UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ

NÁVŠTĚVY NA INTENZIVNÍ PÉČI Z POHLEDU PŘÍBUZNÝCH A OŠETŘUJÍCÍHO PERSONÁLU

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

LENKA KOVALOVÁ

Vedoucí práce : MUDr. Eduard Havel Ph.D

HRADEC KRÁLOVÉ, 2006

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně s využitím citované literatury.

V Hradci Králové, dne 26. dubna 2006

…….

podpis

PODĚKOVÁNÍ:

Děkuji MUDr. Eduardu Havlovi Ph.D za vedení mé bakalářské práce, Bc. Lucii Hrnčálové a Bc. Daniele Šauerové za pomoc při jejím zpracování.

OBSAH

Úvod **6**

1. Cíl práce **8**

2. Teoretická část **9**

2.1 Zdraví **9**

2.2 Nemoc **10**

2.3 Nemoc jako náročná životní situace 10
2.3.1 Psychická reakce na nemoc 11
2.3.2 Reakce vážně nemocných a umírajících 12
2.3.3 Koncepce dle Elisabeth Kübler- Rossové 13
2.3.4 Faktory odolnosti vůči zátěži 14

2.4 Sociální podstata odolnosti **15**

2.5 Sociální opora **16**

2.6 Reakce rodiny na onemocnění člena rodiny **18**
2.6.1 Úloha rodiny nemocného jedince v minulosti a v současnosti 19

2.7 Význam návštěvy **20**
2.7.1 Pozitivní vliv návštěv 21
2.7.2 Negativní vliv návštěvy 21
2.7.3 Vliv personálu na průběh návštěvy 22

2.8 Specifika jednotky intenzivní péče **22**
2.8.1 Intenzivní péče 22
2.8.2 Pacient na JIP 23
2.8.3 Návštěva na JIP 23
2.8.4 Sestra na JIP 23

2.9 Fyzická zátěž sestry **24**

2.10 Psychická zátěž sestry **24**
2.10.1 Aktivace organismu a intenzivní vnímání 24
2.10.2 Zapojování různých druhů paměti a paměťových procesů 25
2.10.3 Potřeba pružného a logického myšlení 25
2.10.4 Opakující se silné citové prožitky 25
2.10.5 Zvýšené požadavky na kladné vlastnosti osobnosti 25
2.10.6 Vlastní obsah práce 26
2.10.7 Neustálá komunikace s nemocným 26

2.11 Komunikativní dovednosti a umění jednat s lidmi **26**

3. Empirická část **29**

3.1 Cíl výzkumu **29**

3.2 Metodika výzkumu **30**

3.3 Charakteristika zkoumaného vzorku **30**

3.4 Výsledky výzkumu **32**

3.4.1 Vyhodnocení dotazníku pro příbuzné 32
3.4.2 Vyhodnocení dotazníku pro personál 42
3.4.2.1 Vyhodnocení anamnestické části 42
3.4.2.2 Vyhodnocení vlastní části dotazníku 43

4. Diskuse **49**

5. Závěr **52**

6. Souhrn **54**

Seznam použité literatury **55**

Přílohy **57**

Úvod

Návštěva cizokrajného státu, návštěva kina, divadla, babičky o prázdninách voní dálkou, dobrodružstvím, poznáním, zábavou, uvolněním, radostí. I náš slavný malíř Vladimír Komárek měl osobní návštěvy velmi rád, jak říkával v mnoha rozhovorech, ale nápis před vchodem jeho domku hovoří jasně : „Jen krátká návštěva potěší“.

Co znamená a čím je návštěva nemocného na jednotce intenzivní péče? Má také samé pozitivní příměry, je přínosem, radostí a uvolněním pro všechny zúčastněné?

Nemoc je někdy velice tvrdou a náročnou zkouškou vlastních sil a také mezilidských vztahů. Bez varování nás vyřazuje z denního řádu, mění kvalitu našeho života, přináší často utrpení, bolest, úzkost, omezení v základních lidských činnostech, závislost a řadu dalších nepříznivých faktorů. Nemoc klade zvýšené nároky na naši přizpůsobivost a odolnost.

Člověk nežije jako izolovaný jedinec, je vpleten do sociálních vazeb. Tou nejpevnější a nejbližší vazbou je pro mnohé rodina, přátelé a známí. Návštěva blízkých v nemocnici má velký význam pro udržení sociálních vazeb v situaci vynuceného pobytu v cizím sociálním prostředí.

V době nemoci, ať chceme nebo nechceme, vstupují do života pacienta i zdravotníci, kteří jsou tu proto, aby na vysoké odborné a lidské úrovni pomáhali zvládat a řešit situace spojené s nemocí. V rodině nemocného by měli nalézat spojence v řešení tohoto úkolu.

Neblahý vliv na psychickou a sociální stránku osobnosti má nejen samotná nemoc, ale i hospitalizace v nemocnici. Náročný je pobyt na standardním oddělení, ještě náročnější je pak na jednotce intenzivní péče. Kromě pochopitelné obavy o vlastní zdraví přistupují další okolnosti, jako je vliv cizího prostředí, rušení spánku, více cizích nemocných osob, nedostatek soukromí, neznámé a často monotónní zvuky nejrůznějších přístrojů, strach z diagnostických a léčebných výkonů, nepohodlí denního režimu atd. Od pacienta je žádáno přizpůsobit se zaběhnutému rytmu ošetřovací jednotky a přijmout množství nezvyklých situací.

Zdravotnický personál si je vědom negativních faktorů v současné nemocniční péči i jejich důsledků pro nepohodlí pacienta. I přes upřímnou snahu pro zlepšování a zlidšťování nemocničních podmínek jsou zdravotníci vlivem neustálého styku s konkrétním prostředím vystaveni riziku profesionální slepoty a určitým způsobem i otrlosti. Nevnímají proto tak citlivě řadu věcí, které naopak nemocným a jejich příbuzným přinášejí často nemilé pocity. Jsem přesvědčená, že v naprosté většině nepříjemných mezilidských situací to není od ošetřujícího personálu nezájem, neohleduplnost ani zlá vůle, nevystupují-li vždy tak, aby splnili všechny požadavky nemocného a jeho okolí.

