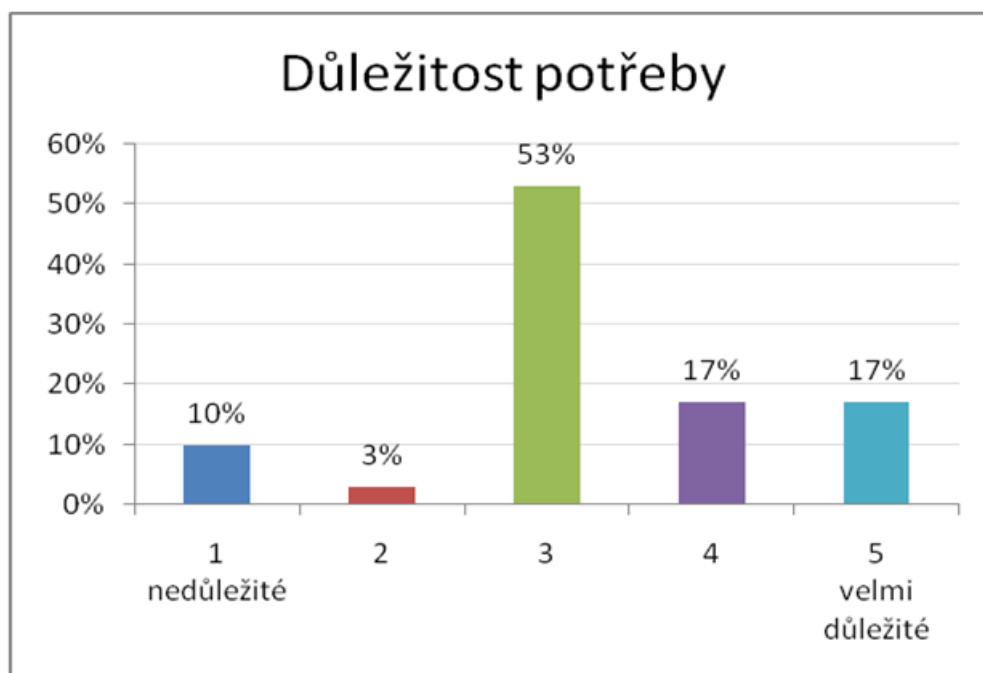


Graf 35 – Hodnocení naplněnosti potřeb rodinných příslušníků v položce 14

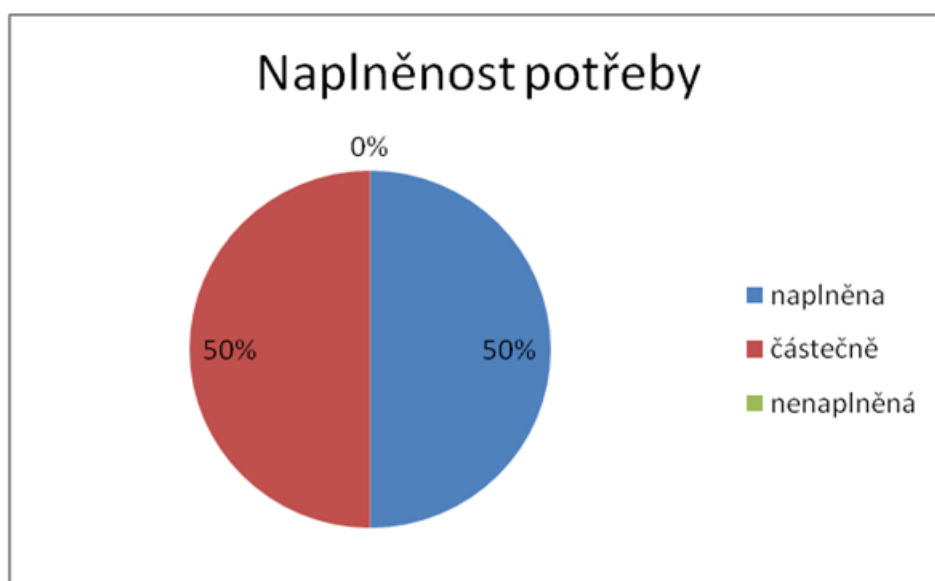
V grafu č. 34 vidíme, že položku 14 – **Vědět, proč jsou výkony prováděny**, považovalo za důležitou a velmi důležitou 30 lidí (100 %).

Graf č. 35 zobrazuje, že z 30 respondentů, kteří danou potřebu označili za důležitou nebo velmi důležitou, ji za částečně naplněnou označilo 8 lidí (27 %) a naplněnou 22 lidí (73 %).

položka č. 15: **Znát jména zdravotníků, kteří jsou zapojeni do péče o pacienta**



Graf 36 – Hodnocení důležitosti potřeb rodinných příslušníků v položce 15

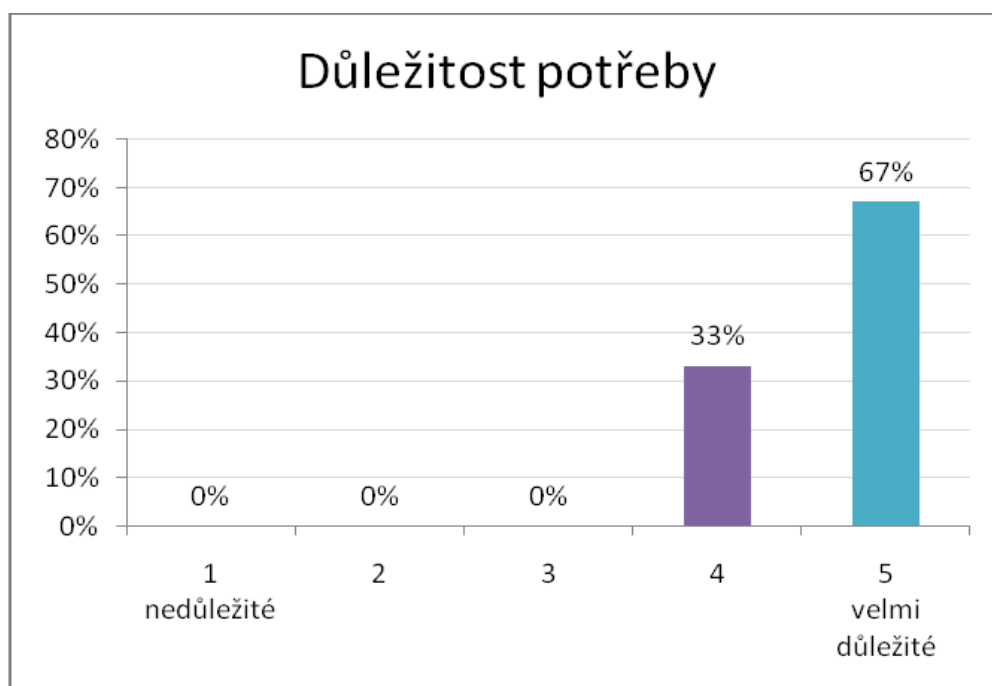


Graf 37 – Hodnocení naplněnosti potřeb rodinných příslušníků v položce 15

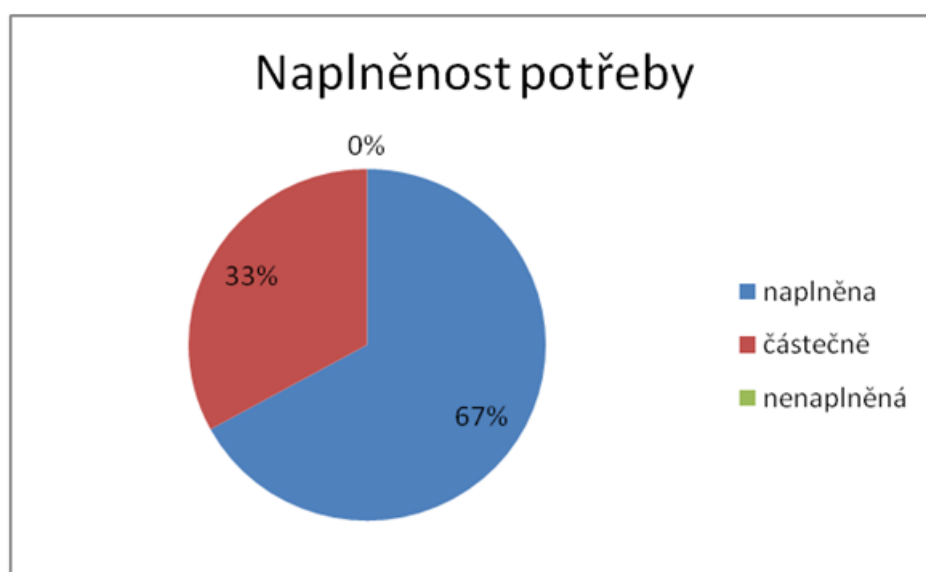
V grafu č. 36 vidíme, že položku 15 – **Znát jména zdravotníků, kteří jsou zapojeni do péče o pacienta**, považovalo za důležitou a velmi důležitou 10 lidí (34 %), z celkového počtu 30 respondentů.

Graf č. 37 zobrazuje, že z 10 respondentů, kteří danou potřebu označili za důležitou nebo velmi důležitou, ji za částečně naplněnou označilo 5 lidí (10 %) a naplněnou 5 lidí (10 %).

položka č. 16: **Mít informace o tom, co pro pacienta mohu nyní udělat**



Graf 38 – Hodnocení důležitosti potřeb rodinných příslušníků v položce 16

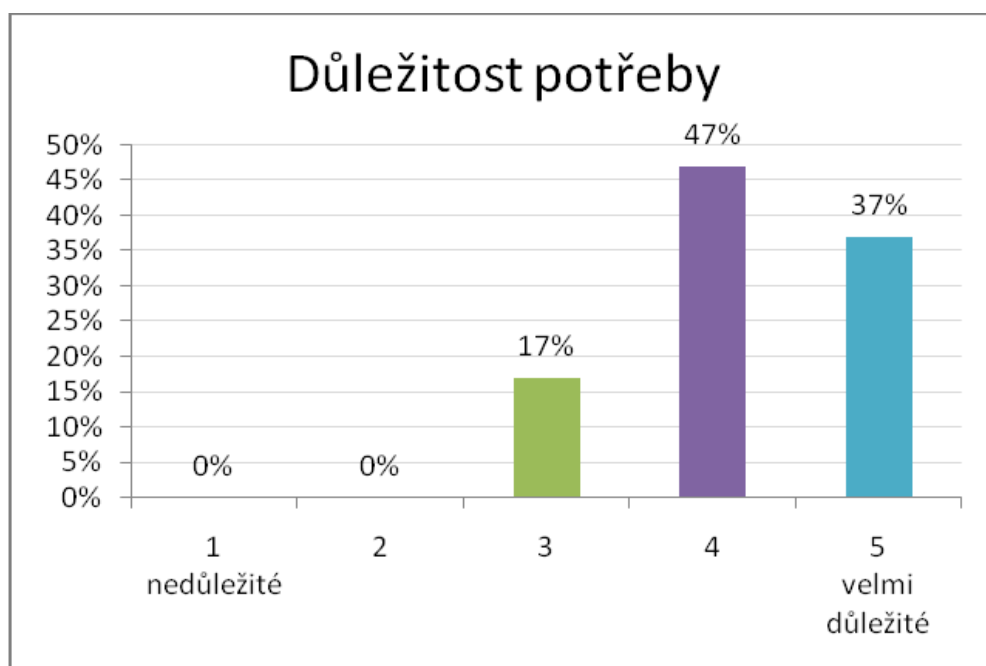


Graf 39 – Hodnocení naplněnosti potřeb rodinných příslušníků v položce 16

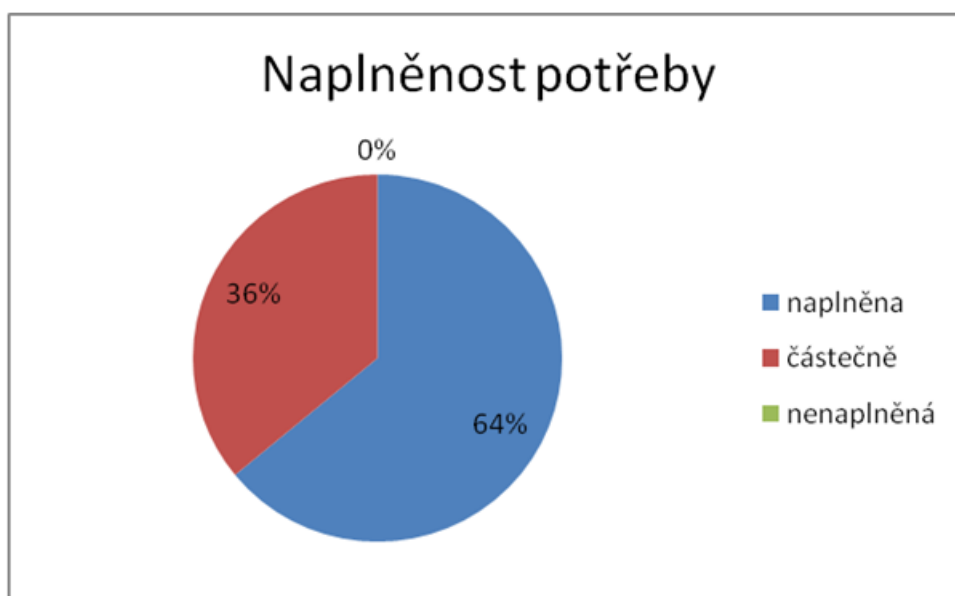
V grafu č. 38 vidíme, že položku 16 – **Mít informace o tom, co pro pacienta mohu nyní udělat**, považovalo za důležitou a velmi důležitou 30 lidí (100 %).

Graf č. 39 zobrazuje, že z 30 respondentů, kteří danou potřebu označili za důležitou nebo velmi důležitou, ji za částečně naplněnou označilo 10 lidí (33 %) a naplněnou 20 lidí (67 %).

položka č. 17: **Mít pocit přijetí ze strany zdravotnického personálu**



Graf 40 – Hodnocení důležitosti potřeb rodinných příslušníků v položce 17

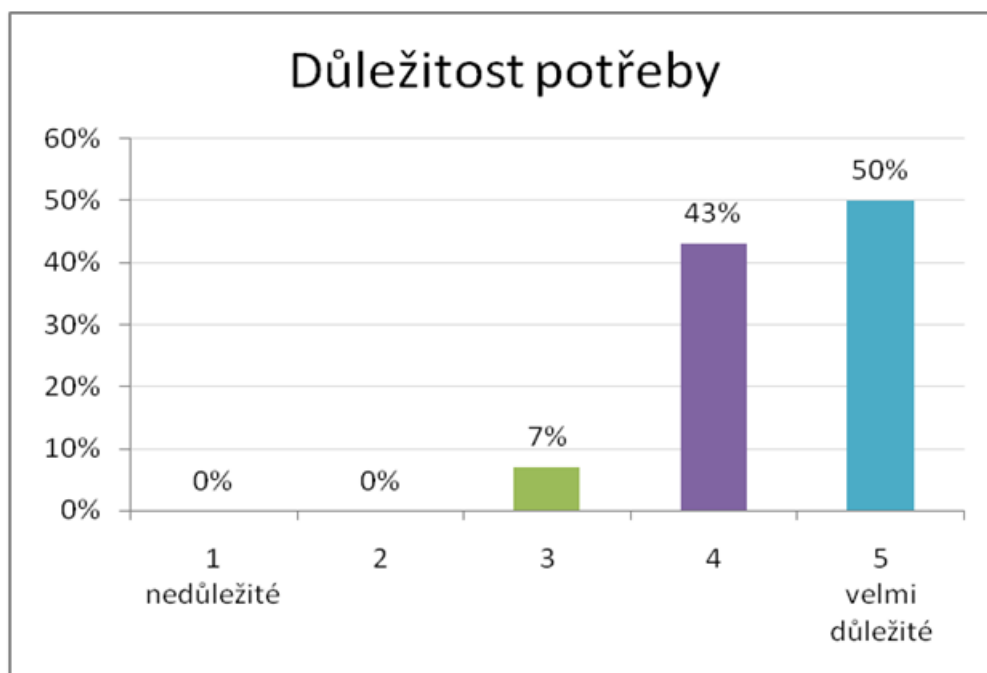


Graf 41 – Hodnocení naplněnosti potřeb rodinných příslušníků v položce 17

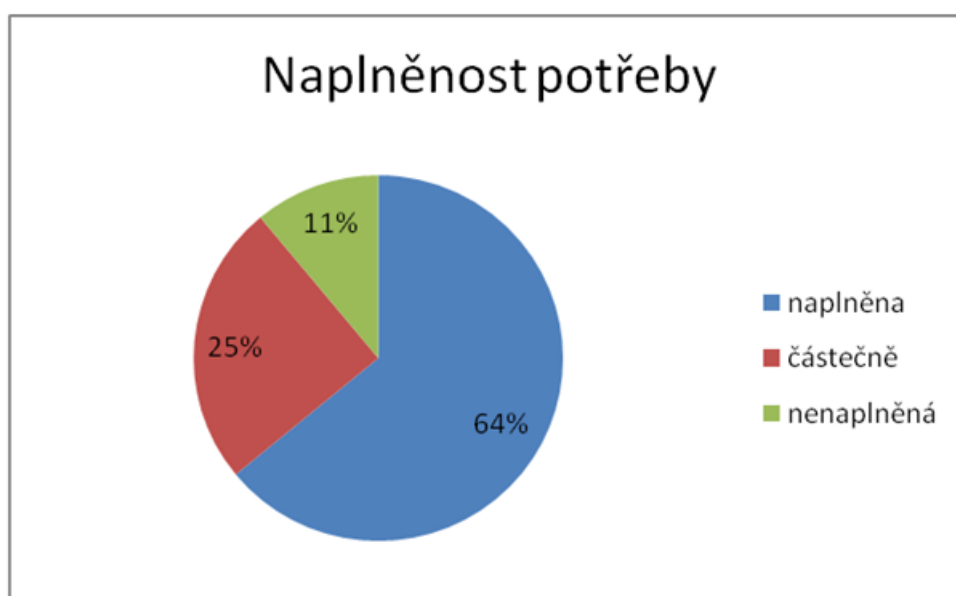
V grafu č. 40 vidíme, že položku 17 – **Mít pocit přijetí ze strany zdravotnického personálu** považovalo za důležitou a velmi důležitou 25 lidí (84 %), z celkového počtu 30 respondentů.

Graf č. 41 zobrazuje, že z 25 respondentů, kteří danou potřebu označili za důležitou nebo velmi důležitou, ji za částečně naplněnou označilo 9 lidí (36 %) a naplněnou 16 lidí (64 %).

položka č. 18: **Pomoci s péčí o pacienta**



Graf 42 – Hodnocení důležitosti potřeb rodinných příslušníků v položce 18

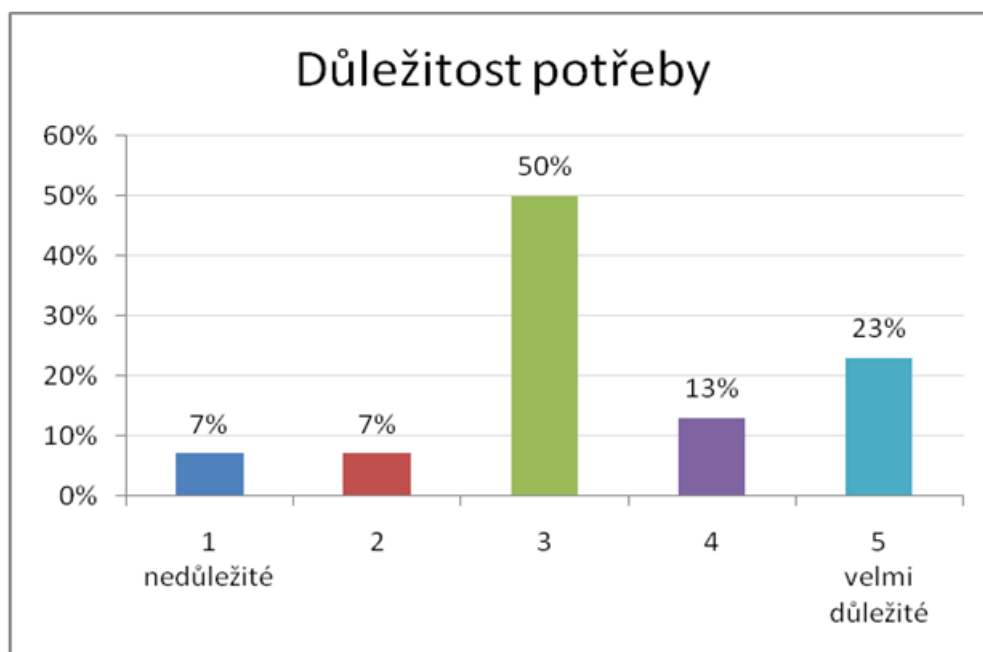


Graf 43 – Hodnocení naplněnosti potřeb rodinných příslušníků v položce 18

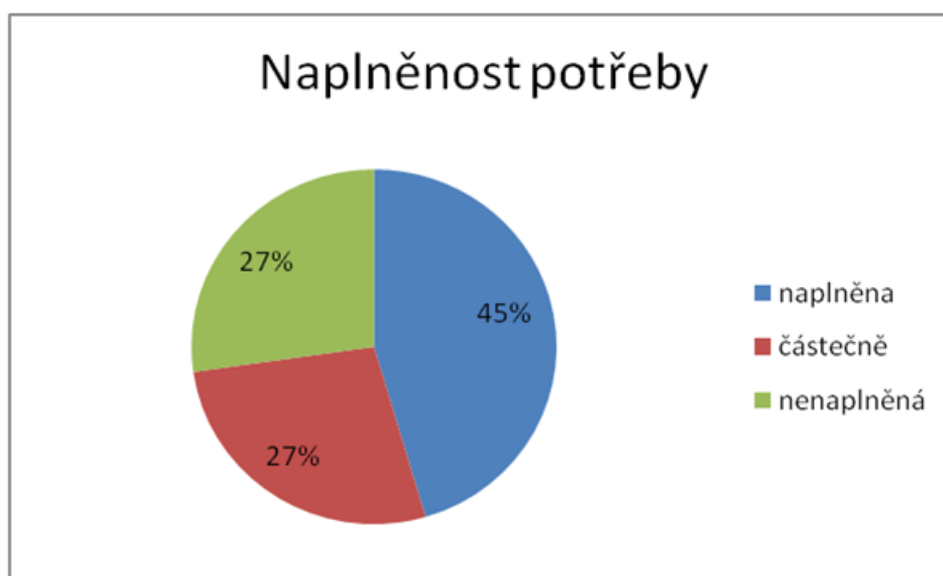
V grafu č. 42 vidíme, že položku 18 – **Pomoci s péčí o pacienta** považovalo za důležitou a velmi důležitou 28 lidí (93 %), z celkového počtu 30 respondentů.

