

UNIVERZITA KARLOVA
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetrovatelství



Bc. Eliška Králová

**Možnosti zapojení členů rodiny umírajícího
do ošetrovatelské péče na oddělení intenzivní péče**

*The options for family members of dying person
to engage in nursing care at intensive care unit*

Diplomová práce

Praha, květen 2021

Autor práce: Bc. Eliška Králová

Studijní program: Intenzivní péče

Magisterský studijní obor: Specializace ve zdravotnictví, Intenzivní péče

Vedoucí práce: **Mgr. Šárka Pešlová, DiS.**

Pracoviště vedoucího práce: **Klinika anesteziologie a resuscitace**

3. LFUK a FNKV

Předpokládaný termín obhajoby: Červen 2021

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracovala samostatně a použila výhradně uvedené citované prameny, literaturu a další odborné zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby má diplomová práce byla používána ke studijním účelům.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací. Potvrzuji, že tištěná i elektronická verze v Studijním informačním systému UK je totožná.

V Praze dne 12. května 2021

Bc. Eliška Králová

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala Mgr. Šárce Pešlové Dis. za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálních podkladů. Dále všem pracovníkům nemocničních zařízení, ve kterých mi bylo umožněno provádět dotazníková šetření. V neposlední řadě zúčastněným respondentům mého výzkumu.

Abstrakt

Diplomová práce se zabývá možnostmi, které by zlepšily zapojení rodinných příslušníků umírajícího do ošetrovatelské péče na oddělení intenzivní péče.

Cílem práce bylo pomocí teoretické části seznámit s problematikou zapojení rodiny do ošetrovatelské péče v prostředí intenzivní medicíny, kdy se následující kapitoly v teoretické části odráží od zmíněného problému.

Stěžejní je pro diplomovou práci kvantitativní výzkum, který pomocí dotazníkové šetření zaměřeného na nelékařské zdravotnické pracovníky v prostředí intenzivní medicíny, zjišťoval zkušenosti, dovednosti a znalosti respondentů se zapojováním rodiny do ošetrovatelské péče o umírajícího.

Výsledkem je odhalení faktorů, které omezují rodinu v jejím zapojení do péče. Dále zjištění způsobů, jakými zdravotnický personál spolupracuje s rodinou, což se projevilo jako hlavní problém. Řešení práce shledává ve větší aktivitě zdravotnického personálu ohledně nabízení možností rodině o jejím zapojení do péče. Výzkum také přinesl vhodné ošetrovatelské činnosti pro zapojení rodinných příslušníků, jimiž jsou navozování intimního vztahu (doteky, hlazení, držení za ruku), četba, pouštění hudby, vyprávění, péče o pokožku (mazání, masírování), krmení a podávání tekutin. Činnosti byly zjišťovány ze subjektivního názoru respondentů.

Abstract

This diploma thesis deals with possibilities that would improve the involvement of the dying's family members in nursing care in the intensive care unit.

The aim of the thesis was to acquaint with the issue of family involvement in nursing care in the environment of intensive care through the theoretical part, where the following chapters are reflected in the problem.

Crucial for the diploma thesis is quantitative research, which used a questionnaire survey focused on non-medical health professionals in an intensive care environment, to find out the experience, skills and knowledge of respondents with the involvement of the family in nursing care for the dying.

The result is the discovery of factors that limit the family's involvement in care. Furthermore, finding out ways in which the medical staff work with the family, which proved to be a major problem. The research finds the solution in greater activity of the medical staff regarding offering opportunities to the family to be involved in care. The research also provided suitable nursing activities for the involvement of family members, such as inducing an intimate relationship (touching, stroking, holding hands), reading, playing music, narration, caring for the skin (lubricating, massaging), feeding and giving fluids. Activities were ascertained from the subjective opinion of the respondents.

Obsah

ÚVOD	8
1. PALIATIVNÍ PÉČE NA ODDĚLENÍ IP	10
2. SMRT A UMÍRÁNÍ	13
2.1 PROBLÉMY SPOJENÉ S UMÍRÁNÍM NA ODDĚLENÍ IP	13
3. OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE NA ODDĚLENÍ IP	16
3.1 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O UMÍRAJÍCÍHO NA ODDĚLENÍ IP	16
4. ZAPOJENÍ RODINY DO OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE NA ODDĚLENÍ IP	19
5. KOMUNIKACE S RODINOU UMÍRAJÍCÍHO	23
6. CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY	25
6.1 HLAVNÍ CÍL	25
6.2 VEDLEJŠÍ CÍL	25
6.3 HYPOTÉZY	25
7. METODIKA PRÁCE	26
7.1 VÝZKUMNÁ METODA	26
7.2 CHARAKTERISTIKA RESPONDENTŮ	27
7.3 REALIZACE VÝZKUMU	27
8. ANALÝZA DAT	29
9. OVĚŘOVÁNÍ CÍLŮ A HYPOTÉZ	52
10. DISKUZE A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ	56
DOPORUČENÍ PRO KLINICKOU PRAXI	63
ZÁVĚR	64
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	66
SEZNAM ZKRATEK	73
SEZNAM TABULEK	74
SEZNAM GRAFŮ	75
SEZNAM PŘÍLOH	76
PŘÍLOHY	77

Úvod

Smrt a umírání je historicky dlouhodobě řešené téma a i v dnešní době se jeví jako aktuální problém. Především pro rodiny umírajícího je tato poslední fáze života, kterou umírající prožívá v nemocničním prostředí, velmi složitým obdobím. Je známo, že v minulosti bylo běžné umírat doma. Rodina se o svého umírajícího blízkého starala, poskytovala mu potřebnou ošetrovatelskou péči a pro všechny to bylo přirozeným jevem. Koncem 20. století se ale umírání přesunulo především za zdi nemocnice, kdy příslušníci rodiny jen přihlíží při ošetřování svého blízkého, nebo jsou před nimi při provádění ošetrovatelských úkonů zavřeny dveře nemocničního pokoje. S dobrým úmyslem se tak ošetřující personál snaží ochránit rodinu před negativními pocity, které péče o umírajícího pacienta přináší. Tím ji ale odstavují od možnosti přímo pečovat o svého blízkého svým vlastním způsobem, kterému se nikdo z ošetřujícího personálu nedokáže vyrovnat. Důvodem jsou vztahy a pocity, které může umírajícímu předávat pouze někdo z jeho blízkých. I přes komplexní a profesionální péči poskytovanou na odděleních intenzivní péče, se nedokáže všeobecná zdravotní sestra vyrovnat rodině z hlediska uspokojení psychosociálních potřeb umírajícího. Už jen doteky, vyprávění a další smyslové stimulace od rodiny jsou pro umírajícího, především v bezvědomí či pod vlivem analgosedace, velmi přínosné a zlepšují kvalitu poslední fáze života u daného jedince (Chovanová, 2016).

Ošetrovatelská péče o umírajícího pacienta se natolik neodlišuje od té, která je poskytována ostatním pacientům. Určité výkony nejsou obtížné a většinu z nich by rodina po kvalitní edukaci od zdravotnického personálu dle mého názoru byla schopna provést. Avšak v prostředí intenzivní medicíny nabývají ošetrovatelské činnosti na obtížnosti, což může u rodiny umírajícího pacienta vyvolat obavy a omezit tak jejich zájem o zapojení se do ošetrovatelské péče. Společně s dalšími vlivy, které přináší prostředí intenzivní medicíny, jako jsou např. alarmy, hadičky či stav pacienta, si rodina drží odstup a práci nechává na zdravotnickém

personálu. A tak vzniká “začarovaný kruh”, ve kterém se rodina z určitých důvodů nezapojuje do ošetrovatelské péče o svého umírajícího blízkého a ošetrojící personál toto rozhodnutí respektuje a dále se mu nevěnuje.

Domnívám se, že je potřeba zahrnout rodinu do plánu ošetrovatelské péče a respektovat ji jako součást multioborového týmu. Ve výzkumu od Soderströma et al. (2003) *Nurses' experiences of interactions with family members in intensive care units* sestry vypověděly, že považují souběžnou ošetrovatelskou péči o nemocného i o členy rodiny za nezbytnou součást své práce. Také ale uvedly, že navázání otevřeného a důvěrnějšího vztahu se členy rodiny, bylo jedním z nejnáročnějších úkolů. V roce 1999 na shromáždění Papežské akademie Pro vita bylo zdůrazněno, že umírající nesmí být sám a doprovázení umírajícího je nesmírně důležité pro samotného pacienta i pro členy jeho rodiny. Rodině to přináší pocity lásky, respektování života a smysluplnost života až do jeho konce (Chovanová, 2016). Přítomnost rodiny zdůrazňuje etické a právní aspekty pacienta, zachování lidské důstojnosti a zajištění komfortu umírajícímu (Metznerová, Zítková, 2018).

1. Paliativní péče na oddělení IP

Paliativní péče je orientována na pacienty s chronickým nevyлéčitelným onemocněním, či akutně probíhajícím nevyлéčitelným onemocněním (Kupka, 2014). Jejím cílem je zamezení bolesti, diskomfortu a strádání umírajícího. Pokud pacient neodmítl, měla by být umožněna rodině a blízkým jejich přítomnost. Zahájení paliativní péče musí být zaznamenáno v dokumentaci společně s posouzením zdravotního stavu a medicínským zdůvodněním. (Pařížková, 2011).

Potřeby pacientů s vážným onemocněním a jejich rodin vyžadují, aby zdravotní sestry a ostatní členové odborného zdravotnického týmu byly vzdělány v poskytování obecné paliativní péče. Ačkoliv existují práce a výzkumy podporující její hodnotu, počet zdravotnických pracovníků, kteří jsou k dispozici pro poskytování obecné paliativní péče je nedostatečný. Je proto nutné, aby zdravotní sestry byly vybaveny znalostmi a dovednostmi ji poskytovat (O'connor, 2016). Pringle et al. (2015) ve svém výzkumu *Dignity and patient-centred care for people with palliative care needs in the acute hospital setting* uvádí zájem zdravotnického personálu v akutní péči o školení v oblasti paliativní medicíny v akutním nemocničním prostředí. Školení by mělo obsahovat specifické modely přístupu k umírajícím a jejich rodinám, včetně vytvoření podoby ošetrovatelské péče o umírající. Za hlavní problémové body v dosavadní péči považují komunikaci, prostředí intenzivní péče a bolest umírajícího. Obdobný názor má i Wiegand et al. (2019), který apeluje na kompletnější zahrnutí tématu paliativní péče do vzdělávacího obsahu v ošetrovatelských a lékařských programech. Jeho cílem je, aby sestry a lékaři uměli komunikovat a starat se o rodiny, které budou spolu se zdravotnickým týmem rozhodovat o podobě konce života jejich blízkého. Rebecca A. Aslakson (2014) se zaměřuje na školení lékařů a sester z JIP (jednotka intenzivní péče), jehož součástí bylo zlepšení schopnosti komunikace s rodinou umírajícího a také vzdělávání v oblasti etiky a řešení konfliktů. Školení vzniklo na základě jejího průzkumu „*The Changing Role of Palliative Care in the ICU*“ (2014) v USA, který

odhalil bariéry ohledně integrace paliativní péče do prostředí JIP. Jednou z bariér bylo i nedostatečné školení zdravotnického personálu o paliativní léčbě. Zdravotnický pracovník se znalostmi z paliativní péče by byl schopný posoudit, naplánovat a léčit fyzické, psychologické, sociální a duchovní potřeby pacientů, což by vedlo ke zlepšení kvality života pacientů se závažným onemocněním a jejich rodin. Dále by poskytoval kompetentní, soucitnou a kulturně citlivou péči, do které by mohl lépe než jiný zdravotnický pracovník zapojit i rodinu umírajícího. Také by pomáhal pacientovi či rodině vyrovnat se s utrpením a zármutkem (O'connor, 2016).

Pojem „syndrom post-intenzivní péče“ u rodiny byl popsán ve studii *Focus on palliative care in the ICU* od Crystal E. Browna (2017). Identifikuje příznaky zmiňovaného syndromu, jež se vyskytují u rodin pacientů zemřelých na JIP mnohem více, než u pozůstalých na jiných odděleních. Vybranými symptomy jsou například dlouhotrvající smutek nebo sociální izolace. Předějit syndromu lze dle výzkumu pomocí vysoce kvalitní komunikace ze strany zdravotnického personálu. Crystal E. Brown (2017) tak doporučuje zlepšení komunikace v mezioborovém týmu, dále pohodlné prostředí pro umírajícího pacienta i jeho rodinu, adekvátní medikaci, prevenci symptomů umírání a v neposlední řadě odstranění život udržujících léčebných postupů.

Na odděleních intenzivní péče by se měly provádět hlavní oblasti paliativní péče. Řadí se sem úleva od stresujících příznaků a podpora rodiny z hlediska navazování kontaktu s umírajícím (Sebastiano Mercadante, 2018). Úlohou všeobecné zdravotní sestry ve specializované paliativní péči je také poskytovat odbornou ošetrovatelskou péči nejen nemocnému, ale i jeho rodině a blízkým (Zimová, 2020). Rodina by měla být sestrou respektována, podle zájmu rodiny jí zapojovat či naopak osvobodovat od zapojení do ošetrovatelské péče o svého blízkého. Do procesu paliativní péče jsou zapojeni i duchovní pečovatelé a sociální pracovníci, jelikož psychologické, sociální a duchovní oblasti jsou důležité v péči o umírajícího pacienta a jeho rodinu. Překážkami pro zavedení zmiňovaných přístupů na odděleních intenzivní péče může být nesprávné vnímání kritické a paliativní péče jako odlišných. Nerealistická očekávání

a obavy zdravotníků, že paliativní péče může uspíšit smrt. Tato zavádějící pojetí jsou důsledkem nedostatečné odborné přípravy v oblasti komunikačních dovedností zdravotníků a celkově neodpovídajících znalostí v oblasti paliativní péče (Sebastiano Mercadante, 2018).

Projekt 3 přání popsaný výzkumem od Deborah Cook et al. (2015) umožňuje vyplnit přání umírajícím pacientům a jejich rodinám na jednotkách intenzivní péče, kdy většina přání byla jednoduchá a levná. Cílem projektu bylo vytvořit pozitivní vzpomínky rodině umírajícího pacienta a čelit tak negativním vlivům, které přináší prostředí intenzivní medicíny. Pro klinické pracovníky projekt podpořil mezioborovou péčí a posílil týmové svazky.

2. Smrt a umírání

Ráda bych uvedla krátkou definici smrti a umírání, pro lepší uchopení pojmů.

Smrt je popisována nezvratným zánikem všech mozkových funkcí, čemuž předchází nevratná zástava srdeční činnosti a dýchání. Dojde k zániku základních životních funkcí metabolických a homeostatických (Goldman, Cichá, 2004). Umírání je konečnou fází života člověka s odlišnou délkou trvání, ale vždy je výsledným stavem smrti jedince. Terminální stav je synonymem pro pojem umírání (Špatenková, 2014).

Moderní doba a neustálý pokrok zasáhl také vnímání smrti a umírání. Především v oblasti medicíny a zdravotnictví obecně, kdy nevléčitelná onemocnění jsou nyní pod kontrolou lékařů. I přes velká pozitiva, která přináší medicínský rozvoj, nalezneme i negativa promítající se do postoje ke smrti. Smrt je odsunuta z každodenního života a přesouvá se za zdi nemocnice, kde umírá až 80% populace. Dochází tím tak k tabuizaci tématu smrti. Dalším důsledkem tabuizace jsou také diagnostické metody, které odhalují příčinu onemocnění a následky, které přináší. To vyvolává všeobecně sdílený pocit, že neumíráme z důvodu smrtelnosti člověka, ale že příčinou je selhání lidského těla či lékařských postupů. Rozvoj přinášející prospěch má proto i druhou stránku, která snižuje hodnotu a význam smrti (Přidalová, 1998).

2.1 Problémy spojené s umíráním na oddělení IP

Péče o umírající klienty na odděleních intenzivní medicíny přináší řadu obtíží a problematických situací, souvisejících nejen s ošetřováním klientů v kritickém stavu, ale také se samotnou terapií. Sestry se potýkají s neustále se rozvíjejícími lékařskými a ošetřovatelskými postupy, z důvodu kterých se zvyšuje počet chronicky nemocných, prodlužuje se terminální stav daného jedince, což zhoršuje kvalitu a důstojnost poslední fáze života umírajícího pacienta. Selhání léčby se považuje za neúspěch ve zdravotnickém týmu, především v oblasti intenzivní medicíny, kde je záchrana lidského života prioritou.

Je ale potřeba si uvědomit přirozenost konečné fáze lidského života. Vyskytují se možnosti pro zlepšení péče o umírajícího v prostředí pracovišť intenzivní medicíny, kam spadá zlepšení komunikačních schopností zdravotnického personálu s rodinami, větší začlenění paliativní péče a navýšení spolupráce v multioborovém týmu. (Kisvetrová, 2018)

Zdravotní sestry pracující na oddělení intenzivní péče pociťují při ošetřování umírajících pacientů často psychické napětí. Sestra se tím dostává do stresových situací, které si vyžadují ovládnutí emocí, zachování klidu a důstojnosti. S touto situací a pocity souvisí i přítomnost rodiny u lůžka umírajícího. I přes frustraci si ale všeobecné zdravotní sestry uvědomují skutečnost, jak je pro umírajícího pacienta důležitá přítomnost rodiny a považují ji za nejdůležitější potřebu umírajícího. Tento fakt potvrzuje i zdravotnická organizace, která uvádí rodinu jako základní oblast při poskytování paliativní péče. Je proto důležité nevyhýbat se konverzaci s rodinnými příslušníky, naopak je potřeba učit se zásadám komunikace a navyšovat tím svou profesionalitu, jelikož komunikace je nezbytným základem pro interakci mezi sestrou, umírajícím a jeho rodinou. Dalším nedostatkem, se kterým se potýkají zdravotní sestry, je neuspokojení spirituálních potřeb umírajícího, z důvodu uvádění do popředí potřeb biologických. Je potřeba prohlubovat upřímný zájem o ošetřování umírajícího a komunikaci s jeho rodinou (Pfefferová, Pistulková, 2011).