Téma mé bakalářské práce zní: „Návštěvy na intenzivní péči z pohledu příbuzných a ošetřujícího personálu“. V posledních letech došlo více k liberalizaci přístupu návštěv k nemocným event. přítomnosti příbuzné osoby u různých léčebných zákroků. Prostředí intenzivní péče je charakterizované často život ohrožující situací, aplikací složitých přístrojů k monitorování a podpoře životních funkcí a v bezprostřední blízkosti je zde přítomno více pacientů s různě závažným postižením. Na základě osobních komunikací a zkušenosti práce zdravotní sestry na chirurgické jednotce intenzivní péče jsem se rozhodla v širším průzkumu zhodnotit pohled příbuzných i pacientů na řád návštěv na intenzivní péči. Dynamika provozu intenzivní péče a někdy nepřiměřené reakce příbuzných z pohledu zdravotnického personálu jsou podnětem získat i širší názor zdravotních sester na režim návštěv nemocných v intenzivní péči. Chtěla bych se tak věnovat pacientovi z jiného úhlu pohledu.

1.Cíl práce

Tato bakalářská práce je rozdělena do dvou částí – teoretické a empirické

Cíle teoretické části:

- Charakterizovat pojem zdraví, nemoc a reakce na nemoc
- Objasnit význam sociální interakce a sociální opory
- Charakterizovat význam a vliv rodiny na pacienta
- Přiblížit pozitivní a negativní vliv návštěv
- Objasnit specifika jednotky intenzivní péče
- Přiblížit druhy zátěže zdravotnického personálu
- Charakterizovat umění komunikace a jednání s lidmi

Cíle empirické části:

Cíle empirické části jsou rozděleny podle vzorku respondentů.

Cíle 1. části výzkumu

- Zhodnotit úroveň komunikace a jednání příbuzných
- Zjistit prospěšnost a dostupnost návštěvy z pohledu příbuzných
- Postihnout důvody omezování návštěv na JIP
- Zjistit, zda je předem znám názor pacienta na návštěvu
- Zjistit, do jaké míry je pobyt na JIP a pohled na kriticky nemocného zátěží pro příbuzné

Cíle 2. části výzkumu

- Znát názor personálu na význam návštěvy pro pacienta
- Zjisti do jaké míry jsou pro personál návštěvy obtěžující
- Zjistit kontinuitu péče během návštěvy
- Znát názor personálu na zapojování příbuzných do péče
- Zjistit úroveň profesionálního chování a vstřícnosti personálu

2.Teoretická část

2.1 Zdraví

„Být zdravým“ představuje významnou životní hodnotu, je naší největší životní devizou, jejíž význam si nejvíce uvědomujeme v době nemoci.

Definovat přesně pojem zdraví je velmi složité. Někteří autoři se domnívají, že jej definovat nelze. Světová zdravotnická organizace v roce 1948 formuluje tento pojem takto:
„Zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody (well-being) a ne pouze nepřítomnost nemoci nebo vady“ (J.Holčík , A. Žáček, 1991).
Z toho vyplývá, že zdraví není jen dobrý biologický stav člověka, ale jde o jev, který je neoddělitelně spjatý s psychickou a sociální sférou jedince.

Německý sociolog K. Winter definuje zdraví jako stav, který dovoluje, aby se podle individuality a životních stádií splnilo očekávání společnosti k její spokojenosti i ke spokojenosti jedince ve vztahu k sociální roli (1975).
Zdraví lze tedy chápat jako dynamický proces, který se mění spolu s proměnami organismu a prostředí.

V mnoha primitivních kulturách se můžeme setkat s lidovým holistickým pojetím zdraví. Zdraví je tak považováno za určitý druh síly, která člověku pomáhá v životě zdolávat různé těžkosti. Této síly může mít člověk více nebo méně. Má-li jí více, snadněji pak zvládá nesnáze, které život přináší. Tato tajemná síla se však může též vytrácet a člověk slábne, což je chápáno jako úbytek životní síly. Síla se však dá znovu nabýt a člověk se může znovu vzchopit. Williams (1983) píše: „Dobré zdraví je síla zvítězit nad nemocí, která člověka momentálně ohrožuje.“
(J.Křivohlavý, 2003)

2.2 Nemoc

Nemoc můžeme označit jako poruchu zdraví. Stejně jako zdraví má i nemoc bio-psycho -sociální základ. Vyjdeme-li z pojetí jednoty a celistvosti organismu a prostředí, pak nemoc není ničím jiným, než poruchou tohoto systému. Je souborem vlastností organismu, které omezují jeho možnosti vyrovnat se v průběhu života s určitými nároky prostředí, v němž člověk žije.

Lze tedy říct, že nemoc s sebou přináší nejen fyzické a psychické těžkosti, ale zasahuje i do našeho společenského prostředí. Každý člověk v životě zastává mnoho rolí, které vyplývají z konkrétních sociálních vztahů. Nemoc tyto role zcela mění nebo dokonce brání jejich plnění. Může narušit sociální vztahy týkající se jeho profese, rodiny, společenských aktivit (S. Bartlová, 1994).

2.3 Nemoc jako náročná životní situace

Je třeba si uvědomit, že existuje nespočetné množství různých druhů nemoci a rozličné stupně onemocnění. Nemoc, která svým průběhem nebo svými důsledky významněji snižuje kvalitu života, je bezpochyby náročnou životní situací. Za takovou můžeme označit např.chronické onemocnění, které nemocného omezuje v jeho aktivitách, případně ho ohrožuje nepříznivou prognózou, stejně jako chirurgické výkony, které představují zásah do organismu (amputace končetiny, ablace prsu, stomie atd.), těžké úrazy, dále onemocnění považované dosud za „nevyléčitelné“, zdravotní postižení v jejichž důsledku dochází k výraznému omezení hybnosti, či ztráta některého smyslu .

Nemoc klade zvýšené nároky na adaptaci člověka, na jeho volní úsilí, motivaci, neboť nejde o to smířit se s faktem existence nemoci a přijmout pasivně vše, co nemoc přináší, ale postavit se před úkol překonání problémů spojených s nemocí. Vyrovnat se se změněným zdravotním stavem, akceptovat ho a přijmout další nutné a nepříjemné i bolestivé diagnostické a terapeutické postupy. Pro člověka je nemoc obvykle těžkým břemenem, zátěží a jeho reakce na tuto zátěž nemusí být vždy v souladu s očekáváním zdravotníků, členů rodiny, přátel a spolupracovníků.

Duševní stránka nemocného, jeho způsob prožívání nemoci a psychické reakce na nemoc, jsou důležitou složkou při léčbě a ošetřování nemocných, neboť zpětně ovlivňují průběh nemoci (M.Jobánková, 2000).

2.3.1 Psychická reakce na nemoc

Každé vážné onemocnění představuje zásah do celistvosti organismu a vede mimo jiné k psychické reakci na nemoc, která je výsledkem interakce tělesné choroby s osobností člověka. Dalšími faktory, které ovlivní konkrétní reakci pacienta na nemoc jsou: věk, životní zkušenost a konkrétní situace nemocného, očekávání od terapie, informovanost nemocného, chování zdravotníků, vliv rodiny a další.