Graf č. 43 zobrazuje, že z 28 respondentů, kteří danou potřebu označili za důležitou nebo velmi důležitou, ji za nenaplněnou označili 3 lidi (11 %), za částečně naplněnou 7 lidí (25 %) a naplněnou 18 lidí (64 %).

položka č. 19: **Mít někoho, kdo by se zajímal o mé zdraví**



Graf 44 – Hodnocení důležitosti potřeb rodinných příslušníků v položce 19

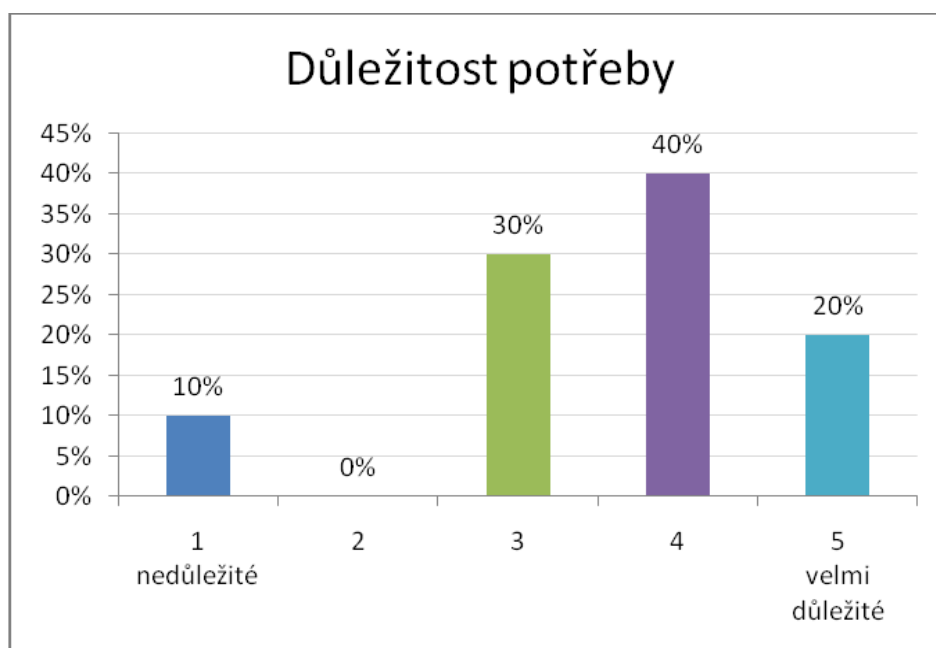


Graf 45 – Hodnocení naplněnosti potřeb rodinných příslušníků v položce 19

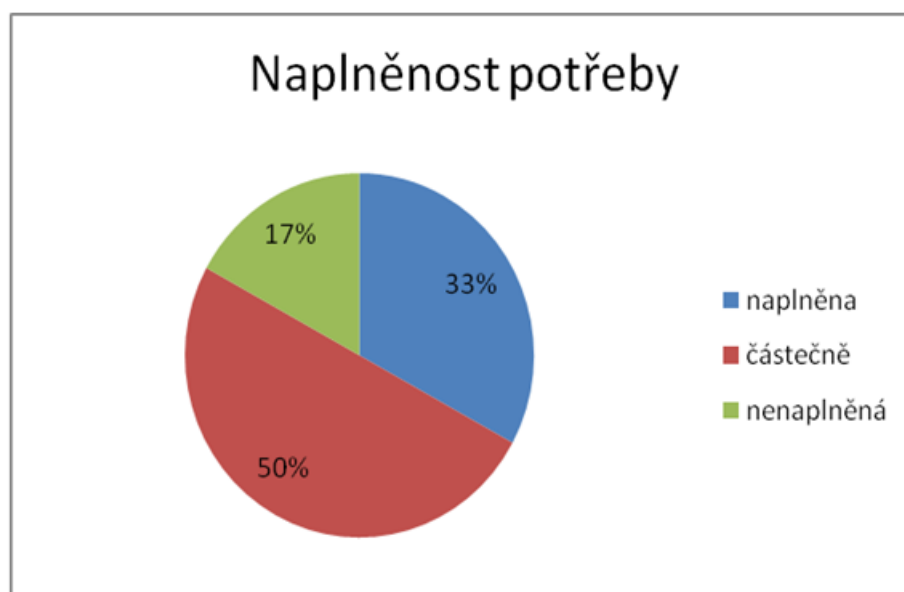
V grafu č. 44 vidíme, že položku 19 – **Mít někoho, kdo by se zajímal o mé zdraví**, považovalo za důležitou a velmi důležitou 11 lidí (36 %), z celkového počtu 30 respondentů.

Graf č. 45 zobrazuje, že z 11 respondentů, kteří danou potřebu označili za důležitou nebo velmi důležitou, ji za nenaplněnou označili 3 lidé (27 %), za částečně naplněnou 3 lidí (27 %) a za naplněnou 5 lidí (45 %).

položka č. 20: **Být informován/a o lidech, kteří by mi nyní pomohli**



Graf 46 – Hodnocení důležitosti potřeb rodinných příslušníků v položce 20



Graf 47 – Hodnocení naplněnosti potřeb rodinných příslušníků v položce 20

V grafu č. 46 vidíme, že položku 20 – **Být informován/a o lidech, kteří by mi nyní pomohli**, považovalo za důležitou a velmi důležitou 18 lidí (60 %), z celkového počtu 30 respondentů.

Graf č. 47 zobrazuje, že z 18 respondentů, kteří danou potřebu označili za důležitou nebo velmi důležitou, ji za nenaplněnou označili 3 lidi (17 %), za částečně naplněnou 9 lidí (50 %) a za naplněnou 6 lidí (33 %).

8.3 HODNOCENÍ DŮLEŽITOSTI A NAPLNĚNOSTI POTŘEB RODINNÝCH PŘÍSLUŠNÍKŮ PODLE JEDNOTLIVÝCH DOMÉN FIN DOTAZNÍKU

DOMÉNA 1 – Základní informace

Tabulka 1 – Hodnocení důležitosti potřeb rodinných příslušníků v doméně 1 – základní informace

Potřeby	Měření potřeb (n=30)			
	Průměr (s)	modus	min-max	n* (%)
1. Dostat upřímné odpovědi na otázky	4,70 (0,46)	5	4-5	30 (100)
2. Znat konkrétní údaje o prognóze pacienta	4,53 (0,62)	5	3-5	28 (93)
4. Být informován o změnách zdrav. stavu pacienta	4,67 (0,47)	5	4-5	30 (100)
7. Dostat vysvětlení, která jsou srozumitelná	4,53 (0,50)	5	4-5	30 (100)

Vyšší průměrná hodnota znamená větší důležitost dané potřeby (škála 1-5), s – směrodatná odchylka, n* - počet respondentů, kteří uvedli danou potřebu jako důležitou a velmi důležitou.

Z tabulky č. 1 vyplývá, že při hodnocení položek v doméně **základních informací** považovalo nejvíce respondentů za nejdůležitější „dostat upřímné odpovědi na otázky“ a „být informován o změnách zdravotního stavu pacienta“. Jako důležité označili rodinní příslušníci „znat konkrétní údaje o prognóze pacienta“ a „dostat vysvětlení, které jsou srozumitelné“.

Tabulka 2 – Hodnocení naplnění potřeb rodinných příslušníků v doméně 1 – základní informace

Potřeby	Měření potřeb (n=30)			
	průměr (s)	modus	min-max	n* (%)
1. Dostat upřímné odpovědi na otázky	1,3 (0,46)	1	1-2	0 (0)
2. Znat konkrétní údaje o prognóze pacienta	1,5 (0,63)	1	1-3	2 (7)
4. Být informován o změnách zdrav. stavu pacienta	1,17 (0,45)	1	1-3	1 (3)
7. Dostat vysvětlení, která jsou srozumitelná	1,5 (0,50)	1 a 2	1-2	0 (0)

Vyšší průměrná hodnota znamená menší spokojenost s naplněním dané potřeby (škála 1-3), s – směrodatná odchylka, n* - počet respondentů, kteří uvedli danou potřebu jako důležitou a velmi důležitou a současně nenaplněnou.

Tabulka č. 2 zobrazuje, že v hodnocení naplnění potřeb rodinných příslušníků v doméně **základní informace** respondenti označili za důležitou a zároveň nejméně naplněnou potřebu „znat konkrétní údaje o prognóze pacienta“ a „dostat vysvětlení, která jsou srozumitelná“. Nejvíce naplněnou potřebou označili položku „být informován o změnách zdravotního stavu pacienta“.

DOMÉNA 2 – Informace o léčbě a péči

Tabulka 3 – Hodnocení důležitosti potřeb rodinných příslušníků v doméně 2 – informace o léčbě a péči

Potřeby	Měření potřeb (n=30)			
	průměr (s)	modus	min-max	n* (%)
5. Vědět přesně, co podstupuje	4,43 (0,67)	5	2-5	29 (97)
6. Vědět, jaké léčby se pacientovi dostává	4,60 (0,49)	5	4-5	30 (100)
8. Být informován o změnách plánu léčby (péče) v okamžiku, kdy k nim dochází	4,37 (0,60)	4	3-5	28 (93)
11. Znat příznaky nemoci či léčby	4,40 (0,55)	4	3-5	29 (96)
12. Vědět, kdy mohu očekávat výskyt příznaků	4,33 (0,65)	4	3-5	27 (90)
13. Znat pravděpodobný výsledek pacientovy nemoci	4,67 (0,60)	5	3-5	28 (93)
14. Vědět, proč jsou výkony prováděny	4,57 (0,50)	5	4-5	30 (100)

Vyšší průměrná hodnota znamená větší důležitost dané potřeby (škála 1-5), s – směrodatná odchylka, n* - počet respondentů, kteří uvedli danou potřebu jako důležitou a velmi důležitou.

Dle tabulky č. 3, v oblasti **informací o léčbě a péči**, jsou pro rodinné příslušníky významné položky „znat pravděpodobný výsledek pacientovy nemoci“ a „vědět, jaké léčby se pacientovi dostává“. Položku „vědět, kdy mohu očekávat výskyt příznaků“, označili respondenti za nejméně důležitou.

Tabulka 4 – Hodnocení naplněnosti potřeb rodinných příslušníků v doméně 2 – informace o léčbě a péči

Potřeby	Měření potřeb (n=30)			
	průměr (s)	modus	min-max	n* (%)
5. Vědět přesně, co podstupuje	1,34 (0,48)	1	1-2	0 (0)
6. Vědět, jaké léčby se pacientovi dostává	1,17 (0,37)	1	1-2	0 (0)
8. Být informován o změnách plánu léčby (péče) v okamžiku, kdy k nim dochází	1,46 (0,50)	1	1-2	0 (0)
11. Znat příznaky nemoci či léčby	1,76 (0,43)	2	1-2	0 (0)
12. Vědět, kdy mohu očekávat výskyt příznaků	1,56 (0,50)	2	1-2	0 (0)
13. Znat pravděpodobný výsledek pacientovy nemoci	1,57 (0,49)	2	1-2	0 (0)
14. Vědět, proč jsou výkony prováděny	1,27 (0,44)	1	1-2	0 (0)

Vyšší průměrná hodnota znamená menší spokojenost s naplněním dané potřeby (škála 1-3), s – směrodatná odchylka, n* - počet respondentů, kteří uvedli danou potřebu jako důležitou a velmi důležitou a současně nenaplněnou.

V tabulce č. 4 vidíme, že rodinní příslušníci uvedli, že nejméně naplněnou položkou je „znát příznaky nemoci či léčby“ a „znát pravděpodobný výsledek pacientovy nemoci“. Za nejvíce uspokojenou označili respondenti položku „vědět, jaké léčby se pacientovi dostává“.

DOMÉNA 3 – Podpora

Tabulka 5 – Hodnocení důležitosti potřeb rodinných příslušníků v doméně 3 – podpora

Potřeby	Měření potřeb (n=30)			
	průměr (s)	modus	min-max	n* (%)
9. Cítit, že existuje naděje	4,80 (0,40)	5	4-5	30 (100)
15. Znat jména zdravotníků, kteří jsou zapojeni do péče o pacienta	3,27 (1,09)	3	1-5	10 (34)
16. Mít informace o tom, co pro pacienta mohu nyní udělat	4,67 (0,47)	5	4-5	30 (100)
17. Mít pocit přijetí ze strany zdravotnického personálu	4,20 (0,70)	4	3-5	25 (84)
18. Pomoci s péčí o pacienta	4,43 (0,62)	5	3-5	28 (93)
19. Mít někoho, kdo by se zajímal o mé zdraví	3,40 (1,11)	3	1-5	11 (36)
20. Být informován/a o lidech, kteří by mi nyní pomohli	3,60 (1,11)	4	1-5	18 (60)

Vyšší průměrná hodnota znamená větší důležitost dané potřeby (škála 1-5), s – směrodatná odchylka, n* - počet respondentů, kteří uvedli danou potřebu jako důležitou a velmi důležitou.

Nejvíce rodinných příslušníků uvedlo ve třetí doméně, vyjadřující **podporu**, jako nejdůležitější potřeby „cítit, že existuje naděje“ a „mít informace o tom, co pro pacienta mohu nyní udělat“.

Z uvedených hodnotili respondenti jako nejméně důležitou potřebu „znát jména zdravotníků, kteří jsou zapojeni do péče o pacienta“.

Tabulka 6 – Hodnocení naplněnosti potřeb rodinných příslušníků v doméně 3 – podpora

Potřeby	Měření potřeb (n=30)			
	průměr (s)	modus	min-max	n* (%)
9. Cítit, že existuje naděje.	1,53 (0,56)	1	1-3	1 (3)
15. Znat jména zdravotníků, kteří jsou zapojeni do péče o pacienta.	1,50 (0,50)	1 a 2	1-2	0 (0)
16. Mít informace o tom, co pro pacienta mohu nyní udělat.	1,33 (0,47)	1	1-2	0 (0)
17. Mít pocit přijetí ze strany zdravotnického personálu.	1,36 (0,48)	1	1-2	0 (0)
18. Pomoci s péčí o pacienta.	1,46 (0,68)	1	1-3	3 (11)
19. Mít někoho, kdo by se zajímal o mé zdraví.	1,82 (0,83)	1	1-3	3 (27)
20. Být informován/a o lidech, kteří by mi nyní pomohli.	1,83 (0,69)	2	1-3	3 (17)

Vyšší průměrná hodnota znamená menší spokojenost s naplněním dané potřeby (škála 1-3), s – směrodatná odchylka, n* - počet respondentů, kteří uvedli danou potřebu jako důležitou a velmi důležitou a současně nenaplněnou.

Tabulka č. 6 hodnotí naplněnost potřeb v oblasti **podpora**. Nejméně naplněné byly potřeby „být informován/a o lidech, kteří by mi nyní pomohli“ a „mít někoho, kdo by se zajímal o mé zdraví“. Nejvíce naplněnou potřebou bylo „mít informace o tom, co pro pacienta mohu nyní udělat“.

DOMÉNA 4 – Komfort pacienta

Tabulka 7 – Hodnocení důležitosti potřeb rodinných příslušníků v doméně 4 – komfort pacienta

Potřeby	Měření potřeb (n=30)			
	průměr (s)	modus	min-max	n* (%)
3. Mít pocit, že se zdravotníci o pacienta starají dobře	4,93 (0,25)	5	4-5	30 (100)
10. Být ujištěn/a, že se pacientovi dostává té nejlepší možné péče	4,80 (0,40)	5	4-5	30 (100)

Vyšší průměrná hodnota znamená větší důležitost dané potřeby (škála 1-5), s – směrodatná odchylka, n* - počet respondentů, kteří uvedli danou potřebu jako důležitou a velmi důležitou.

Čtvrtá doména – **komfort pacienta** – obě položky „mít pocit, že se zdravotníci o pacienta starají dobře“ (100 %) a „být ujištěn/a, že se pacientovi dostává té nejlepší možné péče“ (100 %), byly respondenty hodnoceny jako důležité, viz tabulka č. 7.

Tabulka 8 – Hodnocení naplněnosti potřeb rodinných příslušníků v doméně 4 – komfort pacienta

Potřeby	Měření potřeb (n=30)			
	průměr (s)	modus	min-max	n* (%)
3. Mít pocit, že se zdravotníci o pacienta starají dobře.	1,23 (0,50)	1	1-3	1 (3)
10. Být ujištěn/a, že se pacientovi dostává té nejlepší možné péče.	1,20 (0,40)	1	1-2	0 (0)

Vyšší průměrná hodnota znamená menší spokojenost s naplněním dané potřeby (škála 1-3), s – směrodatná odchylka, n* - počet respondentů, kteří uvedli danou potřebu jako důležitou a velmi důležitou a současně nenaplněnou.

Tabulka č. 8 hodnotí, že 3 % rodinných příslušníků neměli saturovanou potřebu „mít pocit, že se zdravotníci o pacienta starají dobře“.

8.3.1 HODNOCENÍ DOMÉNOVÉHO SKÓRE DŮLEŽITOSTI POTŘEB RODINNÝCH PŘÍSLUŠNÍKŮ PODLE DOMÉN FIN

Tabulka 9 – Hodnocení důležitosti potřeb rodinných příslušníků v doménách FIN dotazníku

Doména	n	skóre	sd
D1 – Základní informace	30	90,19	12,19
D2 – Informace o léčbě a péči	30	87,04	10,50
D3 – Podpora	30	76,32	5,36
D4 – Komfort pacienta	30	96,63	26,88

Doménové skóre důležitosti 0-100, vyšší číslo znamená větší důležitost potřeb v dané doméně, sd – směrodatná odchylka.

Tabulka č. 9 zobrazuje, že rodinní příslušníci pacienta v kritickém stavu hospitalizovaného na JIP při hodnocení důležitosti potřeb dle dotazníku FIN identifikovali jako nejdůležitější 4. doménu - **komfort pacienta**.

Výsledky této tabulky jsou zaměřeny na potvrzení hypotézy **H₃**, v níž předpokládáme, že tři čtvrtiny rodinných příslušníků kriticky nemocného pacienta přikládá největší důležitost doméně 4 – komfort pacienta. Tato hypotéza byla **potvrzena**. Respondenti vyhodnotili, že nejvíce důležitou je doména 4 – komfort pacienta, která je orientována na kvalitu poskytované péče.

Tabulka č. 9 zároveň potvrzuje hypotézu **H₆**, kde usuzujeme, že pro většinu rodinných příslušníků pacienta aktuálně hospitalizovaného na JIP je velmi důležitá potřeba sociální opory. Hypotéza **H₆** byla **potvrzena**, neboť vysoké doménové skóre 76,32 svědčí o důležitosti dané potřeby pro respondenty.

8.3.2 HODNOCENÍ DOMÉNOVÉHO SKÓRE NAPLNĚNOSTI POTŘEB RODINNÝCH PŘÍSLUŠNÍKŮ PODLE DOMÉN FIN

Tabulka 10 – Hodnocení naplnění potřeb rodinných příslušníků v doménách FIN dotazníku

Doména	n	skóre	sd
D1 – Základní informace	30	18,38	24,50
D2 – Informace o léčbě a péči	30	22,36	27,07
D3 – Podpora	30	27,36	19,93
D4 – Komfort pacienta	30	10,75	27,50

Doménové skóre důležitosti 0-100, vyšší číslo znamená větší nespokojenost s naplněním potřeb v dané doméně, sd – směrodatná odchylka.

Podle tabulky č. 10 rodinní příslušníci zhodnotili jako nejméně naplněnou doménu 3 – **podpora**, zahrnující oporu stran zdravotnického personálu. Nejvíce naplněné potřeby měli respondenti v doméně 4 – **komfort pacienta**.

K vyhodnocení výsledků spokojenosti se saturací potřeb rodinných příslušníků v oblasti podpory byla stanovena hypotéza **H₄**, v níž jsme předpokládali, že minimálně třetina rodinných příslušníků kriticky nemocného pacienta odpoví, že nejméně saturovanou, ze strany zdravotníků, byla doména 3 – podpora. Hypotéza **H₄** byla výsledky zobrazenými v tabulce č. 10 **potvrzena**. Doména 3 – podpora je zde skutečně hodnocena jako nejméně saturovaná doména.