Rodinní příslušníci kriticky nemocných mají na prvním místě potřebu být přítomní u svého blízkého, současně s požadavkem poskytování co nejlepší možné péče. Na další místo se řadí potřeba získání informací a celkově navazování komunikace ze strany zdravotnického personálu, což jsou faktory, které ovlivňují názor rodiny na kvalitu poskytované péče o jejich umírajícího blízkého (Fridh, 2014). Daren K. Heyland et al. (2003) ve svém výzkumu *Dying in the ICU: Perspectives of Family Members* uvádí, že při komunikaci s rodinou umírajícího je důležité prokazovat respekt, soucit a dobré rozhodování. Soukromí je pro rodinu umírajícího na odděleních intenzivní péče také velmi důležité a podstatné. Bohužel z historického hlediska nebylo prostředí intenzivní péče přizpůsobeno pro soukromí rodin, což je jeden z hlavních problémů poskytování péče

ze strany rodiny u pacienta na konci života (Fridh, 2014). Rodinní příslušníci velmi oceňují pečovatelské dovednosti zdravotních sester a jejich schopnost poskytnout informace způsobem, který podporuje jejich realistické vnímání situace. Rodina je ráda za projevovaný zájem ze strany zdravotnického personálu a považuje to za profesionální přístup, který jim může pomoci k pochopení prognózy a cílem léčby. Přestože rodinní příslušníci očekávají podání informací spíše od lékaře, jsou vděční za poskytnutí srozumitelné informace od zdravotní sestry především v případě, kdy dostatečně nepochopili lékaře (Adams, 2014).

Marná léčba je strategickou terapií, která nemocnému nepřináší žádný užitek ve smyslu ovlivnění finálního léčebného výsledku, návratu zdraví či záchranu jeho života. Marnými mohou být v popisované terapii jednotlivé výkony jako například umělá plicní ventilace, farmakologická či mechanická podpora oběhu apod. Dále také jakékoliv prováděné či plánované léčebné postupy, které by nepřinesly pacientovi žádný prospěch. Léčebné výkony a postupy intenzivní medicíny jsou iatrogenního charakteru a silně zasahují do pacientova organismu a lidské fyziologie. Proto jsou-li vyčerpány všechny léčebné terapie, neměli bychom nemocnému dále škodit marnou léčbou či jej ohrozit možným poškozením. Je neetické, aby nemocný podstupoval toto marné úsilí lékařů a podroboval se tak bezúčelné manipulaci s jeho tělem. Je proto namístě přehodnotit léčebné cíle a diskutovat o změně terapie s blízkými nemocného. Nutno zmínit, že se nejedná o ukončení léčby, ale pouze o změnu priorit v přístupu k pacientovu životu, kdy je nyní hlavní podstatou odstranění bolesti či jiného diskomfortu (Ptáček, Bartůněk a kol., 2014)

3. Ošetrovatelská péče na oddělení IP

Cílem ošetrovatelské péče je poskytování specializovaných činností, které mají podporovat, udržet či v nejlepším případě navrátit zdraví. Prioritou je uspokojení potřeb biologických, psychických, duchovních a sociálních, které jsou narušeny poruchou zdravotního stavu. Příjemci ošetrovatelské péče jsou jednotlivci, ale i rodiny a skupiny, které mají společné sociální prostředí nebo zdravotní obtíže. Dalším cílem je podpora soběstačnosti nemocného a jeho návrat do všedního života. Při péči o nevléčitelně nemocné je nutnou podmínkou zmírnění jejich utrpení, zajištění klidného umírání a důstojné smrti (Dingová Šliková a kol., 2018).

3.1 Ošetrovatelská péče o umírajícího na oddělení IP

Vývoj zdravotního stavu posouvá potřeby pacienta a jeho nároky na ošetrovatelskou péči. Pacient je na péči závislý, proto má zdravotní sestra s pacientem daleko bližší vztah nežli lékař. Je důležité, aby sestra pacienta aktivně podporovala, znala jeho potřeby a byla schopná je uspokojit (Kapounová, 2020). Přístup k pacientovi v kritickém stavu má specifická stanoviska a také typickou každodenní péči, která je součástí rutinního provozu na oddělení intenzivní péče (Kisvetrová, 2018). V dalším odstavci bych ráda popsala nejběžnější činnosti, které spadají do ošetrovatelské péče a provádějí se u všech pacientů, včetně těch umírajících.

U pacienta v bezvědomí by se měla hygiena provádět minimálně 2x denně. Patří sem celková hygiena těla, při které je možné využít hygienických prostředků oddělení, nebo využít osobní věci pacienta. Do hygieny v oblasti hlavy řadíme i holení a péči o dutinu nosní, pomocí štětiček. Velmi podstatná je hygiena dutiny ústní, kterou můžeme vyčistit buď zubním kartáčkem a pastou, nebo pomocí štětiček a tampónků namočených v tekutině určené na čištění dutiny ústní dle standardů oddělení. Poslední oblastí v části obličeje jsou oči, u kterých je potřeba zvlhčovat povrch a pečlivě kontrolovat jejich stav. Následně se spojivkový vak ošetří dostatečným množstvím oftalmo-azulenu mastí, či jinou mastí,

kapkami, dle zvyklostí oddělení. V rámci hygieny celého těla se promazává pokožka a jako prevenci dekubitů se provádí polohování a vypodložení těla antidekubitárními pomůckami. Důležité je přestlání celého lůžka pacienta, kdy se při přetáčení na boky masírují záda či ošetřují vzniklé dekubity. Nelze opomíjet stříhání nehtů a mytí vlasů (Kapounová, 2007). Hygienickou péči je vhodné provádět individuálně, podle stavu umírajícího, především podle bolesti a projevovaného diskomfortu. U polohování je potřeba sledovat reakce pacienta, jeho toleranci dané polohy a používat veškeré dostupné pomůcky jako prevenci proleženin. Vhodná je i spolupráce s fyzioterapeutem, když to stav pacienta dovoluje.

Co se týče podávání stravy a tekutin, u pacientů při vědomí by se mělo respektovat jejich přání, popřípadě přání jejich blízkých. Časový harmonogram by měl pacientovi vyhovovat a neměl by se orientovat dle zvyklostí oddělení. Důležité je respektovat nechutenství a stravu umírajícímu nenutit. Při nedostatečném vyživování se u pacienta používá tzv. sipping, neboli popíjení. Jedná se o kompletní, vyváženou tekutou enterální výživu. Základem je spolupráce s nutričním terapeutem. (Burda, Šolcová, 2016). V intenzivní péči se jedná i o výživu enterální do gastrické/duodenální/jejunální sondy či PEG (perkutánní endoskopická gastrostomie), což je běžné u pacientů v bezvědomí (Kapounová, 2020),

Ošetřující personál by měl od rodiny zjistit činnosti, které měl pacient rád. Je možno k lůžku umístit nástěnku s fotografiemi blízkých, do postele vložit vlastní polštář apod. Podstatné je užívání doteků, držení za ruku a respektování potřeb rodiny být u lůžka, či naopak chápat jejich obavy a strach. Je důležité pozorovat reakce umírajícího na dané ošetřovatelské zásahy, aby jimi nebyl zbytečně traumatizován. Proto volíme pouze ty činnosti, které umírajícího nezatěžují. Podporujeme tím tak jeho důstojnost. U pacienta v tomto stavu by se měli umožňovat návštěvy v kteroukoliv dobu, používat vhodné komunikační techniky i u pacienta v bezvědomí a umožnit také nestandardní postupy, jako přítomnost duchovního apod. (Burda, Šolcová, 2016).

Ať už je pacient sedován. v kómatu, nebo při vědomí, navázání kontaktu je velmi důležité. První chvíle kontaktu začíná již otevřením dveří

a přístupem k lůžku, pacient všechno vnímá. Pro zkontaktování pacienta je důležité po příchodu k lůžku provést iniciální dotek, který by měl být na rameno nebo předloktí. Společně s dotekem by mělo přijít oslovení jménem či příjmením nemocného a v rámci profesionality zdravotnického personálu, by se měl i sám lékař nebo sestra představit. Oslovení provádíme i z důvodu zhodnocení pacientovy reakce, dotek zas jako fyzikální stimul.

Péče o pacienta v závěru života (End of life care) má být nabízena všem terminálně nemocným, bez ohledu na diagnózu a místo poskytované péče. Měla by být poskytována nejen v hospicích a podobných zařízeních, ale i na odděleních akutní nebo dlouhodobé péče v nemocnicích. Ošetrovatelská péče o umírajícího má být komplexní a vnímána jakou součástí celoživotního cyklu jedince. Pro velkou individualizaci umírání u každého nemocného je těžké, aby zdravotnický personál našel postup vyhovující každému. Úlohou zdravotníků je najít kompromis mezi potřebami a přáními umírajícího, přáním jeho rodiny a profesionálním pohledem personálu (Kisvetrová, 2018). V ošetrovatelské péči o umírajícího je důležité vyhledávat potřeby a přání pacienta, což lze nejlépe prostřednictvím rodiny, která zná svého blízkého nejlépe. (Váňová, 2017).

4. Zapojení rodiny do ošetrovatelské péče na oddělení IP

M. Olding (2015) prováděl přezkum *Patient and family involvement in adult critical and intensive care settings: a scoping review* z hlediska prováděných výzkumů o zapojení rodin do ošetrovatelské péče. Výsledek odhalil zřetelný nedostatek odborných prací. Dosavadní výzkumy se zaměřují nejvíce na vztah a komunikaci mezi rodinou a zdravotními sestrami, což jsou témata významná, ale nevyjadřují přímou možnost a rozsah zapojení rodiny do ošetrovatelské péče. S tímto tvrzením je v rozporu výzkum *International facilitators and barriers to family engagement in the ICU: Results of a qualitative analysis* od R. Hamilton et al (2020), který uvádí naopak rostoucí množství literatury na zmiňované téma, vyzdvihující přínosy zapojení rodiny do ošetrovatelské péče na oddělení IP (intenzivní péče). R. Hamilton (2020) uvádí, že při prosazování osvědčených postupů pro zapojení rodiny na ICU (intensive care unit) je nutná podpora od vedení oddělení, týmová komunikační školení a předávání si v týmu úspěšných příkladů a technik pro zapojení rodiny do péče.

Bylo zjištěno, že rodina pacienta se chce účastnit některých ošetrovatelských zákroků, ale čeká na vyzvání a poučení ze strany zdravotnického personálu (B. Engström, 2011). Z výsledků šetření od B. Engström (2011) vyšlo, že 97 % ze 101 dotázaných respondentů bylo ochotných zapojit se do péče, avšak pouze 14 % ze 101 tázaných poskytovalo péči spontánně. Tento fakt potvrzuje i M. Olding (2015), který definuje přítomnost rodiny jako pasivní roli ošetrovatelů a přiřazuje rodině spíše roli návštěvníků. Dle jeho názoru je to zapříčiněno tím, že literatura pohlíží na rodinné příslušníky jako na zranitelný subjekt, nebo jako na zdroj pro zlepšení kvality výsledků poskytované péče o pacienta. O zapojení rodiny do péče o pacienta a spojení se se zdravotnickým týmem se mluví zřídka. Zdravotní sestry někdy podceňují význam potřeb rodiny jako je například přijímat informace, být po boku svému blízkému a cítit se zapojení do procesu péče o pacienta. Rodina je závislá na ochotě personálu, která má umožnit a usnadnit kontakt mezi ní a jejich blízkým (M. Olding, 2015). P. Voutilainen (2006) vidí usnadnění účasti rodinných příslušníků na péči v emocionální podpoře, povzbuzení a vedení ze strany

zdravotních sester. Výsledky jeho výzkumu *Family Members' Perceptions of the Quality of Long-Term Care* naznačují, že je nutné, aby zdravotnický personál aktivně navazoval vztah s rodinnými příslušníky a rozvíjel tak partnerství v oblasti péče. Úroveň a povaha zapojení rodiny do ošetrovatelské péče závisí na praxi jednotlivých členů ošetrojícího týmu, jelikož neexistují žádné zásady a postupy, které by popsaly a zajistily zapojení rodiny.

Rodina má velký význam v ošetrovatelské péči o pacienta na odděleních IP. Může přispět důležitými informacemi a poskytnout obecný obraz o pacientovi, který je nezbytný pro poskytování kvalitní ošetrovatelské péče (B. Engström, 2011). B. Engström (2011) popisuje, jak sestry díky zapojení rodiny do ošetrovatelské péče společně navázaly lepší vztah. Příbuzní pacienta pomáhali personálu a byli prakticky využiti v mnoha ohledech ošetrovatelské péče. Byli schopni svému blízkému pečovat o ústa, dělat dechové tréninky, pomáhat při stravování, mobilizaci, či přenosu nemocného. Debra L. Wiegand (2016) ve své práci *Family Experiences During the Dying Process After Withdrawal of Life-Sustaining Therapy* zmiňuje podobné aspekty z ošetrovatelské péče poskytované rodinou umírajícího, jako oslovování pacienta jménem, provádění doteků, držení pacienta za ruku, ale i péče o ústa a pokožku. Ve výzkumu *Patient and family involvement in adult critical and intensive care settings: a scoping review* od B. Engströma (2011) sestry popisují podstatu zapojení rodiny do ošetrovatelské péče, což má význam nejen pro samotnou rodinu, ale i pro pacienta v podobě uklidňujícího účinku. Rodina může nemocnému vyprávět o událostech každodenního života a dění mimo nemocnici. Blízcí jim říkají o záležitostech, které jsou, či byly pro nemocného přirozené. Rodina poskytuje umírajícímu vztah, který nelze srovnat se vztahem personálu. Sestry ve výpovědi z výzkumu *Patient and family involvement in adult critical and intensive care settings: a scoping review* od B. Engströma (2011) uvádějí, jak je důležité umožnit příbuzným být v blízkosti pacienta a zapojit je do ošetrovatelské péče. Je potřeba rodině pomáhat a vybízet je k aktivitě. Podstatná je edukace sestry o tom, že není

nebezpečné ani divné dotknout se jejich blízkého a eliminovat tím tak možné obavy rodinných příslušníků.

Primární důvod rodiny zapojit se, je přínos v kvalitnější péči o jejich blízkého. Někteří příbuzní však mohou cítit povinnost podílet se na péči, aby snížili pracovní zátěž zdravotnickému personálu. Příbuzní by se měli setkat se svým blízkým ve specifických situacích, které oddělení IP přináší a až následně se sami rozhodnout o tom, zda se chtějí zapojit či nikoliv. Neměli by být nuceni účastnit se praktické práce, naopak je třeba nechat na jejich vlastním uvážení, jak blízko pacientovi chtějí být. Rodina by měla mít možnost pacienta navštívit kdykoliv, ale nesmí to jakkoliv ohrozit integritu pacienta, jeho bezpečnost, denní a noční rytmus. Otevřenou návštěvní dobu sestry popisují jako větší zátěž, ale na druhou stranu ji považují za užitečnou pro pacienta. Ne vždy ale sestry považují za vhodné, aby byla rodina přítomna u lůžka nemocného. Musí se respektovat přání pacienta a předem zvážit vztah, který mezi sebou rodina a pacient mají (P. Voutilainen et al., 2006).

Ve výzkumu „*Family Members' Perceptions of the Quality of Long Term Care*“ od P. Voutilainen (2006) jsou popsány konfliktní situace mezi rodinou a ošetřujícím personálem, kdy rodina odmítá, aby určitá zdravotní sestra ošetřovala jejich blízkého. Příslušníci rodiny jsou příliš ochránářští a mají tendenci rozhodovat za samotného pacienta. Některé sestry považují zapojení rodiny do ošetrovatelské péče jako zátěž, jelikož je jejich prioritou péče pouze o pacienta. Nastává u nich dilema mezi potřebami pacientů a příbuzných. Zdravotní sestry musí najít rovnováhu mezi potřebami rodiny a tím, jak o pacienta chtějí pečovat ony sami. Především je ale potřeba chránit samotného pacienta. B. Hetland (2018) prováděla výzkum *A qualitative study of factors that influence active family involvement with patient care in the ICU* zabývající se faktory, ovlivňující aktivní zapojení rodiny do péče o pacienta na oddělení IP. Sestry zde uvedly jako překážku ohrožení bezpečnosti pacientů. Jedna z vypovídajících uvedla svou vlastní negativní zkušenost se zapojením rodiny do péče, kdy členové rodiny umlčeli alarmy na přístrojích, změnili nastavení na ventilátoru a upravili podle vlastní úvahy pozici pacienta. Jiné sestry zase viděly omezení v zapojení rodiny

v nedostatku personálu a nedostatku času sester. Vysvětlovaly, že často nemají čas vzdělávat a učit členy rodiny. Je pro ně jednodušší a rychlejší přijít na pokoj a danou činnost udělat samostatně. Shodně však sestry shledaly a zdůraznily zásadní význam zapojení rodiny do ošetrovatelské péče v případě, kdy pacient umírá. V tomto ohledu rodinu začleňují do plánu péče z hlediska paliativních přístupů (B. Hetland, 2018).

5. Komunikace s rodinou umírajícího

Téma komunikace považuji za velmi rozsáhlé a uvědomuji si, že pro úplné uchopení by byla potřeba dalšího výzkumu. I přes to jsem chtěla alespoň okrajově zasáhnout do této oblasti, jelikož se promítá do tématu mé diplomové práce.

V knize *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních* od Bužgové (2015) je uvedeno, že rodinní příslušníci umírajícího při hospitalizaci nejčastěji pociťují nenaplněné potřeby v oblasti podávaných informací. V ČR nejsou uspokojivým způsobem sdělovány rodině pravdivé a především potřebné informace o diagnóze a prognóze jejich blízkého. Od zdravotnického personálu chybí profesionální podpora a povzbuzování rodiny v doprovázení jejich umírajícího blízkého. Zdravotním pracovníkům chybí dovednosti v oblasti náročnější komunikace a také aktivita, promítající se do jejich osobního zájmu o pacienta a jeho rodinu (Bužgová, 2015). S. Rhoads et al. (2019) ve svém *výzkumu Communication at the End-of-Life in the Intensive Care Unit* upozorňuje na plané naděje a cíle rodiny, které neodpovídají reálným potřebám umírajícího. K zamezení těmto nedorozuměním slouží efektivní plánování konzultací s rodinou, při kterých lékař informuje o stavu jejich blízkého a prováděných změnách v jeho terapii.