Základní emocionální reakce na nemoc jsou:

- deprese
- anxieta
- popření
- regrese

Deprese – je relativně častá reakce na zátěž. Jde o pokleslou, smutnou náladu, která se kombinuje s poruchou koncentrace, snížením sebehodnocení, pocity viny, pesimistický pohled do budoucnosti, poruchy spánku a další.
To vše nemocného velmi vyčerpává a většinou vede ke zhoršení spolupráce v léčbě a k celkovému pesimismu.

Anxieta – neboli úzkost je spojená s pocitem vnitřního napětí a vegetativním doprovodem. Vyvolává ji celá řada vnitřních a vnějších podnětů a situací. Nejčastěji se jedná o pocit bezmoci, hrozící nebezpečí, separace od bezpečného prostředí a především od milované osoby, vážná sociální situace a pokles sebevědomí. Většina těchto faktorů hraje důležitou roli v okamžiku vážnějšího onemocnění, zvláště za hospitalizace. Na jedné straně může anxieta mobilizovat energii a síly proti hrozícímu nebezpečí, napomoci k rychlému řešení, odhodlání k operaci, na druhé straně zvyšuje aktivitu sympatiku a vede ke zhoršení průběhu a prognózy některých onemocnění.

Popření – vědomé i emocionální samotného faktu nemoci. Je universální cestou obrany proti úzkosti a strachu, usnadňuje počáteční vyrovnání se s chorobou. Na popření bychom měli myslet v případě, kdy nemocný výrazně jinak popisuje nebo prožívá svůj stav ve srovnání se skutečným nálezem. Mnoho pacientů se usmívá a popisuje, že je vše v pořádku a popírá přítomnost příznaků. Na jedné straně je obranným mechanismem, kdy může pomoci pacientovi překonat nejtěžší období, na druhé straně vede k porušení léčebného režimu, terapie, nedodržování životosprávy, odmítání hospitalizace atp.

Regrese – mechanismus regrese je spuštěn v okamžiku, kdy je onemocnění spojené s pobytem na lůžku, hospitalizací a sesterskou péčí. Dochází k jakési cestě zpět v psychologickém čase člověka a objevují se infantilní vzorce chování. Při regresi dochází k opuštění dospělé role silného, nezávislého, sebeurčujícího člověka do slabé, pasivní a závislé role dítěte. Regrese je společností obecně akceptována a zdravotníky navíc často posilována. Regredovaný pacient dobře spolupracuje, zaujímá submisivní postavení a je hodnocen jako „dobrý pacient“. Problém nastává v momentě, kdy pacient je posunut do role konzumenta péče a přestává bojovat s nemocí. Jemný, ale důsledný tlak lékaře, sester a rodinných příslušníků vytváří nejlepší podmínky k rehabilitaci z regredovaného stavu (www.lf3.cuni.cz).

2.3.2 Reakce vážně nemocných a umírajících

Můžeme rozlišit čtyři typické příklady, kdy je pro vitálně ohroženého pacienta hrozba smrti naléhavým problémem:

- nemocný je akutně ohrožen, je zde však neděje, že bude zachráněn a vrácen do normálního života
- nemocný je akutně ohrožen a lze ho zachránit, jeho život však bude i v dobrém případě stále ohrožen recidivou nebo komplikacemi
- léčení může oddálit konec života, ale naděje, že pacientovi pomůžeme je nepatrná
- nemocný umírá

Vyrovnání se s těmito situacemi je složitým procesem a má individuální charakter. Postihnout jeho průběh není lehké a jakékoliv zobecňování je zrádné.

V jednání vážně nemocných lze však vysledovat některé společné rysy, kterými se již zabývalo mnoho autorů. Jako první komplexně popsala jednotlivé fáze psychické odezvy, jimiž nejen umírající, ale i vážně nemocný prochází Elisabeth Kübler – Rossová.

2.3.3 Koncepce dle Elisabeth Kübler – Rossové

Šok – je první fází, kdy člověk reaguje na nástup nemoci a je přirozeně spojen s obavou a strachem. Dostavuje se tíseň.

Popření-je druhou fází, nemocný soudí, že se jedná o omyl, že se vše nakonec vysvětlí. Dochází ke stažení se do izolace. Důležité je navázat kontakt s pacientem a získat důvěru.

Agrese- je třetí fází, která směřuje proti bezprostřednímu okolí pacienta. Terčem invektiv se stávají jednak jeho nejbližší příbuzní a ošetřující personál. Typické je sekýrování, výčitky a verbální agrese zejména vůči empatickému a úslužnému personálu a členům rodiny. Zde je zapotřebí mnoho trpělivosti a porozumění.

Smlouvání- je čtvrtou fází, kdy nemocný začne upravovat svůj žebříček hodnot, do popředí se dostává touha po uzdravení, je schopen mnoha obětí, aby situaci zvrátil. Stanovuje si individuální cíle a má často velká přání.

Deprese- je přirozenou reakcí na zátěž. Její průběh není tak závažný jako u psychiatricky nemocných. Objevuje se strach z bolesti, neznáma, z existenčního zajištění rodiny atp. To vše nemocného velmi vyčerpává a vyžaduje ze strany jeho okolí mnoho trpělivosti a zejména posílení pocitu jistoty v pomoci nést s nemocným jeho těžkosti a ubezpečení, že nezůstane osamocen.

Akceptace- přijetí pravdy může probíhat dvojím způsobem. Jednak může mít podobu smíření a nastolení klidu, nebo naopak má podobu rezignace a zoufalství. Úkolem všech, kteří jsou v této závěrečné fázi nemocným nablízku, je u udělat maximum pro to, aby proces vyrovnání se se závažným onemocněním nakonec vyústil do fáze smíření a nikoliv rezignace.

Důležitým aspektem je, že nemocný není vnímán izolovaně, ale v sociálních vztazích. Onemocnění totiž není privátní záležitostí pacienta, ale také jeho rodiny a blízkých, kteří zpravidla nesou tíhu onemocnění společně s ním a prochází podobně jako on jednotlivými

fázemi. V některých momentech mohou vyžadovat více pozornosti i faktické pomoci než sám nemocný. U rodinných příslušníků převládá většinou smutek a úzkost, zármutek, pocity viny. Toto citlivé období vyžaduje profesionální přístup zdravotníků (J. Jankovský, 2003).

2.3.4 Faktory odolnosti vůči zátěži

Řada studií v posledních letech poukazuje na existující faktory, které chrání jedince před nepříznivými důsledky stresových událostí. Jde o psychologické faktory, které v pozitivním smyslu posilují a ovlivňují zdraví jedince.