Hypotéza **H₇**, která předpokládá, že většina rodinných příslušníků pacienta v kritickém stavu odpoví, že jejich potřeba informací (doména 1 a 2) byla naplněna, je výsledky v tabulce č. 10 vyvrácena. Poměrně vysoké skóre v doméně 1 a 2 poukazuje na nedostatečnou saturaci potřeb v těchto doménách. Hypotéza **H₇** byla **vyvrácena**.

8.4 CELKOVÉ HODNOCENÍ DŮLEŽITOSTI A NAPLNĚNOSTI POTŘEB RODINNÝCH PŘÍSLUŠNÍKŮ DLE DOTAZNÍKU FIN

8.4.1 CELKOVÉ HODNOCENÍ DŮLEŽITOSTI POTŘEB RODINNÝCH PŘÍSLUŠNÍKŮ

Tabulka 11 – Celkové hodnocení důležitosti potřeb rodinných příslušníků

Potřeby rodinných příslušníků dle dotazníku FIN	průměr (s)	n (%)*
1. Dostat upřímné odpovědi na otázky	4,73 (0,44)	100
2. Znat konkrétní údaje o prognóze pacienta	4,53 (0,62)	93
3. Mít pocit, že se zdravotníci o pacienta starají dobře	4,93 (0,25)	100
4. Být informován o změnách zdravotního stavu pacienta	4,67 (0,47)	100
5. Vědět přesně, co podstupuje	4,43 (0,67)	97
6. Vědět, jaké léčby se pacientovi dostává	4,60 (0,49)	100
7. Dostat vysvětlení, která jsou srozumitelná	4,53 (0,50)	100
8. Být informován o změnách plánu léčby (péče) v okamžiku, kdy k nim dochází	4,37 (0,60)	93
9. Cítit, že existuje naděje	4,80 (0,40)	100
10. Být ujištěn/a, že se pacientovi dostává té nejlepší možné péče	4,80 (0,40)	100
11. Znat příznaky nemoci či léčby	4,40 (0,55)	97
12. Vědět, kdy mohu očekávat výskyt příznaků	4,33 (0,65)	90
13. Znat pravděpodobný výsledek pacientovy nemoci	4,67 (0,60)	93
14. Vědět, proč jsou výkony prováděny	4,57 (0,50)	100
15. Znat jména zdravotníků, kteří jsou zapojeni do péče o pacienta	3,27 (1,09)	33
16. Mít informace o tom, co pro pacienta mohu nyní udělat	4,67 (0,47)	100
17. Mít pocit přijetí ze strany zdravotnického personálu	4,20 (0,70)	83
18. Pomoci s péčí o pacienta	4,43 (0,62)	93
19. Mít někoho, kdo by se zajímal o mé zdraví	3,40 (1,11)	37
20. Být informován/a o lidech, kteří by mi nyní pomohli	3,60 (1,11)	60

Vyšší průměrná hodnota znamená větší důležitost potřeby na škále 1-5.

* - počet respondentů (v %), kteří označili danou potřebu jako důležitou nebo velmi důležitou.

s – směrodatná odchylka

Tabulka č. 11 znázorňuje průměrné hodnoty důležitosti potřeb, v rámci škály 1 – nedůležitá až 5 – velmi důležitá, a počet respondentů (v %), kteří danou potřebu považovali za důležitou nebo velmi důležitou. Z této tabulky plyne, že rodinní příslušníci uvedli jako svoji nejdůležitější potřebu „**cítit, že existuje naděje**“, v pořadí na druhém místě v celkovém hodnocení důležitosti potřeb se

umístily potřeby „cítit, že existuje naděje“ a „být ujištěn/a, že se pacientovi dostává té nejlepší možné péče“. Na pomyslném třetím místě skončila potřeba „dostat upřímné odpovědi na otázky“. Následně se, se shodným průměrem hodnot, umístily potřeby „být informován o změnách zdravotní stavu pacienta“, „znát pravděpodobný výsledek pacientovy nemoci“ a „mít informace o tom, co pro pacienta mohu nyní udělat“.

Za nejméně důležitou potřebu označili respondenti „znát jména zdravotníků, kteří jsou zapojeni do péče o pacienta“ a „mít někoho, kdo by se zajímal o mé zdraví“.

8.4.2 CELKOVÉ HODNOCENÍ NAPLNĚNOSTI POTŘEB RODINNÝCH PŘÍSLUŠNÍKŮ

Tabulka 12 – Celkové hodnocení naplněnosti potřeb rodinných příslušníků

Potřeby rodinných příslušníků dle dotazníku FIN	průměr (s)	n (%)*
1. Dostat upřímné odpovědi na otázky	1,30 (0,46)	30
2. Znat konkrétní údaje o prognóze pacienta	1,50 (0,63)	43
3. Mít pocit, že se zdravotníci o pacienta starají dobře	1,23 (0,50)	20
4. Být informován o změnách zdravotního stavu pacienta	1,17 (0,45)	13
5. Vědět přesně, co podstupuje	1,34 (0,48)	34
6. Vědět, jaké léčby se pacientovi dostává	1,17 (0,37)	17
7. Dostat vysvětlení, která jsou srozumitelná	1,50 (0,50)	50
8. Být informován o změnách plánu léčby (péče) v okamžiku, kdy k nim dochází	1,46 (0,50)	46
9. Cítit, že existuje naděje	1,53 (0,56)	50
10. Být ujištěn/a, že se pacientovi dostává té nejlepší možné péče	1,20 (0,40)	20
11. Znat příznaky nemoci či léčby	1,76 (0,43)	76
12. Vědět, kdy mohu očekávat výskyt příznaků	1,56 (0,50)	56
13. Znat pravděpodobný výsledek pacientovy nemoci	1,57 (0,49)	57
14. Vědět, proč jsou výkony prováděny	1,27 (0,44)	27
15. Znat jména zdravotníků, kteří jsou zapojeni do péče o pacienta	1,50 (0,50)	50
16. Mít informace o tom, co pro pacienta mohu nyní udělat	1,33 (0,47)	33
17. Mít pocit přijetí ze strany zdravotnického personálu	1,36 (0,48)	36
18. Pomoci s péčí o pacienta	1,46 (0,68)	36
19. Mít někoho, kdo by se zajímal o mé zdraví	1,82 (0,83)	55
20. Být informován/a o lidech, kteří by mi nyní pomohli	1,83 (0,69)	67

Vyšší průměrná hodnota znamená menší spokojenost se saturací dané potřeby (škála 1-3).

* - počet respondentů (v %) z celkového počtu 30 osob, kteří označili danou potřebu jako důležitou nebo velmi důležitou, a současně částečně naplněnou nebo nenaplněnou.

s – směrodatná odchylka.

Tabulka č. 12 zobrazuje hodnocení naplněnosti potřeb rodinných příslušníků kriticky nemocných pacientů. Počet respondentů (v %) uvádí ty, kteří dané potřeby označili jako důležité nebo velmi důležité a současně naplněné a nenaplněné.

Jako nejméně naplněnou potřebu respondenti označili „být informován/a o lidech, kteří by mi nyní pomohli“, „mít někoho, kdo by se zajímal o mé zdraví“, „znát příznaky nemoci či léčby“, „znát pravděpodobný výsledek pacientovy nemoci“, „vědět, kdy mohu očekávat výskyt příznaků“ a „cítit, že existuje naděje“. Naopak nejlépe saturovanými potřebami označili rodinní příslušníci „být informován o změnách zdravotního stavu pacienta“ a „vědět, jaké léčby se pacientovi dostává“.

8.4.3 HODNOCENÍ CELKOVÉHO SKÓRE DŮLEŽITOSTI A NAPLNĚNOSTI POTŘEB RODINNÝCH PŘÍSLUŠNÍKŮ

Tabulky č. 11 a č. 12 hodnotí významnost potřeb a spokojenost s jejich saturací u rodinných příslušníků kriticky nemocných pacientů hospitalizovaných na JIP, v rámci dvaceti položek dotazníku FIN. Celkové skóre důležitosti potřeb je v rozmezí hodnot 20–100, kdy vyšší číslo znamená větší důležitost potřeb. Celkové skóre saturace potřeb se pohybuje v rozmezí hodnot 0–60, přičemž vyšší číslo zde znamená větší nespokojenost se saturací daných potřeb.

Tabulka 13 – Celkové hodnocení důležitosti a saturace potřeb rodinných příslušníků

	n	skóre	sd
Důležitost potřeb	30	87,55	7,34
Naplněnost potřeb	30	19,71	6,07

sd – směrodatná odchylka

Tabulka č. 13 potvrzuje hypotézu **H₁**, v níž předpokládáme, že většina rodinných příslušníků kriticky nemocného pacienta hospitalizovaného na JIP při celkovém hodnocení **důležitosti** potřeb odpoví, že potřeby, uvedené v dotazníku FIN, jsou důležité (skóre bude vyšší než 60, přičemž v rozpětí 20–100 znamená větší číslo větší důležitost potřeb). Celkové skóre důležitosti potřeb je **87,55**, což je vyšší než 60. Tím byla **H₁ potvrzena**.

Dle tabulky č. 13 můžeme vyhodnotit i hypotézu **H₂**, ve které usuzujeme, že většina rodinných příslušníků kriticky nemocného pacienta při celkovém hodnocení **naplněnosti** potřeb odpoví, že jejich potřeby byly naplněné (skóre bude nižší než 30, přičemž v rozpětí 0–60 znamená menší číslo

větší spokojenost s naplněním potřeb). Celkové skóre naplněnosti potřeb je **19,71**, což je nižší než 30. Hypotéza **H₂** byla **potvrzena**.

Hypotéza **H₅** předpokládala, že tři čtvrtiny rodinných příslušníků pacienta vyjádří potřebu zapojit se do péče o jejich blízkého v kritickém stavu. Dle tabulky č. 11 celkem 93 % respondentů tuto potřebu považuje za důležitou a rádi by se do péče o svého příbuzného zapojili. Hypotéza **H₅** byla **potvrzena**. Zároveň tabulka č. 12 poukazuje na fakt, že 36 % respondentů tuto potřebu označilo za nenaplněnou či částečně naplněnou.

8.5 KVALITATIVNÍ VÝZKUM

Oslovila jsem celkem sedm blízkých členů rodiny pacienta aktuálně hospitalizovaného na JIP v kritickém stavu. Jeden subjekt (muž) rozhovor s omluvou odmítl, s rozhovorem souhlasilo šest subjektů (muž a pět žen). Přičemž ženy byly jasně vstřícnější a komunikativnější než muž. Rozhovor se skládal z předem připravených otevřených otázek a otázek, které vyplynuly během rozhovoru a podporovaly tak jejich slovní výpověď. Rozhovor probíhal na I. interní kardioangiologické klinice – oddělení Akutní kardiologie JIP ve Fakultní nemocnici v Hradci Králové, v uzavřené seminární místnosti, vsedě u stolu, mezi čtyřma očima, kdy respondent a tazatel seděli čelem k sobě. Pro navození důvěry a k uvolnění atmosféry jsem si před každým rozhovorem s daným respondentem nezávazně popovídala o jeho vztahu s hospitalizovaným pacientem, ujistila je o naprosté anonymitě a vysvětlila jim účel rozhovoru, potažmo účel výzkumného šetření. Rozhovory jsem zaznamenávala na diktafon. Následně jsem provedla jejich transkripci do protokolu (viz příloha č. 4–9, na s. 125–136). Převážná část dostupné literatury doporučuje univerzální a velmi efektivní analýzu získaných dat metodou otevřeného kódování. Zde uvedené otevřené kódování podhaluje jistá aktuální témata. Kódování se používá na samotná slova, stejně jako na odstavce v textu nebo i jednotlivé kapitoly. Hlavním cílem metody otevřeného kódování je důsledné a bezchybné rozkrytí daného textu (Švaříček a Šedřová, 2007, s. 211–222).

Abychom čtenáři pomohli lépe pochopit a přiblížit okolnosti jednotlivých případů, doplnili jsme každý rozhovor s rodinným příslušníkem i o stručné shrnutí závažnosti stavu pacienta (tzv. epikrizou).

Všechny rozhovory jsem pozorně pročítala a vyhledala jsem data, jež jsem následně seřadila do hlavních kategorií, ke kterým jsem v kontextu přiřazovala příslušné subkategorie.

8.5.1 STRUČNÝ OBSAH JEDNOTLIVÝCH ROZHovorŮ

RODINNÝ PŘÍSLUŠNÍK č. 1

Rodinným příslušníkem je 68letá žena, manželka pacienta, středoškolského vzdělání s maturitou, zdravotní sestra, nyní ve starobním důchodu. Respondentka je z počátku lehce nervózní, později klidná. Sedí opřená o židli, ruce položeny v klíně, občas si hladí prsty na ruku. Intonace čistá, přiměřeně hlasitá a výrazná. Tempo řeči pomalejší, přemýšlivé. Hovoří spisovnou češtinou, s nádechem hradeckého nářečí. Výskyt slovních parazitů. Kompletní přepis rozhovoru viz příloha č. 4, na s. 125.

Jak jste se dozvěděla o hospitalizaci člena Vaší rodiny (kdo Vás informoval, okolnosti – denní doba, místo, co jste právě dělala)?

Já jsem volala záchranku, takže přímo od paní doktorky, když ho odváželi. Respondentka dlouze hovoří o opakovaných vyšetřeních na Emergency, odkud jej opakovaně poslali domů, a při třetí návštěvě hospitalizaci odmítl. Už ve středu mu nebylo dobře, volala jsem ZZS. V tu dobu, když se to stalo, jsem zrovna snídala. Protože měl jet na krev, tak jel lačný. Bylo to ráno asi v 7:30. Nezazmatkovala jsem, volala jsem ZZS, dobře mi nebylo, ale tím, že jsem se spojila s tím operátorem, a on mně řekl, že nám posílá lékaře a manžel se nezhoršoval, tak jsem byla taková klidná, že bude v odborné péči.

Máte dostatek informací o nemocném (prognóze, diagnóze, možnostech úlevy od bolesti, péči o nemocného)? Uvítala byste je?

Určitě. O informace se aktivně zajímám. Dokonce když byl po operaci střev (ileus), tak mně pan doktor ráno volal, že v noci byl manžel na sále, kde mu operovali střeva, tak mi to aktivně volali oni, ocenila jsem to. Protože paní doktorka, když ho přijímala, tak nám dávala 50 % naděje, a samozřejmě po té operaci říkali, že se prognóza zhoršila, ale byla jsem ráda, že to vím.

Chcete se sama zapojit do péče o svého blízkého? Uvítala byste tuto možnost?

Jo, klidně, není problém. Třeba při hygieně bych se zapojit mohla. Pomocť posadit nebo pomocť polohovat nebo umýt.

Jak Vám mohou zdravotníci usnadnit Vaši nelehkou situaci? Co pro Vás mohou v této náročné situaci udělat?

No já myslím, že snad nic, že dělají maximum. Pro mě je důležité, že se díky nim cítí dobře manžel, že se mu věnují, že se snaží ho motivovat, nějak ho povzbudit. Pomáhá mi rodina, dcera a syn.

Co si nyní přejete ze všeho nejvíce? (v reálných rozměrech)

Ted' si přeju, aby ho vzali, jak to bude možné, na tu operaci (pozn. zanoření ileostomie), aby opravdu viděl, že to nejsou sliby. Samozřejmě aby se stav nezhoršil, protože nemáme úplně vyhráno a pak aby se mohl mobilizovat a aby se uzdravil, co to půjde.

70letý pacient přijat v dubnu 2018 pro progresi dušnosti s respirační insuficiencí – krátce po přijetí nutnost intubace, UPV. Příčinou stavu je kombinace srdečního selhání a respiračního infektu. Mírná oběhová nestabilita, přechodně CVVHD, nutnost opakované intermitentní dialýzy pro renální

selhání. Průběh komplikován rozvojem náhlé příhody břišní peroperačně nález nekrózy velké části střeva na podkladě neokluzivní ischemie při účinné antikoagulaci. Provedena resekce větší části tenkého střeva + pravostranná hemikolektomie, založení ileostomie. Postupně odpojen od UPV přes tracheostomii, která ponechána pro toaletu DC při hojnější sekreci. Obtížná péče o okolí ileostomie – kde iritace okolí stolicí s těžkou macerací, nutnost opakovaných převazů, přechod na parenterální výživu. Pacient opakovaně prodělal nozokomiální sepse. Přechodně dosaženo zlepšení stavu, RHB do sedu/stoje. V tomto období zanořena ileostomie, po operaci protrahovaný paralytický ileus, následně hnisavá komplikace v místě původní stomie s kolekcí v dutině břišní (drénováno). V dalším průběhu hospitalizace pacient dependentní na UPV, postupně vyčerpány rezervy nemocného, dochází k další progresi stavu (apatie, nespolupráce, celkové vyčerpání, progresse renální insuficience do anurie. Pacient byl na JIP hospitalizován celkem pět měsíců, v září 2018 přes veškerou péči dochází k progresi stavu, prognóza hodnocena jako jednoznačně nepříznivá, zemřel v přítomnosti manželky a dcery.

RODINNÝ PŘÍSLUŠNÍK č. 2

Rodinným příslušníkem pacienta je syn, 46letý muž, středoškolského vzdělání bez maturity. Respondent během rozhovoru působí unaveně, sahá si dlaní na obličej, mne si oči, lokty se opírá o stůl, posed je shrbený. Intonace čistá, tichá, nevýrazná. Působí smutně, smířeně. Hledá správná slova, přemýšlí, jak formulovat svoji myšlenku. Dělá si větší pauzy. Hovoří česky, bez přízvuku. Zmiňuje, že je chronicky nemocný, hodně odkázaný sám na sebe. Kompletní přepis rozhovoru viz příloha č. 5, na s. 127.

Jak jste se dozvěděl o hospitalizaci člena Vaší rodiny (kdo Vás informoval, okolnosti – denní doba, místo, co jste právě dělal)?

To mě informovali z domova důchodců, že si táta půjde lehnout sem (pozn. Plicní oddělení FN HK). Kvůli těm plicím, kvalita dýchání nula. A o tom převezení z plicního jsem se dozvěděl, když jsem potkal sestřičku z kardia, ta mně řekla, že už neleží tam, ale že už leží tady, že mám jít sem, na JIPku. Když mně informovali z domova důchodců o hospitalizaci táty, právě jsem ležel a odpočíval v pokoji. Bylo to nějak dopoledne. Mou první myšlenkou bylo, hlavně aby to něčemu pomohlo, aby to k něčemu bylo.

Máte dostatek informací o nemocném (prognóze, diagnóze, možnostech úlevy od bolesti, péči o nemocného)? Uvítal byste je?

Ano, měl jsem a mám dostatek informací. Všechno tady je v pořádku. Já nemám rád, když mně někdo dává falešné naděje třeba. Mám rád upřímnost ve všech směrech, jak v normálním životě, tak v nemoci.

Chcete se sám zapojit do péče o svého blízkého? Uvítal byste tuto možnost?

Ano, chtěl bych se zapojit. Bohužel mám zdravotní komplikace, které mně to neumožňují, ale kdyby to šlo, tak bych byl rád, kdyby mně personál řekl, co pro něj mohu udělat.

Jak Vám mohou zdravotníci usnadnit Vaši nelehkou situaci? Co pro Vás mohou v této náročné situaci udělat?

Já bych řekl, že to není jejich práce, pro mě něco dělat. Takové to hlazení po rameni a takové to, to bude dobré, je to nejhorsší, co může být, si myslím. Takové ty plané útěchy.

Co si nyní přejete ze všeho nejvíce? (v reálných rozměrech)

Abychom se s tátou ještě něčeho dožili, no. Abychom se ještě měli z čeho radovat.

74letý pacient přijat v květnu 2018 pro progredující dušnost smíšené etiologie – CHOPN, srdeční selhání, nasedající respirační infekce. Při kombinované léčbě (diuretika, antibiotika, bronchodilatancia, přechodně kortikoidy) přechodně zlepšené stavu s mírnou globální respirační insuficiencí. Vzhledem k anémii provedeno vyšetření GIT (gastro + koloskopie), kde zjištěna těžká segmentární kolitida s ulceracemi se spontánním krvácením, erytematózní pangastritida, soor jícnu. Po iniciálním zlepšení došlo ke zhoršení stavu, rozvoji febrilní, respirační insuficience, poruchy vědomí. Nutnost OTI a UPV. Provedena bronchoskopická toaleta DC (hnisavé sekrety). ATB, katecholaminy postupně v klesajícím trendu, parenterální výživa. V septickém stavu paroxysmus fibrilace síní. V dalším průběhu ještě opakovaně nutnost bronchoskopie (hlenové zátky). Zánětlivé parametry s poklesem, ventilační parametry nenáročné. Zhotovena tracheostomie. Postupně přes amentní stav odesedován, spolupracuje. Dodatečně histologicky z ulcerace céka zjištěn nízcce diferencovaný adenokarcinom. Pacient dobře spolupracující, snaživý, pro možnost enterální výživy zavedena NJS. Vzhledem k dosavadním komorbiditám a biologickému stavu (pokročilá CHOPN, pohyb na sedačce, žijící v domově seniorů) nejsou dlouhodobé prognostické vyhlídky příznivé, další léčba nebude významněji eskalována. V plánu překlad do NIP (následná intenzivní péče) Chrudim.