Základním bodem pro úspěšnou komunikaci mezi zdravotní sestrou a rodinou je čas. Rodina se často po konverzaci s lékařem obrací právě na sestru se svými dotazy a nevyjasněnými informacemi. Pro vtáhnutí rodiny do spolupráce je podstatný první kontakt. Sestra by měla být schopná aktivně navázat styk s rodinou, nadále vést rozhovory a odpovídat na jejich dotazy (S. Rhoads et al., 2019). Venglářová a Mahrová (2006) ve své knize *Komunikace pro zdravotní sestry* zmiňují termín „motivace komunikovat“, což předpokládá ochotu a zájem o nemocného či rodinu. Jednou z rolí sestry, která souvisí s komunikací s rodinou, je role edukátorky. Měla by sdělovat edukační činnosti týkající se problémů pacienta, které může rodina ovlivnit. Úlohou zdravotní sestry je také podpora a koordinace celého zdravotnického týmu (Pšeníková, 2015).

Ještě před příchodem rodiny na pokoj pacienta, by je měla sestra informovat o prostředí, ve kterém se pacient nachází, včetně

monitorovacího a přístrojového vybavení. Dále popsat vizuální podobu pacienta, jaké je využití invazivních vstupů, či možné otoky nebo operační rány. Popsat také jak se svými blízkými mohou komunikovat, popřípadě že se bude jednat spíše o komunikaci pasivní, bez zpětné vazby. Dále dbát na důležitost neverbální komunikace včetně doteků, hlazení a držení za ruku. V neposlední řadě jí dát možnost zapojit se do ošetrovatelské péče, aktivně i pasivně, kdy mohou její členové donést i osobní věci pacienta. Předběžné podání informací je pro rodinu důležité a je potřeba je opakovat. Po seznámení rodiny se situací ji sestra odvádí k lůžku pacienta, kde opět zopakuje, jak se mohou okolo lůžka pohybovat, osobně jim ukáže, jak se ho mohou dotýkat a komunikovat s ním. Když rodina nemá žádné dotazy, mělo by jí být ponecháno soukromí. Úlohou sestry je být na blízku pro podporu rodiny v průběhu návštěvy. Pro rodinu je také důležitá konverzace s lékařem, u které by měla být sestra přítomna, aby došlo k podávání ucelených a odborně shodných informací (Šimůnková, 2019).

6. Cíle práce a hypotézy

V této kapitole popisuji cíle práce a její hypotézy. Nejdříve jsem stanovila výzkumný problém, výzkumné otázky, definovala hlavní cíl a cíle vedlejší. Dále jsem vytvořila hypotézy.

6.1 Hlavní cíl

Za hlavní cíl jsem si určila identifikovat faktory ovlivňující zapojení rodiny do ošetrovatelské péče o umírajícího na oddělení intenzivní péče.

6.2 Vedlejší cíl

Jako vedlejší cíl jsem si určila identifikovat činnosti v ošetrovatelské péči, které by byly vhodné pro zapojení rodinných příslušníků do péče o umírajícího.

6.3 Hypotézy

Hypotézy jsem definovala následovně.

- 1) Aktivně vedená komunikace ze strany nelékařského zdravotnického personálu bude tvořit více jak 60% podílu ze všech faktorů, které ovlivňují zapojení rodiny do ošetrovatelské péče o umírajícího na oddělení intenzivní péče.
- 2) Délka odborné praxe nelékařského zdravotnického personálu na oddělení intenzivní péče bude přímo úměrná jeho schopnosti vtáhnout rodinu do ošetrovatelské péče o umírajícího.

7. Metodika práce

Pro výzkumné šetření diplomové práce byla zvolena kvantitativní metoda formou nestandardizovaného dotazníku. Samotnému výzkumnému šetření ve FN Vinohrady předcházelo podání žádosti etické komisi o provádění výzkumného šetření. Dále bylo důležitým krokem získání potvrzené žádosti od náměstkyně pro ošetrovatelskou péči a řízení kvality zdravotní péče PhDr. Libuše Gavlasové, MBA. Ve FN Lochotín v Plzni bylo taktéž nutné potvrzení žádosti od manažerky vzdělávání a výuky pro NLZP Mgr. Bc. Světluše Chabrové. Ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze mi umožnila provádět výzkum náměstkyně pro NLZP Mgr. Dita Svobodová, Ph.D., MHA. Následně jsem informovala vrchní a staniční sestry daných oddělení. V nemocnici Strakonice a.s. a Karlovarské krajské nemocnice a.s., jsem získala svolení o provádění výzkumného šetření od hlavních sester nemocničních zařízení.

7.1 Výzkumná metoda

Pro výzkumné šetření byla zvolena forma dotazníku, především z důvodu získání většího vzorku respondentů. Dotazník byl anonymní, vytvořený na základě předem stanovených cílů a hypotéz diplomové práce.

V úvodu dotazníku se představil autor diplomové práce a uvedl podmínky pro vyplnění, včetně jeho anonymity a dobrovolného rozhodnutí o jeho vyplnění. Dále informoval o pokynech k vyplnění. Následovalo vysvětlení účelu sběru dat diplomové práce a v závěru byl uveden kontakt na autora a poděkování za vyplnění.

Dotazník obsahuje 17 otázek rozdílného charakteru. Byl zvolen nižší počet otázek především z důvodu udržení pozornosti respondenta. Dalším důvodem je existence otázek, které je potřeba vyplnit vlastními slovy dotazovaného, což prodlužuje čas pro vyplnění. Otázky číslo 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 15 a 16 jsou uzavřené, s možností jedné odpovědi. Otázky číslo 9, 12, 13 a 14 jsou polouzavřené s možností zadat více odpovědí, kdy poslední bod otázky byl uveden jako „jiné“, což umožnilo respondentům uvést vlastní odpověď. Otázka číslo 8 a 16 sloužila zároveň

jako filtrační, kde byla návaznost s další otázkou z hlediska vyplnění (otázka 9 a 17). Otázky číslo 10 a 11 sloužily jako volný prostor pro napsání vlastního názoru respondenta.

7.2 Charakteristika respondentů

Dotazník byl určen pro všechny nelékařské zdravotnické pracovníky z jakéhokoli typu oddělení intenzivní péče. Věk, pohlaví, délka odborné praxe v zaměstnání či jiná proměnná nehrály při výběru respondentů roli. Vyplnění dotazníku bylo založeno na dobrovolnosti a anonymitě, o čemž byli všichni účastníci v úvodu dotazníku informováni.

7.3 Realizace výzkumu

Nemocniční zařízení pro realizaci výzkumu byla vyhledávána v okolí místa bydliště autora, což znamená oblast Strakonice v Jižních Čechách. Dále byla preferována nemocniční zařízení v Praze a pak náhodně dle pracovišť blízkých osob autora.

Výzkum probíhal v období od února 2021 do března 2021. Výzkum byl realizován v krajské Nemocnici Strakonice a.s., kde bylo 20 dotazníků poskytnuto oddělení ARO-JIP a interní JIP. Dohromady vyplnila daná oddělení 18 dotazníků, kdy 2 dotazníky nebyly kompletně vyplněné. Dalším místem výzkumu byla FN Lochoťín v Plzni, kde byl souhlas udělen na oddělení metabolické JIP. Zde byl návrat 10 kompletně vyplněných dotazníků. Dále s výzkumným šetřením souhlasila Karlovarská krajská nemocnice a.s., kam bylo posláno 10 dotazníků s návratností 9 úspěšně vyplněných. FN Královské Vinohrady umožnila provádět výzkum na oddělení RES I, RES II a metabolické JIP. Z celkového počtu 30 dotazníků bylo navraceno 26 kompletně vyplněných. Posledním místem pro distribuci dotazníků byla Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, oddělení RES I a RES II, kde bylo dáno 20 dotazníků se zpětnou vazbou 18 vyplněných. Z celkového počtu 10 podaných žádostí, byl získán pozitivní souhlas od 5 nemocnic. Návratnost kompletně vyplněných dotazníků byla od 81 respondentů (90 %) z původní hodnoty 90 dotazníků (100 %).

Uvědomuji si menší počet vzorků pro zpracování praktické části práce, ale z důvodu zamítnutí žádostí o provádění dotazníkového šetření v nejmenovaných nemocnicích, jsem neměla možnost z hlediska časové dotace a současné epidemiologické situace, (zákaz návštěv, zavřená oddělení, pracovní vytíženost zdravotnických pracovníků) rozšířit okruh nemocnic. Nejčastějším odůvodněním odmítnutí žádosti bylo uzavření daných oddělení právě z důvodu pandemie Covid 19 a pracovní vytíženost všeobecných zdravotních sester.

8. Analýza dat

V kapitole jsou zpracovány všechny položky dotazníku. Zjištěné výsledky jsou uvedeny v tabulkách s absolutní a relativní četností a doplněny slovním komentářem. Vybrané položky jsou pro větší přehlednost doplněny grafem. Hypotéza číslo 2 je vyobrazena v kontingenčním grafu. Výzkumné šetření diplomové práce operovalo s 81 dotazníky z celkového počtu 90, kdy bylo nutné 9 dotazníků ze studie vyřadit pro jejich nekompletní vyplnění.

Analýza výsledků jednotlivých položek dotazníku

Otázka č. 1: *Na jakém oddělení pracujete?*

Tabulka 1 Pracoviště respondentů

Pracoviště	absolutní četnost	relativní četnost
ARO-RES	47	58 %
JIP	34	42 %
CELKEM	81	100 %

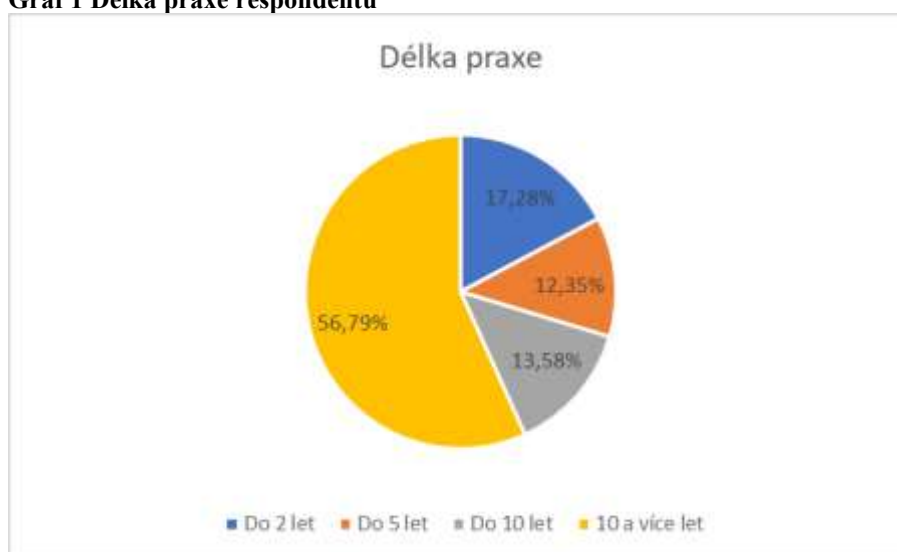
První položka zjišťovala pracoviště respondentů. V tabulce je viditelné, že 47 respondentů (58%) pracuje na ARO-RES. Zbytek 34 respondentů (42%) pracuje na JIP.

Otázka č. 2: *Jaká je délka Vaší praxe v oblasti intenzivní péče?*

Tabulka 2 Délka praxe respondentů

Délka praxe	absolutní četnost	relativní četnost
Do 2 let	14	17,28 %
Do 5 let	10	12,35 %
Do 10 let	11	13,58 %
10 a více let	46	56,79 %
CELKEM	81	100 %

Graf 1 Délka praxe respondentů



Druhá otázka se zabývala délkou praxe respondentů v oblasti intenzivní péče. Počet 46 respondentů (56,79%) zodpovědělo 10 a více let a tím tvořili největší část daných odpovědí. Odpověď do 10 let zodpovědělo 11 respondentů (13,58%). Do 5 let praxe má 10 respondentů (12,35%). Poslední odpověď do 2 let vybralo 14 respondentů (17,28%).

Otázka č.3: *Jak často provádíte ošetrovatelskou péči o umírajícího na oddělení intenzivní péče?*

Tabulka 3 Četnost prováděné OŠ péče o umírajícího

Pravidelnost prováděné OŠ péče o umírajícího pacienta	absolutní četnost	relativní četnost
VELMI ČASTO- více jak 6x do roka	66	81,48 %
ČASTO- v průměru 4-6x do roka	8	9,88 %
OBČAS- v průměru 3x do roka	5	6,17 %
MÁLO ČASTO-v průměru 1-2x do roka	1	1,23 %
TÉMĚŘ NIKDY- asi 1x za déle jak 1 rok	1	1,23 %
CELKEM	81	100 %

Otázka se zaměřovala na pravidelnost prováděné ošetrovatelské péče o umírajícího na oddělení intenzivní péče u jednotlivých respondentů.

Nejčastější odpovědí bylo *velmi často, více jak 6x do roka*, kterou udalo 66 respondentů (81,48%). Dále 8 respondentů (9,88%) zvolilo odpověď *často* a 5 respondentů (6,17%) vybralo odpověď *občas*. Odpověď *málo často, v průměru 1-2x do roka* zvolil pouze 1 respondent (1,23%), stejně tomu bylo u odpovědi *téměř nikdy, asi 1x za déle jak 1 rok*, kterou zvolil taktéž 1 respondent (1,23%).

Otázka č.4: *Jak často se setkáváte s rodinou umírajícího klienta?*

Tabulka 4 Četnost setkání s rodinou umírajícího

Četnost setkání s rodinou umírajícího	absolutní četnost	relativní četnost
VELMI ČASTO- více jak 6x do roka	60	74,07 %
ČASTO- v průměru 4-6x do roka	13	16,05 %
OBČAS- v průměru 3x do roka	4	4,94 %
MÁLO ČASTO- v průměru 1-2x do roka	4	4,94 %
TÉMĚŘ NIKDY- asi 1x za déle jak 1 rok	0	0 %
CELKEM	81	100 %

Otázka číslo 4 se se svými možnými odpověďmi úmyslně shodovala s předchozí otázkou. I v této otázce zvolilo odpověď *velmi často, více jak 6x do roka* nejvíce respondentů, což bylo 60 (74,07%) z 81 (100%) respondentů. *Často, v průměru 4-6x do roka* zodpovědělo 13 respondentů (16,05%). Odpověď *občas, v průměru 3x do roka* a *málo často, v průměru 1-2x do roka* odpověděl stejný počet nelékařských zdravotnických pracovníků, jimiž jsou 4 respondenti (4,94%) z 81 (100%). Odpověď *téměř nikdy* ne zvolil ani jeden z odpovídajících.

Otázka č. 5: Jak často spolupracujete s rodinou umírajícího klienta?

Tabulka 5 Četnost spolupráce s rodinou umírajícího

Četnost spolupráce s rodinou	absolutní četnost	relativní četnost
VELMI ČASTO- více jak 6x do roka	46	56,79 %
ČASTO- v průměru 4-6x do roka	14	17,28 %
OBČAS- v průměru 3x do roka	12	14,81 %
MÁLO ČASTO-v průměru 1-2x do roka	6	7,41 %
TÉMĚŘ NIKDY- asi 1x za déle jak 1 rok	3	3,70 %
CELKEM	81	100 %

Tato položka měla také stejné odpovědi jako otázky číslo 3 a číslo 4. Možnost odpovědi *velmi často, více jak 6x do roka* zvolilo opět nejvíce respondentů v počtu 46 (56,79%). Bod *často, v průměru 4-6x do roka* vybralo 14 respondentů (17,28%) a *občas, v průměru 3x do roka* vybralo 12 respondentů (17,81%). Další možnost *málo často, v průměru 1-2x do roka* zvolilo 6 respondentů (7,41%) a poslední možnou odpověď *téměř nikdy, asi 1x za déle jak 1 rok* vybrali 3 respondenti (3,70%).

Otázka č. 6: *Bylo by pro Vás snadnější spolupracovat s rodinou umírajícího klienta po nabití více zkušeností v dané oblasti?*

Tabulka 6 Usnadnění spolupráce s rodinou po nabití více zkušeností

Spolupráce s rodinou	absolutní četnost	relativní četnost
Rozhodně ano	51	62,96 %
Spíše ne	17	20,99 %
Nevím	13	16,05 %
CELKEM	81	100 %

Graf 2 Usnadnění spolupráce s rodinou po nabití více zkušeností



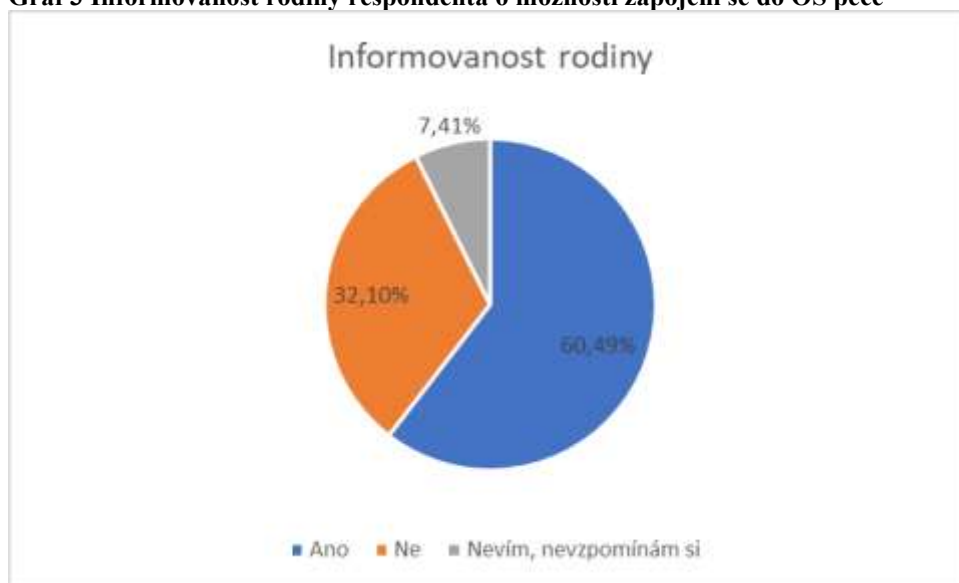
Otázka číslo 6 se zabývala subjektivním pocitem respondentů, zda by pro ně byla snažší spolupráce s rodinou umírajícího klienta po získání více zkušeností. Možné odpovědi zněly rozhodně ano, spíše ne a nevím. Možnost *rozhodně ano* zvolilo 51 respondentů (62,96%), dále 17 (20,99%) zodpovědělo *spíše ne* a zbytek 13 respondentů (16,05%) odpovědělo *nevím*.