Jedná se především o pacientovo vnější okolí, o osoby okolo něho a jejich vliv na zvládání pacientova stresu a na kvalitu jeho života.

Jako první byl popsán v literatuře ochranný vliv emoční a sociální podpory.

J.Křivohlavý (1995) uvádí čtyři charakteristiky mezilidských vztahů, které mají výrazný vliv na zlepšování zdravotního stavu jedince:

1. ***Poskytování přímé pomoci a podpory*** - asistence v obtížích, popřípadě jen osobní přítomnost ve chvílích, kdy se osoba nachází ve stresu.

2. ***Utvrzování druhými o správnosti***, nosnosti, spolehlivosti postojů, přesvědčení, potvrzování důvěry v systém hodnot, tj. toho, čemu jedinec ve stresu věří, čemu důvěřuje, co považuje za životně důležité, v co doufá.

3. ***„Být milován“*** lidmi, které člověk v zátěži má rád, kteří tvoří tzv.primární skupinu, s nimiž je v nejužším osobním styku.

4. ***Být začleněn,*** zapojen do živé společenské skupiny, v níž se lidé dobře znají, jsou propojeny vzájemnými vztahy (M. Jobánková, 2000).

2.4 Sociální podstata člověka

Člověk je nedílnou součástí společnosti. K sociální podstatě člověka patří jeho potřeba sociálního kontaktu, která nachází uspokojení v sociálních interakcích. Mnozí autoři považují potřebu styku s jinými lidmi za základní sociální potřebu člověka. Tento předpoklad vychází hlavně z Maslowovy hierarchie potřeb. Pokud lidé uspokojí své základní biologické potřeby, začínají mít větší váhu hierarchicky výše postavené potřeby mezi něž patří i smysluplné vztahy k blízkým lidem. Důsledkem nenaplnění této potřeby je osamělost. Osamělost je živnou půdou nemoci.

Interakce s jinými lidmi je pro člověka důležitá hned z několika důvodů:

1) Poskytuje ověření jeho chápání sociální reality. Člověk má možnost ověřit si ve vztahu k jinému člověku co je správné, vhodné nebo žádoucí pro sociální chování. Předmětem ověřování se stává to, v čem se jedinec shoduje nebo si je blízký s lidmi, ve vztahu k nimž si své chování ověřoval. Potřeba člověka navazovat pozitivní a těsné vztahy s jinými lidmi vzrůstá při nejistotě a zejména v situacích ohrožení.
2) Přítomnost blízké osoby nebo osob umocňuje pocity štěstí v radostných chvílích a naopak poskytuje úlevu a útěchu při zármutku, bolesti a zklamání.
   „ Svěřování se, vlídné slovo a účast jsou zdarma a nic nás nestojí.“
   (K.Červenka, 2001)
3) Interakce poskytuje podněty pro srovnání úspěšnosti, výkonnosti, způsobu prožívání, osvojování si nových poznatků a zpětnou vazbu pro akty vlastního chování.
4) V interakci se očekává odměna za úspěšně vynaložené úsilí. Ocenění zvyšuje sebehodnocení.
5) Spolupráce a společné dosahování výkonu v různých činnostech přináší uspokojení.
6) Příjemné pocity u blízkých vztahů vyvolává vzájemná důvěra, sdělování si informací, které nejsou přístupné jiným lidem. Stejně tak je důležité sdílení stejných či podobných názorů, přesvědčení, postojů a možnost jejich diskutování.
7) Těsné interpersonální vztahy dávají člověku pocit bezpečí, protože ve složitých životních situacích se může obrátit o pomoc k lidem, o nichž ví, že mají o něho starost a že jsou ochotni mu pomoci.(www.sweb.cz)

Hranice mezi zdravím a nemocí je velmi tenká. Přechod ze zdraví do nemoci může být velmi pozvolný nebo naopak velmi rychlý, kritický. Nemoc navozuje pocit ohrožení, strachu a úzkosti, což může člověka mimořádně zatížit a vyčerpat. S touto situací se často člověk snaží vypořádat sám, vše zvládnout vlastními silami. Pokud jeho síly nestačí, obrací se o pomoc k druhým lidem, aby společně zdolali obtíže, nebo alespoň snížili jejich rozsah. Odborně lze tuto pomoc označit – sociální opora.

2.5 Sociální opora

„Sociální oporou v širším slova smyslu se rozumí pomoc, která je poskytována druhými lidmi danému člověku, nacházejícímu se v zátěžové situaci. Obecně jde o činnost, která tomuto člověku jeho zátěžovou situaci určitým způsobem ulehčuje“ (J. Křivohlavý, 2003).

Sociální opora se týká mezilidských vztahů a mezilidské pomoci. Vychází z psychologie, sociologie a medicíny. Je dynamickým procesem, který se mění v závislosti na situacích, čase, životních událostech, věku jedince a jeho sociálním začlenění. Má interakční podobu, může být vnímána odlišně poskytovatelem i příjemcem. Její účinky mohou být nejen pozitivní, ale i negativní. Pozitivní se stává tehdy, pokud ji příjemce vnímá kladně a poskytovatel jedná v souladu s požadavky příjemce. Negativně je vnímána v případě, kdy člověk, který se ocitl v zátěžové situaci si ji nepřeje, podoba, způsob a rozsah poskytování mu nevyhovuje (J.Mareš, 2001).

Obecně lze říci, že sociální opora má v životě člověka velký význam. Je důležitá v momentě zvládání životních těžkostí, zvláště tam, kde člověk onemocní, dostává se do určité životní krize, je zasažen úrazem, stojí před důležitým rozhodnutím.

Rozlišujeme čtyři druhy sociální opory:

Instrumentální opora

Jde o konkrétní formu hmotné a praktické pomoci. Iniciativa k pomoci však nevychází od člověka v tísni, ale od poskytovatele, který se rozhodl postiženému pomoci. Například finančně, materiálně, zařízením neodkladných záležitostí atd. Jedinci se tak rozšiřuje časový prostor pro jiné aktivity, např. pro relaxaci.

Informační opora

Jedná se o poskytnutí informace, rady, která by pomohla jedinci zorientovat se v nejasné situaci do které se dostal. Jedná se o rady od lidí, kteří již prošli daným onemocněním nebo o profesní rady zdravotnického personálu, který je navíc schopen být empatický, naslouchat, zjišťovat představy a potřeby pacienta.

Emocionální opora

Jedinci je empatickou formou sdělována emocionální blízkost (láska, soucítění), laskavým jednáním, podáním ruky jej pomáháme vyvést z deprese, beznaděje a pocitů odcizení. Tímto jednáním posilujeme jeho naději a klid.