RODINNÝ PŘÍSLUŠNÍK č. 3

Rodinným příslušníkem je 35letá žena, praneteř pacientky, středoškolského vzdělání s maturitou, pracující jako zdravotní sestra na JIP, kde výzkum probíhal. Respondentka působí klidně, vyrovnaně. Při hovoru mírně gestikuluje rukama. Předloktím se opírá o stůl, posed aktivní. Intonace čistá, hlasitá a výrazná. Tempo řeči rychlé. Řeč melodická s přiměřeně dlouhými pauzami k zamyšlení. Hovoří česky s lehkým hradeckým přízvukem. Kompletní přepis rozhovoru viz příloha č. 6, na s. 128.

Jak jste se dozvěděla o hospitalizaci člena Vaší rodiny (kdo Vás informoval, okolnosti – denní doba, místo, co jste právě dělala)?

Volala mně to její neteř. Bylo to večer v 18:30, oblékla jsem se a hned jsem s manželem jela do nemocnice, věděli jsme, že ji odvezla záchranka, že má těžký infarkt, že jí dávají jedno procento na přežití a že ji vezou do FN HK. Tam jsem přímo dostala informace od doktora z katetrizace. Když jsem se to dozvěděla, dívala jsem se na televizi. Hrozně jsem se bála, protože jsem si dokázala představit, co všechno infarkt může způsobit. Pak jsem začala brečet, manžel mě hned začal uklidňovat.

Máte dostatek informací o nemocné (prognóze, diagnóze, možnostech úlevy od bolesti, péči o nemocnou)? Uvítala byste je?

Ano, mám dostatek informací. Chtěla jsem vědět vše. Ze začátku jsem za ní jezdila dvakrát denně, a na všechno jsem se ptala.

Chcete se sama zapojit do péče o svou blízkou? Uvítala byste tuto možnost?

Určitě. Vím, jak se do péče zapojit a pokud bych to nevěděla, zeptám se ošetřujícího personálu.

Jak Vám mohou zdravotníci usnadnit Vaši nelehkou situaci? Co pro Vás mohou v této náročné situaci udělat?

Ty první dny, když to bylo nejhorší, tak mně říkali (pozn. ostatní sestry – kolegyně pracující na této JIP), ať si ji neberu. Ulehčili mi to, že jsem na ten box vůbec nemusela chodit. Protože oni ji resuscitovali ještě dva dny po přijetí. Vytipuju si v práci někoho, koho chci, aby se o ni staral, a toho požádám, aby si ji vzal do péče. Moje přání je, aby ji měl na starost někdo, kdo je hodný a umí to s lidmi. Tím, že tam se mnou byl manžel, neměla jsem potřebu hledat oporu u zdravotníků.

Co si nyní přejete ze všeho nejvíce (v reálných rozměrech)?

Přeju si, aby se aspoň dostala domů do nějakého toho kvalitního života, aby se o sebe postarala. Ono jí to pálí, to je všechno super, přeji si, aby to bylo tak nějak jako předtím. Psychicky na to ona má.

78letá pacientka s anamnézou ICHS přijata v září 2018 po KPR pro akutní koronární syndrom. Při příjezdu posádky RLP spatřena zástava, prvním rytmem FiK, KPR celkem 25 minut, 3x výboj, OTI + UPV. Na EKG STEMI posterolaterálně + jizva přední stěny. Provedena PCI uzávěru ACD2 (1 prostý stent) – dominantní tepna. UZ srdce potvrzuje rozsáhlé aneurysma přední stěny a apexu, je těžká dysfunkce LK, bez chlopenních vad, EF 25–30 %. Zahájena řízená mírná hypotermie, přechodně oběhová nestabilita + 3. den hospitalizace komorové tachykardie se změnami na EKG. Indikována kontrolní koronarografie s identickým nálezem, při amiodaronu dále bez recidiv arytmii s minimální podporou katecholaminy. Pro rozvoj respiračního infektu přidána ATB, stále UPV. Pro trvající pasivitu provedena tracheostomie. Pacientka plně při vědomí, spolupracuje, aktivní, psychika zlepšena, bez známek komplikací, odpojována od UPV. Postupně se daří pacientku odpojit od UPV, odstraněna TSK, obnoven příjem per os, aktivně rehabilituje. Pacientka byla počátkem listopadu přeložena z JIP na standardní oddělení.

RODINNÝ PŘÍSLUŠNÍK č. 4

Rodinným příslušníkem je 76letá žena, manželka pacienta, vysokoškolského vzdělání. Respondentka působí rozpačitě, avšak upřímně. Z počátku spěchá, později se zklidní. Sedí opřena o opěradlo židle, ruce složeny v klíně, sepjaty. Nohy souběžně s osou těla, pokrčeny v kolenou. Sed je pasivní. Intonace lehce zastřená, přiměřeně hlasitá. Tempo řeči pomalejší se spoustou slovních parazitů. Dělá si pauzy k přemýšlení, následně vychrlí, co má na jazyku. Hovoří česky s lehkým přízvukem. Kompletní přepis rozhovoru viz příloha č. 7, na s. 130.

Jak jste se dozvěděla o hospitalizaci člena Vaší rodiny (kdo Vás informoval, okolnosti – denní doba, místo, co jste právě dělala)?

O jeho přijetí na kardiologii mě informovala lékařka. Potom ho převezli sem (pozn. JIP akutní kardiologie). Já jsem šla na návštěvu rovnou na kardiologii, jak tam chodím každý den, no a tam mně řekli, že byl převezen sem. Převáželi ho v dopoledních hodinách, asi v jedenáct, nebo tak. Když jsem se dozvěděla o jeho přijetí na kardiologii, byla jsem velmi ráda, že se nevrací do Jičína, že zůstává tady v Hradci. Brali jsme to tak, že tady je to dobré a nevrátí se do Jičína.

Máte dostatek informací o nemocném (prognóze, diagnóze, možnostech úlevy od bolesti, péči o nemocného)? Uvítala byste je?

Dcera říká, že až úplně vědět všechno nechce, teda dobré zprávy samozřejmě ano. Ale takové to váhání, že jednou to je dole, jednou to je lepší jednou horší, tak úplně všechno, raději ani nechceme vědět. Chceme vědět, co teda podstupuje, potom jaký to má výsledek. Já, jakmile je to horší, tak to doma nespím, že jo. V souvislosti s tím, a ještě nějakými dalšími věcmi беру teď ten prášek na zklidnění, a i na spaní.

Chcete se sama zapojit do péče o svého blízkého? Uvítala byste tuto možnost?

No já se většinou sestřiček ptám, některá sestřička by to nesnesla. Ale říkám, to jsou výjimky. Ale já bych se teď o něho v tomhle stavu, nemohla sama starat, to by mi on musel trochu aspoň pomoci. Ale myslím si, že když ho ošetřují, je zbytečné, abych chodila ven z boxu. Já nevím, proč to teda je, že musím opustit ten jeho pokoj.

Jak Vám mohou zdravotníci usnadnit Vaši nelehkou situaci? Co pro Vás mohou v této náročné situaci udělat?

No, to bych vůbec neřešila. Nemohou pro mě nic dělat. Mám dvě dcery, a pokud je něco, o čem chceme hovořit, tak pohovoříme. Nerada se svěřuji cizím lidem.

Co si nyní přejete ze všeho nejvíce (v reálných rozměrech)?

No, abychom už mohli přestat jezdit sem, a manžel byl doma.

75letý pacient přijat na konci září 2018 pro infekční endokarditidu. V květnu 2018 podstoupil bypass a vynucenou náhradu aortální chlopně, pooperační průběh velmi komplikovaný. V mezidobí jen částečná rehabilitace, opakovaně hospitalizován ve spádu pro krvácení do GIT s nutností hemosubstituce, zdroj nezjištěn. Hospitalizace komplikovány febrilním stavem s pozitivitou hemokultur, TEE bez známek pro IE, uzavíráno jako pneumonie a uroinfekt, přeléčen ATB. V září 2018 po plánované kontrole na kardiologii nutnost rehospitalizace (pleurální výpotek, elevace známek zánětu). Opět pozitivní hemokultury, vstupně TEE negativní, v kontrole nález objemných vegetací na aortální náhradě, indikován k reoperaci. Peroperačně nález zcela jednoznačný pro infekční endokarditidu, pozitivní PCR z excidované chlopně. Pooperační průběh opět velice komplikovaný (renální selhání, CVVHD, krvácení, open thorax), na chlopni reziduální paravalvární insuficience (konzervativně). Od přijetí léčen trojkombinací ATB. Extubován, pokračováno v podávání ATB a v podpůrné terapii (parenterální výživa). Rehabilitace vážně pro nízkou svalovou

sílu (neuromyopatie kriticky nemocných), pacient intermitentně amentní s nutností farmakologického tlumení. Hospitalizace komplikována opakovaným krvácením z GIT (enterorhagie) při postradiační kolitidě, ošetřeno endoskopicky. Opakovaně hemosubstituován. I přes léčbu dochází k dalšímu zhoršování stavu (kdy dominuje zejména progredující celková slabost, známky postupného vyčerpání, hypoventilace, progresse známek zánětu...), ATB empiricky eskalována. Na kontrolním TEE zjištěn progredující zánět na aortální bioprotéze (progrese paravalvární insuficience, infiltrát v okolí aortálního kořene s formujícím se abscesem). Nález není kauzálně řešitelný – progresse stavu i přes zavednou cílenou ATB terapii, pacient s ohledem na celkový stav a předchozí komplikované kardiochirurgické výkony není schopen další reoperace. Stav je celkově neřešitelný, léčebné možnosti jsou vyčerpány. Při zavedené léčbě stav dále progreduje. S rodinou opakovaně probírán stav pacienta a infaustní prognóza. Pacient v polovině října zemřel v přítomnosti rodiny.

RODINNÝ PŘÍSLUŠNÍK č. 5

Rodinným příslušníkem je 78letá žena, manželka pacienta, vzdělání středoškolské s maturitou. Respondentka z počátku napjatá, během rozhovoru dochází k jejímu uvolnění a zklidnění. Sedí aktivně, neopírá se o opěradlo židle, ruce položeny na kolenou, paže nataženy. Intonace čistá, přiměřeně hlasitá. Tempo řeči rychlé, chrlí, co má na jazyku. Hovoří česky bez přízvuku. Kompletní přepis rozhovoru viz příloha č. 8, na s. 133.

Jak jste se dozvěděl/a o hospitalizaci člena Vaší rodiny (kdo Vás informoval, okolnosti – denní doba, místo, co jste právě dělala)?

Já jsem zavolala záchranku, protože se manžel poslední tři dny hodně zhoršil. Bylo to ráno, okolo osmé hodiny, doma. Přijeli, ihned ho vyšetřili, dali mu nějakou injekci a odvezli ho sem. Já jsem si nedovedla představit, že je to tak vážné. Samozřejmě vynervovaná jsem byla, tak jsem volala, své sestře. Samozřejmě jsem miň jedla a pan doktor mně dal ten Neurol. Byla jsem unavená.

Máte dostatek informací o nemocném (prognóze, diagnóze, možnostech úlevy od bolesti, péči o nemocného)? Uvítala byste je?

Já mám skutečně dost informací, protože když náhodou něčemu nerozumím, tak teď je ten internet. A pak teda mám tu snachu (pozn. zdravotní sestra) a s tou to zas ještě konzultujeme.

Chcete se sama zapojit do péče o svého blízkého? Uvítala byste tuto možnost?

Já nejsem taková, že přijdu na návštěvu a nikoho se na nic nedotazuju, já toho zase chci vědět co nejvíc. Aktivně se zajímám a ty sestřičky opravdu mně ty informace podávají. Z mého hlediska je to perfektní všechno. Do péče o něj se ráda zapojím, jak jen budu moct.

Jak Vám mohou zdravotníci usnadnit Vaši nelehkou situaci? Co pro Vás mohou v této náročné situaci udělat?

Pokud je manžel tady v nemocnici, tak myslím, že není co, protože skutečně nevím, jak by mně měli jako ulevit. Já si teda myslím a doufám, že ta péče je maximální, takže nevím, co by. A zase bych je nechtěla zatěžovat mou osobou. Zatím jsem to zvládala s pomocí rodiny.

Co si nyní přejete ze všeho nejvíce (v reálných rozměrech)?

To největší moje přání je, aby manžel, opravdu už odezněla ta kritická situace, aby byl aspoň v rámci možností, aby přišel domů v tom stavu, v jakém předtím byl.

74letý pacient přijat na počátku října 2018 pro respirační insuficienci I. typu. Na RTG plic rozsáhlý pravostranný infiltrát a menší levostranný. Pro známky dekompenzace srdečního selhávání podána diuretika i.v. s hojnou diurézou a pro suspekci na pneumonii zahájena ATB terapie. Provedena bronchoskopie s obrazem intraalveolární hemoragie. Podáno 1500 j Oplexu (koagulační faktory) podáván dicynone a pamba (léky stavějící krvácení). Trvá delirantní stav. Pro rostoucí CRP, trvajících subfebrilie a horšení stavu (v.s. při recidivě alveolární hemoragie s nemožností vyloučení nasedlé infekce) eskalace ATB terapie. Pacient opakovaně na NIVP, s ohledem na biologický stav a špatnou prognózu stran Parkinsonovy nemoci není indikována UPV. Vzhledem k trvajícím delirantnímu stavu a nespolupráci pacienta, se lékaři s rodinou dohodli na překladi do LDN, kam byl pacient následně přeložen.

RODINNÝ PŘÍSLUŠNÍK č. 6

Rodinný příslušník je 77letá žena, manželka pacienta, vzdělání středoškolské s maturitou, zdravotní sestra, nyní ve starobním důchodu. O pacienta se trvale stará. Respondentka působí napjatě, ustaraně a roztržitě. Sedí na židli vzpřímeně, neopírá se, ruce složeny v klíně, žmoulá si prsty na rukou. Intonace je čistá, hovoří tiše, zamyšleně, tempo řeči pomalejší. Hovoří česky. Rozhovor značně emotivní. Během rozhovoru jsem několikrát nabyla dojmu, že hledá oporu ve zdravotnících. Na závěr našeho rozhovoru paní vyjádřila své poděkování a úlevu, díky možnosti popovídat si o jejím trápení. Kompletní přepis rozhovoru viz příloha č. 9, na s. 136.

Jak jste se dozvěděla o hospitalizaci člena Vaší rodiny (kdo Vás informoval, okolnosti – denní doba, místo, co jste právě dělala)?

Stalo se to tak, že normálně jsme byli doma a nezdál se mně zrovna moc v pořádku. Tak jsem se moc rozmýšlela, jestli mám zavolat tu záchranku, ale pak jsem to přeci jenom udělala. A tím se dostal do nemocnice. Bylo to doma, asi v 17:30 večer, v neděli. První myšlenka byla pro mě dost hrozná, bylo to pro mě takové odstrašující celé, špatné pocity, Pak jsem viděla, že jsem dobře udělala. Pociťovala jsem napětí, stres, a všechno. Prostě byla jsem rozechvělá, nebyla jsem to vůbec já.

Máte dostatek informací o nemocném (prognóze, diagnóze, možnostech úlevy od bolesti, péči o nemocného)? Uvítala byste je?

Mám, ano, včera se mnou pan doktor mluvil, dneska se mnou pan doktor mluvil zase. Myslím, že dělají maximum. Řekl mě, že i tahle noc bude už hodně, hodně kritická. Co je teď manžel v nemocnici, tak si na noc беру půlku Hypnogenu.

Chcete se sama zapojit do péče o svého blízkého? Uvítala byste tuto možnost?

Ano, jistě, to bych brala.

Jak Vám mohou zdravotníci usnadnit Vaši nelehkou situaci? Co pro Vás mohou v této náročné situaci udělat?

Já myslím, že v téhle situaci jen když s někým promluvíte a řekne vám i nesmyslně, že to bude dobré, a vy víte, že to úplně dobré nebude, ale prostě každý takový to jako potěšující slovo vám prostě udělá dobře, i když víte, že to třeba úplně není pravda.

Co si nyní přejete ze všeho nejvíce (v reálných rozměrech)?

Aby se tady z toho dostal, aby se mně ještě z té nemocnice vrátil. I když to je těžké.

86letý pacient s Alzheimerovou demencí přijat v polovině října 2018 pro bilaterální komunitní pneumonii doprovázenou delirantním stavem. Dle RTG infiltráty bilaterálně v terénu chronického intersticiálního onemocnění. Empiricky ATB pro suspekci na poruchu polykání s chronickými aspiracemi doplněna FEES (polykací akt), na které bez poruchy polykání. Dále zhoršení stavu, klinické známky sepse s elevací CRP, s eskalací ATB, NIPV netoleruje, zahájena Vysokofrekvenční trysková ventilace s efektem. S ohledem na biologický stav a špatnou prognózu stran Alzheimerovy

nemoci není indikována UPV. Vzhledem k trvajícím delirantním stavu a nespolupráci pacienta, se lékaři s rodinou dohodli na překladi do LDN, kam byl pacient následně přeložen.

8.5.2 PŘEHLED HLAVNÍCH KATEGORIÍ A SUBKATEGORIÍ

Všechny rozhovory jsem pozorně pročítala a hledala data, jež jsem následně seřadila do hlavních kategorií, ke kterým jsem dle kontextu přiřadila dané subkategorie v tabulkách.

1. KATEGORIE: HOSPITALIZACE ČLENA RODINY

SUBKATEGORIE: Zdroj informací o hospitalizaci člena rodiny

Dle četnosti odpovědí
sama volala ZZS
od neteře
od lékařky
od personálu DD

SUBKATEGORIE: Reakce příbuzného na hospitalizaci

Dle četnosti odpovědí
užívání anxiolytik/hypnotik
zklidnění po spojení s operátorem ZZS
strach a pláč
hlavně, aby to k něčemu bylo

SUBKATEGORIE: Okolnosti sdělení o hospitalizaci člena rodiny

Dle četnosti odpovědí
doma, večer
doma, ráno
doma, odpoledne
právě šla do nemocnice na návštěvu

2. KATEGORIE: POTŘEBA INFORMACÍ

SUBKATEGORIE: Pocit dostatečného množství

Dle četnosti odpovědí
Ano, mám dostatek informací
Ano, aktivně se zajímám
Ano, mám, opakovaně se mnou mluvil lékař

SUBKATEGORIE: Informace o prognóze

Dle četnosti odpovědí
chci vědět, co podstupuje a jaký to má výsledek
chci vědět co nejvíc, aktivně se dotazuje
chci slyšet, byť i nesmyslně, že to bude dobré
lékař mě informoval, byla jsem ráda
nemám rád falešné naděje, lepší je upřímnost

SUBKATEGORIE: Pocit kvalitní a bezpečné péče

Dle četnosti odpovědí
myslím, že dělají maximum všechno je perfektní
všechno je perfektní
chci, aby se o ni staral někdo hodný, kdo to umí s lidmi

3. KATEGORIE: POTŘEBA ZAPOJIT SE DO PÉČE

Dle četnosti odpovědí
ano
ano, hygienická péče, posadit, pomoci polohovat
ano, když ho ošetřují, nechci chodit ven z boxu

4. KATEGORIE: SOCIÁLNÍ OPORA

SUBKATEGORIE: Potřeba podpory ze strany zdravotníků

Dle četnosti odpovědí
je důležité, že se díky zdravotníkům cítí nemocný příbuzný dobře
nechce zdravotníky zatěžovat svojí osobou, není jejich práce pro mě něco dělat
potřebuje si s někým promluvit, slyšet naději, třebaže planou, potěšující slovo jí udělá dobře
nemohou pro ni udělat nic, nerada se svěřuje cizím lidem

SUBKATEGORIE: Osoba poskytující oporu

Dle četnosti odpovědí
oporou je rodina
hledá oporu ve zdravotnících
zvládá obtížné situace sám

5. KATEGORIE: PŘÁNÍ DO BUDOUCNA

SUBKATEGORIE: Největší přání

Dle četnosti odpovědí
aby odezněla kritická situace a nemocný příbuzný se vrátil domů, aspoň v předchozím stavu
aby se vrátil z nemocnice domů
aby se stav nezhoršil, mohl se mobilizovat a uzdravil se, co to půjde
aby se s pacientem něčeho dožil, a měli se spolu z čeho radovat

8.5.3 SOUHRNNÁ ANALÝZA SUBKATEGORIÍ

O hospitalizaci člena rodiny se oslovení rodinní příslušníci dozvěděli od zdravotníků nebo svých příbuzných. Nejčastěji však oni sami byli na místě události a volali zdravotnickou záchrannou službu (dále jen ZZS). Blízcí příbuzní na hospitalizaci nemocného člena rodiny v kritickém stavu reagovali stresem vyvolanými negativními emocemi, s následnou potřebou uvolnění emocí pláčem, anebo jejich farmakologickým potlačením, nejčastěji hypnotiky či anxiolytiky. U jednoho rodinného příslušníka došlo k mírnému uklidnění již po spojení se s operátorem ZZS, neboť se ujistil, že pomoc je na cestě. Doba, kdy se rodinní příslušníci dozvěděli o hospitalizaci jejich příbuzného, je značně rozličná, v poměrném zastoupení denní doby ranní, odpolední a večerní.

Potřebu informací o aktuálním zdravotním stavu vyjádřili rodinní příslušníci jako dostatečně saturovanou. Sami se o prognózu zajímají s vyjádřením naděje, pokud existuje. Vyjadřují se, že péče o jejich blízkého na JIP je kvalitní a bezpečná, přičemž jeden rodinný příslušník kriticky nemocného pacienta hospitalizovaného na JIP zdůraznil, že chce, aby se o jeho příbuzného staral empatický zdravotník.