Otázka č. 7: Informoval/a jste někdy rodinu umírajícího o možnosti zapojit je do ošetrovatelské péče?

Tabulka 7 Informovanost rodiny respondenta o možnosti zapojení se do OŠ péče

Informovanost rodiny	absolutní četnost	relativní četnost
Ano	49	60,49 %
Ne	26	32,10 %
Nevím, nevzpomínám si	6	7,41 %
CELKEM	81	100 %

Graf 3 Informovanost rodiny respondenta o možnosti zapojení se do OŠ péče



V otázce číslo 7 byli respondenti tázáni, zda informovali rodinu umírajícího o možnosti jejich zapojení do ošetrovatelské péče.

Největší podíl respondentů, 49 (60,49%), vypovědělo, že rodinu o možnosti zapojení do ošetrovatelské péče informují a zvolili možnost *ano*. Skoro o polovinu menší část respondentů, 26 (32,10 %), odpovědělo *ne*, což značí, že nikdy rodinu o možnosti zapojení do ošetrovatelské péče o jejich umírajícího blízkého neinformovali. Odpověď *nevím, nevzpomínám si*, zvolilo 6 respondentů (7,41 %).

Otázka č.8: *Jakou máte osobní zkušenost se zapojením rodiny do ošetrovatelské péče o umírajícího?*

Tabulka 8 Osobní zkušenost respondenta se zapojením rodiny do OŠ péče

Osobní zkušenost se zapojením rodiny do OŠ péče	absolutní četnost	relativní četnost
Rodinu zapojuji při každé návštěvě	9	11,11 %
Rodinu zapojuji, jen když má ona sama zájem	54	66,67 %
Nemám žádnou zkušenost se zapojením rodiny do péče	18	22,22 %
CELKEM	81	100 %

Otázka číslo 8 sloužila jako filtrační pro následující otázku číslo 9 a zabývala se osobní zkušeností respondenta se zapojením rodiny umírajícího do ošetrovatelské péče.

Možnost *rodinu zapojuji, jen když má ona sama zájem* zvolila většina respondentů v počtu 54 (66,67%). Druhou nejčastější odpovědí byla, *nemám žádnou zkušenost se zapojením rodiny do péče*, kterou zvolilo 18 respondentů (22,22%), kteří byli svou volbou vyřazeni z odpovídání na následující otázku číslo 9. Odpověď *rodinu zapojuji při každé návštěvě*, vybralo 9 respondentů (11,11%).

Otázka č. 9: Pokud jste v předchozí otázce odpověděl/a A, nebo B, o jaké činnosti z ošetrovatelské péče se jedná? (Možno označit více odpovědí)

Tabulka 9 Činnosti z OŠ péče dle zkušenosti respondentů

Vybrané činnosti z OŠ péče dle vlastních zkušeností respondentů	absolutní četnost
Navozování intimního vztahu s umírajícím (dotek, hlazení, polibek, držení za ruku apod.)	57
Četba, pouštění hudby, vyprávění	56
Péče o pokožku, promazávání, masírování	48
Krmení, podávání tekutin	45
Péče o oči a dutinu ústní	15
Holení	12
Stříhání nehtů	7
Mytí vlasů	3
Mytí (koupel) na lůžku	2
Jiné	0
DÍLČÍ CELEK	63

Graf 4 Činnosti z OŠ péče dle zkušeností respondentů



Otázka číslo 9 byla selektivní, s možností více odpovědí. Otázky se účastnilo 63 (77,78 %) respondentů z celkového počtu 81 (100 %). Odpovídali pouze ti, kteří v předchozí otázce zvolili možnost A nebo B, což vypovídá o jejich zkušenosti se zapojením rodiny do ošetrovatelské péče. Otázka se zajímá o jednotlivé ošetrovatelské činnosti, do kterých daný respondent zapojuje rodinu nejčastěji.

Nejčastější odpovědí bylo *navozování intimního vztahu s umírajícím (dotek, hlazení, držení za ruku, polibek apod.)*, kdy byla tato možnost zvolena 57x (90,48 %). Druhou nejpočetnější odpovědí zvolenou 56x (88,89 %) byla *četba, pouštění hudby, vyprávění*. Další odpověď ve znění *péče o pokožku, promazávání, masírování* byla opakována 48x (76,19 %). Odpověď *krmení, podávání tekutin* byla vybrána 45x (71,43 %). *Péče o oči a dutinu ústní* bylo vybráno 15x (23,81 %). Činnost *holení* má 19,05 % opakovaná 12x a *stříhání nehtů* 7x (11,11 %). Nejmenší počet odpovědí mělo *mytí vlasů* 3x (4,76 %) a *mytí (koupel) na lůžku* 2x (3,17 %). Žádný z respondentů nevyužil možnosti odpovědi *jiné* pro vlastní vyjádření.

Otázka č. 10: *Jaké činnosti z ošetrovatelské péče o umírajícího by byly, podle Vašeho názoru, vhodné pro zapojení rodinných příslušníků? (Dopíšte, prosím)*

Tabulka 10 OŠ činnosti vhodné pro rodinu dle názoru respondentů

Vhodné OŠ činnosti pro rodinu	absolutní četnost
Péče o pokožku, masírování	51
Intimní vztah	35
Krmení, podávání tekutin	33
Četba, hudba, vyprávění	32
Hygiena těla	26
Jiné	14
Péče o oči a dutinu ústní	12
Rehabilitace	10
Holení	9
Polohování	7
Stříhání nehtů	6
Bazální stimulace	5

Graf 5 OŠ činnosti vhodné pro rodinu dle názoru respondentů



Na otázku číslo 10 opět odpovídalo všech 81 respondentů (100 %), kdy respondenti měli volný prostor pro napsání vlastního názoru. Každé opakující se odpovědi jsem následně přiřadila vlastní kategorii pro lepší vyhodnocování dat.

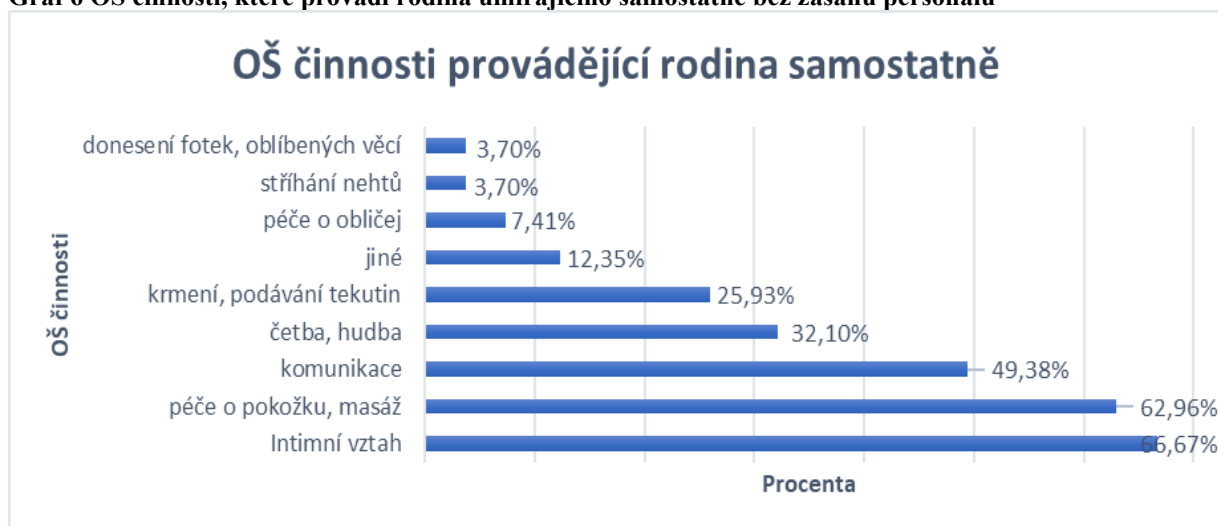
Z grafu je znatelné, že převahu má s 62, 96% odpověď *péče o pokožku, masírování* zvolena 51x. Následuje odpověď *navozování intimního vztahu (dotek, hlazení, držení za ruku, polibek apod.)* odpovídané 35x (43,21 %). *Krmení, podávání tekutin* má 40,74 % opakované 33x a *četba, hudba, vyprávění s četností* 32x (39,51 %). Další převažující odpovědi s 32,10 % byla *hygiena těla* vybraná 26x. Do kategorie *jiné*, kterou vybrali respondenti 14x, byly zařazeny odpovědi, které se opakovaly méně, v 17, 28 %. Objevily se odpovědi „individuální“, „rodina se může zapojit jakkoliv“, „rodinu zapojit do péče pouze, když je pacient při vědomí“, „podle toho co chce rodina a postojem rodiny ke smrti“, „nevím“, objevily se i odpovědi „žádné“ nebo „ARO není vhodné pro zapojení rodiny do ošetrovatelské péče“, také „rodina by se měla přijít s umírajícím pouze rozloučit“. V menším zastoupení byly opakovány odpovědi *péče o oči a dutinu ústní* 12x (14, 81 %), *rehabilitace* 10x (12,35 %) a *holení* 9x (11,11 %). Dále *polohování* 7x (8,64 %) a *stříhání nehtů* 6x (7, 41 %). Objevila se i odpověď *bazální stimulace* 5x (6, 17 %).

Otázka č. 11: *Jaké činnosti provádí rodina při návštěvě samostatně bez Vašeho zásahu? (Dopíšte, prosím)*

Tabulka 11 OŠ činnosti, které provádí rodina umírajícího samostatně bez zásahu personálu

OŠ činnosti provádějící rodina samostatně	absolutní četnost
Intimní vztah	54
Péče o pokožku, masáž	40
Komunikace	35
Četba, hudba	26
Krmení, podávání tekutin	21
Jiné	10
Péče o obličej	6
Donesení fotek, oblíbených věcí	3
Stříhání nehtů	3

Graf 6 OŠ činnosti, které provádí rodina umírajícího samostatně bez zásahu personálu



Otázka číslo 11 byla vyčleněna také pro vlastní vyjádření respondentů, kdy odpovídalo všech 81 (100 %). Opakujícím se odpovědím byla přiřazena vlastní kategorie pro následné snadnější zpracování.

Odpověď *navozování intimního vztahu (dotek, hlazení, držení za ruku, polibek apod.)* měla převahu v podobě 54x odpovídajících (66,67 %). 40x se objevila péče o pokožku, masáž s 62,96 %. Četnější byla odpověď *komunikace* 35x (49,38 %). Možnost *četba, hudba* byla opakována 26x (32,10 %). *Krmení, podávání tekutin* bylo vyhodnoceno 21x (25,93 %). Možnost *jiné* byla zastoupena ve 12,35 % s opakováním 10x. Jednalo se o odpovědi „individuální“, „polohování blízkého jako úleva

od bolesti“, „rodina se nezapojuje, bojí se, aby něco nepokazila“, „rodina se nezapojuje, má ostych“, „rodina se nezapojuje z důvodu strachu“, „rodina se nezapojuje vůbec“, ale objevily se i činnosti jako „stlaní“ či „videohovor a telefonování“. *Péče o obličej* byla zvolena 6x (7,41 %). *Stříhání nehtů a donesení fotek, oblíbených věcí* má stejné zastoupení 3x (3,70 %).

Otázka č. 12: *Jaké faktory podle Vás nejvíce ovlivňují možnosti zapojení rodiny umírajícího do péče? (Možno označit více odpovědí)*

Tabulka 12 Faktory ovlivňující možnosti zapojení rodiny umírajícího do OŠ péče

Faktory ovlivňující zapojení rodiny do OŠ péče	absolutní četnost
Obavy příbuzných (prostředí, postupy apod.)	70
Nevědomost, rodinní příslušníci nevědí, že se mohou do péče zapojit	65
Technické zázemí a vybavení JIP	38
Nedostatek času ze strany zdravotnického personálu	34
Nezájem ze strany rodiny zapojit se do péče	34
Aktivní, empaticky vedená a vstříčná komunikace ze strany zdravotnického personálu	30
Zkušenost zdravotnického personálu se zapojením rodiny do péče	28
Neochota ze strany zdravotnického personálu zapojit rodinu do péče	22
Zvýšená pracovní zátěž pro ošetřující sestru, která se zároveň věnuje rodině	21
Nedostatek času na péči ze strany rodiny umírajícího	18
Jiné	0

Graf 7 Faktory ovlivňující možnosti zapojení rodiny umírajícího do OŠ péče



Tato oblast zjišťovala faktory, které podle respondentů nejvíce ovlivňují rodinu v jejím zapojení do ošetrovatelské péče o svého umírajícího blízkého. Odpovídal plný počet respondentů (81) s možností označení více odpovědí.

Do popředí se dostala odpověď opakovaná 70x (86,42 %) *obavy příbuzných (neznalost prostředí, postupů, nedostatečná zručnost apod.)*. Následuje odpověď vybraná 65x *nevědomost, rodinní příbuzní nevědí, že se mohou do péče zapojit* s hodnotou 80,25 %. V množství 38x opakovaných udávali respondenti odpověď *technické zázemí a vybavení JIP (nedostatek místa pro rodinu, nevyhovující stavební uspořádání, nedostatek soukromí apod.)* ve 46,91 %, dále *nedostatek času ze strany zdravotnického personálu* ve 41,98 % a stejné procentuální ohodnocení má odpověď *nezájem ze strany rodiny zapojit se do péče*. V pořadí nejvíce označených odpovědí 30x (37,04 %) pokračuje odpověď *aktivní, empaticky vedená a vstřícná komunikace ze strany zdravotnického personálu*. Následuje *zkušenost zdravotnického personálu se zapojením rodiny do ošetrovatelské péče* s 28x opakováními (34,57 %). Možnost *neochota ze strany zdravotnického personálu zapojit rodinu do péče* byla označena 22x (27,16 %). Odpověď *zvýšená pracovní zátěž pro ošetřující personál, který se rodině při zapojování do péče věnuje*, byla zvolena 21x (25,93 %). Na posledním místě se umístila odpověď *nedostatek času ze strany rodiny umírajícího* zvolena 18x (22,22 %).

Otázka č. 13: Z čeho, podle Vašeho názoru, vznikají obavy blízkých zapojit se do ošetrovatelské péče o umírajícího? (Možno označit více odpovědí)

Tabulka 13 Obavy rodinných příslušníků ze zapojení se do OŠ péče

Vznik obav rodinných příslušníků ze zapojení se do péče	absolutní četnost
Z prostředí intenzivní péče (alarmy, hadičky přístroje apod.)	74
Ze stavu a vzhledu jejich blízkého	62
Z neznalosti ošetrovatelského postupu a tím rizika ublížení jejich blízkému	53
Bojí se, že by obtěžovali zdravotnický personál	39
Z nedostatku informací ze strany zdravotnického personálu	28
Bojí se, že by prováděli práci, která náleží zdravotní sestře	20
Jiné	1

Graf 8 Obavy rodinných příslušníků ze zapojení do OŠ péče



Položka se zaměřovala na samotné příčiny vzniku obav rodinných příslušníků ze zapojení se do ošetrovatelské péče o svého blízkého. Opět byla respondentům dána možnost využít více odpovědí.

Převahu má odpověď z prostředí intenzivní péče (alarmy, hadičky, přístroje apod.) opakovaná 74x (91,36 %). Na místo druhé se zařadila

odpověď *ze stavu a vzhledu jejich blízkého* 62x odpovídána (76,54 %). Na třetí pozici řadí tabulka odpověď *z neznalosti ošetřovatelského postupu a tím rizika ublížení jejich blízkému* 53x opakovaná (65,43 %). Odpověď *bojí se, že by obtěžovali zdravotnický personál*, byla zvolena 39x (48,15 %). Z tabulky je zřejmý posun k 28x opakováním (34,57 %), které patří odpovědi *z nedostatku informací ze strany zdravotnického personálu o možnosti zapojení do ošetřovatelské péče*. Další odpověď byla opakována 20x (24,69 %) a její znění je, *bojí se, že by prováděli práci, která náleží ošetřující sestře*. Jeden respondent, 1,23 %, vybral možnost jiné: „Strach ze smrti blízkého“.

Otázka č. 14: *Co by, podle Vašeho názoru, eliminovalo obavy rodinných příslušníků ze zapojení do ošetrovatelské péče?*

Tabulka 14 Eliminace obav rodiny

Eliminace obav rodiny	absolutní četnost	relativní četnost
Více času, který by sestra rodině mohla věnovat	14	17,28 %
Aktivně vedená komunikace, pramenící ze zájmu zdravotnického personálu zapojit rodinu do péče	39	48,15 %
Utvoření vhodného prostředí pro poskytování OŠ péče o umírajícího a jeho rodinu	24	29,63 %
Jiné	4	4,94 %
CELKEM	81	100 %

V této položce byli respondenti tázáni, co by mohlo, dle jejich názoru, odstranit eventuální příčiny nezapojení rodiny do ošetrovatelské péče o jejich umírajícího blízkého. Své odpovědi uvádělo 81 respondentů (100 %).