Hodnotící opora

Dáváme ji člověku na vědomí tím, že podporujeme jeho sebevědomí a jeho kladné sebehodnocení. Společně s ním neseme jeho těžkosti, které souvisí s jeho nemocí, jednáme s úctou a respektem (J. Křivohlavý, 2003).

Poskytování sociální opory uvádí J. Křivohlavý jako jednu z taktik zvládání těžkých životních situací, jakou je bezpochyby i nemoc. Výstižně tuto taktiku vyjadřuje výrok M. Svatošové (1995, s. 65), která píše: „Nejlepším lékem na špatnou náladu a smutek je sebrat se a jít někomu udělat radost. Stačí maličkost – usmát se, prohodit vlídné slovo, nabídnout pomeranč, dolít vodu, přinést z venku sedmikrásku nebo jinak dát najevo pochopení a lásku“ (J. Křivohlavý, 2002).

2.6 Reakce rodiny na onemocnění člena rodiny

Rodina prochází stejnými reakcemi na nemoc jako sám pacient. Je třeba myslet na to, že onemocnění nezasáhne pouze samotného nemocného, ale také jeho rodinu. Všichni blízcí zpravidla nesou tíhu onemocnění společně s ním a prožívají stejně jako nemocný jednotlivé fáze nemoci.

Obecně se předpokládá, že akutní či chronické onemocnění zatěžuje pacienta. Předpokládá se rovněž, že hlavním zdrojem zvládání zátěže je pro pacienta sociální opora poskytovaná jeho nejbližšími, jeho rodinou. Ne všichni členové rodiny si tuto důležitou roli uvědomují. U některých z nich přežívá představa, že nemocný člověk se předá zdravotníkům, kteří ho začnou léčit, „dají ho do pořádku" a rodina si podstatně zlepšeného či uzdraveného pacienta převezme. Členové rodiny jsou v řadě případů překvapeni, když se na ně zdravotníci obracejí (v souladu s celosvětovými trendy), aby se spolupodíleli na péči o pacienta, aby se mu věnovali jak během hospitalizace, tak po propuštění z nemocnice. Ne všichni – i když jsou třeba ochotni pomáhat- zvládají novou roli a naučí se pomáhat nemocnému člověku.

Odborníci konstatují, že rodina se s nemocí svého člena vyrovnává hůře v případech, kdy jde o nemoc neočekávanou nebo rychle probíhající, neboť tehdy není mnoho času na adaptaci. Nejhůře se rodina vyrovnává se situacemi, kdy došlo k vážnému úrazu dosud zdravého jedince nebo se náhle zhoršil zdravotní stav jedince, o němž rodina předpokládala, že už je v podstatě vyléčený.

První reakce rodiny na změnu bývají zpravidla přiměřené. Rodina mobilizuje své vnitřní zdroje, chce pacientovi pomáhat, hledá kontakty s lidmi, o kterých se domnívá, že by mohli v této situaci pomoci. Také první kontakty s lékaři a sestrami nebývají konfliktní.

Problémy obvykle začnou přibývat v období, kdy nemoc trvá dlouho anebo stav nemocného se příliš nelepší nebo dokonce zhoršuje. Vnitřní rezervy rodiny se pomalu vyčerpávají a nemoc narušuje chod rodiny. Členové rodiny se snaží své nepříjemné pocity potlačovat, ale jejich nespokojenost a netrpělivost narůstají. Vážná nemoc připadá členům rodiny „nespravedlivá" a snaží se najít viníka. Právě v takových chvílích se může obracet proti zdravotníkům, vyvolávat konflikty s lékaři a sestrami, psát stížnosti, střídat zdravotnická zařízení a ošetřující lékaře.

Podstatné je, že rodina, která se dosud nesetkala se závažnějším onemocněním, těžkým úrazem či trvalým handicapem svého člena, nemívá k dispozici hotové zvládací strategie. Neví si rady, co dělat a co ne. Experimentují i s rizikem, že použité postupy nejsou ty nejvhodnější. I na to by měli zdravotníci myslet a poskytnout sociální oporu i určitý čas (J. Mareš, 2001).

2.6.1 Úloha rodiny nemocného jedince v minulosti a v současnosti

Světová zdravotnická organizace v posledních letech propaguje novou strategii v péči o nemocného, která spočívá v přijetí takových opatření, která by umožňovala léčbu a ošetřování nemocných v domácím prostředí. S touto novou filozofií se do popředí dostává stále více význam rodiny.

Rodina je sociální skupinou, ve které se promítají všechny zápasy, prohry i vítězství spojená s péčí o zdraví, jeho podporou i záchranou. Rodina, jakožto základní společenská jednotka, doznala v historickém vývoji značných změn.

V minulosti bylo zvykem, pečovat o nemocné jedince v rodině. Během historického vývoje se rodina jako centrum péče o nemocné dostala do pozadí. Zodpovědnost se přenesla na zdravotnická zařízení. Zkušenosti z řady vyspělých zemí však ukazují, že úlohu rodiny v péči o své nemocné členy nemůže nahradit žádná zdravotnická instituce, naopak význam rodiny je nezastupitelný.

Velké části nemocných jejich zdravotní stav nedovoluje léčbu a ošetřování v domácím prostředí. Je nutné je hospitalizovat a v některých případech zajistit vysoce odbornou a technicky náročnou péči, která se poskytuje např.na jednotkách intenzivní péče. V této situaci jsou styky nemocného s rodinou nuceně přerušeny na určité časové údobí, jehož délku podmiňuje stupeň závažnosti chorobného procesu. Psychické vazby však přetrvávají nadále.

Pro předchozí údobí byl z hlediska zásad ochranného léčebného režimu charakteristický názor, že nemocný potřebuje během nemocničního léčení klid a zejména profesionální zdravotnickou péči, byl často nedoceňován vliv rodinných příslušníků a přátel na nemocného, vazby nemocného na rodinu a pracoviště a tím bylo omezováno jejich možné pozitivní

působení na léčbu. Proto byla možnost kontaktu rodinných příslušníků a přátel s pacientem limitována určitou, zpravidla jednotně vymezenou návštěvní dobu.

Analýzou poznatků, vztahujících se k tomuto systému se zjistilo, že tento „kasárenský“ způsob péče není vhodný a v současné době stále více zdravotnických lůžkových zařízení umožňuje kontinuální nebo denní návštěvy pacientů (S. Bartlová, 1994).