Všichni rodinní příslušníci pacientů vyjádřili touhu a potřebu zapojit se do péče o svého nemocného příbuzného, přičemž jeden specifikoval, že chce být přítomen u hygienické péče, aby se naučil a odpozoroval správnou manipulaci s nemocným. Jiný rodinný příslušník uvedl, že se rád naučí a pomůže s hygienickou péčí, polohováním a případným posazováním. Všichni rodinní příslušníci vyjádřili touhu po vysvětlení a radě, jak se mohou zapojit do péče o jejich blízkého, od ošetřujících zdravotníků.

Rodinní příslušníci kriticky nemocných pacientů si potřebují s někým promluvit, slyšet naději a utěšující slovo. Někteří se snaží najít oporu u zdravotníků samých, jiní nechtějí zdravotníky svou osobou zatěžovat a tvrdí, že není prací zdravotníků pro rodinné příslušníky něco dělat. Nebo se nechtějí svěřovat cizím lidem a stačí jim myšlenka, že se jejich příbuzný hospitalizovaný na JIP cítí díky zdravotníkům dobře. Zvládnutí této psychicky náročné situace je pro samotné rodinné příslušníky obtížné, i proto mnoho rodinných příslušníků nachází oporu ve své nejbližší rodině a vyžadují mít někoho nablízku nebo užívají psychofarmaka. Někteří rodinní příslušníci i přes oporu v rodině hledají oporu ve zdravotnicích.

Naprostá většina rodinných příslušníků uvádí jako své největší přání návrat jejich nemocného příbuzného domů. Aby se jeho zdravotní stav více nezhoršil, ideálně alespoň navrátil do původního stavu. Jako přání do budoucna vyslovili mít společně ještě z něčeho radost.

9 DISKUSE

Cílem této práce bylo zjistit důležitost potřeb a jejich saturaci u blízkých členů rodiny pacienta aktuálně hospitalizovaného na JIP, v kritickém stavu.

Cíle, které byly stanoveny, jsou:

1. Zjistit, které potřeby rodinní příslušníci kriticky nemocného pacienta považují za důležité.
2. Zjistit, jsou-li tyto pro rodinné příslušníky důležité potřeby naplňovány a do jaké míry.
3. Zjistit, jak působí hospitalizace blízké osoby na psychiku rodinného příslušníka.

V empirické kvantitativní části výzkumu jsme použili dotazník FIN (viz kapitola 3.6), který byl v ČR standardizován v r. 2014 Bužgovou, a dosud použit v jedné disertační práci od Hajnové (2015) a jedné bakalářské práci od Kolářové (2017), s 28 respondenty. Obě práce byly zaměřeny na oblast paliativní péče, avšak lze jej použít pro porovnání, ve smyslu rozdílnosti i podobnosti, s potřebami rodinných příslušníků v intenzivní péči. Dotazník FIN Bužgová (2015) publikovala ve své knize Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních.

Dotazníkového šetření se zúčastnila převážná většina žen (83 %), nejvíce byli zastoupeni respondenti ve věku 50–59 let (27 %). Byly zastoupeny všechny stupně vzdělání, nejčastěji, z 60 %, se jednalo o vzdělání středoškolské s maturitou. Ve vztahu k nemocnému se nejčastěji jednalo o syna/dceru (celkem 37 %), dále o manžela/manželku (33 %). Z celkového počtu 30 respondentů, 97 % uvedlo, že již byli informováni o zdravotním stavu jejich rodinného příslušníka v kritickém stavu. Celkem 93 % respondentů bylo s podanými informacemi spokojeno nebo velmi spokojeno. 83 % respondentů informoval o zdravotním stavu jejich kriticky nemocného rodinného příslušníka lékař. Získané demografické údaje potvrzují data MZČR z roku 2014, že častěji hospitalizovanými pacienty pro kardiovaskulární onemocnění jsou muži, neboť nejčetnějšími respondenty byly manželky a dcery hospitalizovaných pacientů (Antošová et al, 2014, s. 48).

Při testování české verze dotazníku FIN Bužgovou v paliativní péči tvořilo výzkumný soubor 272 rodinných příslušníků, s průměrným věkem 56,5 let, ve věkovém rozpětí 26–89 let. V daném souboru byly nejčastěji zastoupeny ženy a lidé se středoškolským vzděláním (Bužgová, 2015, s. 119).

Je zde patrná jistá shoda s naším výzkumným souborem, avšak s podstatným rozdílem pouze 30 respondentů, a dále uplatněním v jiném odvětví ošetrovatelství, a to v intenzivní péči.

V souvislosti s výše uvedenými cíli jsme pracovali se sedmi předpoklady (hypotézami).

H₁ Většina rodinných příslušníků kriticky nemocného pacienta hospitalizovaného na JIP při celkovém hodnocení důležitosti potřeb odpoví, že potřeby uvedené v dotazníku FIN jsou důležité (skóre bude vyšší než 60, přičemž v rozpětí 20–100 znamená větší číslo větší důležitost potřeb). Tato hypotéza **H₁** byla **potvrzena**, celkové skóre důležitosti potřeb, dle tabulky č. 13, bylo **87,55**. Většina respondentů považovala potřeby testované dotazníkem FIN za důležité.

Z analýzy celkového hodnocení důležitosti potřeb dotazníku FIN (tabulka č. 11) vyplývá, že nejdůležitějšími potřebami, pro rodinné příslušníky, jsou „**mít pocit, že se zdravotníci o pacienta starají dobře**“, následně „**cítit, že existuje naděje**“ a „**být ujistěn/a, že se pacientovi dostává té nejlepší možné péče**“.

Jako nejméně důležité hodnotí respondenti potřeby „**znát jména zdravotníků, kteří jsou zapojeni do péče o pacienta**“ a „**mít někoho, kdy by se zajímal o mé zdraví**“. Z uvedeného je patrné, že veškerou svoji pozornost soustředí na pacienta, a své vlastní zdraví upozaďují.

Kolářová (2017) ve své práci, zaměřené na důležitost a naplněnost potřeb rodinných příslušníků pečujících o terminálně nemocné v domácí hospicové péči Hospice sv. Zdislavy, uvádí jako nejdůležitější potřebu „*mít informace o změnách ve zdravotním stavu*“, „*znát pravděpodobný výsledek nemoci*“, „*mít dobrý pocit z péče zdravotníků o pacienta*“, „*pomoci s péčí o pacienta*“ a „*vědět, proč jsou výkon prováděny*“. Jako nejméně důležitou potřebu uvádí „*vědět, kdy mohu očekávat výskyt příznaků*“. Zde můžeme porovnat rozdílnost potřeb rodin pacientů v akutním stavu oproti potřebám rodin pacientů terminálně nemocných.

Hajnová (2015) ve své disertační práci uvádí jako nejdůležitější potřebu rodinných příslušníků **ujistění o nejlepší možné péči pacienta**, což se shoduje i s výsledky našeho výzkumu v oblasti intenzivní péče.

H₂ Většina rodinných příslušníků kriticky nemocného pacienta při celkovém hodnocení naplněnosti potřeb odpoví, že jejich potřeby byly naplněné (skóre bude nižší než 30, přičemž v rozpětí 0-60 znamená menší číslo větší spokojenost s naplněním potřeb). Hypotéza **H₂** byla **potvrzena**, celkové skóre naplněnosti potřeb, jak uvádí tabulka č. 13, bylo **19,71**. Většina respondentů byla spokojena s naplněním potřeb, jež vnímali jako důležité.

Dle tabulky č. 12 rodinní příslušníci jako nejlépe saturovanou potřebu označili „**být informován o změnách zdravotního stavu pacienta**“ a „**vědět, jaké léčby se pacientovi dostává**“. Naopak jako nejméně saturované potřeby uvedli „**být informován/a o lidech, kteří by mi nyní pomohli**“, „**mít někoho, kdo by se zajímal o mé zdraví**“ a „**znát příznaky nemoci či léčby**“.

Kolářová (2017) v oblasti saturace důležitých potřeb uvádí, že respondenti označili jako nejlépe saturovanou potřebu „*mít pocit přijetí zdravotníky*“ a „*pomoc s péčí o pacienta*“. Naopak nejméně

saturovanými potřebami byly „*vědět, kdy mohu očekávat výskyt příznaků*“, „*mít někoho, kdo má zájem o mé zdraví*“, „*znát údaje o prognóze*“, „*mít informace o lidech, kteří by mi pomohli*“, „*cítit naději*“ a „*mít dobrý pocit z péče zdravotníků*“. Zde je patrná shoda desaturace potřeb **být informován/a o lidech, kteří by mi nyní pomohli, mít někoho, kdo by se zajímal o mé zdraví a znát příznaky nemoci či léčby** v rámci paliativní i intenzivní péče. A dále pozorujeme rozdíl těchto dvou oborů v nejvíce saturovaných potřebách.

Hajnová (2015) uvádí, že jako nedostatečně saturované vnímali rodinní příslušníci potřeby **naděje a informace o prognóze**. Tyto potřeby, dle tabulky č. 12, patřily k méně saturovaným potřebám i v oboru intenzivní péče.

Fridriksdottir (2006) při porovnání akutní a paliativní péče na Islandu uvádí, že potřeby uvedené v dotazníku FIN byly více naplněny v podmínkách specializované paliativní péče než v rámci intenzivní péče. A potřeby partnerů byly naplněny více než potřeby ostatních rodinných příslušníků. Pro potvrzení či vyvrácení této teorie nemáme v našem výzkumu dostatek dat z obou uvedených oborů.

H₃ Tři čtvrtiny rodinných příslušníků kriticky nemocného pacienta přikládá největší důležitost doméně 4 – komfort pacienta. Hypotéza H₃ byla **potvrzena**. Z tabulky č. 9 vyplývá, že za nejdůležitější doménu si respondenti zvolili **doménu 4 – komfort pacienta**, skóre **96,63**, a zároveň se dle tabulky č. 10 jedná o nejvíce saturovanou potřebu, se skóre **10,75**.

Kolářová (2017) potvrzuje, že i v paliativní péči je pro příbuzné terminálně nemocného pacienta nejdůležitější doména 4 – komfort pacienta, se skóre **87,95**. Naplněna je tato doména, v paliativní péči, se skóre **18,75**. V tom se potřeby rodinných příslušníků v paliativní péči a intenzivní péči shodují. Ve srovnání skóre dotazníku FIN v rámci paliativní a intenzivní péče, je patrné, že **větší důraz na komfort pacienta kladou rodinní příslušníci právě v intenzivní péči a mají větší pocit saturace této potřeby**.

H₄ Třetina rodinných příslušníků kriticky nemocného pacienta odpoví, že jako nejméně saturovaná ze strany zdravotníků byla doména 3 – podpora. Hypotéza H₄ byla **potvrzena**. Dle tabulky č. 10 je podpora skutečně hodnocena jako nejméně saturovaná potřeba, se skóre **27,36**. Doména 3 – podpora však byla hodnocena jako nejméně důležitá, dle tabulky č. 9, se skóre **76,32**, což může poukazovat na skutečnost, že **rodinní příslušníci upozadují své vlastní potřeby a prioritní jsou pro ně potřeby kriticky nemocného pacienta**.

Ze souhrnné analýzy subkategorií, provedené v rámci kvalitativního výzkumu, se rodinní příslušníci kriticky nemocných pacientů vyjádřili, že se někteří snaží **najít oporu u zdravotníků**

samých, jiní **nechtějí zdravotníky svou osobou zatěžovat**, nebo se **nechtějí svěřovat cizím lidem**. A naopak, někteří rodinní příslušníci **i přes oporu v rodině hledají oporu ve zdravotnících**.

Kolářová (2017) naopak v paliativní péči popisuje doménu 3 – podpora, ze všech domén jako nejlépe saturovanou, se skóre **17,33**, ale rovněž nejméně důležitou, se skóre **81,38**. Při srovnání uvedených hodnot a porovnáním obou oborů, jak paliativní, tak intenzivní péče, je názorné, že **potřeba podpory rodinných příslušníků je lépe saturována v paliativní péči a sami rodinní příslušníci v paliativní péči ji považují za více důležitou než rodinní příslušníci v intenzivní péči**.

Seifertová (2017) vypracovala návrh doporučení pro klinickou praxi na identifikaci potřeb pro podporu rodin a blízkých příbuzných pacientů ve vigilním kómatu.

Krejchichová (2013) uvádí, že v přístupu a při jednání s příbuznými mají zdravotníci velké rezervy ve zlepšení svého chování. Příbuzné chce více chápat jako partnery v péči o nemocné a uvádí, že je zapotřebí výrazně zlepšit komunikaci s nimi.

H₅ Tři čtvrtiny rodinných příslušníků pacienta vyjádří potřebu zapojit se do péče o jejich blízkého v kritickém stavu. Hypotéza **H₅** byla **potvrzena**. Odpověď nám přinesla položka č. 18 **Pomoci s péčí o pacienta**, z dotazníku FIN (s. 72). Z celkového počtu 30 respondentů považovalo tuto potřebu za důležitou nebo velmi důležitou 28 lidí (93 %). Avšak saturována byla tato potřeba pouze u 18 respondentů (64 %).

V souhrnné analýze subkategorií, provedené v rámci kvalitativního výzkumu, **všichni rodinní příslušníci pacientů vyjádřili touhu a potřebu zapojit se do péče** o svého kriticky nemocného příbuzného. **Chtějí být přítomni u hygienické péče, aby se naučili a odpozorovali správnou manipulaci s nemocným.** Další vyjádřili **potřebu naučit se a pomoci s hygienickou péčí, polohováním a případným posazováním.** Všichni rodinní příslušníci vyjádřili **touhu po vysvětlení a radě**, jak se mohou zapojit do péče o jejich blízkého, **od ošetřujících zdravotníků.**

Kolářová (2017), ve stejné položce dotazníku FIN v rámci paliativní péče, uvádí, že potřebu pomoci s péčí o pacienta považovalo za důležitou nebo velmi důležitou 93 % subjektů, při celkovém počtu 28 respondentů. Tato potřeba byla saturována u 85 % respondentů.

Ve srovnání paliativní a intenzivní péče v otázce zapojení se rodinných příslušníků do péče o jejich nemocného blízkého je patrná **stejná důležitost v každém z těchto oborů.** **Rozdíl je patrný v saturaci** dané potřeby, kdy potřeba pomoci s péčí o pacienta je mnohem **více saturována v paliativní péči.** Zde spatřujeme jistý **nedostatek v oboru intenzivní péče** a **možnost rozvoje** v rámci **proaktivní komunikace a práce s rodinou** kriticky nemocného pacienta.

H₆ Pro většinu rodinných příslušníků pacienta aktuálně hospitalizovaného na JIP je velmi důležitá potřeba sociální opory. Hypotéza **H₆** byla **vyvrácena**. Dle tabulky č. 9 potřebu podpory v doméně 3 označili respondenti za nejméně důležitou ze všech domén. To svědčí o skutečnosti, že v dané situaci myslí blízcí příbuzní na svého kriticky nemocného více než na sebe. Tím mohou trpět desaturací vlastních, byť i základních biologických potřeb.

V konečném důsledku může být narušena jejich schopnost efektivně plnit roli sociální opory pro pacienta. Podpora rodiny je důležitá pro rodinu samotnou, stejně tak pro jejich nemocného příbuzného (Bužgová, 2015, s. 123).

Jako nejdůležitější potřeby v doméně 3 – podpora, uvedli respondenti, dle tabulky č. 5, potřeby „cítit, že existuje naděje“, „mít informace o tom, co pro pacienta mohu nyní udělat“, „pomoci s péčí o pacienta“ a „mít pocit přijetí ze strany zdravotnického personálu“.

Naopak provedené rozhovory v kvalitativní část našeho výzkumu, a zejména souhrnná analýza subkategorií, by mohla hypotézu **H₆ potvrdit**. Respondenti uvedli, že **zvládání psychicky náročné situace**, v kontextu kriticky nemocného pacienta, **je pro samotné rodinné příslušníky obtížné**. I proto **mnoho rodinných příslušníků nachází oporu ve své nejbližší rodině a vyžadují mít někoho nablízku, nebo užívají psychofarmaka**.

Rozkol v kvantitativní a kvalitativní části výzkumu může být vysvětlen v osobním přístupu při rozhovorech, kdy si respondent více uvědomuje vlastní osobnost a vlastní já, neboť je na něho upřena veškerá pozornost, oproti strohému, příliš formálnímu vyplňování strojového dotazníku.

Vyvrácení této hypotézy potvrzuje, v péči o terminálně nemocné a za použití stejného dotazníku FIN, i Kolářová (2017).

Němcová (2017) se ve své práci zaměřuje specificky na spánkovou deprivaci u příbuzných pacientů v kritickém stavu. Uvádí, že z celkového souboru 113 respondentů, 81 příbuzných pociťuje potíže se spánkem.

H₇ Většina rodinných příslušníků pacienta v kritickém stavu odpoví, že jejich potřeba informací (doména 1 a 2) byla naplněna. Hypotéza **H₇** byla **vyvrácena**. Vysoké skóre v doméně 1 a 2 – informace, v tabulce č. 10, svědčí o nedostatečné saturaci potřeby informací. Z doménového skóre, uvedeného v tabulce č. 10, je patrné, že hůře saturovanou byla doména 2 – Informace o léčbě a péči. Z této domény 2, pak nejméně saturovanými byly potřeby „znát příznaky nemoci či léčby“, „znát pravděpodobný výsledek pacientovy nemoci“ a „vědět, kdy mohu očekávat výskyt příznaků“.

V rámci souhrnné analýzy subkategorií kvalitativního výzkumu, tedy rozhovorů s respondenty, se dotyční vyjádřili, že potřebu informací o aktuálním zdravotním stavu mají dostatečně saturovanou.

Touto potřebou se, v rámci dotazníku FIN, zabývá doména 1 – Základní informace, která byla lépe saturovanou než doména 2 – Informace o léčbě a péči.

Kolářová (2017) udává, že nejméně naplněnou doménou v potřebách rodin terminálně nemocných pacientů, byla doména 2 – informace o léčbě a péči. A z této domény pak nejméně saturovanými potřebami „vědět, kdy mohu očekávat výskyt příznaků“, „znát příznaky nemoci či léčby“ a „znát pravděpodobný výsledek nemoci“.

Srovnání paliativní a intenzivní péče se v otázce informací prakticky neliší.

Kvalita péče může být měřena rozsahem naplněných potřeb, kdy naplnění potřeb rodiny může být využito jako důležitý indikátor kvality poskytované péče. Rodinní příslušníci mají nenaplněné potřeby v mnoha oblastech, jak ukazují výzkumy (Fridriksdottir et al., 2006).

Rodinní příslušníci jsou často pojímáni jen jako spolupracovníci se zdravotním týmem, přestože výsledky mnoha výzkumů jednoznačně potvrzují, že i rodina by měla být v rámci péče o pacienta podporována. Pečovatelé by měli být vnímáni i jako lidé, kteří péči potřebují, nejen jako zdroj podpory pro pacienta. Schopnost rodinných příslušníků postarat se o nemocného člena rodiny závisí i na tom, kolik podpory se dostane samotným rodinným příslušníkům. Pokud zdravotníci vnímají rodinného příslušníka pouze jako spolupracovníka v péči o nemocného, mají menší ochotu se zaměřit na podporu rodinného příslušníka (Bužgová, 2015, s. 116).

Slabiny našeho výzkumného šetření spatřujeme v relativně malé skupině respondentů, o celkovém počtu 30 osob, rozšíření sledované skupiny však leží zcela mimo rozsah bakalářské práce. Přesto vyšší vypovídající hodnotu by měla studijní skupina s vyšším počtem osob. Během vyplňování dotazníků, i během rozhovorů s rodinnými příslušníky, jsme se setkali i s odmítnutím případných respondentů, jejich neochotě účastnit se na výzkumu. Což je zcela pochopitelné, vzhledem k psychickému rozpoložení a nelehké životní situaci, v níž se aktuálně potenciální respondenti nacházeli. Nutno podotknout, že se výzkumného šetření zúčastnili především subjekty vstřícné, ochotné se zapojit do spolupráce se zdravotníky. Není zde zahrnuta skupina respondentů, jež své postoje negují a nejsou ochotni ke spolupráci se zdravotníky.

Výzkum byl zaměřen pouze na jednu JIP se specifickým zaměřením v péči o kardiologické pacienty. Během výzkumného šetření jsme se potýkali s i provozními problémy na dané JIP, zejména v letních měsících. Dále s občasným nedostatkem pacientů vyžadujících resuscitační péči (na UPV či po KPR).

ZÁVĚR

S neustále se rozvíjejícím moderním ošetrovatelstvím je kladen stále větší důraz na potřeby pacientů, stejně tak i na potřeby jejich rodinných příslušníků. Proaktivní komunikace, aktivní vyhledávání a včasná saturace potřeb, mohou zamezit vzniku mnoha nepříjemných konfliktů mezi pacienty, jejich rodinami a zdravotníky.

Teoretická část práce byla zaměřena na přiblížení prostředí intenzivní péče, vysvětlení významu rodiny pro kriticky nemocného na JIP, zdůraznění potřeb rodinných příslušníků pacienta v akutním stavu a objasnění důležitosti komunikace s rodinou pacienta v ohrožení života hospitalizovaného na JIP. Pro srovnání se zahraničím uvádím i přehled dosavadních výzkumů, zaměřených na potřeby rodin pacientů, kteří se nalézali v kritickém stavu.