Možnost *více času, který by sestra rodině mohla věnovat*, uvedlo 14 respondentů (17,28 %). Nejvíce respondentů v počtu 39 (48,15 %) vybralo odpověď *aktivně vedená komunikace, pramenící ze zájmu zdravotnického personálu zapojit rodinu do péče*. Názor, že by obavy rodinných příslušníků eliminovalo *utvoření vhodného prostředí pro poskytování OŠ péče o umírajícího a jeho rodinu* mělo 24 respondentů (29,63 %). Možnost odpovědi *jiné* zvolili 4 respondenti (4,94 %). Jejich odpovědi zněly: „funkční paliativní péče“, „osvěta“, „rodina se zapojit do péče nechce“ a „intervent na pracovišti“.

Otázka č. 15: *Jak dochází k zahájení interakce mezi rodinou a jejich umírajícím blízkým, v oblasti kontaktu a poskytování péče?*

Tabulka 15 Zahájení interakce rodinou

Zahájení interakce rodinou	absolutní četnost	relativní četnost
Rodina zahajuje interakci sama	14	17,28 %
Rodinu aktivně informuji a nabízím jim pomoc	42	51,85 %
Rodinu informuje lékař	19	23,46 %
Rodině se věnuji až poté, co oni sami vyjádří zájem	6	7,41 %
CELKEM	81	100 %

Otázka číslo 15 se zabývala tím, jak dochází k zahájení interakce mezi rodinou a jejich blízkým. Otázkou se zabývalo všech 81 respondentů (100 %).

To, že *rodina zahajuje interakce sama*, si všimlo 14 respondentů (17,28 %). Množství 42 respondentů (51,85 %) zvolilo odpověď, *rodinu aktivně informuji a nabízím jim pomoc*. Jiný názor má 19 respondentů (23,46 %), kteří zvolili, že *rodinu informuje lékař*. Nejmenší počet respondentů, 6 (7,41 %), vybralo odpověď, *rodině se věnuji až poté, co oni sami vyjádří zájem*.

Otázka č. 16: *Když rodina není aktivní v poskytování ošetrovatelské péče o svého umírajícího blízkého, jak reagujete?*

Tabulka 16 Reakce respondenta při neaktivitě rodiny

Reakce při neaktivitě rodiny	absolutní četnost	relativní četnost
Myslím si, že rodina nemá zájem se zapojit do OŠ péče, proto situaci neřeším	24	29,63 %
Jdu za nimi a zajímám se, zda by měli zájem se zapojit do OŠ péče	36	44,44 %
Jdu za nimi a snažím se je aktivně vtáhnout do OŠ péče	16	19,75 %
Obracím se na někoho jiného ze zdravotnického týmu a žádám o pomoc	5	6,17 %
CELKEM	81	100 %

Otázka číslo 16 se zaměřuje na reakce ošetřujícího zdravotnického personálu v situacích, kdy rodina nevyjadřuje aktivitu při poskytování ošetrovatelské péče o svého umírajícího blízkého. Odpovídalo všech 81 respondentů (100 %). Otázka sloužila zároveň jako filtrační pro následující položku.

První možnost ve znění *myslím si, že rodina nemá zájem se zapojit do OŠ péče, proto situaci neřeším*, vybralo 24 odpovídajících (29,63 %). Následuje odpověď *jdu za nimi a zajímám se, zda by měli zájem se zapojit do OŠ péče*, kterou uvedlo 36 respondentů (44,44 %). 16 respondentů (19,75 %) odpovědělo, *jdu za nimi a snažím se je aktivně vtáhnout do OŠ péče*. Posledních 5 respondentů (6,17 %) zvolilo, *obracím se na někoho jiného ze zdravotnického týmu a žádám o pomoc*.

Otázka č. 17: *Pokud jste v předchozí otázce odpověděl/a C, jakým způsobem dochází k aktivnímu vtáhnutí do ošetrovatelské péče? (Dopíšte, prosím)*

Tabulka 17 Způsoby vtažení rodiny do péče

Způsob aktivního vtáhnutí do OŠ péče sestrou	absolutní četnost
Otevřená komunikace	14
Edukace	10
Názorná ukázka	6
Motivace rodiny	3
Nácvik činností	2
Automatické zapojení rodiny do péče	1

Graf 9 Způsoby vtažení rodiny do péče



Na poslední položku v dotazníku odpovídalo pouze 16 respondentů (19,75 %) z 81 (100 %), kteří v předchozí otázce uvedli, že rodinu aktivně vtahují do ošetrovatelské péče. Tato otázka se zajímá, jaký způsob aktivního vtažení daný respondent využívá. Byl umožněn prostor pro vlastní slovní vyjádření respondentů. Jednotlivé odpovědi byly následně uvedeny do kategorií a zpracovány v grafu. Nejčastější uváděnou metodou odpovídanou 14x (87,50 %) byla péče byla *otevřená komunikace* a dále *edukace* 10x (62,50 %). Častá byla odpověď *názorná ukázka*, která byla zvolena 6x (37,50 %). Objevila se i *motivace rodiny*, kterou

vypsali 3 respondenti (18,75 %). Menší zastoupení, vybráno pouze 2x (12,50 %), má odpověď *nácvik činností* a poslední, vybráno pouze 1 respondentem (6,25 %), bylo *automatické zapojení rodiny do péče*.

9. Ověřování cílů a hypotéz

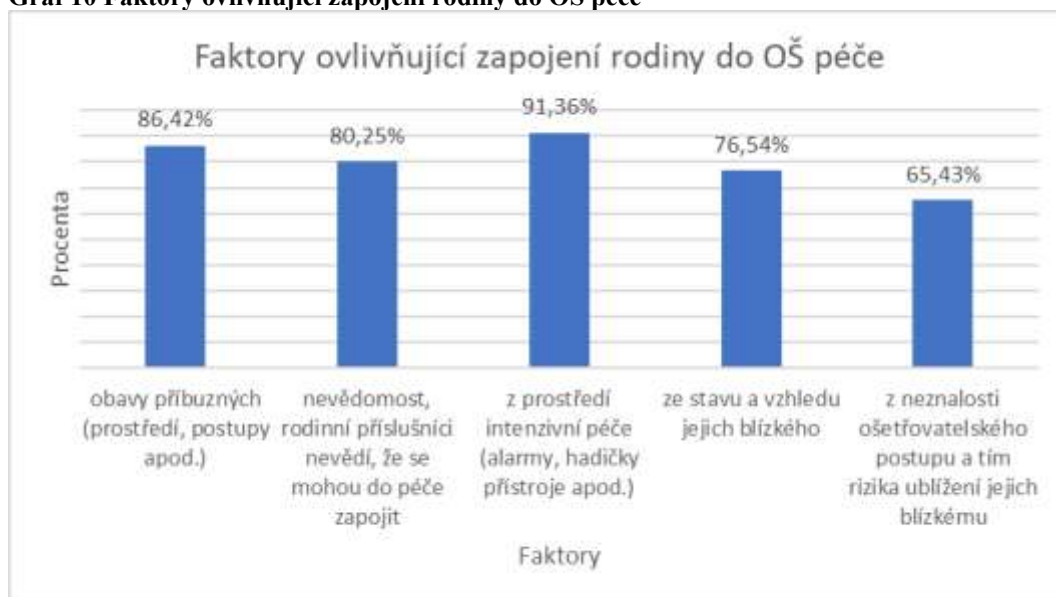
V této části se budu zabírat ověřováním předem stanovených cílů a hypotéz diplomové práce.

Hlavní cíl:

Identifikovat faktory ovlivňující zapojení rodiny do ošetrovatelské péče o umírajícího na oddělení intenzivní péče.

Ke splnění hlavního cíle mě dovedla otázka číslo 12, kde jsem zjišťovala, jaké faktory nejvíce ovlivňují zapojení rodiny do ošetrovatelské péče o svého umírajícího blízkého dle názoru respondentů. Dále otázka číslo 13, která vyobrazovala vznik obav rodinných příslušníků ze zapojení do ošetrovatelské péče o umírajícího. Z výsledků zmíněných otázek jsem vybrala pět faktorů s nejvyšším procentuálním ohodnocením.

Graf 10 Faktory ovlivňující zapojení rodiny do OŠ péče



Závěr: V grafu číslo 10 je znázorněno pět nejčastějších faktorů, které mohou způsobit omezení v zapojení rodiny do ošetrovatelské péče o svého umírajícího blízkého. Faktory byly získány z literatury související s tématem mé diplomové práce. Z grafu je viditelná převaha faktoru *z prostředí intenzivní péče (alarmy, hadičky, přístroje apod.)* (91,36 %), *obavy příbuzných (neznalost prostředí, postupů, nedostatečná zručnost*

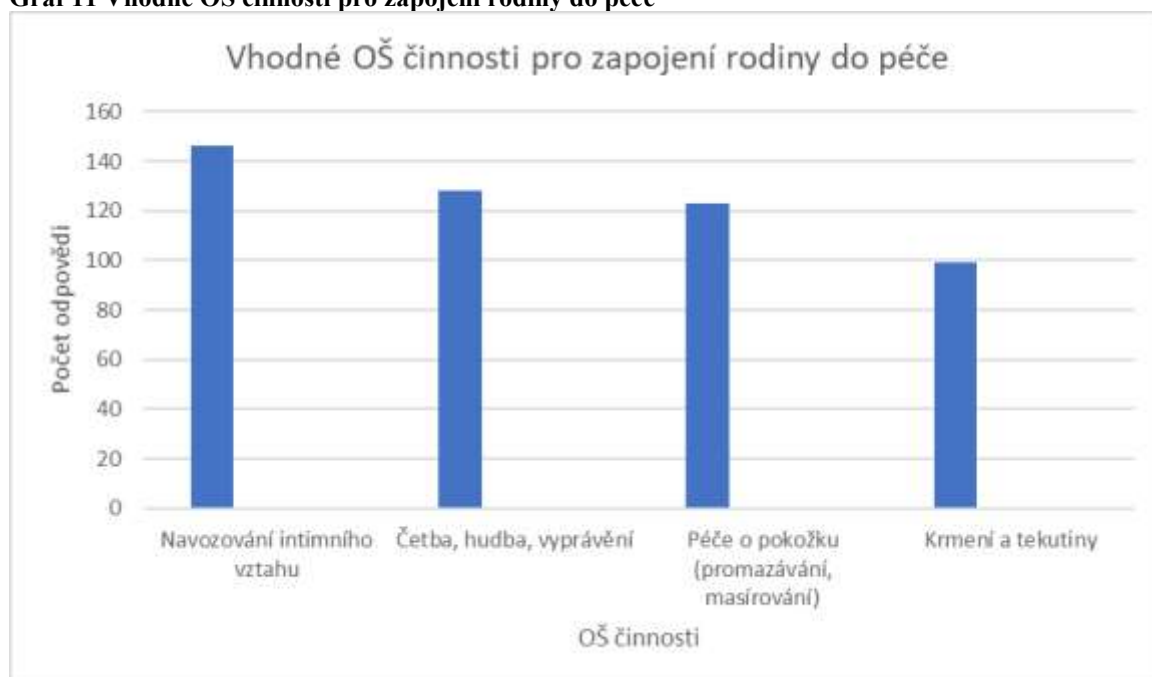
apod.) se řadí na druhé místo (86,42 %). Třetí místo obsadil faktor *nevědomost, rodinní příslušníci nevědí, že se mohou do péče zapojit* (80,25 %). Následuje *ze stavu a vzhledu jejich blízkého* (76, 54 %) a *z neznalosti ošetřovatelského postupu a tím rizika ublížení jejich blízkému* (65,43 %).

Vedlejší cíl:

Identifikovat činnosti v ošetřovatelské péči, které by byly vhodné pro zapojení rodinných příslušníků do péče o umírajícího.

Na splnění tohoto cíle mě dovedly otázky 9,10 a 11, kdy jsem sloučila nejopakovanější odpovědi do kategorie intimní vztah, četba, hudba a vyprávění, péče o pokožku (promazávání, masírování) a krmení a podávání tekutin. Následně jsem sečetla počet odpovědí u každé otázky a z výsledků vytvořila graf č. 11.

Graf 11 Vhodné OŠ činnosti pro zapojení rodiny do péče



Závěr: Z grafů mohu určit převažující ošetřovatelské činnosti, dle odpovědí a názorů respondentů. Vhodné činnosti pro zapojení rodiny do ošetřovatelské péče o umírajícího jsou dle mých výsledků *navozování intimního vztahu (doteky, hlazení, polibky, držení za ruku apod.)*

opakováno 146x, dále četba, pouštění hudby a vyprávění vybráno 128x, což jsou činnosti řazeny do pasivní ošetrovatelské péče. Dále péče o pokožku, promazávání a masírování zodpovídáno 123x a krmení a podávání tekutin opakováno 99x.

Hypotéza 1:

Aktivně vedená komunikace ze strany nelékařského zdravotnického personálu bude tvořit více jak 60 % podílu ze všech faktorů, které ovlivňují zapojení rodiny do ošetrovatelské péče o umírajícího na oddělení intenzivní péče.

K ověření stanovené hypotézy mi posloužila analýza dat z otázky číslo 12.

Graf 12 Faktory ovlivňující zapojení rodiny do OŠ péče

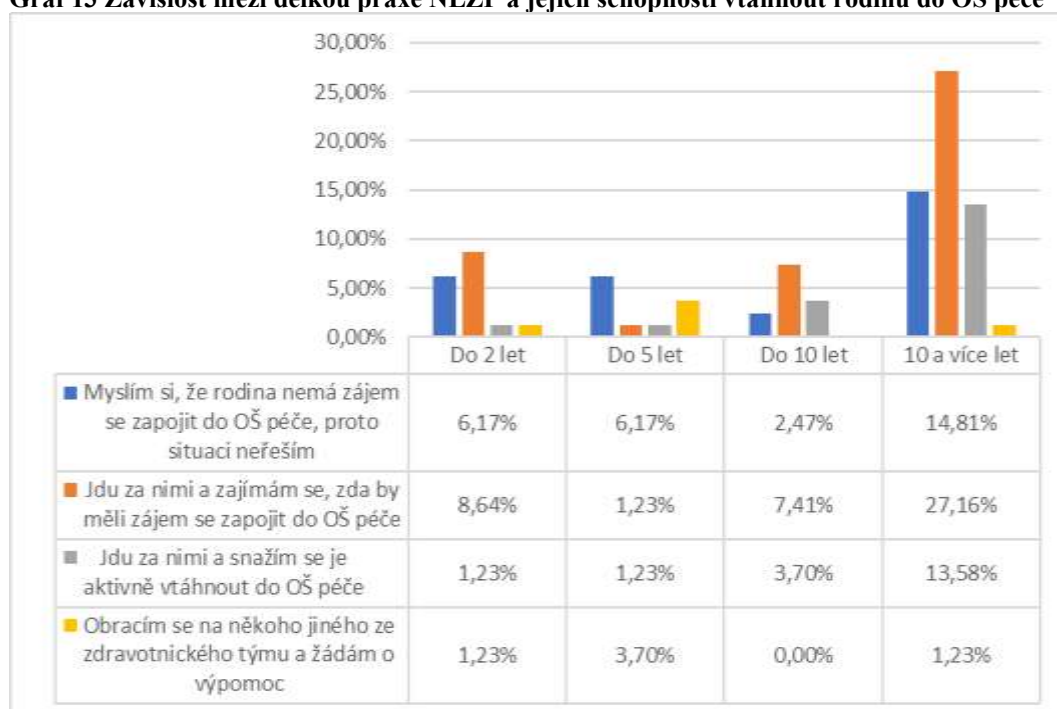


Závěr: K potvrzení první hypotézy mi posloužil graf, který byl použit již v kapitole analýza dat. Z výsledků vyplývá, že aktivně vedená komunikace ze strany NLZP netvoří hodnotu 60 % podílu ze všech faktorů ovlivňující zapojení rodiny do OŠ péče, proto hypotéza nemůže být potvrzena.

Hypotéza 2:

Délka odborné praxe nelékařského zdravotnického personálu na oddělení intenzivní péče bude přímo úměrná jeho schopnosti vtáhnout rodinu do ošetrovatelské péče o umírajícího.

Graf 13 Závislost mezi délkou praxe NLZP a jejich schopností vtáhnout rodinu do OŠ péče



Závěr: Z výsledků kontingenčního grafu nemohu potvrdit přímou úměru mezi délkou praxe NLZP a schopností vtáhnout rodinu do ošetrovatelské péče o umírajícího na oddělení intenzivní péče, proto i druhá hypotéza musí být zamítnuta. Ráda bych ale zdůraznila, že s délkou praxe roste schopnost NLZP zapojit rodinu určitým způsobem do ošetrovatelské péče. Z grafu je znatelný rozdíl v odpovědi, oproti NLZP s menší délkou praxe, *jdu za nimi a snažím se je aktivně vtáhnout do ošetrovatelské péče*, kdy kategorie 10 a více let má oproti ostatním kategoriím nejvyšší procentuální zastoupení (13,58 %).

10. Diskuze a interpretace výsledků

Diskuzi bych si dovolila zahájit uvedením vlastního názoru, který stojí na podstatě zahrnování rodiny do multioborového týmu, což podporuje kladné vztahy mezi zdravotnickým personálem a rodinou. Debra L. Wiegand et. al. (2016) vidí kvalitní poskytovanou ošetrovatelskou péči na JIP především v péči zaměřenou na rodinu, kdy je mezi rodinou a zdravotníkem vzájemný respekt, podpora a spolupráce. Ale otázka, která mně napadá v souvislosti s mou prací je, jak by měla všeobecná zdravotní sestra vtáhnout rodinu do vzájemné spolupráce, jako přímého poskytovatele ošetrovatelské péče o svého blízkého? Jaké úkony z ošetrovatelské péče by byly vůbec vhodné pro rodinné příslušníky? I na tyto otázky se snaží zaměřit má diplomová práce. Považuji za důležité znát nejprve obavy členů rodiny umírajícího pacienta a ovlivňující faktory, které omezují příbuzné v zapojení do péče. Až následně přejít k řešení možností, které nabízí rodině ošetrovatelská péče poskytovaná zdravotnickým personálem.