2.7 Význam návštěvy

Osobní kontakt pacienta - tváří v tvář - s rodinnými příslušníky formou návštěv by neměl být přerušen především při dlouhodobějších hospitalizacích s upoutáním na lůžko, neboť je přirozeným pokračováním osobních vztahů a velmi potřebný pro psychický stav nemocného. Na pacienta kromě rodiny mají vliv ještě i ostatní sociální faktory a instituce jako jsou přátelé, škola, pracoviště apod., které spoluvytvářejí model chování pacienta, které je tak důležité v jeho reakci na chorobu. Každá nemoc vede k omezení nebo ke ztrátě krajní meze účinnosti jednání nemocného, ze kterého plyne také změněný vztah k rodinným příslušníkům. V důsledku onemocnění zastává jedinec v partnerském vztahu funkci pasivního člena. Rodinní příslušníci musí tedy převzít nejen řadu povinností a závazků pacienta, ale také překlenout nemocí vzniklé společenské a komunikační těžkosti, aby byl udržen dobrý kontakt s nemocným. Nemocný potřebuje v době svého vyřazení z dosavadního způsobu života povzbuzení, neboť se cítí velmi osamocen a nepotřebný pro své nejbližší. Pacient, který je delší dobu upoután na lůžko, je značně závislý na účasti a úsilí svých blízkých. Jde především o pozitivní naladění nemocného pro boj s nemocí, psychickou podporu a povzbuzení. Dobré rodinné vztahy a zázemí jsou jedním ze základních předpokladů pro příznivý vývoj jakéhokoliv onemocnění.

Návštěvy mohou mít pozitivní i negativní vliv na psychický stav nemocného a tím na průběh onemocnění (S. Bartlová, 1994).

2.7.1 Pozitivní vliv návštěv

Úlohou návštěvy u lůžka nemocného je především udržení sociálních vazeb a kladné působení na stav pacienta. Přítomnost blízké osoby navozuje pocit bezpečí, klidu a sounáležitosti. Může poskytnout rozptýlení, pochopení, přátelskou nebo citovou komunikaci a odreagování od problémů. Nemocný má možnost ulevit si od starostí, vypovídat se, uklidnit se. Nelze opomenout i chování rodinných příslušníků při návštěvě nemocného. Značnou úlohu hraje např.četnost a pravidelnost návštěv v nemocnici, způsob a obsah sdělovaných informací. Pacient potřebuje být informován nejen o své nemoci, o režimu v nemocnici, ale velmi důležité jsou pro něho také informace o rodině a jeho blízkých, o práci a ostatním, co ho zajímá, což přispívá ke klidu pacienta a získání ke spolupráci v léčbě.

Přinesené drobné pozornosti jako jsou fotografie, talismany, obrázky od dětí a vnoučat, kniha nebo walkman s oblíbenou hudbou jsou pro nemocného velmi důležité, připomínají atmosféru domova a navozují milou vzpomínku na svou rodinu.

Pro pacienta v kritickém stavu, napojeném na přístroje, který zdánlivě nevnímá, je přítomnost blízké osoby velmi významná. I když není schopný adekvátně komunikovat a reagovat na podněty, již z mnoha studií víme, že slyší známý hlas, cítí doteky, což mu dodává pocit, že není sám, že na něho někdo čeká, že mu pomáhá.

2.7.2 Negativní vliv návštěv

Může však dojít k tomu, že se pacient za určitých okolností obává příchodu rodinných příslušníků či známých. Jde především o ty návštěvy, které nadměrně vzrušují nemocného, vyvolávají u něj melancholické nálady, oživují jeho starosti a obavy například srovnáním jeho situace s jinými případy nemoci, které znají ze svého okolí.Vzniká zde pak jisté napětí mezi pacientem a chorobným stavem, které neprospívá léčebnému procesu. Po skončení takové návštěvy nastupují často psychické projevy jako podrážděnost, smutek, úzkost, apod. a s tím spojené některé somatické příznaky jako tachykardie, hypertenze, zvýšená tělesná teplota. Návštěvy mohou také ovlivňovat zdravotní stav nemocného vlastní neukázněností ve smyslu donášení zakázaných jídel, nápojů, cigaret, nevhodné četby, sdělování nepříjemných zpráv, přemlouvání k návratu domů nebo vzbuzování nedůvěry ke způsobu léčení.

Dalším z negativ může být hlučné chování návštěv, hlasité projevy lítosti apod., které nepříznivě působí na jiné pacienty a narušují jejich soukromí. Nezanedbatelným je i riziko zavlečení infekce.

2.7.3 Vliv personálu na průběh návštěvy

Nedílnou součástí práce zdravotníků je vytvoření podmínek pro zdárný průběh návštěvy, což není zrovna jednoduché, zejména na JIP, kde je personál u pacienta neustále přítomen a je třeba skloubit léčebné a ošetřovatelské postupy s umožněním kontaktu nemocného s okolím.

Je třeba brát v úvahu těžkou úlohu příbuzných a přátel, kteří navštíví svého blízkého v kritickém stavu napojeného na přístroje, v bezvědomí, se změnou vizáže apod. neboť na tuto situaci nemůže být nikdo dostatečně připraven. Zde potom přichází na řadu profesionální přístup lékaře a sestry, kteří předem návštěvu na tuto situaci připraví vhodným rozhovorem s dostatečným podáním informací. Společným úsilím pak mohou přispět ke zdárnému průběhu návštěvy a tím pozitivně ovlivnit psychický stav pacienta a zmírnit psychickou zátěž příbuzných.

2.8 Specifika jednotky intenzivní péče

2.8.1 Intenzivní péče

Intenzivní péče je definovaná jako péče o nemocné s akutními život ohrožujícími stavy. Zabývá se diagnostikou, kontinuálním sledováním a léčbou pacientů s potenciálně léčitelnými život ohrožujícími chorobami, úrazy a komplikacemi onemocnění, u nichž je nezbytná podrobnější lékařská i ošetřovatelská péče, kterou nelze poskytovat na standardních odděleních (P.Ševčík, V. Černý, J. Vítovec, 2003).

Klade vysoké nároky na technické vybavení a profesionalitu personálu. Atmosféra na JIP musí být vysoce profesionální, veškerá činnost organizovaná, bez zmatků, nervozity, hluku.

2.8.2 Pacient na JIP

Hospitalizace na jednotce intenzivní péče bývá pro nemocného stresem. Často je to situace, kdy si člověk jako pacient uvědomí ohrožení vlastního života a současně v řešení této situace je odkázán na aktivitu a péči ošetřujícího personálu. Potřebuje důvěryhodné prostředí a pocit, že veškerý zdravotnický personál má zájem o jeho osobu, je odborně na výši, chápe jeho psychické rozpoložení a může se na něho spolehnout. Pozorně sleduje práci personálu a citlivě vnímá míru pracovního soustředění a profesionalitu v péči o vlastní osobu i okolní pacienty. Jednání personálu tak může působit významně anxiolyticky nebo naopak těžce stresově.