V empirické části práce byla zvolena kombinace kvantitativního a kvalitativního výzkumného šetření. V kvantitativní části byl použit standardizovaný dotazník FIN (*Family Inventory Needs*), jenž je primárně určen pro oblast paliativní péče. Byl však vytvořen na podkladě dotazníku CCFNI (*Critical Care Family Inventory Needs*), jenž je určen právě pro oblast intenzivní péče. Dosud neexistuje český překlad dotazníku CCFNI, proto jsme pro účely našeho výzkumu zvolili dotazník FIN, který byl již v českém prostředí ověřen Bužgovou (2015). Kvalitativní část zahrnuje šest rozhovorů s rodinnými příslušníky kriticky nemocných pacientů aktuálně hospitalizovaných na JIP. Otázky byly zvoleny k navázání kontaktu a postupnému uvolnění respondenta, s cílem zjistit jeho emoční rozpoložení a potřebu sociální opory. Z odpovědí respondentů je patrné, že všichni měli potřebu podílet se na péči o jejich blízkého, kriticky nemocného, příbuzného, avšak tato potřeba nebyla vždy naplněna. Toto tvrzení podpořily i výsledky dotazníkového šetření. V oblasti sociální opory z rozhovorů vyplynula skutečnost, že rodinní příslušníci zanedbávají sebe samé, nemyslí tolik na své potřeby, například na potřebu zdraví, ale jejich prioritou je komfort, bezpečí a potřeby kriticky nemocného pacienta, jejich blízkého příbuzného. Stejně závěry vyplynuly i z dotazníkového šetření. Většina rodinných příslušníků hledá oporu v jejich nejbližší rodině, někteří užívají psychofarmaka a najdou se i tací, co se snaží svou potřebu podpory saturovat prostřednictvím zdravotnických pracovníků.

Tato práce ozřejmila stanovené cíle. Prokázala, které potřeby považují rodinní příslušníci kriticky nemocného pacienta za důležité, jsou-li naplňovány a do jaké míry. Stejně tak poukázala na skutečnost, jak hospitalizace blízké osoby působí na psychiku rodinného příslušníka.

Po bližším nahlédnutí do potřeb rodinných příslušníků pacientů a jejich naplnění na JIP je zřejmé, že zvolené téma by si zasloužilo větší hloubku výzkumu, než umožňuje rozsah jedné bakalářské práce. Proto by bylo vhodné zvážit detailnější výzkum, například v rámci diplomové práce. Také by mohlo být zajímavé sledovat dané rodinné příslušníky kriticky nemocného pacienta ve vývoji v čase. Jak se vyvíjely jejich potřeby a zdravotní stav v souvislosti s aktuálním stavem jejich příbuzného. Rovněž by v praxi mohlo být zajímavé srovnání saturace potřeb rodinných příslušníků na jednotlivých JIP vyššího typu v rámci celé Fakultní nemocnice v Hradci Králové. Dále by bylo vhodné zvážit, i přes větší časovou náročnost a horší dostupnost respondentů, rozšíření kvalitativní části výzkumu. Díky rozhovorům jsme měli možnost přímo reagovat na aktuální potřeby rodinných příslušníků a pokusit se o jejich včasnou saturaci. Respondenti měli příležitost lépe vyjádřit své potřeby a pocity, jakož i více se soustředit na svoji osobu.

Stále spatřujeme velký potenciál možnosti zlepšení kvality péče o pacienty i jejich příbuzné ve větší edukaci zdravotníků, zejména všeobecných sester, v oblasti proaktivní komunikace s rodinami pacientů, aktivním vyhledávání jejich potřeb, s jejich včasnou saturací.

ANOTACE

Autor:	Denisa Rumíšková
Instituce:	Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové Oddělení ošetrovatelství
Název práce:	Potřeby rodin pacientů a jejich naplnění na JIP
Vedoucí práce:	Mgr. Veronika Gigalová
Počet stran:	137
Počet příloh:	9
Rok obhajoby:	2019
Klíčová slova:	potřeby rodin v intenzivní péči, intenzivní péče, komunikace s příbuznými, sociální opora, dotazník FIN

Bakalářská práce se zabývá potřebami rodin pacientů a jejich naplněním na JIP, nahlíží na rodinné příslušníky, v pojetí holismu, jako na potenciální pacienty. Teoretická část je zaměřena na intenzivní péči, význam rodiny pro kriticky nemocného pacienta, potřeby rodinných příslušníků a komunikaci s nimi v oblasti intenzivní péče, stejně tak na potřebu sociální opory. Informuje o aktuálních výzkumech zabývajících se potřebami rodin v intenzivní péči, v České republice a zahraničí. Empirická část kombinuje kvantitativní s kvalitativním výzkumným šetřením. Pro účely práce byl použit standardizovaný dotazník FIN (*Family Inventory Needs*), který byl vytvořen na základě dotazníku CCFNI (*Critical Care Family Inventory Needs*). Ten dosud není dostupný v českém překladu. Výzkum probíhal na jedné JIP interního, kardioangiologického zaměření. Cílem našeho výzkumu je ozřejmit, které potřeby považují rodinní příslušníci kriticky nemocného pacienta za důležité, jsou-li naplňovány a do jaké míry. Rozhovory se snaží objasnit, jak hospitalizace blízké osoby působí na psychiku rodinného příslušníka. Velký potenciál je v možnostech působení zejména všeobecných sester. Jejich vstřícnost, proaktivní komunikace, aktivní zjišťování a saturace potřeb, mohou značně ovlivnit případné negativní dopady dané události na všechny zúčastněné.

ANNOTATION

Autor: Denisa Rumišková
Institution: Charles University in Prague
Faculty of Medicine in Hradec Králové, Departement of Social Medicine
Division of Nurisng
Title: The needs of the patient's family and their fulfillment at the ICU

Supervisor: Mgr. Veronika Gigalová
Number of pages: 137
Number of attachments: 9
Year of defense: 2019
Keywords: family needs, intensive care, communication with relatives, social support, FIN questionnaire

The bachelor thesis deals with the needs of the patient's family members, in conception of holism, as a potential patients. The theoretical part focuses on intensive care, importance of the family for critically ill patient, needs of family members and communication with them in field of intensive care, as well as need of social support. It gives us information of actual researches focused on needs of families in intensive care field, throughout Czech republic as well as abroad. The empirical part combines quantitative with qualitative research. In intention of this thesis was used standardised questionnaire FIN (*Family Inventory Needs*), what was set on base of CCFNI (*Critical Care Family Inventory Needs*) questionnaire. There is not a czech translation available up to now. The research was accomplished at one ICU of internal cardioangiology branch. The aim of our research is to clarify which needs are important for family members of critically ill patient and degree of their fulfilment. Interviews are trying to clarify how hospitalisation of the closest relatives affect to a psyche of the family member. Great potential lies in influence of nurses especially. Their helpfulness, proactive communication, active detection and saturation of needs, may significantly affect potential negative impacts of the incident to all participants.

POUŽITÁ LITERATURA A PRAMENY

ADAMS et al. *Nurses' communication with families in the intensive care unit – a literature review*. *Nursing in Critical Care*. 2017, 22 (2), p. 70–71. ISSN 13621017.

ÅGREN, Susanna. *The health promoting conversations intervention for families with a critically ill relative: A pilot study*. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2019, 50, p. 103–110. ISSN 09643397.

ANDRYSEK, Oskar et al. *Mluv se mnou: kniha o vzájemné komunikaci pacientů, jejich blízkých, lékařů a sester*. 1. vydání. Praha: Maxdorf, 2011. 147 s. ISBN 978-80-7345-257-5.

ANTOŠOVÁ, Danuše et al., *Zpráva o zdraví obyvatel České republiky*. Praha: MZČR, 2014. 157 s. Dostupné z WWW:
<http://www.szu.cz/uploads/documents/czsp/aktuality/Cesi_ziji_dele_ale_trapi_je_civilizacni_nemoci/Zprava_o_zdravi_obyvatel_CR_.pdf>

BARTŮNĚK, Petr, Dana JURÁSKOVÁ, Jana HECZKOVÁ a Daniel NALOS. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2016. 712 s. ISBN 978-80-247-4343-1.

BUŽGOVÁ, Radka. *Dotazníky pro hodnocení potřeb pacientů a rodinných příslušníků v paliativní péči*. Manuál pro uživatele české verze dotazníku pro hodnocení potřeb pacientů (PNAP) a rodinných příslušníků (FIN). Ostravská univerzita, 2014. Dostupné z WWW:
<<http://dokumenty.osu.cz/lf/uom/uom-publikace/manual-dotazniku.pdf>>

BUŽGOVÁ, Radka. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. 1. vydání. Praha: Grada, 2015. 168 s. ISBN 978-80-247-5402-4.

ČERNÁ, Renata. *Aktuální etické otázky intenzivní péče*. *Postgraduální medicína*. 2016, č. 5, s. 110-115. ISSN 1212-4184.

DAY Alex et al. *Sleep, anxiety and fatigue in family members of patients admitted to the intensive care unit: a questionnaire study*. *Critical Care (London, England)*. 2013, 17 (3), R91. ISSN 1466609X.

DRÁBKOVÁ, Jarmila, CHENÍČEK, Jaromír, NEKOLA, Jaroslav a Jiří POKORNÝ. *Urgentní medicína*. 1. vydání. Praha: Galén, 2017. 123 s. ISBN: 9788074923227.

HAJNOVÁ, Erika. *Identifikace potřeb pacientů a rodinných příslušníků v paliativní péči v souvislosti s kvalitou života*. Ostrava, 2015. Doctoral theses, Dissertations. University of Ostrava, Faculty of Medicine. Thesis supervisor PhDr. Radka Bužgová, Ph.D.

HOLLMAN-FRISMAN, Gunilla. *Health-promoting conversations – A novel approach to families experiencing critical illness in the ICU environment*. Journal of Clinical Nursing. 2018, 27 (3-4), p. 631–639. ISSN 13652702.

HONZÁK, Radkin. *Komunikační pasti v medicíně: praktický manuál komunikace lékaře s pacientem*. 2. doplněné vydání. Praha: Galén, 1999. 165 s. ISBN 80-7262-032-0.

HSIAO, Ping-ru et al. *Family needs of critically ill patients in the emergency department*. International Emergency Nursing. 2017, 30, p. 3–8. ISSN 1755599X.

KALOCSAI, Csilla. *"It's better to have three brains working instead of one": a qualitative study of building therapeutic alliance with family members of critically ill patients*. BMC Health Services Research. 2018, 18 (1). ISSN 14726963.

KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1. vydání. Praha: Grada, 2007. 350 s. ISBN 978-80-247-1830-9.

KHALAILA, Rabia. *Meeting the needs of patients' families in intensive care units*. Nursing Standard, 2014, 28 (43), s. 37-44. ISSN 00296570.

KOLÁŘOVÁ, Hana. *Potřeby rodinných příslušníků a jejich naplnění v domácí hospicové péči Hospice sv. Zdislavy*. Olomouc, 2017. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Cyrilometodějská teologická fakulta.

KREJBICHOVÁ, Kateřina. *Potřeby příbuzných geriatrických pacientů hospitalizovaných na Koronární jednotce*. Brno, 2013. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta.

FRIDRIKSDOTTIR, Nanna, SIGURDARDOTTIR, Valgerdur a Sigrídur GUNNARSDOTTIR. *Important needs of families in acute and palliative care petting assessed with the Family Inventory of Needs*. Palliative Medicine. 2006, 20 (4), s. 425–432. ISSN: 02692163.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících*. 1. vydání. Praha: Portál, 2015. 316 s. ISBN 978-80-262-0911-9.

KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2009. 176 s. ISBN 978-80-247-2713-4.

MAREŠ, Jiří et al. *Sociální opora u dětí a dospívajících I*. 2. vydání. Hradec Králové: Nucleus, 2001. 151 s. ISBN 80-86225-19-4.

MAREŠ, Jiří et al. *Sociální opora u dětí a dospívajících II*. 1. vydání. Hradec Králové: Nucleus, 2002. 188 s. ISBN 80-86225-25-9.

MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Posuzování stavu zdraví a ošetrovatelská diagnostika: v moderní ošetrovatelské praxi*. 1. vydání. Praha: Grada, 2014. 192 s. ISBN 978-80-247-5376-8.

NĚMCOVÁ, Martina. *Potřeby rodin pacientů v intenzivní péči*. Brno, 2017. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce Andrea Pokorná.

O'CONNOR, Margaret a Sanchia ARANDA. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. 1. české vydání. Praha: Grada, 2005. 324 s. ISBN 80-247-1295-4.

PŘIBYL, Hugo. *Lidské potřeby ve stáří*. 1. vydání. Praha: Maxdorf, 2015. 96 s. ISBN 978-80-7345-437-1.

RUSINOVÁ, Kateřina, KUKAL, Jaromír, ŠIMEK, Jiří a Vladimír ČERNÝ. *Limited family members/staff communication in intensive care units in the Czech and Slovak Republics considerably increases anxiety in patients' relatives – the DEPRESS study*. BioMed Central Psychiatry, 2014, vol. 14: s. 21-25. ISSN 1471244X.

SEIFERTO VÁ, Tereza. *Potřeby rodin pacientů ve vigilním kómatu*. Brno, 2017. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce doc. PhDr. Andrea Pokorná, Ph.D.

ŠAMÁNKOVÁ, Marie. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu*. 1. vydání. Praha: Grada, 2011. 134 s. ISBN 978-80-247-3223-7.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Jaroslava KRÁLOVÁ. *Základní otázky komunikace: komunikace (nejen) pro sestry*. 1. vydání. Praha: Galén, 2009. 135 s. ISBN 978-80-7262-599-4.

ŠPIRUDOVÁ, Lenka. *Doprovázení v ošetrovatelství I: pomáhající profese, doprovázení a systém podpor pro pacienty*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2015. 143 s. ISBN 978-80-247-5710-0.

TOMOVÁ, Šárka a Jana KŘIVKOVÁ. *Komunikace s pacientem v intenzivní péči*. 1. vydání. Praha: Grada, 2016. 134 s. ISBN 978-80-271-0064-4.

WHITE, Ann et al. *Sestra a urgentní stavy*. 1. české vydání. Praha: Grada, 2008. 549 s. ISBN 978-80-247-2548-2.

ZADÁK, Zdeněk a Eduard HAVEL. *Intenzivní medicína na principech vnitřního lékařství*. 2. doplněné a přepracované vydání. Praha: Grada, 2017. 448 s. ISBN 978-80-271-0282-2.

ZACHAROVÁ, Eva. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2016. 121 s. ISBN 978-80-271-0156-6.

Zásady a principy pro přijímání pacientů na pracoviště intenzivní péče, 2015 [online]. ČSIM. [cit. 2018-10-15]. Dostupné z: <<http://csim.cz/dokument/zapis-z-jednani-vyboru-csim-32015/>>

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 – Pohlaví	48
Graf 2 – Věk	49
Graf 3 – Vzdělání	50
Graf 4 – Vztah k nemocnému	51
Graf 5 – Informace o zdravotním stavu	52
Graf 6 – Spokojenost s informacemi	53
Graf 7 – Kdo Vás informoval o zdravotním stavu příbuzného	54
Graf 8 – Hodnocení důležitosti potřeb rodinných příslušníků v položce 1	55
Graf 9 – Hodnocení naplnění potřeb rodinných příslušníků v položce 1	55
Graf 10 – Hodnocení důležitosti potřeb rodinných příslušníků v položce 2	56
Graf 11 – Hodnocení naplnění potřeb rodinných příslušníků v položce 2	56
Graf 12 – Hodnocení důležitosti potřeb rodinných příslušníků v položce 3	57
Graf 13 – Hodnocení naplnění potřeb rodinných příslušníků v položce 3	57
Graf 14 – Hodnocení důležitosti potřeb rodinných příslušníků v položce 4	58
Graf 15 – Hodnocení naplnění potřeb rodinných příslušníků v položce 4	58
Graf 16 – Hodnocení důležitosti potřeb rodinných příslušníků v položce 5	59
Graf 17 – Hodnocení naplnění potřeb rodinných příslušníků v položce 5	59
Graf 18 – Hodnocení důležitosti potřeb rodinných příslušníků v položce 6	60
Graf 19 – Hodnocení naplnění potřeb rodinných příslušníků v položce 6	60
Graf 20 – Hodnocení důležitosti potřeb rodinných příslušníků v položce 7	61
Graf 21 – Hodnocení naplnění potřeb rodinných příslušníků v položce 7	61
Graf 22 – Hodnocení důležitosti potřeb rodinných příslušníků v položce 8	62
Graf 23 – Hodnocení naplnění potřeb rodinných příslušníků v položce 8	62
Graf 24 – Hodnocení důležitosti potřeb rodinných příslušníků v položce 9	63
Graf 25 – Hodnocení naplnění potřeb rodinných příslušníků v položce 9	63
Graf 26 – Hodnocení důležitosti potřeb rodinných příslušníků v položce 10	64
Graf 27 – Hodnocení naplnění potřeb rodinných příslušníků v položce 10	64
Graf 28 – Hodnocení důležitosti potřeb rodinných příslušníků v položce 11	65
Graf 29 – Hodnocení naplnění potřeb rodinných příslušníků v položce 11	65
Graf 30 – Hodnocení důležitosti potřeb rodinných příslušníků v položce 12	66
Graf 31 – Hodnocení naplnění potřeb rodinných příslušníků v položce 12	66
Graf 32 – Hodnocení důležitosti potřeb rodinných příslušníků v položce 13	67

Graf 33 – Hodnocení naplněnosti potřeb rodinných příslušníků v položce 13	67
Graf 34 – Hodnocení důležitosti potřeb rodinných příslušníků v položce 14.....	68
Graf 35 – Hodnocení naplněnosti potřeb rodinných příslušníků v položce 14.....	68
Graf 36 – Hodnocení důležitosti potřeb rodinných příslušníků v položce 15.....	69
Graf 37 – Hodnocení naplněnosti potřeb rodinných příslušníků v položce 15	69
Graf 38 – Hodnocení důležitosti potřeb rodinných příslušníků v položce 16.....	70
Graf 39 – Hodnocení naplněnosti potřeb rodinných příslušníků v položce 16.....	70
Graf 40 – Hodnocení důležitosti potřeb rodinných příslušníků v položce 17.....	71
Graf 41 – Hodnocení naplněnosti potřeb rodinných příslušníků v položce 17	71
Graf 42 – Hodnocení důležitosti potřeb rodinných příslušníků v položce 18.....	72
Graf 43 – Hodnocení naplněnosti potřeb rodinných příslušníků v položce 18	72
Graf 44 – Hodnocení důležitosti potřeb rodinných příslušníků v položce 19.....	73
Graf 45 – Hodnocení naplněnosti potřeb rodinných příslušníků v položce 19	73
Graf 46 – Hodnocení důležitosti potřeb rodinných příslušníků v položce 20.....	74
Graf 47 – Hodnocení naplněnosti potřeb rodinných příslušníků v položce 20	74

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 – Maslowova pyramida potřeb z roku 1943	24
---	----

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 – Hodnocení důležitosti potřeb rodinných příslušníků v doméně 1 – základní informace	75
Tabulka 2 – Hodnocení naplněnosti potřeb rodinných příslušníků v doméně 1 – základní informace	75
Tabulka 3 – Hodnocení důležitosti potřeb rodinných příslušníků v doméně 2 – informace o léčbě a péči	76
Tabulka 4 – Hodnocení naplněnosti potřeb rodinných příslušníků v doméně 2 – informace o léčbě a péči	76
Tabulka 5 – Hodnocení důležitosti potřeb rodinných příslušníků v doméně 3 – podpora.....	77
Tabulka 6 – Hodnocení naplněnosti potřeb rodinných příslušníků v doméně 3 – podpora.....	77
Tabulka 7 – Hodnocení důležitosti potřeb rodinných příslušníků v doméně 4 – komfort pacienta...78	
Tabulka 8 – Hodnocení naplněnosti potřeb rodinných příslušníků v doméně 4 – komfort pacienta.78	
Tabulka 9 – Hodnocení důležitosti potřeb rodinných příslušníků v doménách FIN dotazníku.....	79
Tabulka 10 – Hodnocení naplněnosti potřeb rodinných příslušníků v doménách FIN dotazníku	79
Tabulka 11 – Celkové hodnocení důležitosti potřeb rodinných příslušníků	81
Tabulka 12 – Celkové hodnocení naplněnosti potřeb rodinných příslušníků	82
Tabulka 13 – Celkové hodnocení důležitosti a saturace potřeb rodinných příslušníků	83

PŘÍLOHY

Příloha č. 1	Souhlas s dotazníkovým šetřením – náměstkyně FN HK
Příloha č. 2	Souhlas s dotazníkovým šetřením vrchní sestry – I. interní kardioangiologické klinika FN HK
Příloha č. 3	Dotazník FIN
Příloha č. 4	Přepis rozhovoru 1
Příloha č. 5	Přepis rozhovoru 2
Příloha č. 6	Přepis rozhovoru 3
Příloha č. 7	Přepis rozhovoru 4
Příloha č. 8	Přepis rozhovoru 5
Příloha č. 9	Přepis rozhovoru 6

Příloha č. 1

Vážená paní
Mgr. Dana Vaňková
Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči
Sokolská 581
500 05 Hradec Králové - Nový Hradec Králové

V Hradci Králové 7. 2. 2018

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření ve Fakultní nemocnici Hradec Králové

Vážená paní magistro,

Dovolujeme si Vás požádat o povolení výzkumného šetření ve Vaší nemocnici, jež by mělo být součástí závěrečné bakalářské práce studentky Denisy Rumiškové, narozené 6. 6. 1988, posluchačky 2. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, prezenční formy, Lékařské fakulty UK v Hradci Králové.