Data v praktické části práce byla získána formou dotazníkového šetření. Úvod dotazníku byl informativní, věnován pracovišti respondentů a jejich délce praxe na oddělení intenzivní péče. Přestože dotazník nabízel možnost odpovědí ze čtyř pracovišť, jimiž byly ARO-RES, JIP, IMP a NIP, ve finále proběhla distribuce pouze na pracovištích ARO-RES a JIP, proto respondenti využili jen prvních dvou odpovědí. Dále bylo zjišťováno, jak dlouho respondenti na daném pracovišti intenzivní péče pracují. Převahu má kategorie 10 a více let (56,79 %). U dalších položek došlo ke zdatelnému poklesu. Kategorie do 2 let (17,28 %), do 5 let (12,35 %) a do 10 let (13,58 %).

Další část výzkumu se zabývala zkušeností respondentů s ošetrovatelskou péčí o umírajícího a spoluprací s jeho rodinou. Zjišťovala jsem, jak často respondenti provádí ošetrovatelskou péči o umírajícího, kdy absolutní většina, 66 respondentů (81,48 %), odpověděla, že ošetrovatelskou péči o umírajícího provádí velmi často, více jak 6x do roka. Tento výsledek značí v mém výzkumu značnou zkušenost zdravotnického personálu s umíráním a ošetrovatelskou péčí o pacienty

na konci života. Urbanová (2010) interpretuje výsledek své diplomové práce *Problematika umírání v intenzivní medicíně*, který značí zkušenost zdravotnických pracovníků s dlouhodobým umíráním pacientů, v rozmezí týdnů až měsíců, na pracovištích intenzivní medicíny a přes 50 % respondentů v jejím výzkumu se dokonce setkává častěji s dlouhodobějším umíráním než s akutním. Tento výrok mě zaujal, jelikož poukazuje na zkušenosti pracovníků na odděleních intenzivní medicíny s poskytováním ošetrovatelské péče umírajícím pacientům a potvrzuje tak výsledky mé práce. Mé další výsledky ukazují, že se zdravotničtí pracovníci setkávají s rodinou umírajícího klienta velmi často (více jak 6x do roka) a tuto možnost uvedlo 60 odpovídajících (74,07 %). V situaci, kdy pacient umírá, je snaha personálu rodině vyhovět jak je to jen možné a to i co se týče návštěv jejich blízkého.

Tímto navazuji na další otázku, v které jsem zjišťovala přímou spolupráci zdravotnických pracovníků s rodinou umírajícího klienta. Zde došlo ke znatelnému poklesu, jelikož pouze 46 respondentů (56,79 %) odpovědělo, že s rodinou umírajícího spolupracují velmi často, více jak 6x do roka. Příčinu procentuálního poklesu, který je skoro 20 %, vidím v rozdílu pojmů setkání a spolupráce. Všeobecné zdravotní sestry můžou rodinu přijmout na oddělení, odvést ji na pokoj, ale tím ukončují kontakt a nechávají rodinu na pokoji se svým umírajícím blízkým samotnou. V souvislosti s tímto výsledkem mě zajímalo, zda by respondenti pociťovali více jistoty ve spolupráci s rodinou o umírajícího po nabití více zkušeností v dané oblasti. Pozitivní ohlas byl u 51 tázaných (62,96 %), narozdíl od 17 respondentů (20,99 %), kteří by více zkušeností ohledně spolupráce s rodinnými příslušníky umírajícího pacienta neocenili. Stejně tvrzení jsem shledala v práci *Dignity and patient-centred care for people with palliative care needs in the acute hospital setting* od J. Pringle (2015), v které je znatelný zájem zdravotnického personálu o odpovídající školení ohledně ošetrovatelské péče, zaměřené na umírajícího a jeho rodinu. Myslím si, že školení zaměřená na téma péče o umírajícího a jeho rodinu, by byly velkým přínosem především z hlediska obeznámení zdravotníků, jak mohou zapojit rodiny umírajícího do ošetrovatelské péče a dodat jim tak sebevědomí v komunikaci a spolupráci s rodinnými příslušníky.

Shodný názor má i Pšenícová (2015), jejíž výsledky diplomové práce *Rodinný příslušník pacienta v prostředí intenzivní péče* vyzdvihují zájem všeobecných zdravotních sester o kurzy se zaměřením na téma komunikace s rodinami pacientů.

Slavičková (2017) se ve své diplomové práci *Zapojení rodiny do procesu umírání na vybraných jednotkách intenzivní péče z pohledu všeobecných sester* zajímala o to, jestli respondenti zapojují osobně rodinu do péče o jejich umírajícího blízkého. Výsledek byl 40,6 % respondentů, kteří rodinu spíše zapojují a 9,9 %, kteří odpověděli ano, zapojují. Z mé analýzy vyšla převaha respondentů (66,67 %) zapojující rodinu pouze tehdy, pokud ona sama vyjádří zájem. Tento výsledek jsem očekávala, jelikož jsem předpokládala, že spontánní aktivita personálu není dostatečná. Při analyzování dat jsem si ale myslela, že touto odpovědí projeví personál nezájem o zapojování rodiny do ošetrovatelské péče. B. Engström (2011) ve své práci *Patient and family involvement in adult critical and intensive care settings* uvádí, že by rodina neměla být nucena účastnit se ošetrovatelské péče, ale naopak se sama rozhodnout, jak blízko chtějí svému umírajícímu členovi rodiny být. Zdravotní sestra by tato rozhodnutí pak měla respektovat a rodinu neurgovat. Uvědomila jsem si, že zapojení rodinných příslušníků do ošetrovatelské péče je velmi individuální záležitostí každého jedince. Někomu může vyhovovat být umírajícímu pouze nablízku, držet ho za ruku, hladit, jiný by zas byl rád více zapojen do aktivní péče, kdy by mu nedělal problém provádět například hygienu či polohování. Je proto důležité s rodinou komunikovat, dotazovat se a zjišťovat jejich zájmy a postoje k ošetrovatelské péči. Pro zapojení rodiny do péče je proto potřeba jak jejich osobní zájem, tak aktivně vedená komunikace ze strany zdravotnického personálu. Počet 18 respondentů (22,22 %) nemá žádnou zkušenost se zapojením rodiny do péče, což může odpovídat mladší kategorii odpovídajících v mém dotazníku.

Nyní bych se ráda přesunula k samotným činnostem z ošetrovatelské péče. Po předchozí položce ohledně informovanosti rodiny se naskytla navazující otázka, o jakém typu ošetrovatelské péče rodinu pracovníci poučují. Díky výsledkům z mého výzkumu mohu odpovědět, že se jedná

spíše o ošetrovatelskou péči pasivní. Zajímalo mě, jaké ošetrovatelské činnosti zdravotnický personál volí při spolupráci s rodinou. Nejčastější odpovědí bylo právě navozování intimního vztahu v podobě doteků, hlazení, polibků a držení za ruku (90,48 %). Další nejpočetnější odpovědí bylo četba, pouštění hudby a vyprávění (88,89 %). Důvodů, proč má zdravotnický personál zkušenosti v zapojování rodiny spíše do pasivní ošetrovatelské péče, může být několik. Od nedostatku času personálu, obav přenechat rodině zodpovědnost, po nedostatečné zkušenosti sester ve spolupráci s rodinou. Myslím si ale, že otevřená komunikace mezi rodinnými příslušníky a ošetřujícím zdravotnickým personálem by vytvořila důvěrnější a profesionálnější vztah, který by přinesl nové možnosti v dosavadní spolupráci. Obdobný názor má i Soderström et al. (2003), který ve svém výzkumu *Nurses' experiences of interactions with family members in intensive care units* prezentuje zkušenosti sester s navazováním spolupráce s rodinou. Ty popisují komunikaci jako počátek spolupráce, což dodává rodině i personálu důvěru, odstraňuje obavy a vzbuzuje v rodině zájem o zapojení se do péče. Spolupráce jim přinesla úsporu času a také uvedly i kvalitnější ošetrovatelskou péči poskytovanou umírajícímu pacientovi. V oblasti aktivní ošetrovatelské péče byla nejopakovanější odpověď péče o pokožku, promazávání, masírování (76,19 %) a krmení, podávání tekutin (71,43 %). Složitější ošetrovatelské činnosti jako koupel na lůžku, holení, stříhání nehtů apod., byly ve znatelně menším zastoupení. V otázce, jaké ošetrovatelské činnosti by byly podle vlastního názoru respondentů vhodné pro zapojení rodinných příslušníků do péče, byli respondenti v mém šetření více otevření. Nejpočetnější odpovědí byla péče o pokožku a masírování (62,96 %), ale objevila se častěji i odpověď hygiena těla (32,10 %). Výsledky naznačují, že by ošetřující personál neviděl problém v zapojení rodiny i do aktivní ošetrovatelské péče, ale záleží nadále na zájmu rodiny a aktivitě personálu. Ve volném prostoru pro vlastní názor respondentů bylo častou odpovědí, že vhodné ošetrovatelské činnosti pro zapojení rodinných příslušníků do péče jsou spíše individuální záležitostí, podle stavu rodiny a pacienta. Překvapil mě i jeden z názorů respondenta vyjadřující nevhodnost prostředí IP pro zapojování rodiny

do ošetrovatelské péče. I přes negativní postoj vůči mému výzkumu tento názor respektuji. Je možné, že dotyčný respondent měl v zapojování rodiny do péče špatnou zkušenost, nebo chtěl jen chránit integritu pacienta. Oproti tomu A. Heydari et. al. (2020) prezentuje pestřejší škálu ošetrovatelských činností, které vidí jako vhodné pro rodinné příslušníky. Jako vhodné činnosti uvedl masáž pokožky a končetin, péče o ústa a oči, krmení, hygiena na lůžku, ale zmiňuje i krmení sondou, polohování, pasivní pohyby s končetinami a dechovou gymnastiku. Myslím si, že po kvalitní edukaci zdravotnickým personálem by byla rodina, při jejím zájmu, schopná provést i zmíněné složitější úkony. Zajímaly mě také činnosti, které provádí rodina samostatně, bez zásahu zdravotnického personálu. Podle mých očekávání se rodina zaměřuje především na doteky, držení za ruku, hlazení a vyprávění (66,67 %). Stejně tak M. Olding et. al. (2015) přiřazuje rodině v zapojení se do ošetrovatelské péče spíše pasivní roli.

Hlavním cílem diplomové práce bylo zjistit faktory, ovlivňující zapojení rodiny do ošetrovatelské péče. Primárními faktory jsou dle mého výzkumu obavy rodiny, především z hlediska neznalosti prostředí, ošetrovatelských postupů či nedostatečné zručnosti k provádění daných úkonů, kdy tato odpověď byla v dotazníku zvolena 70x. Následuje nevědomost, kdy rodinní příslušníci nevědí o možnosti zapojit se do péče, s opakováním odpovědi 65x. Tím se vyvrátila má předem stanovená hypotéza, kdy jsem předpokládala za nejvíce ovlivňující faktor komunikaci zdravotnického personálu, která by měla promítat subjektivní aktivitu personálu. I přes zamítnutí hypotézy bych se ale ráda ke komunikaci vrátila. Mezi ovlivňujícími faktory, které vyšly v mém výzkumu, a komunikací vidím souvislost. Oběma zmíněným faktorům by šlo, podle mého názoru, předejít po kvalitně vedené komunikaci ze strany zdravotnického personálu. K mému názoru přispěla Veselská (2018), jejíž diplomová práce *Komunikace s rodinou nemocného v intenzivní péči* se zaměřovala na komunikaci sester/záchranářů s rodinnými příslušníky na JIP. Výpovědi respondentů v jejím výzkumu poukazyvaly na správně vedenou komunikaci, která přispívala k pozitivnímu přístupu rodiny k prostředí intenzivní medicíny

a odstraňovala jejich obavy a ostychy. Co je ale ohniskem vzniku obav a strachu rodinných příslušníků? Podle respondentů mého šetření především prostředí intenzivní péče (alarmy, hadičky, přístroje apod.), opakující se v dotazníku 74x a také stav a vzhled jejich blízkého, opakující se 62x. Zmíním i neznalost ošetřovatelského postupu a tím rizika ublížení jejich blízkému, opakující se 53x. Tyto výsledky odpovídají podle mého názoru na otázku, proč je rodina spíše pasivním poskytovatelem ošetřovatelské péče u svého umírajícího blízkého. Navazuji na další položku v mém dotazníkovém šetření, v které jsem se zajímala o názor participantů na to, co by mohlo eliminovat obavy rodinných příslušníků ze zapojení do ošetřovatelské péče. Východisko vidí v aktivně vedené komunikaci, pramenící ze zájmu zdravotnického personálu zapojit rodinu do péče (48,15 %). Dále utvoření vhodného prostředí pro poskytování ošetřovatelské péče o umírajícího a jeho rodinu (29,63 %). Tyto dva pilíře, komunikaci a prostředí intenzivní péče, uvádí také Soderström et al. (2003). Co se týče utvoření vhodného prostředí pro poskytování ošetřovatelské péče o umírajícího a jeho rodinu, ne vždy je to realizovatelné z důvodu stavebního uspořádání JIP. Je proto potřeba dbát alespoň na dodržování soukromí a úcty k rodině a umírajícímu, v rámci dostupných možností oddělení. Ráda bych uvedla i subjektivní názory mých respondentů na odstranění obav rodiny ze zapojení do péče, které mě zaujaly: „Funkční paliativní péče“ a „Intervent na pracovišti“. Předpokládám, že by se obavy rodinných příslušníků daly eliminovat také díky jejich zapojení do ošetřovatelské péče. Postupně by mohli poznávat jednotlivé přístroje, zvuky, jaké je využití „hadiček“, kterými je pacient obklopený a tím se seznamovat s chodem oddělení a učit se, jak přistupovat k jejich blízkému.

Dále jsem zjišťovala, jakým způsobem zapojují respondenti rodinu do ošetřovatelské péče o jejich umírajícího blízkého. Interakci mezi rodinou a pacientem zahajuje podle výpovědi respondentů nelékařský zdravotnický pracovník, který rodinu aktivně informuje a nabízí jim pomoc (51,85 %). P. Voutilainen et. al. (2006) interpretuje, že závislost rodiny na zapojení do péče se odráží od asertivity a aktivity zdravotnického personálu. S tímto názorem souhlasím a potvrzuje ho i výsledek z mé

analýzy, jelikož nejvíce respondentů (44,44 %) reaguje na neaktivitu rodiny při poskytování ošetrovatelské péče osobním zájmem o situaci, který vyjadřují dotazováním se rodiny, zda se nechtějí zapojit do péče. Pouze 19,75 % respondentů se snaží rodinu díky vlastní empatii aktivně vtáhnout do ošetrovatelské péče. Jen tato skupina respondentů odpovídala na poslední položku v dotazníku, která se zajímala, jakým způsobem dochází k aktivnímu vtažení rodiny do péče. Z jejich zkušeností pomocí otevřené komunikace, edukace, názorné ukázky a nácviku činností, kdy nejpočetnější odpovědí (14 x) byla právě otevřená komunikace.

Doporučení pro klinickou praxi

Na základě výsledků mé diplomové práce bych ráda uvedla možnosti, které by mohly vést ke zlepšení v zapojení rodiny do ošetrovatelské péče o umírajícího na odděleních IP. Domnívám se, že aktivně vedená komunikace pramenící ze zájmu zdravotnického personálu by mohla rodině dodat zájem o zapojení se do péče. Je potřeba se rodiny dotazovat, využít vlastní empatie a komunikačních dovedností a aktivně rodině nabízet možnosti pro jejich zapojení do péče. Nebát se provádět ošetrovatelské činnosti v přítomnosti rodiny, verbalizovat a popisovat jednotlivé úkony a odstraňovat tak bariéry ze strany rodiny a zdokonalovat i své schopnosti a dovednosti v oblasti komunikace a spolupráce s rodinami umírajících pacientů. Avšak je potřeba respektovat osobní zájem rodiny a uvědomit si, že zapojení do péče je individuální záležitostí každého jedince. Proto doporučuji začít u zapojování do pasivních aktivit, jako jsou doteky, hlazení, vyprávění, pouštění muziky či četba. Následně, dle zájmu rodiny, pokračovat v edukaci o dalších činnostech jako je péče o pokožku, masírování, podávání tekutin či hygiena.

Na základě poznatků z mého výzkumu bych doporučila vytvořit brožuru či formulář, který by mohl obsahovat informace o denním harmonogramu oddělení. Dále by poskytl rodině také informace o tom, jak by se mohla zapojit ošetrovatelské péče a vybrat si z ošetrovatelských činností, kterých by se chtěla účastnit. Rodina by zde mohla zmínit předměty a věci, které má jejich blízký rád, co poslouchá za hudbu, jeho oblíbený parfém apod. Na základě toho by pak došlo k aplikování těchto věcí do ošetrovatelské praxe.

Domnívám se, že zavedení zmíněných postupů by bylo pro rodiny umírajícího, ale i pro samotný zdravotnický personál přínosem. Společně s aktivním nabízením od personálu by se tak urychlil proces zapojení rodiny do ošetrovatelské péče, kdy by z formuláře bylo patrné, zda rodina má či nemá zájem o zapojení se do ošetrovatelské péče, popřípadě v jakém rozsahu a o jaké činnosti by měli konkrétně zájem.

Závěr

Hlavním cílem diplomové práce bylo odhalit faktory, které ovlivňují zapojení rodiny do ošetrovatelské péče na oddělení intenzivní péče. Zjištěnými omezujícími faktory jsou prostředí intenzivní péče (alarmy, hadičky, přístroje apod.), obavy příbuzných (neznalost prostředí, postupů, nedostatečná zručnost apod.), nevědomost (rodinní příslušníci nevědí, že se mohou do péče zapojit), stav a vzhled jejich blízkého a neznalost ošetrovatelského postupu (tím rizika ublížení jejich blízkému). Dále byl stanoven cíl vedlejší, který identifikoval vhodné činnosti pro zapojení rodiny do péče. Doporučenými činnostmi jsou navozování intimního vztahu (doteky, hlazení, polibky, držení za ruku apod.), četba, pouštění hudby, péče o pokožku, promazávání a masírování a krmení a podávání tekutin. Oba dva cíle byly splněny.