2.8.3 Návštěva na JIP

Průběh návštěvy na jednotce intenzivní péče se liší od návštěvy na standardním oddělení v mnoha detailech.

Jednotky intenzivní péče nejsou volně přístupné. Před vstupem na toto oddělení je nutné zazvonit a ohlásit se přes dorozumívací zařízení. Personál tak musí pro příbuzné dojít a uvést je k pacientovi. Návštěva probíhá vždy u lůžka nemocného, není možné, aby se příbuzní s pacientem odebrali posedět někam na klidnější místo v nemocnici. Pacient je připojen na monitorovací zařízení, často i na dýchací přístroj, což znemožňuje jeho komunikaci s okolím. Dorozumívání je tedy možné pouze formou psaní, využitím tabulkové abecedy, reakcí pohybem hlavy, odezíráním. Pacienti v bezvědomí nebo umělém spánku nereagují a nekomunikují vůbec.

2.8.4 Sestra na JIP

Sestra na jednotce intenzivní péče provádí vysoce odbornou ošetřovatelskou péči. Je v neustálém a úzkém kontaktu s nemocným, vyhodnocuje a pomáhá plnit jeho potřeby, sleduje a hodnotí fyziologické funkce. Její úloha ošetřovatelská a psychologická se vzájemně prolínají. Psychologické působení provádí během všech úkonů od přijetí až do propuštění nemocného. Ke své práci a navrácení zdraví pacientů má k dispozici široký výběr pomůcek, přístrojů a monitorovací techniky.

Sestra také nahrazuje společenské vztahy. Je spojkou se světem a zdrojem informací. Svým profesionálním vystupováním a jednáním může zmírnit strach a úzkost pacienta a tak získat jeho důvěru k další léčbě (J.Vítovec, J. Špinar, 1994).

2.9 Fyzická zátěž sestry

Při ošetřovatelské činnosti převážnou část pracovní doby sestra zatěžuje nejvíce pohybový aparát - dolní končetiny, páteř, svaly, klouby. Důsledkem opakovaných zátěží je únava a bolest. Sestra je také více než jiní lidé vystavena nebezpečí vzniku infekce.

K zhoršení fyzických potíží významně přispívá psychické napětí, které vyplývá z nepřetržitého kontaktu s lidmi. U sestry jde navíc o styk s lidmi fyzicky a psychicky znevýhodněnými, imobilními, v bezvědomí atp.

2.10 Psychická zátěž sestry

Příčiny psychického zatížení sestry vyplývají z velké části z její vlastní práce a částečně mají původ v osobním životě. Vysoké nároky jsou kladeny na psychické stavy a psychické procesy.

2.10.1 Aktivace organismu a intenzivní vnímání

Sestra neustále sleduje příznaky chorob a změny zdravotního stavu nemocných. Často musí soustředit pozornost na činnost, vyžadující naprostou přesnost (např.dávkování léků, odběr biologického materiálu atp.), ale také přepojovat pozornost z jedné činnosti na druhou, přičemž každou z nich vykonávat bez chyby.

2.10.2 Zapojování různých druhů paměti a paměťových procesů

Během činnosti je nutné si zapamatovat a podle potřeby opět vybavit řadu důležitých informací o zdravotním stavu nemocných. Přesně plnit ordinace lékaře, vést v patrnosti různý sled vyšetření a nezapomínat zejména na přání a potřeby nemocných.

Sestra nepřetržitě používá názornou paměť, zejména zrakovou, sluchovou a také logickou. Řadu informací si musí pamatovat dlouhodobě.

2.10.3 Potřeba pružného a logického myšlení

Náhlé zhoršení zdravotního stavu nemocného nebo dokonce ohrožení jeho životních funkcí musí setra samostatně rozpoznat a řešit. Zhodnotit co nejrychleji vzniklou situaci a neprodleně jednat. Účelné jednání předpokládá i dobré odborné znalosti.

2.10.4 Opakující se silné citové prožitky

Člověk prožívá příjemně či nepříjemně události týkající se jeho osoby, ale i bolest a starosti druhých osob, neboť víme, že city jsou nakažlivé. Často se neubráníme tomu, abychom se s bolestí a utrpením nemocného neztotožnili. Kromě toho je sestra vystavována styku s nepříjemnými podněty- pohled na rozsáhlé rány, tělesné deformity, změny vizáže atp.

Velmi silným citovým prožitkem je umírání a smrt nemocného. Ani uvědomění si příčin změn zdravotního stavu nemocných, sestru neuchrání od citové zranitelnosti.

2.10.5 Zvýšené požadavky na kladné vlastnosti osobnosti

Profese sestry klade zvýšené nároky na kladné charakterové vlastnosti více než v kterémkoliv jiném povolání. Žádoucí jsou vlastnosti jako: pravdomluvnost, čestnost, svědomitost, trpělivost, důslednost, ale také optimismus, taktnost, citová zralost atp. Většina z nás tolik pozitivních vlastností nemá, je nezbytná neustálá sebevýchova.

2.10.6 Vlastní obsah práce

Výkony, které se provádějí nemocnému mnohdy vyvolávají nepříjemné pocity – jako např. nevolnost při zavádění žaludeční sondy, zásah do intimní zóny nemocného při hygieně, cévkování, podávání klyzmatu. Převazy, aplikace injekcí, punkce zase mohou vyvolávat strach a bolest.

K psychickému vypětí přispívá velkou měrou pocit odpovědnosti za zdravotní stav nemocných. Těžce nemocní pacienti znamenají pro sestry přetížení nejen z časového hlediska, ale i z trvalé konfrontace s vitálně ohroženými lidmi, kteří jsou zcela závislí na jejich zručnosti a zaangažovanosti. Stávají se tak zodpovědnými za život a smrt.

2.10.7 Neustálá komunikace s nemocným

Při ošetřovatelské činnosti se sestra setkává s nemocnými, u nichž choroba zvýrazní charakterové vlastnosti. U některých ty kladné, ale většinou ty negativní, jako jsou: sobectví, netrpělivost, agresivita, panovačnost, zbabělost atp. Sestra se nemůže vyhýbat jednání s těmito lidmi, potřebuje komunikovat se všemi nemocnými, bez ohledu na povahové rysy (V.Čechová, A. Mellanová, M. Rozsypalová, 1995).

2.11 Komunikativní dovednosti a umění jednat s lidmi

Obecně lze komunikaci definovat jako sdělování informace prostřednictvím nejrůznějších signálů a prostředků: ústně, mimikou, gesty a dalším neverbálním chováním. Jde o způsob a prostředky, které pomáhají k dorozumění. V medicíně jde především o vzájemné porozumění mezi lékařem, sestrou, pacientem a jeho rodinou.