Cílem této práce je zhodnocení naplnění potřeb rodinných příslušníků pacientů, kteří jsou hospitalizováni na JIP. Rozpoznání problémů a nenaplněných potřeb rodinných příslušníků při zvládání této náročné životní situace.

Výzkumné šetření bude provedeno formou dobrovolného anonymního dotazníku vždy s jedním rodinným příslušníkem pacienta, který je aktuálně hospitalizovaný na JIP Akutní kardiologie. Plánujeme oslovit 25 blízkých příbuzných. Dotazník je přiložen k žádosti. Dotazníkové šetření bychom chtěly doplnit několika rozhovory s blízkým příbuzným pacienta.

Výzkum bude prováděn ve Vaší nemocnici, na JIP I. interní kardioangiologické kliniky.

Závěrečná práce je zpracována pod odborným vedením Mgr. Veroniky Gigalové, asistentky Oddělení ošetrovatelství Lékařské fakulty UK v Hradci Králové.

Výsledky šetření Vám rádi poskytneme.

Prosíme o sdělení Vašeho rozhodnutí.

S pozdravem

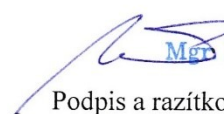
Denisa Rumišková
Myjavská 691
696 74 Velká nad Veličkou
denisarumiskova@seznam.cz

Mgr. Veronika Gigalová
Asistent oddělení ošetrovatelství
Ústav sociálního lékařství
Lékařská fakulta UK v Hradci Králové
Šimkova 870
500 03 Hradec Králové
Tel.: 495 816 420

Vyjádření vedení instituce:

- Souhlasím
 Nesouhlasím


Datum:


Mgr. Dana Vaňková
Podpis a razítko

FAKULTNÍ NEMOCNICE
náměstkyně pro ošetr. péči
500 05 Nový Hradec Králové

Příloha č. 2

Potvrzení o výzkumu v rámci závěrečné/seminární práce ve Fakultní nemocnici Hradec Králové

Příjmení a jméno studenta:	Rumíšková Denisa
datum narození:	6. 6. 1988
adresa bydliště:	Myjavská 691, 696 74 Velká nad Veličkou
telefonní kontakt	732 914 345
e-mail:	denisarumiskova@seznam.cz
Název školy, fakulta, katedra:	Lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Hradci Králové
Studijní program, Studijní obor / ročník:	Všeobecná sestra prezenční bakalářské studium 2. ročník
Typ práce (bakalářská, diplomová, absolventská, seminární):	Bakalářská práce
Téma:	Potřeby rodinných příslušníků a jejich naplnění na JIP
Jméno vedoucího práce:	Mgr. Veronika Gígalová
Skupina respondentů / předpokládaný počet:	rodinní příslušníci pacienta, aktuálně hospitalizovaného na JIP / 25 osob
Klinika - pracoviště, kde bude výzkum prováděn:	I. interní kardiologická klinika
Metodika výzkumu:	smíšený (dotazník + rozhovory)
Období výzkumu (od – do):	18. 6. - 31. 12. 2018
<u>Souhlas pracoviště, kde bude výzkum prováděn</u>	
Jméno: Blanka Taufmanová	
Pozice: vrchní sestra	
Razítko a podpis:	

Tímto dávám souhlas s poskytnutím svých osobních údajů v rozsahu podkladů pro účely administrace odborné praxe ve smyslu zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů.

.....
Vedoucí práce Mgr. Veronika Gígalová

.....
Studentka Denisa Rumíšková

Příloha č. 3

Vážená paní, vážený pane,

jmenuji se Denisa Rumíšková a jsem studentkou 2. ročníku bakalářského studia na Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Hradci Králové, obor Všeobecná sestra. Chtěla bych Vás touto cestou poprosit o vyplnění dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce, která se zabývá potřebami rodinných příslušníků závažně nemocného pacienta. Tento dotazník je zcela anonymní a dobrovolný. Veškeré údaje, které vyplníte, budou použity pouze pro zpracování mé bakalářské práce.

Předem děkuji za pravdivé odpovědi a za Váš čas, který si na vyplnění dotazníku najdete. Vyplněný dotazník vložte, prosím, do připravené obálky u sester.

Denisa Rumíšková

ČÁST I. - Demografické a identifikační údaje

Každou otázku si pozorně přečtěte a zaškrtnete z nabídnutých možností odpověď dle Vašeho uvážení. Při vyplňování dotazníku označte křížkem odpověď ☒.

1. Jaké je Vaše pohlaví?

- muž
- žena

2. Kolik je Vám let?

- méně než 30 let
- 30–39 let
- 40–49 let
- 50–59 let
- 60–69 let
- 70–79 let
- 80 a více let

3. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- základní
- středoškolské bez maturity/vyučen
- středoškolské s maturitou
- vyšší odborné
- vysokoškolské

4. Ve vztahu k nemocnému jste:

- manžel/manželka
- druh/družka
- syn/dcera
- sourozenec
- jiné

otočte

5. **Žádal/a jste informace o zdravotním stavu Vašeho rodinného příslušníka?**

- ano
 ne

6. **Byl/a jste spokojen/a s podanými informacemi?**

- velmi spokojen/a
 spokojen/a
 ani spokojen/a, ani nespokojen/a (prosím uveďte konkrétně na poslední straně)
 nespokojen/a (prosím uveďte konkrétně na poslední straně)
 velmi nespokojen/a (prosím uveďte konkrétně na poslední straně)

7. **Kdo Vás informoval o zdravotním stavu Vašeho rodinného příslušníka?**

- lékař
 sestra
 lékař i sestra
 jiné:

ČÁST II. - Dotazník FIN – měření potřeb rodinných příslušníků

© Linda Kristjansonová (1995)

© Česká verze: Radka Bužgová (2014)

Níže je uveden seznam potřeb, které byly zaznamenány členy rodiny pacientů se závažným onemocněním. Prosím ohodnoťte, **jak je pro Vás každá položka důležitá**, a to body od **0** do **5** podle vaší současné situace. Pokud pro vás daná položka není vůbec důležitá, ohodnoťte ji 0 body, pokud je pro vás velmi důležitá, tak 5 body. Pokud je to někde mezi, ohodnoťte ji body od 0 do 5 podle toho, jak je pro vás důležitá.

U položek, které jste označili jako důležitou nebo velmi důležitou (tedy čísla 4 nebo 5) uveďte, zda cítíte tuto potřebu v současné době naplněnou, částečně naplněnou nebo nenaplněnou. První řádek je uveden jako vzor.

Cítím, že potřebuji:	Hodnocení: nedůležité velmi 1 2 3 4 5 důležité	Cítím, že je tato oblast v současné době: Odpovězte pouze u položek, které jste ohodnotili hodnotou 4 a 5.
VZOR: <i>1. Dostat na své otázky upřímné odpovědi.</i>	1 2 3 4 (5)	naplněna – (částečně) – nenaplněna
1. Dostat na své otázky upřímné odpovědi.	1 2 3 4 5	naplněna – částečně – nenaplněna
2. Znat konkrétní údaje týkající se jeho/její prognózy.	1 2 3 4 5	naplněna – částečně – nenaplněna
3. Mít pocit, že odborníci se o něho/ni starají dobře.	1 2 3 4 5	naplněna – částečně – nenaplněna

Cítím, že potřebuji:	Hodnocení: nedůležité velmi důležité 1 2 3 4 5	Cítím, že je tato oblast v současné době: Odpovězte pouze u položek, které jste ohodnotili hodnotou 4 a 5.
4. Být informován o změnách jeho/jejího zdravotním stavu.	1 2 3 4 5	naplněna – částečně – nenaplněna
5. Vědět přesně, co podstupuje.	1 2 3 4 5	naplněna – částečně – nenaplněna
6. Vědět, jaké léčby se mu/jí dostává.	1 2 3 4 5	naplněna – částečně – nenaplněna
7. Dostat vysvětlení, která jsou srozumitelná.	1 2 3 4 5	naplněna – částečně – nenaplněna
8. Být informován o změnách v plánu léčby (péče) v okamžiku, kdy k nim dochází.	1 2 3 4 5	naplněna – částečně – nenaplněna
9. Cítit, že existuje naděje.	1 2 3 4 5	naplněna – částečně – nenaplněna
10. Být ujištěn/a, že se mu/jí dostává té nejlepší možné péče.	1 2 3 4 5	naplněna – částečně – nenaplněna
11. Znat příznaky, které může léčba či nemoc způsobit.	1 2 3 4 5	naplněna – částečně – nenaplněna
12. Vědět, kdy se dá očekávat výskyt příznaků.	1 2 3 4 5	naplněna – částečně – nenaplněna
13. Znat pravděpodobný výsledek jeho/její nemoci.	1 2 3 4 5	naplněna – částečně – nenaplněna
14. Vědět, proč se pro něho/ni dělá to či ono.	1 2 3 4 5	naplněna – částečně – nenaplněna
15. Znat jména zdravotníků, kteří jsou zapojeni do péče o něho/ni.	1 2 3 4 5	naplněna – částečně – nenaplněna
16. Mít informace o tom, co pro něho/ni mohu nyní udělat.	1 2 3 4 5	naplněna – částečně – nenaplněna
17. Mít pocit přijetí ze strany zdravotnického personálu.	1 2 3 4 5	naplněna – částečně – nenaplněna
18. Pomoci s péčí o něho/ni.	1 2 3 4 5	naplněna – částečně – nenaplněna
19. Mít někoho, kdo by se zajímal o mé zdraví.	1 2 3 4 5	naplněna – částečně – nenaplněna
20. Být informován/a o lidech, kteří by mi nyní pomohli.	1 2 3 4 5	naplněna – částečně – nenaplněna

otočte

1. ROZHOVOR

V jakém příbuzenském vztahu k nemocnému jste?

Jsem jeho manželka. Bývala jsem zdravotní sestrou, takže si to všechno dokážu poměrně dobře představit.

Jak jste se dozvěděla o hospitalizaci člena Vaší rodiny? (kdo Vás informoval, okolnosti – denní doba, místo, co jste právě dělala)

Já jsem volala záchranku, takže přímo od paní doktorky, když ho odváželi. Řekla mi, že bude v Hradci, netušila jsem, že pojedou přímo sem, na JIPku. Ale dcera, protože tady pracuje, ho sháněla na Emergency, on se mezi tím ještě snad zhoršil, takže jeli přímo sem. Takže v podstatě jsem měla informace už ze záchranky, od paní doktorky z té rychlé pomoci.

Stalo se to tak, že on asi dva měsíce měl těžké příznaky selhávání srdce, vzhledem k tomu, že tomu dost rozumím, tak jsme byli asi třikrát na Emergency, kde mu dali infúze a poslali ho domů, nic víc. Že se má objevit u svého obvodního lékaře. No tam přijel, ten si to přečetl, akorát jednou ho poslal na diabetologii, jenže to bylo hned myslím poprvé. Sháněli jsme lékaře, který by ho vzal, což je největší problém, sehnat odborníka, který vás vezme. Za druhé nás objednali za měsíc a půl. Při třetí návštěvě na Emergency odmítl hospitalizaci, a to mě teda rozzlobilo. Protože čekal, že bude slavit sedmdesátiny, a on to odmítl, že je celá rodina svolaná. Já jsem mu říkala, podívej se, to by se všechno zařídilo, ale on prostě ne. V pátek ji odmítl a v pondělí měl jít na kontrolu k lékaři, to přišel, ale doktor mu sdělil, že už nemá místo, že ho nepřijme, a ať přijde další týden ve čtvrtek. Už ve středu se mě manžel ptal, jestli s ním nepojedu. Asi mu už nebylo dobře. Ale už mezitím chodil po zahradě, očividně mu už nebylo dobře, došel si na záchod, a sednul do auta, a uprostřed dvora na mě zahoukal z auta, že mu je hrozně špatně. A já říkám „Tak víš co, tak voláme ZZS, když ti není dobře.“ A to už muselo být, když už přiznal, že mu není dobře. Přijeli, a on zas, že se mu udělalo líp, tak vstal z auta, já jsem mu říkala, neřeš to, už jsou zavolání. Paní doktorka mu změřila tlak, to nevím, kolik byl. Saturaci měl 73 %, takže jasně, že byl unavený. A řekli, jedeme do Hradce, protože byl po operaci toho srdíčka, tak já jsem říkala někde nějaký Jičín, ne prostě, musí být Hradec, kde o něm mají všechny lékařské informace.

V tu dobu, když se to stalo, jsem zrovna snídala. Protože měl jet i na krev, tak jel lačný. Bylo to ráno asi v 7:30.

V první chvíli, jak zahoukal, jsem byla rozzlobená, protože jsem si říkala, co zase zapomněl. Protože to se stávalo, že každou chvíli zahoukal, že něco zapomněl. Jenže když jsem přišla a viděla ho, asi jsem nezazmatkovala, volala jsem ZZS, dobře mi nebylo, ale tím, že jsem se spojila s tím operátorem, a on mně řekl, že nám posílá lékaře a manžel se nezhoršoval, tak jsem byla taková klidná, že bude v odborné péči. Že konečně se už asi bude něco dít, protože vím, že když přijede sanitka na Emergency, tak je to o něčem jiném, než když přijedete vy, jako pacient tam do čekárny. Berou to úplně jinak.

Máte dostatek informací o nemocném? (prognóze, diagnóze, možnostech úlevy od bolesti, péči o nemocného) Uvítala byste je?

Určitě. O informace se aktivně zajímám. Dokonce, když byl po operaci střev, to bylo pět dnů od jeho přijetí, tak mně pan doktor ráno volal, že v noci byl manžel na sále, kde mu operovali střeva a že se plánuje další den. Tak to mi aktivně volali oni. Ocenila jsem to, protože paní doktorka, když ho přijímala, tak nám dávala 50 % naděje, a samozřejmě po té operaci říkali, že se prognóza zhoršila, ale byla jsem ráda, že to vím. Ty informace byly pro mě velmi důležité, i s tím, že udělali ileostomii. Ta původně měla být doživotně, ale pan doktor to udělal tak, aby to mohli zanořit zpět, takže se zdá, že to pro něj bude psychicky snazší. Oni to ty chlapi špatně snášejí. Protože mě připadá, že se chlapi za nemoc stydí, jako za své selhání. Přitom je to nemoc.

Chcete se sama zapojit do péče o svého blízkého? Uvítala byste tuto možnost?

Jo, klidně, není problém. Třeba při hygieně bych se zapojit mohla. Jsem sice zdravotní sestra, ale už deset let v důchodu, takže všechny ty přístroje už neovládám, ale pomoci posadit, nebo pomoci polohovat, nebo umýt, to určitě ano. S tím počítáme.

Jak Vám mohou zdravotníci usnadnit Vaši nelehkou situaci? Co pro Vás mohou v této náročné situaci udělat?

No já myslím, že snad nic, že dělají maximum. Pro mě je důležité, že se díky nim cítí dobře manžel, že se mu věnují, že se snaží ho motivovat, nějak ho povzbudit. V televizi sleduje to, co ho zajímá. On se tomu snaží psychicky odolávat, ale někdy se na něj musí zhurta. A v tomhle poslechne víc dceru než mě, protože já jsem spousta věcí, za těch let, vzdávala, ve smyslu dohadovat se s ním stále, že tohle nemá jít, a že tohle mu škodí. Při každém jídle se s ním nebudu hádat, jsem s ním celý den. V některých věcech jsem rezignovala.

Co si nyní přejete ze všeho nejvíce? (v reálných rozměrech)

Ted' si přeju, aby ho vzali, jak to bude možné, na tu operaci (pozn. zanoření ileostomie), aby opravdu viděl, že to nejsou sliby. Samozřejmě, aby se stav nezhoršil, protože nemáme úplně vyhráno, a pak aby se mohl mobilizovat, a aby se uzdravil, co to půjde. Já už pevně věřím, že se to podaří. Protože tady pro to všichni dělají všechno možné, a snad i on, no a my se taky snažíme.

2. ROZHOVOR

V jakém příbuzenském vztahu k nemocnému jste?

Jsem syn.

Jak jste se dozvěděl o hospitalizaci člena Vaší rodiny? (kdo Vás informoval, okolnosti – denní doba, místo, co jste právě dělal)

To mě informovali z domova důchodců, že si táta půjde lehnout sem (pozn. FN HK). Kvůli těm plícím, kvalita dýchání nula. A o tom převezení z plicního jsem se dozvěděl, když jsem potkal sestřičku z kardia, ta mně řekla, že už neleží tam, ale že už leží tady, že mám jít sem, na JIPku.

Když mně volali z domova důchodců, o hospitalizaci táty, právě jsem ležel a odpočíval, v pokoji. Bylo to nějak dopoledne. Věděl jsem, vzhledem k jeho předchozímu zdravotnímu stavu, že jeho hospitalizace je nutná. Já to neberu, jakože nějak „ježíš marjá to je nemocnice“, ale už jako součást života. Mou první myšlenkou bylo, hlavně aby to něčemu pomohlo, aby to k něčemu bylo.

Máte dostatek informací o nemocném? (prognóze, diagnóze, možnostech úlevy od bolesti, péči o nemocného) Uvítal byste je?

Ano, měl jsem a mám dostatek informací. Všechno tady je v pořádku. Jako víte co, vždycky najdete v životě nějakého „vysíráka“ jo, to docela znám, jaké to pak je. Všichni nebudou nikdy spokojení. A jako já říkám, co by jako chtěli? V určitých věcech se nedá nic dělat.

Já nemám rád, když mně někdo dává falešné naděje třeba. Mám rád upřímnost ve všech směrech, jak v normálním životě, tak v nemoci.

Chcete se sám zapojit do péče o svého blízkého? Uvítal byste tuto možnost?

Ano, chtěl bych se zapojit. Bohužel mám zdravotní komplikace, které mně to neumožňují, ale kdyby to šlo, tak bych byl rád, kdyby mně personál řekl, co pro něj mohu udělat.

Jak Vám mohou zdravotníci usnadnit Vaši nelehkou situaci? Co pro Vás mohou v této náročné situaci udělat?

Já bych řekl, že to není jejich práce, pro mě něco dělat. Takové to hlazení po rameni, a takové to, to bude dobré, je to nejhroší, co může být, si myslím. Takové ty plané útěchy.

Co si nyní přejete ze všeho nejvíce? (v reálných rozměrech)

Abychom se s tátou ještě něčeho dožili, no. Abychom se ještě měli z čeho radovat.

3. ROZHOVOR

V jakém příbuzenském vztahu k nemocné jste?

Jsem její praneteř. Jsme si velmi blízké.

Jak jste se dozvěděl/a o hospitalizaci člena Vaší rodiny? (kdo Vás informoval, okolnosti – denní doba, místo, co jste právě dělal/a)

Volala mně to neteř. Bylo to večer v 18:30, oblékla jsem se a hned jsem s manželem jela do nemocnice, s tím, že jsem neteři hned řekla, že jí dám vědět, až všechno zjistím. Neteř věděla, od příbuzných, že ji odvezla záchranka, že má těžký infarkt, že jí dávají jedno procento na přežití, a že ji vezou do FN HK. Tam jsem přímo dostala informace od doktora z katetrizace. Ona už ležela na katlabu (pozn. oddělení intervenční kardiologie), kde jsem ji viděla poprvé. Doktor tam ještě sepisoval zprávu.

Když jsem se to dozvěděla, dívala jsem se na televizi. Hrozně jsem se bála, protože jsem si dokázala představit, co všechno infarkt může způsobit. Pak jsem začala brečet, manžel mě hned začal uklidňovat, ať nebrečím, že ještě nic nevíme a pak už jsem byla klidnější.

Mojí první myšlenkou byla představa, jak je napojená na „větrák“ (pozn. přístroj k umělé plicní ventilaci) a všechny ty přístroje.

Máte dostatek informací o nemocné? (prognóze, diagnóze, možnostech úlevy od bolesti, péči o nemocnou) Uvítala byste je?

Ano, mám dostatek informací. Chtěla jsem vědět vše. Ze začátku jsem za ní jezdila dvakrát denně, a na všechno jsem se ptala. Nebo mi i holky volali, jak to s ní vypadá (pozn. zpovídaná osoba pracuje jako zdravotní sestra přímo na zdejší JIP).

Chcete se sama zapojit do péče o svou blízkou? Uvítala byste tuto možnost?

Určitě. Víím, jak se do péče zapojit a pokud bych to nevěděla, zeptám se ošetřujícího personálu.

Jak Vám mohou zdravotníci usnadnit Vaši nelehkou situaci? Co pro Vás mohou v této náročné situaci udělat?

Ty první dny, když to bylo nejhorší, tak mně říkali, ať si ji neberu, že tam ani nemusím chodit. Ulehčili mi to, že jsem na ten box vůbec nemusela chodit. Protože oni ji resuscitovali ještě dva dny po přijetí. To jsem tam jako nebyla, ale dva dny nato jsem přišla do práce, s tím, že to bylo ještě špatný, protože měla vysoké dávky „noráku“ (pozn. Noradrenalinu), takže mně to usnadnili tak, že jsem na ten box vůbec nemusela.

Ona byla prvotně resuscitovaná pro fibrilaci komor, naštěstí tam nebyla prodleva, protože ona se vyvrátila přímo, až když přijel doktor záchranky, že s nimi asi ještě dvě věty promluvila a že se skácela před ním. A

podruhé jí na JIPce dva dny po tom začaly lézat „kátéčka“ (pozn. komorové tachykardie), takže ji defibrilovali pětkrát.