Pokračovalo testování předem stanovených hypotéz. První hypotéza vyvrátila, že aktivně vedená komunikace ze strany nelékařského zdravotnického personálu tvoří více jak 60% podílu ze všech faktorů, které ovlivňují zapojení rodiny do ošetrovatelské péče o umírajícího na oddělení intenzivní péče. Ani druhá hypotéza nemohla být potvrzena, jelikož mezi délkou odborné praxe zdravotnického pracovníka a jeho schopností vtáhnout rodinu do ošetrovatelské péče není přímá úměra.

Jako kritický bod vnímám nedostatečnou aktivitu zdravotnického personálu v nabízení rodině možností pro jejich zapojení do péče. Respondenti ve výzkumu vypověděli, že rodinu zapojují pouze při jejím osobním zájmu, který ale rodina nemusí být schopná vyjádřit. Může být primárně vyděšená z prostředí intenzivní péče, ze stavu jejich blízkého, nebo pociťovat ostych. Bohužel doposud neexistují žádné zásady a postupy pro zapojování rodiny do ošetrovatelské péče, mohu proto jen na základě svých výsledků doporučit, aby zdravotnický personál zvýšil svou aktivitu v navazování komunikace s rodinou a nabízel aktivně rodině možnost jejich zapojení do péče.

Výsledky mé diplomové práce poskytnu oddělením v nemocničních zařízeních, kde jsem prováděla dotazníková šetření. Uvědomuji si malé množství respondentů, kteří přispívali k získání dat pro vyhodnocování

praktické části práce. Výsledky proto nelze zobecnit a vyvodit z nich regulérní závěr. I tak si ale myslím, že jsem došla k zajímavým zjištěním, které mohou sloužit jako podklad pro další výzkumná šetření na podobné téma.

Seznam použité literatury

ADAMS, Judith A. et. al. Nursing strategies to support family members of ICU patients at high risk of dying. *Hearth Lung* [online]. 2014, 43(5), 406-415 [cit. 2021-02-25]. Dostupné z: doi:10.1016/j.hrtlng.2014.02.001

ASLAKSON, Rebecca A. et al. *The Changing Role of Palliative Care in the ICU. Concise Definitive Review* [online]. 2014, 42(11), 2418-2428 [cit. 2021-03-12]. Dostupné z: doi:10.1097/CCM.0000000000000573

BARTŮŇEK, Petr a Dana JURÁSKOVÁ. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče* [online]. Praha: Grada, 2016, str. 48-67. [cit. 2021-02-25]. ISBN 978-80-271-9328-8.

BEESELEY, Sarah J. et. al. Let Them In: Family Presence during Intensive Care Unit Procedures. *Annals of the American Thoracic Society* [online]. 2015, 13(7) [cit. 2021-03-15]. Dostupné z: doi:https://doi.org/10.1513/AnnalsATS.201511-754OI

BROWN, Crystal E. et al. Focus on palliative care in the ICU. *Intensive Care Med.* [online]. 2017, 43(12), 1898-1900 [cit. 2021-03-12]. Dostupné z: doi:10.1007/s00134-017-4938-2

BURDA, Patrik a Lenka ŠOLCOVÁ. *Ošetrovatelská péče 2. díl* [online]. Praha: Grada, 2016 [cit. 2021-03-15]. ISBN 978-80-271-9245-0. Dostupné z: https://www.bookport.cz/kniha/osetrovatelska-pece-2-dil-2588/

BUŽGOVÁ, Radka. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních* [online]. Praha: Grada, 2015 [cit. 2021-02-21]. ISBN 978-80-247-9038-1. Dostupné z: https://www.bookport.cz/kniha/paliativni-pece-ve-zdravotnickych-zarizenich-1275/

COOK, Deborah et al. Personalizing death in the intensive care unit: the 3 Wishes Project: a mixed-methods study. *Ann Intern Med* [online]. 2015, 163(4), 271-279 [cit. 2021-03-12]. Dostupné z: doi:10.7326/M15-0502

DINGOVÁ ŠLIKOVÁ, Martina, Lucia VRABELOVÁ a Lucie LIDICKÁ. *Základy ošetrovatelství a ošetrovatelských postupů: Pro zdravotnické záchranáře* [online]. Praha: Grada, 2018 [cit. 2021-02-07]. ISBN 978-80-271-2325-4. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/kniha/zaklady-osetrovatelstvi-a-osetrovatelskych-postupu-5031/>

ENGSTRÖM, Birgitta et al. Patient and family involvement in adult critical and intensive care settings: a scoping review. *Health Expect.* [online]. 2011, 27(1), 1-9 [cit. 2021-02-11]. Dostupné z: doi:10.1111/hex.12402

FRIDH, Isabell. *Caring for the dying patient in the ICU- The past, the present and the future. Intensive and critical care nursing* [online]. Sweden, 2014, 30(6), 306-311 [cit. 2021-02-01]. Dostupné z: doi:<https://doi.org/10.1016/j.iccn.2014.07.004>

GOLDMANN, Radoslav a Martina CICHÁ. *Etika zdravotní a sociální práce*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci: Pedagogická fakulta, 2004, str.71. ISBN 8024409070.

HAMILTON, Rebekah et al. International facilitators and barriers to family engagement in the ICU: Results of a qualitative analysis. *Journal of Critical Care* [online]. 2020, 58, 72-77 [cit. 2021-03-15]. Dostupné z: doi:<https://doi.org/10.1016/j.jcerc.2020.04.011>

HEYDARI, Abbas et. al. Family participation in the care of older adult patients admitted to the intensive care unit: A scoping review. *Geriatric nursing*. 2020, 41(4), 474-484. Dostupné z: doi:<https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2020.01.020>

HEYLAND, DK et al. Dying in the ICU: Perspectives of Family Members. *Chest* [online]. 2003, 124(1), 392-397 [cit. 2021-02-25]. Dostupné z: doi:10.1378/chest.124.1.392

HETLAND, Breanna et. al. A qualitative study of factors that influence active family involvement with patient care in the ICU: Survey of critical care nurses. *Intensive and Critical Care Nursing* [online]. 2018, 44, 67-75 [cit. 2021-03-15]. Dostupné z: doi:https://doi.org/10.1016/j.iccn.2017.08.008

HOSKOVCOVÁ, Simona. *Psychosociální intervence*. Praha: Karolinum, 2009. ISBN 9788024616261

CHOVANOVÁ, Martina. *Ritualizované vs. institucionalizované umírání pohledem sestry lůžkového hospice*. Hospic Chrudim, 2016

KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetrovatelství v intenzivní péči. 2.vyd.* Praha: Grada, 2020, str. 49. ISBN 978-80-271-1551-8.

KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada, 2007, str. 20. ISBN 978-80-247-6986-8

KISVETROVÁ, Helena. *Péče v závěru života*. Praha: Maxdorf, 2018. ISBN 978-80-7345-496-8

MERCADANTE, Sebastiano et al. Palliative care in intensive care units: why, where, what, who, when, how. *BMC Anesthesiol* [online]. 2018, August, 18(106) [cit. 2021-03-12]. Dostupné z: doi:10.1186/s12871-018-0574-9

METZNEROVÁ, Monika a Marie ZÍTKOVÁ. Uplatnění paliativní péče v oblasti intenzivní medicíny. *Anesteziologie a intenzivní medicína*. Praha, 2018, 29(5), 269-274. ISSN 1214-2158.

O'CONNOR, B. Competencies And Recommendations for Educating Undergraduate Nursing Students Preparing Nurses to Care for the Seriously Ill and Their Families. *Journal of professional nursing* [online]. 2016, 32(2), 78-84 [cit. 2021-02-01]. Dostupné z: doi:10.1016/J.PROFNURS.2016.02.008

OLDING, Michelle et al. Patient and family involvement in adult critical and intensive care settings: a scoping review. *Health Expect.* [online]. 2015, 19(6), 1183-1202 [cit. 2021-02-10]. Dostupné z: doi:10.1111/hex.12402

PAŘÍŽKOVÁ, Renata. Paliativní léčba v intenzivní medicíně. *Intervenční a akutní kardiologie* [online]. Solen, 2011, 10(Suppl. B), 15-17 [cit. 2021-02-03]. Dostupné z: https://www.solen.cz/artkey/kar-201189-0005_Paliativni_lecba_v_intenzivni_medicine.php

PFEFFEROVÁ, Eva a Alena PISTULKOVÁ. Smrt a umírání na ARO. *Florence* [online]. 2011, (5), 9-11 [cit. 2021-02-25]. Dostupné z: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2011/5/smrt-a-umirani-na-aro/>

PRINGLE, Jan, Bridget JOHNSTON a Deans BUCHANAN. Dignity and patient-centred care for people with palliative care needs in the acute hospital setting: A systematic review. *Paliative Medicine* [online]. 2015, 29(8), 675-694 [cit. 2021-02-02]. Dostupné z: doi:10.1177/0269216315575681

PŘIDALOVÁ, Marie. Proč je moderní smrt tabu? *Sociologický časopis. Brno*, 1998, 34(3), 347-361. Dostupné z: doi:10.13060/00380288.1998.34.3.08

PŠENICOVÁ, Radka. *Rodinný příslušník pacienta v prostředí intenzivní péče*. Praha, 2015. Diplomová práce. Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta. Vedoucí práce Mgr. Milena Vaňková

PTÁČEK, Radek a Pavel BARTŮNĚK A KOL. *Etické problémy medicíny na prahu 21. století* [online]. Praha: Grada, 2014 [cit. 2021-02-05]. str. 692-699. ISBN 978-80-247-9597-3. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/kniha/eticke-problemy-mediciny-na-prahu-21-stoleti-2436/>

RHOADS, S. a Amass T. Communication at the End-of-Life in the Intensive Care Unit: A Review of Evidence-Based Best Practices [online]. *R I Med J*, 2019, 102(10) [cit. 2021-02-21]. PMID: 31795531.

SÖDERSTRÖM, IM, E. BENZEIN a BI. SAVEMAN. *Nurses' experiences of interactions with family members in intensive care units*. *Scand J Caring Sci* [online]. 2003, 17(2), 185-192 [cit. 2021-02-25]. Dostupné z: doi:10.1046/j.1471-6712.2003.00222.x

SLAVÍČKOVÁ, Lenka. *Zapojení rodiny do procesu umírání na vybraných jednotkách intenzivní péče z pohledu všeobecných sester*. Brno, 2017. Diplomová práce. Lékařská fakulta Masarykovy univerzity. Vedoucí práce PhDr. Natália Beharková, Ph.D.

ŠERÝCH, Klára. *Míra chybějící péče v Ústřední vojenské nemocnici – Vojenské fakultní nemocnici Praha*. Praha, 2018. Bakalářská práce. Univerzita Karlova 3. lékařská fakulta. Vedoucí práce PhDr. Marie Zvoníčková

ŠIMŮNKOVÁ, Kateřina. *Komunikace a vzájemná interakce zdravotnického personálu s rodinou pacienta v prostředí intenzivní péče*. Praha, 2019. Diplomová práce. Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta. Vedoucí práce Mgr. Ivana Dvořáčková, Ph.D.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda a kol. *O posledních věcech člověka: vybrané kapitoly z thanatologie*. Praha: Galén, 2014, str. 32-33. ISBN 978-80-7492-138-4.

URBANOVÁ, Kateřina. *Problematika umírání v intenzivní medicíně*. Olomouc, 2010. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Vedoucí práce Mgr. Helena Kisvetrová.

VÁŇOVÁ, Věra. *Etické problémy péče o umírající ve velké nemocnici*. Praha, 2017. Disertační práce. Univerzita Karlova, Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce Prof. PhDr. RNDr. Helena Haškovcová, CSc.

VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry* [online]. Praha: Grada, 2006 [cit. 2021-02-21]. ISBN 978-80-247-6818-2. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/kniha/komunikace-pro-zdravotni-sestry-59/>

VESELSKÁ, Martina. *Komunikace s rodinou nemocného v intenzivní péči*. Brno, 2018. Diplomová práce. Lékařská fakulta Masarykovy univerzity. Vedoucí práce PhDr. Natálie Beharková, Ph.D.

VOUTILAINEN, Päivi et al. Family Members' Perceptions of the Quality of Long-Term Care. *Clinical Nursing Research* [online]. 2006, 15(2), 135-149 [cit. 2021-02-11]. Dostupné z: doi:10.1177/1054773805285697

WEAVER, Jessica L. et.al. Family Engagement Regarding the Critically Ill Patient. *Surgical Clinics of North America* [online]. 2012, 92(6), 1637-1647 [cit. 2021-02-03]. Dostupné z: doi:10.1016/j.suc.2012.08.004

WIEGAND, Debra L. Family Experiences During the Dying Process After Withdrawal of Life-Sustaining Therapy. *Dimensions of Critical Care Nursing* [online]. 2016, 35(3) [cit. 2021-02-11]. Dostupné z: doi:10.1097/DCC.000000000000174

WIEGAND, Debra L. et.al. Seeing the Patient and Family Through: Nurses and Physicians Experiences With Withdrawal of Life-Sustaining Therapy in the ICU. *American Journal fo Hospice and Paliative Medicine* [online]. 2019, 36(1), 13-23 [cit. 2021-02-02]. Dostupné z: doi:10.1177/1049909118801011

Seznam zkratek

ICU - Intensive Care Unit

IP - Intenzivní péče

JIP - Jednotka intenzivní péče

PEG - Perkutánní endoskopická gastrostomie

OŠ - Ošetřovatelský/ká

FN - Fakultní nemocnice

NLZP - Nelékařský zdravotnický pracovník

ARO - Anesteziologicko-resuscitační oddělení

RES – Resuscitační oddělení

IMP – Intermediální péče

NIP – Následná intenzivní péče

Seznam tabulek

Tabulka 1 Pracoviště respondentů.....	29
Tabulka 2 Délka praxe respondentů.....	30
Tabulka 3 Četnost prováděné OŠ péče o umírajícího	31
Tabulka 4 Četnost setkání s rodinou umírajícího.....	32
Tabulka 5 Četnost spolupráce s rodinou umírajícího.....	33
Tabulka 6 Usnadnění spolupráce s rodinou po nabití více zkušeností.....	34
Tabulka 7 Informovanost rodiny respondenta o možnosti zapojení se do OŠ péče	35
Tabulka 8 Osobní zkušenost respondenta se zapojením rodiny do OŠ péče	36
Tabulka 9 Činnosti z OŠ péče dle zkušenosti respondentů.....	37
Tabulka 10 OŠ činnosti vhodné pro rodinu dle názoru respondentů	39
Tabulka 11 OŠ činnosti, které provádí rodina umírajícího samostatně bez zásahu personálu	41
Tabulka 12 Faktory ovlivňující možnosti zapojení rodiny umírajícího do OŠ péče	43
Tabulka 13 Obavy rodinných příslušníků ze zapojení se do OŠ péče	45
Tabulka 14 Eliminace obav rodiny	47
Tabulka 15 Zahájení interakce rodinou.....	48
Tabulka 16 Reakce respondenta při neaktivitě rodiny	49
Tabulka 17 Způsoby vtažení rodiny do péče	50

Seznam grafů

Graf 1 Délka praxe respondentů.....	30
Graf 2 Usnadnění spolupráce s rodinou po nabití více zkušeností	34
Graf 3 Informovanost rodiny respondenta o možnosti zapojení se do OŠ péče	35
Graf 4 Činnosti z OŠ péče dle zkušeností respondentů	38
Graf 5 OŠ činnosti vhodné pro rodinu dle názoru respondentů.....	39
Graf 6 OŠ činnosti, které provádí rodina umírajícího samostatně bez zásahu personálu ...	41
Graf 7 Faktory ovlivňující možnosti zapojení rodiny umírajícího do OŠ péče	44
Graf 8 Obavy rodinných příslušníků ze zapojení do OŠ péče	45
Graf 9 Způsoby vtažení rodiny do péče	50
Graf 10 Faktory ovlivňující zapojení rodiny do OŠ péče	52
Graf 11 Vhodné OŠ činnosti pro zapojení rodiny do péče	53
Graf 12 Faktory ovlivňující zapojení rodiny do OŠ péče	54
Graf 13 Závislost mezi délkou praxe NLZP a jejich schopností vtáhnout rodinu do OŠ péče	55

Seznam příloh

Příloha 1 Potvrzení výzkumu od etické komise	77
Příloha 2 Potvrzení výzkumu FNKV	78
Příloha 3 Potvrzení výzkumu VFN	79
Příloha 4 Potvrzení výzkumu FN Plzeň	80
Příloha 5 Potvrzení výzkumu Karlovarská krajská nemocnice a. s	81
Příloha 6 Potvrzení výzkumu Nemocnice Strakonice a.s.	82
Příloha 7 Dotazník část první	83
Příloha 8 Dotazník část druhá	84
Příloha 9 Dotazník část třetí	85

Přílohy

Příloha 1 Potvrzení výzkumu od etické komise

	Etická komise FAKULTNÍ NEMOCNICE KRÁLOVSKÉ VINOHRADY Česká republika <i>Ethics Committee</i> <i>The University Hospital Královské Vinohrady</i> Czech Republic
<small>II. Anžovská 50, 100 34, Praha 10, IČ 290 472 272, 267 300 126, Q.eticka.komise@fnkv.cz</small>	
<p>Vážená paní Bc. Eliška Králová Studentka 2. ročníku navazujícího magisterského studijního programu Intenzivní péče 3. LF UK Praha</p>	
<p>V Praze dne 2. 12. 2020</p>	
<p>Věc Vyjádření Etické komise FNKV k žádosti o povolení výzkumného šetření pro účely diplomové práce</p>	
<p>K Vaší žádosti ze dne 27. 11. 2020 ve věci provedení výzkumného šetření na odděleních intenzivní péče a Klinice anesteziologie a resuscitace FN Královské Vinohrady pro účely zpracování diplomové práce na téma „Možnosti zapojení členů rodiny umírajícího do ošetrovatelské péče na oddělení intenzivní péče“ Vám sdělují, že Etická komise FNKV vydává souhlasné stanovisko.</p>	
<p>Prof. MUDr. Jan Pachtl, CSc. předseda EK FNKV</p>	<p>Podpis předsedy / místopředsedy EK FNKV</p>
	
<p>strana 1 (celkem 1)</p>	

Příloha 2 Potvrzení výzkumu FNKV



Fakultní nemocnice Královské Vinohrady
Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči a řízení kvality zdravotní péče
Sokolova 35, 100 34 Praha 10, telefon: 267 82 207, fax: 267 83 158 (CO: 00064372)

V Praze dne: 11.11.2020
Vyřizuje: Petra Kučerová

Bc. Eliška Králová
Obor intenzivní péče
3. LF UK

Věc: Vyjádření k žádosti o souhlas se zpracováním diplomové práce

Vážená kolegyně,

k Vaší žádosti ve věci schválení zpracování diplomové práce na téma „Možnosti zapojení členů rodiny umírajícího do ošetrovatelské péče na oddělení intenzivní péče“ ve FN Královské Vinohrady, Vám sděluji, že souhlasím za předpokladu

dodržení zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování a zákona č. 101/2000Sb. o ochraně osobních údajů v platném znění, včetně souvisejících předpisů;

že poskytnutá data z FNKV jsou pouze pro účely zpracování dané práce a další prezentace dat může být realizována pouze po předchozím písemném souhlasu náměstkyně pro ošetrovatelskou péči a řízení kvality zdravotní péče.