Vytipuju si v práci někoho, koho chci, aby se o ni staral, a toho požádám, aby si ji vzal do péče. Moje přání je, aby ji měl na starost někdo, kdo je hodný a umí to s lidmi.

Tím, že tam se mnou byl manžel, neměla jsem potřebu hledat oporu u zdravotníků. Ale bylo pro mě důležité, že jsem u sebe měla někoho blízkého.

Co si nyní přejete ze všeho nejvíce? (v reálných rozměrech)

Aby dostala hlavně ona rozum. Ona žije sama ve velkém domě, je jí už 78 let, a my jsme jí x-krát říkali, že bychom si ji vzali sem do Hradce, a ona samozřejmě nechtěla. Což chápu, protože je to její rodný dům. Ale my bychom ji chtěli nějak zabezpečit, aby byla pod dozorem a nebyla na všechno sama. Což s ní bude těžké, protože ona nechce odejít. Také kouří jako fabrika, teď už to byl její infarkt. Když on jí nějaký chytrý pan doktor řekl, že si občas může zakouřit, tak se toho chytla.

Ona má těžkou dysfunkci levé komory, ejekční frakci 20 %, má tam nějaké aneurysma na té levé komoře a koronárky těžce sklerotizované. Ale přeju si, aby se aspoň dostala domů do nějakého toho kvalitního života, aby se o sebe postarala. Ono jí to pálí, to je všechno super, přeji si, aby to bylo tak nějak jako předtím. Psychicky na to ona má.

4. ROZHOVOR

V jakém příbuzenském vztahu k nemocnému jste?

Manželka.

Jak jste se dozvěděla o hospitalizaci člena Vaší rodiny? (kdo Vás informoval, okolnosti – denní doba, místo, co jste právě dělala)

On už byl tady v květnu operovaný, potom byl v Poděbradech v lázních, následoval převoz do nemocnice v Jičíně, naší oblastní, protože měl nedostatek krvinek. A celkem jsme tam byli v Jičíně třikrát, a po třetí to bylo tak, že mě tam dokonce nechali s ním bydlet, na pokoji. Nakonec výsledkem toho bylo, že odešel normálně po svých a naučil se chodit, protože za ty tři dny v jičínské nemocnici to bylo teda dost katastrofální. A potom, shodou náhod jsme byli tady, z kardiologické kliniky vyzváni, už asi před třemi měsíci, abychom se dostavili na kontrolní prohlídku, což bylo asi 4. 10. 2018, jestli si pamatuju dobře. Paní doktorka říkala, že se to musí prošetřit, no a zůstal tady zrovna. O jeho přijetí na kardiologii mě informovala lékařka.

Na kardiologii byl asi týden, kde ho operovali, a potom ho převezli sem (pozn. kardiologická JIP). Já jsem šla na návštěvu rovnou na kardiologii, jak tam chodím každý den, no a tam mně řekli, že byl převezen sem. Byla jsem tady (pozn. ve FN HK), tak mě nemusel nikdo volat, tak jsem přišla sem akorát. Převáželi ho v dopoledních hodinách, asi v jedenáct, nebo tak.

Když jsem se dozvěděla o jeho přijetí na kardiologii, byla jsem velmi ráda, že se nevrací na chirurgii do Jičína, že zůstává tady v Hradci. Já jsem předpokládala, že potom budou řešit úbytek těch krvinek, takže to je k dořešení tady. Takže jsem z toho neměla žádné záporné emoce, naopak jsem se domnívala, že se to tady, v té fakultní nemocnici dořeší. To byla moje prvotní myšlenka. Brali jsme to tak, že tady je to dobré a nevrátí se do Jičína, přesto, že tam oblastně spadáme.

Máte dostatek informací o nemocném? (prognóze, diagnóze, možnostech úlevy od bolesti, péči o nemocného) Uvítala byste je?

Dcera říká, že až úplně nechce vědět všechno, teda dobré zprávy samozřejmě ano. Ale takové to váhání, když to jsme si prožili, že jednou to je dole, jednou to je lepší jednou horší, tak úplně všechno, nějaké ty příznaky nebo tak, to raději ani nechceme vědět. Stále věříme, že to dobře dopadne, a tak jako nás v tom utvrzují v tom, že když se manžel trochu sám sebere, tak proto sem jezdím, aby prostě měl nějakou spojitost s domovem. Nechceme ho tady nechat úplně samotného. On po těch operacích obou, tu narkózu, kterou měl, tak ta paměť není tak dobrá, a nechceme, aby to ztratil. On má paměť dobrou na to, že ví všechno o rodině a to, ale kde je v současné době třeba to, když mu říkám denně desetkrát, tak prostě to nějak vytěšňuje nebo nevím. Někdy se nedivíme, protože mezi těmi čtyřmi stěnami bych taky zapomněla, já se utvrzuji, kolikátého je dennodenně dvacetkrát, protože nikdy nevím přesně. Tak jako tomuto se nedivím, ale divím se tomu, že prostě stále si

nemůže zafixovat, že je tady v té hradecké nemocnici. Tak říkáme, kde bydlíme, takové otázky mu klademe, aby prostě nevypadl z toho.

Chceme vědět, co teda podstupuje, potom jaký to má výsledek, protože teď podstupoval koloskopii už asi podruhé nebo potřetí. Tak to jako chceme, tyhle ty úkony, co jsou prováděny, ale vím, že se kolikrát věci mění, a jednou je to lepší, jednou horší. Já, jakmile je to horší, tak to doma nespím, že jo. V souvislosti s tím, a ještě nějakými dalšími věcmi беру teď ten prášek na zklidnění, a i na spaní.

Já, když se ho ptám, tak on bolesti nemá. On šel do jičínské nemocnice kvůli těm krvinkám, a mimo to ho začala bolet záda. Mysleli jsme si, že je to typický houser. A byl to teda dost takový stav, kdy říkal, že ho to strašně bolí a tak. Ale protože mu dávali ty léky od bolesti, tak jsme udělali takovou fintu, že jsme mu zkusili dát hroznový cukr, místo nich. A on jako v to trošku věří, tak jako se nám zdálo, že to bolí míň. Potom jsme mu koupili ještě kafrovou mast, kterou jsme vydávali za mast z reklamy, ale nebyla to přesně od výrobce nějakého, ale prostě jsme řekli to takhle. Takže my jsme potom řekli v té jičínské nemocnici, že nechceme, aby mu dávali nějaké léky proti bolesti, protože ho naprosto dezorientují. No, protože on si totiž léky proti bolesti schraňoval do zásuvky nočního stolku. Tak to nás uvedlo na myšlenku, že to asi tak úplně není. Ale jako ne, že bych mu nevěřila, že má bolesti jo, ale že třeba nejsou až tak velké, že by to nesnesl, nezvládl teda.

Chcete se sama zapojit do péče o svého blízkého? Uvítala byste tuto možnost?

No já se většinou sestřiček ptám, některá sestřička by to nenesla. Ale říkám, to jsou výjimky. Já neříkám, že bych tady nebyla spokojená, je to o lidech, některý je takový, druhý takový. Takže někdy jsem se setkala s tím, že to někomu vadilo, když jsem chtěla. Ale většinou ne. V Poděbradech jsem se chtěla starat o jeho dekubit, tam mě lékař nechal. A i v Jičíně mě to nechali, tam na mně teda tu nechali celou péči nakonec. Takže jsem měla zkušenosti, jak se to dává. Teď má na patách zase takovou červenou pokožku, myslela jsem si, že to vezmu na sebe zase, protože to, co mně dali v Poděbradech tak je výborné na to, a je to osvědčené. Jako má ty paty zahojené, ale já jsem chtěla spíš takovou prevenci, aby se to zase nerozvěřelo. Protože muž nezvedá nohy, spíš je tahá po tom prostěradle.

No v Poděbradech mě potom nechali manžela i koupat, ale tady nevím, jak to je, to jsem nedělala teda. Ale já bych se teď o něho v tomhle stavu, nemohla sama starat, to by mi on musel trošku aspoň pomoci. Ale myslím si, že když ho ošetřují, je zbytečné, abych chodila ven z boxu. Já nevím, proč to teda je, že musím opustit ten jeho pokoj. Když třeba provádí hygienu, tak se mohu podívat, jak se to dělá třeba, rozumíte mi. Člověk to neví, jaké jsou na to ty grify, že třeba na lůžku, jak se myje, nebo tak. Kdyby ho řezali, tam bych nechtěla být, ale u té hygieny, jenom se přiučit něčemu, jakým způsobem se dělá, aby se člověk nenadřel. Kdo ví, kdy to bude člověk potřebovat, že jo.

Jak Vám mohou zdravotníci usnadnit Vaši nelehkou situaci? Co pro Vás mohou v této náročné situaci udělat?

No to bych vůbec neřešila. Nemohou pro mě nic dělat. Mám dvě dcery, a pokud je něco, o čem chceme hovořit, tak pohovoříme. Nerada se svěřuji cizím lidem.

Co si nyní přejete ze všeho nejvíce? (v reálných rozměrech)

No, abychom už mohli přestat jezdit sem, a byl manžel doma. Víte, když já sem každý den jezdím, někdy mě tady zastoupí dcery, a tak dál. Někdy jezdím autobusem, někdy mě vezme dcera. A je to už pro mě, přeci jen mám skoro sedmdesát roků, taky dost náročné. A mimo to mám ještě další problém, soudní spor se sousedkou. A nelze to jako zvládnout v současné době.

5. ROZHOVOR

V jakém příbuzenském vztahu k nemocnému jste?

Manželka.

Jak jste se dozvěděla o hospitalizaci člena Vaší rodiny? (kdo Vás informoval, okolnosti – denní doba, místo, co jste právě dělala)

Já jsem zavolala záchranku, protože se manžel poslední tři dny hodně zhoršil, už ty dva měsíce nebyl zcela v pořádku. On to měl spíše neurologické, protože on má i deformovanou páteř, tak má ty bolesti. Od té doby moc nechodil, ale snažila jsem se s ním chodit i ven, anebo i po bytě. A pak ten minulý týden mu začaly otékat nohy. Což předtím neměl, a ještě říkal, že je nějaký nastydlý. V noci celkem dobře spal, ale k ránu vždycky, i když jsem mu vypodložila hlavu, tak měl trochu sípavější dech, a v ten čtvrtek ráno už byl na tom opravdu špatně. Nohy měl úplně jak báně, a sípal, tak jsem mu zavolala záchranku. A odvezli ho s tím, že má zápal plic. Pak teprve, když dělali tu punkci (pozn. bronchoskopie), a tak dále, zjistili ten jeho stav, že to má tu krev na plicích.

Bylo to ráno, okolo osmé hodiny, doma. Přijeli, ihned ho vyšetřili, dali mu nějakou injekci a odvezli ho sem.

Ten manželův stav, i ve spojitosti s tím Parkinsonem, už je teda letitý, takže já jsem věděla, ale netušila jsem, že je to vážné takhle. Myslela jsem, že skutečně, že teda potřebuje, jako byl před těma dvěma měsíci, týden mu dávali nějaké ty infúze, dodávali nějaké ty bílkoviny, nebo co potřeboval, nevím. Tak jsem si nedovedla představit, že je to tak vážné, tak jsem myslela, že mu nasadí jen nějaké ty léky na odvodňování, ale netušila jsem, že je to takhle vážné. Z toho zápalu plic, jak říkali, tak z toho jsem trochu strach měla, protože k tomu jeho srdci, že má slabé srdce, jsem věděla, že to nebude úplně jednoduché. Ale zase jsem si nepředstavovala, že až takhle vážné.

Samozřejmě vynervovaná jsem byla, tak jsem volala, řekli mně, že až zase za hodinu si mám zavolat. No tak jsem volala nejdřív své sestře, protože ta je taky doma a my jsme si blízké. Tak jsem byla trochu, jak se říká nervově na pochodu, ne že bych se úplně zhroutila, já zase říkám, že musím vydržet, abych teda mohla okolo toho manžela působit v klidu. No ale samozřejmě, že jsem byla vynervovaná, že jo. Samozřejmě jsem míň jedla, a pan doktor mně dal ten Neurool, protože já mám trochu problémy se žaludkem. Tak samozřejmě, že jsem cítila žaludek, takové to stahování. Takže jsem si vzala, mám takové prášky, Gastrocid, to je na uklidnění žaludku, tak jsem si to vzala na to. No a co se týče spánku, několikrát jsem se vzbudila, ale u mě to je už ve spojitosti, protože když mně bylo 49 let, tak mně umřel otec, a pak mamka taky, a pak jsme ještě starali na horách o manželovy rodiče. On je z Krkonoš, kde osm měsíců tam byla jeho maminka, po mrtvičce, a tatínek ten už pak měl Alzheimeru, takže my jsme tam jezdili i v týdnu. Takže když jsem byla nejvíc vynervovaná, tak jsem byla unavená, spavá. Ale tentokrát, no byla jsem unavená ano, ale šla jsem dlouho spát, pak jsem se dvakrát vzbudila. A teď mně to taky trvá, i když už jsem trochu klidnější. Na mě spíš, že jsem taková unavená. No ale je fakt, že jsem naučená, že musím. Takže zatím takhle, doufám, že mě to položí, až vše zlé odezní.

Já samozřejmě tyhle ty stavy, když je manželovi nejhůř, tak jsem s ním, ale snažím se z toho i trochu odreagovat. Máme předplatné se sestrou do divadla. My bydlíme v Malšovicích, takže tam je to vůbec ideální, kousek u Hrázky, takže vezmu kolo a jak já říkám, jezdím relaxovat do lesa.

Máte dostatek informací o nemocném? (prognóze, diagnóze, možnostech úlevy od bolesti, péči o nemocného) Uvítala byste je?

Já mám skutečně dost informací, protože když náhodou něčemu nerozumím, nejen co se týká těch nemocí, tak teď je ten internet, možná, že to je i na škodu, co se týká těch nemocí, někdy se člověk dozví asi i víc, než by chtěl. A pak teda mám tu snachu (pozn. zdravotní sestra) a s tou to zas ještě konzultujeme. Takže jako ty informace skutečně mám. A za ty roky to má člověk už načtené, protože tím, jak má toho Parkinsona, a ty léky na něj působí, že taková ta krátkodobá paměť už není, to, co bývalo. Nejsou to ještě vyloženě příznaky demence, ale někdy je tak trochu vedle. Tak já už kolik roků si vedu diář s kalendářem, a všude s ním chodím po těch doktorech. Léky mu připravuju, protože on má asi sedmkrát denně myslím dokonce asi sedmnáct léků. Takže už by to nedal, už by s tím měl problém, a ještě by to pletl. Mám takové ty kalíšky, takže mu to připravuju, má tam napsáno kde, a ještě ho kontroluju, jestli je skutečně ten kalíšek prázdný.

Je fakt, že on byl více méně celý život na mě takový závislý, on není moc praktický, a teď už je úplně.

Chcete se sama zapojit do péče o svého blízkého? Uvítala byste tuto možnost?

Já nejsem taková, že přijdu na návštěvu a nikoho se na nic nedotazuju, já toho zase chci vědět co nejvíc. A za ty roky už jsem tak naučená, a i informovaná na to, na co se mám ptát, i co mám dělat. Aktivně se zajímám, a ty sestřičky opravdu mně ty informace podávají. Z mého hlediska je to perfektní všechno. Do péče o něj se ráda zapojím, jak jen budu moct.

Jak Vám mohou zdravotníci usnadnit Vaši nelehkou situaci? Co pro Vás mohou v této náročné situaci udělat?

Víte co, pokud je manžel tady v nemocnici, tak myslím, že není co, protože skutečně to nevím, jak by mě měli jako ulevit. Já si teda myslím, a doufám, že ta péče je maximální, takže nevím, co by. A zase bych je nechtěla zatěžovat mou osobou. Pak už bude záležet, tu pomoc, a tak dále, zatím jsem to zvládala, s pomocí rodiny. Jak to bude teď pokračovat dál, to nemůžu říct, protože nevím, v jakém stavu manžel bude, protože zatím je hodně vyčerpaný, možná i ty léky a tak dále všechno. Protože mu dávají i ty léky na uklidnění, takže někdy chvílkami je trošičku mimo, ale to někdy tak, že mluvil o některých věcech jako dřív, ale to jsem přikládala k tomu Parkinsonovi. To mi i ti doktoři, co pro něj přijeli, tak říkali, že ať s tím počítám, že se to bude zhoršovat, ale zatím jsem to zvládala. Vím, že pravděpodobně budu muset pak nějakou pomoc požádat. Potom se o to budu zajímat konkrétně.

Co si nyní přejete ze všeho nejvíce? (v reálných rozměrech)

To největší moje přání je, aby manžel, opravdu už odezněla ta kritická situace, aby byl aspoň v rámci možností, aby přišel domů v tom stavu, v jakém předtím byl. Protože u něho už se nedá říct úplně, že bude v pořádku, proto říkám v rámci možností. Aby mohl aspoň fungovat obstojně, aby byl v těch mezích, jak byl, než byl hospitalizován.

6. ROZHOVOR

V jakém příbuzenském vztahu k nemocnému jste?

Manželka.

Jak jste se dozvěděla o hospitalizaci člena Vaší rodiny? (kdo Vás informoval, okolnosti – denní doba, místo, co jste právě dělala)

Stalo se to tak, že normálně jsme byli doma a nezdál se mně zrovna moc v pořádku. A nejdřív jsem se rozmyslela, protože on má Alzheimerovu chorobu, a teďka v poslední době ji má dost takovou už ne v moc dobrém stádiu. Pořád to docela jako šlo, třeba minulý týden byl ještě nakoupit, sám šel ven. A teď se to v posledních asi třech, čtyřech dnech dost jako zhoršilo. Jeho mluva, jeho vyjadřování, nechtěl už vůbec mluvit, a byl prostě celkově hodně divný. Tak jsem se moc rozmyslela, jestli mám zavolat tu záchranku, ale pak jsem to přeci jenom udělala. A tím se dostal do nemocnice. Bylo to doma, asi v 17:30 večer, v neděli. Manžel seděl ve své pracovně, a já jsem si k němu přišla sednout, a chtěla jsem se ho něco jako trochu zeptat, protože on už ani předtím jako moc zrovna srozumitelně neodpovídal, což je u této nemoci normální, a on mně neodpověděl vůbec. A prostě na to, jak se choval před tím, neumím to říct jiným slovem, než že byl hodně divný, protože já jsem se opravdu dlouho rozmyslela, jestli tu záchranku mám volat nebo nemám volat.

První myšlenka byla pro mě dost hrozná, protože já jsem doufala, že to nějak i přes všechny těžkosti, které kolem toho jsou, že prostě do nějakého toho konce, nevěděla jsem, jaký bude, ale že to s ním prostě zvládnou doma. Bylo to pro mě takové odstrašující celé. Špatné pocity, prostě nevěděla jsem sama od sebe, jestli jsem udělala dobře, že jsem je vůbec volala. Pak jsem ovšem, když přijeli, viděla, že jsem dobře udělala. Ale nebyla jsem si, i když jsem bývalá zdravotní sestra, nebyla jsem si jistá. Pociťovala jsem napětí, stres, a všechno. Prostě byla jsem rozechvělá, nebyla jsem to vůbec já.

Máte dostatek informací o nemocném? (prognóze, diagnóze, možnostech úlevy od bolesti, péči o nemocného) Uvítala byste je?

Mám, ano, včera se mnou pan doktor mluvil, dneska se mnou pan doktor zase mluvil. Řekl mě, že i tahle noc bude, sice vypadá dnes daleko lépe než včera, ale že tahle noc bude už hodně, hodně kritická.

Sice jsem zdravotnice, ale jak jsem včera odjela domů, úplně jsem měla pocit, jakože najednou jsem seděla a říkala, ježíš, vždyť on je doma, vždyť mu musím jít dát tohle to. Což si myslím, že je asi normální no, protože my spolu žijeme už 57 let. Já beru, normálně mám už z neuropsychiatrie, jak tam chodí s Alzheimerem, mám od paní doktorčky prášky, a pak mně jednou se udělalo špatně, tak mně tady přidali jeden na pohotovosti. Slučují se ty prášky, jednoho беру stovku, jednoho padesátku, a ty jsem si zase jako normálně vzala. Ne, že by mně pomohly od toho, že bych na to nemyslela, ale trošku člověka přeci jenom nějak zklidní, protože já jsem teda nikdy předtím nic nebrala. A na noc, co je teď v té nemocnici, tak na noc si беру půlku Hypnogenu. To

mě i paní doktorka, já jsem jí volala, jsem se jí ptala, a ona říkala, že ať si je vezmu, že je lepší, když budu spát, než abych byla vzhůru.

Chcete se sama zapojit do péče o svého blízkého? Uvítala byste tuto možnost?

Ano, jistě, to bych brala.

Jak Vám mohou zdravotníci usnadnit Vaši nelehkou situaci? Co pro Vás mohou v této náročné situaci udělat?

Já myslím, že v téhle situaci ani, jen když s někým promluvíte, a řekne vám i nesmyslně, že to bude dobré, a vy víte, že to úplně dobré nebude, ale prostě každý takový to jako potěšující slovo vám prostě udělá dobře, i když víte, že to třeba úplně není pravda.

Co si nyní přejete ze všeho nejvíce? (v reálných rozměrech)

Aby se tady z toho dostal, aby se mně ještě z té nemocnice vrátil. I když to je těžké.