S pozdravem

PhDr. Libuše **SOVÁ**, MBA
náměstkyně pro ošetrovatelskou péči a
řízení kvality zdravotní péče

	Všeobecná fakultní nemocnice v Praze U nemocnice 2, 128 00 Praha 2 Žádost o dotazníkovou akci	F-VFN-075 Strana 1 z 1 Verze číslo: 2

Žádost o umožnění dotazníkové akce v souvislosti s odbornou prací			
Příjmení a jméno žadatele	Bc. Eliška Králová		
Kontaktní adresa	Bezděkovská 74, Strakonice 38601		
Telefon	724 788 272	e-mailová adresa	eliska.kralova11@seznam.cz
Škola / fakulta	3. lékařská fakulta, Univerzita Karlova		
Obor studia	Magisterský, obor intenzivní péče		
Téma závěrečné práce	Možnosti zapojení členů rodiny umírajícího do ošetrovatelské péče na oddělení intenzivní péče		
Termín sběru dat	Únor 2021 - březen 2021		
Pracoviště, kde bude sběr probíhat	KARIM		
Zjišťované informace	Dotazníky zaměřené na NLZP a na jejich názory a zkušenosti se zapojením rodiny umírajícího do ošetrovatelské péče na odděleních intenzivní péče.		
Forma prezentace dat:	Z výsledků dotazníkové šetření chceme přijít na faktory ovlivňující zapojení rodinných příslušníků umírajícího do ošetrovatelské péče na odděleních intenzivní péče a přijít na vhodné aktivity v rámci ošetrovatelské péče, které by byly vhodné pro zapojení rodiny do péče.		
Poučení žadatele:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Žadatel se zavazuje, že zachová mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat. 2. Dotazníky použité při sběru dat musí být anonymní. 3. Po zpracování výsledků je žadatel povinen je předložit příslušnému náměstkovi, který dotazníkové šetření povolil. 4. Prezentace výsledků s uvedením jména Všeobecné fakultní nemocnice v Praze je možná pouze se souhlasem ředitele VFN. 		
Datum:	19. 2. 2021	Podpis žadatele	<i>Eliška Králová</i>
Vyjádření vedení pracoviště			
Vyjádření vrchní sestry / primáře / přednosta	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím		
Datum	22. 2. 2021	Podpis	<i>L. Kramářová</i> Mgr. Lenka Kramářová
Vyjádření vedení Všeobecné fakultní nemocnice v Praze			
Odpovědný náměstek / ředitel			
Vyjádření příslušného náměstka / ředitele	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím		
Bude za šetření vyžadována úhrada	<input type="checkbox"/> Ano <input checked="" type="checkbox"/> Ne Částka:		
Datum	25. 02. 2021	Podpis	<i>Bohumír Svoboda</i>



Příloha 4 Potvrzení výzkumu FN Plzeň



FAKULTNÍ NEMOCNICE PLZEŇ

Útvar náměstka pro ošetrovatelskou péči

Edvarda Beneše 13, 305 00 Plzeň - Bory
ul. Svatobody 83, 304 08 Plzeň - Lochovice
IČO 00699806 tel.: 377 401 111, 377 183 111

Vážená paní
Krátová Eliška, Bc.
Studentka oboru Intenzivní péče
3. lékařská fakulta
Karlova univerzita

Povolení sběru informací ve FN Plzeň

Na základě Vaší žádosti Vám jménem Útvaru náměstkyně pro ošetrovatelskou péči FN Plzeň **uděluji povolení** ke sběru dat pomocí dotazníku určeného všeobecným sestram / zdravotnickým záchranářům pracujícím na níže uvedených pracovištích FN Plzeň:

- *Kliniky – I. Interní, anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny*

Vaše šetření budete provádět – za níže uvedených podmínek - v souvislosti s vypracováním Vaší diplomové práce na téma „*Možnosti zapojení členů rodiny umírajícího do ošetrovatelské péče na oddělení intenzivní péče*“.

Podmínky, za kterých Vám bude umožněna realizace Vašeho šetření ve FN Plzeň:

- Vrchní sestry oslovených pracovišť souhlasí s Vaším šetřením.
- Osobně povedete svoje šetření.
- Vaše šetření nenaruší chod pracoviště ve smyslu provozního zajištění dle platných směrnic FN Plzeň, ochrany dat pacientů a dodržování Hygienického plánu FN Plzeň. Vaše šetření bude provedeno za dodržení všech legislativních norem, zejména s ohledem na platnost zákonu č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, v platném znění.
- Distribuci a sběr dotazníků pro vaše šetření zajistíte vlastními silami či dle domluvy s vrchními sestrami ZOK.
- Po zpracování Vámi zjištěných údajů poskytnete Zdravotnickému oddělení / klinice či Organizačnímu celku FN Plzeň závěry Vašeho šetření, pokud o ně projeví oprávněný pracovník ZOK / OC zájem a budete se aktivně podílet na případné prezentaci výsledků Vašeho šetření na vzdělávacích akcích pořádaných FN Plzeň.

Toto povolení nezakládá povinnost zdravotnických pracovníků s Vámi spolupracovat, pokud by spolupráce s Vámi narušovala plnění pracovních povinností zaměstnanců, jejich soukromí či pokud by spolupráci s Vámi zaměstnanci pocítovali jako újmu. Účast zdravotnických pracovníků na Vašem šetření je dobrovolná.

Přeji Vám hodně úspěchů při studiu.

Mgr. Bc. Světluše Chabrová
manažerka pro vzdělávání a výuku MELZP
zástupkyně náměstkyně pro oš. péči

Útvar náměstkyně pro oš. péči FN Plzeň
tel.: 377 103 204, 377 402 207
e-mail: chabrovass@fnplzeň.cz

23. 2. 2021

Příloha 5 Potvrzení výzkumu Karlovarská krajská nemocnice a. s

Žádost o povolení výzkumného šetření

2. března 2021

Mgr. Gabriela Fritsch Píchová
Náměstek pro nelékařská povolání a kvalitu
Karlovarská krajská nemocnice a. s.
Bezručova 1190/19, 360 01 Karlovy Vary

Vážená paní magistro Fritsch Píchová


Dovoluji si Vás požádat o povolení výzkumného šetření v Karlovarské krajské nemocnici a.s. Toto šetření bude součástí závěrečné diplomové práce pod názvem Možnosti zapojení členů rodiny umírajícího do ošetrovatelské péče na oddělení intenzivní péče, studentky Bc. Elišky Králové narozené 3.6 1997, druhého ročníku navazujícího magisterského studijního oboru Intenzivní péče 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy.

Cílem práce je zjistit z dotazníkového šetření faktory ovlivňující zapojení členů rodiny umírajícího do ošetrovatelské péče na odděleních intenzivní péče a najít vhodné aktivity v rámci ošetrovatelské péče pro zapojení rodiny do péče. Dotazníky jsou zaměřené na NLZP pracující na odděleních intenzivní péče. Budeme zjišťovat jejich názory a zkušenosti se zapojením rodiny umírajícího do ošetrovatelské péče. Výzkumné šetření bude provedeno formou anonymního dotazníku, který je přiložen k žádosti.

Diplomová práce je zpracovávána pod odborným dohledem Mgr. Šárka Pešlová, DiS.

Prosím o sdělení Vašeho rozhodnutí.

Bc. Eliška Králová

Vyjádření náměstkyně	Souhlasím <input checked="" type="checkbox"/>	Nesouhlasím <input type="checkbox"/>
Datum	Podpis G. Fritsch Píchová, Mgr. 	

Karlovarská krajská nemocnice a.s.
Bezručova 1190/19, 360 01 Karlovy Vary
IČO: 253 118 203

Příloha 6 Potvrzení výzkumu Nemocnice Strakonice a.s.

Mgr. Edita Klavíková, MBA
Náměstkyně ošetrovatelské péče, hlavní sestra
Nemocnice Strakonice, a.s.
Radomyšlská 336, 386 29 Strakonice

Ve Strakonících dne 17.2.2021

Žádost o povolení výzkumného šetření

Dovolují si Vás požádat o povolení výzkumného šetření v Nemocnici Strakonice, a.s. na oddělení ARO-JIP a Interní JIP. Toto šetření bude součástí závěrečné diplomové práce pod názvem Možnosti zapojení členů rodiny umírajícího do ošetrovatelské péče na oddělení intenzivní péče, studentky Bc. Elišky Králové narozena 3.6.1997, druhého ročníku navazujícího magisterského studijního oboru Intenzivní péče 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy.

Cílem práce je zjistit z dotazníkového šetření faktory ovlivňující zapojení členů rodiny umírajícího do ošetrovatelské péče na odděleních intenzivní péče a najít vhodné aktivity v rámci ošetrovatelské péče pro zapojení rodiny do péče. Dotazníky jsou zaměřené na NLZP pracující na odděleních intenzivní péče. Budeme zjišťovat jejich názory a zkušenosti se zapojením rodiny umírajícího do ošetrovatelské péče.

Výzkumné šetření bude provedeno formou anonymního dotazníku, který je přiložen k žádosti. Diplomová práce je zpracovávána pod odborným dohledem Mgr. Šárky Pešlové, DiS. Prosim o sdělení Vašeho rozhodnutí.

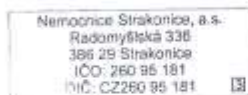
S pozdravem


Bc. Eliška Králová

Vyjádření Nemocnice Strakonice, a.s.

Souhlasím s výše uvedenou žádostí o sběr a zpracování dat k závěrečné diplomové práci studentky Bc. Elišky Králové.

Ve Strakonících dne 19.2.2021




Mgr. Edita Klavíková, MBA
Náměstkyně ošetrovatelské péče, hlavní sestra
Nemocnice Strakonice, a.s.
mobil: +420 724 038 203
email: hlavni-sestra@nemst.cz
office: Radomyšlská 336, 386 29 Strakonice

Příloha 7 Dotazník část první

1. Na jakém oddělení pracujete?

- A) ARO, RES
- B) JIP
- C) IMP
- D) OCHRIP, NIP

2. Jaká je délka Vaší praxe v oblasti intenzivní péče?

- A) Do 2 let
- B) Do 5 let
- C) Do 10 let
- D) 10 a více

3. Jak často provádíte ošetřovatelskou péči o umírajícího na oddělení intenzivní péče?

- A) Velmi často – více jak 6x do roka
- B) Často – v průměru 4-6x do roka
- C) Občas – v průměru tak 3x do roka
- D) Málo často- v průměru 1-2x do roka
- E) Téměř nikdy neprovádím- asi 1x za déle jak jeden rok

4. Jak často se setkáváte s rodinou umírajícího klienta?

- A) Velmi často – více jak 6x do roka
- B) Často – v průměru 4-6x do roka
- C) Občas – v průměru tak 3x do roka
- D) Málo často- v průměru 1-2x do roka
- E) Téměř nikdy neprovádím- asi 1x za déle jak jeden rok

5. Jak často spolupracujete s rodinou umírajícího klienta?

- A) Velmi často – více jak 6x do roka
- B) Často – v průměru 4-6x do roka
- C) Občas – v průměru tak 3x do roka
- D) Málo často- v průměru 1-2x do roka
- E) Téměř nikdy neprovádím- asi 1x za déle jak jeden rok

6. Bylo by pro Vás snadnější spolupracovat s rodinou umírajícího klienta po nabití více zkušeností v dané oblasti?

- A) Rozhodně ano
- B) Spíše ne
- C) Nevím

7. Informovala jste někdy rodinu umírajícího o možnosti zapojit je do ošetřovatelské péče?

- A) Ano
- B) Ne
- C) Nevím, nevzpomínám si

8. Jakou máte osobní zkušenost se zapojením rodiny do ošetřovatelské péče o umírajícího?

- A) Rodinu zapojuji do péče při každé návštěvě
- B) Rodinu zapojuji do péče pouze tehdy, když má ona sama zájem
- C) Nemám žádnou zkušenost se zapojením rodiny do ošetřovatelské péče o umírajícího

Příloha 8 Dotazník část druhá

9. Pokud jste v předchozí otázce odpověděl/a A nebo B, o jaké činnosti z ošetřovatelské péče se jedná? (Možno označit více odpovědí)

- A) Mytí vlasů
- B) Péče o pokožku, promazávání, masírování
- C) Péče o oči a dutinu ústní
- D) Krmení, podávání tekutin
- E) Navozování intimního vztahu s umírajícím (dotek, hlazení, polibek, držení za ruku apod.)
- F) Mytí (koupel) na lůžku
- G) Stříhání nehtů
- H) Četba, pouštění hudby, vyprávění
- I) Holení
- J) Jiné (Dopíšte, prosím)

10. Jaké činnosti z ošetřovatelské péče o umírajícího by byly podle Vašeho názoru vhodné pro zapojení rodinných příslušníků? (Dopíšte, prosím)

11. Jaké činnosti provádí rodina při návštěvě samostatně bez Vašeho zásahu? (Dopíšte, prosím)

12. Jaké faktory podle Vás nejvíce ovlivňují možnosti zapojení rodiny umírajícího do péče? (Možno označit více odpovědí)

- A) Nedostatek času ze strany zdravotnického personálu
- B) Nedostatek času na péči ze strany rodiny umírajícího
- C) Nezájem ze strany rodiny zapojit se do péče
- D) Neochota ze strany zdravotnického personálu zapojit rodinu do péče
- E) Nevědomost, rodinní příbuzní nevědí, že se mohou do péče zapojit
- F) Obavy příbuzných (neznalost prostředí, postupů, nedostatečná zručnost apod.)
- G) Technické zázemí a vybavení oddělení (nedostatek místa pro rodinu, nevyhovující stavebné uspořádání, nedostatek soukromí, nevyhrazený prostor pro komunikaci s rodinou apod.)
- H) Aktivní, empaticky vedená a vstřícná komunikace ze strany zdravotnického personálu
- I) Zkušenosti zdravotnického personálu se zapojením rodiny do ošetřovatelské péče
- J) Zvýšená pracovní zátěž pro ošetřující sestru, která se rodině při zapojování do péče věnuje
- K) Jiné (Dopíšte, prosím)

Příloha 9 Dotazník část třetí

13. Z čeho, podle Vašeho názoru, vznikají obavy blízkých zapojit se do ošetrovatelské péče o umírajícího? (Možno označit více odpovědí)

- A) Ze stavu a vzhledu jejich blízkého
- B) Z neznalosti ošetrovatelského postupu a tím rizika ublížení jejich blízkému
- C) Z prostředí intenzivní péče (alarmy, hadičky, přístroje apod.)
- D) Z nedostatku informací ze strany zdravotnického personálu o možnosti zapojení do ošetrovatelské péče
- E) Bojí se, že by obtěžovali zdravotnický personál
- F) Bojí se, že by prováděli práci, která náleží ošetrojící sestře
- E) Jiné (Dopíšte, prosím)

14. Co by, podle Vašeho názoru, eliminovalo obavy rodinných příslušníků ze zapojení do ošetrovatelské péče?

- A) Více času, který by sestra mohla rodině věnovat
- B) Aktivně vedená komunikace pramenící ze zájmu zdravotnického personálu zapojit rodinu do péče
- C) Utvoření vhodného prostředí pro poskytování ošetrovatelské péče o umírajícího a jeho rodinu („family room“, jednolůžkový pokoj, plenta mezi lůžky apod.)
- D, Jiné (Dopíšte, prosím)

15. Jak dochází k zahájení interakce mezi rodinou a jejich umírajícím blízkým, v oblasti kontaktu a poskytování péče?

- A) Rodina zahajuje interakci sama
- B) Rodinu aktivně informuji a nabízím jim pomoc
- C) Rodinu informuje lékař
- D) Rodině se věnuji až poté, co oni sami vyjádří zájem

16. Když rodina není aktivní v poskytování ošetrovatelské péče o svého umírajícího blízkého, jak reagujete?

- A) Myslím si, že rodina nemá zájem se zapojit do ošetrovatelské péče, proto situaci neřeším
- B) Jdu za nimi a zajímám se, zda by měli zájem se zapojit do ošetrovatelské péče
- C) Jdu za nimi a snažím se je aktivně vtáhnout do ošetrovatelské péče
- D) Obracím se na někoho jiného ze zdravotnického týmu a žádám o výpomoc (např. kolega/kolegyně s více zkušenostmi, psychosociální intervent apod.)

17. Pokud jste v předchozí otázce odpověděl/a C, jakým způsobem dochází k aktivnímu vtáhnutí do ošetrovatelské péče? (Dopíšte, prosím)