Pro práci sestry je umění komunikace a jednání s lidmi velmi důležitou složkou profesionálního chování. Je dovedností, kterou se lze naučit a stále ji zdokonalovat.

Umění jednat s lidmi vychází ze základních principů společenského chování, což lze označit jako souhrn pravidel, norem, zvyklostí, tradic, nepsaných zákonů, které určují obvyklé

a přijatelné mechanismy chování ve společnosti. Z toho vyplývá, že v jednání s lidmi se neobejdeme bez dodržování pravidel slušného chování. Dalším předpokladem je znalost vlastní osoby, znalost druhých lidí a zákonů komunikace.

Při působení na druhé lidi je nutné mít na paměti, že jednáme s člověkem určitého věku, určitého pohlaví a určité osobnostní výbavy. V každém věkovém období disponuje člověk charakteristickými zvláštnostmi, které mohou být přítěží nebo naopak předností v mezilidském styku. Dospělost je charakteristická zralostí, vyrovnaností, zkušeností, ale menší pružností v myšlení a jednání a větší systematičností. V období stáří je typická životní moudrost a menší sebekritičnost.

Při jednání s lidmi je nutné respektovat rozdíly mezi mužskou a ženskou mentalitou. Ženy jsou převážně orientovány na svět vztahů, jsou vybaveny větší schopností vcítit se, jsou taktnější, emočně založené, jejich vnímání je spíše analytické. Mají však sklon k hysteroidním reakcím a větší tendenci svěřovat se s problémy. Muži jsou naopak orientováni na svět věcí, mají větší smysl pro systematičnost, lepší úroveň technického myšlení, jsou racionální a jejich vnímání je spíše syntetické. Jsou však více hypochondričtí.

Při jednání s lidmi vždy působíme na celou strukturu osobnosti, tzn. na intelekt, temperament, charakter a motivační dispozice. Určitý stupeň inteligence se projeví jak ve schopnosti zpracovávat a předávat určité informace, tak v přístupu k řešení konfliktních situací. Základní typy temperamentu se projevují výrazně ve způsobu reakcí. Náročné je jednání s člověkem s převahou cholerického a melancholického temperamentu. U cholerika je to pro jeho vznětlivost, u melancholika pro jeho přecitlivělost a sklonu k depresivnímu ladění. Zvláštní význam má v jednání s člověkem stupeň sebevědomí, neboť výrazně snížené vede ke vztahovačnosti a naopak zvýšené k povýšeneckému chování. Je dobré znát hodnotovou orientaci, která ovlivňuje postoje a hodnocení skutečnosti a celkové zaměření člověka, jeho potřeby, zájmy, tužby apod.

Vlastnosti usnadňující jednání s lidmi:

- Autentičnost (opravdovost ve vztazích k lidem)
- Bezprostřednost (jednat s lidmi přímo, upřímně, bez zábran)
- Emotivnost (dát najevo přiměřeným způsobem své city)
- Empatie (umění vcítit se do druhého člověka, podívat se na problém jeho očima)
- Iniciativa (aktivně navazovat kontakty s lidmi)
- Konfrontace (umět se angažovat pro určitou myšlenku)
- Konkrétnost (při rozhovoru nepoužívat mnohoznačných a abstraktních pojmů)
- Otevřenost (dát najevo své názory, postoje, city)

Zásady správného jednání s lidmi :

1) Znát své vlastní interpersonální reakce, vědět, jak se zachovám v určité situaci.
2) Umět si získat a udržet důvěru lidí.
3) Nenechat se vyprovokovat negativistickým chováním druhého člověka.
4) Uvědomit si, že kromě uvědomělých motivů existují i podvědomé motivy lidského chování.
5) Brát v úvahu, že nepřiměřené chování člověka může být maladaptivní formou vyrovnání se s náročnou životní situací (D. Trpišovská, J. Miňhová, 1990).

3. Empirická část

3.1 Cíle empirické části

Cíle empirické části jsou rozděleny podle vzorku respondentů:

Cíle 1. části výzkumu (pohled pacienta a příbuzných)

- Zhodnotit úroveň komunikace a jednání příbuzných
- Zjistit prospěšnost a dostupnost návštěvy z pohledu příbuzných
- Postihnout důvody omezování návštěv na JIP
- Zjistit, zda je předem znám názor pacienta na návštěvu
- Zjistit do jaké míry je pobyt na JIP a pohled na kriticky nemocného zátěží pro příbuzné

Cíle 2. části výzkumu (pohled ošetřujícího personálu)

- Znát názor personálu na význam návštěvy pro pacienty
- Zjistit do jaké míry jsou pro personál návštěvy obtěžující
- Zjistit kontinuitu péče během návštěvy
- Znát názor personálu na zapojování příbuzných do péče
- Zjistit úroveň profesionálního chování a vstřícnosti personálu

3. 2 Metodika výzkumu

Ke zjištění stanovených cílů byla použita metoda dvou dotazníků.

1) Metoda dotazníku pro 1. část výzkumu

Dotazník, který jsem použila pro 1. část výzkumu, pro příbuzné pacientů na JIP jsem vypracovala samostatně. Celkový počet otázek je 18. Rozdáno bylo 60 dotazníků, vrátilo se 53 vyplněných dotazníků, 4 nevyplněné a 3 se nevrátily vůbec. Návratnost vyplněných dotazníků byla 88%. Dotazník byl anonymní, dobrovolný a doba potřebná k vyplnění nebyla časově omezena. K vyplnění dotazníku jsem zvolila formu s možností výběru vhodné odpovědi z několika variant. U některých otázek bylo možno označit i několik odpovědí. U čtyřech otázek byl poskytnut prostor k samostatnému vyjádření.

2) Metoda dotazníku pro 2. část výzkumu

Dotazník, který jsem použila pro 2. část výzkumu, pro zdravotnický personál JIP jsem vypracovala samostatně. Dotazník se skládá ze dvou částí - část anamnestická a vlastní část dotazníku, kterou tvoří 12 otázek. Rozdáno bylo 60 dotazníků, vrátilo se vyplněných všech 60. Návratnost vyplněných dotazníků byla 100%. Dotazník byl anonymní, dobrovolný a doba potřebná k vyplnění nebyla časově omezena. K vyplnění dotazníku jsem zvolila formu s možností výběru vhodné odpovědi z několika variant. U některých otázek pak bylo možno označit i několik odpovědí najednou. U jedné otázky byl poskytnut prostor k samostatnému vyjádření.

3. 3 Charakteristika zkoumaného vzorku

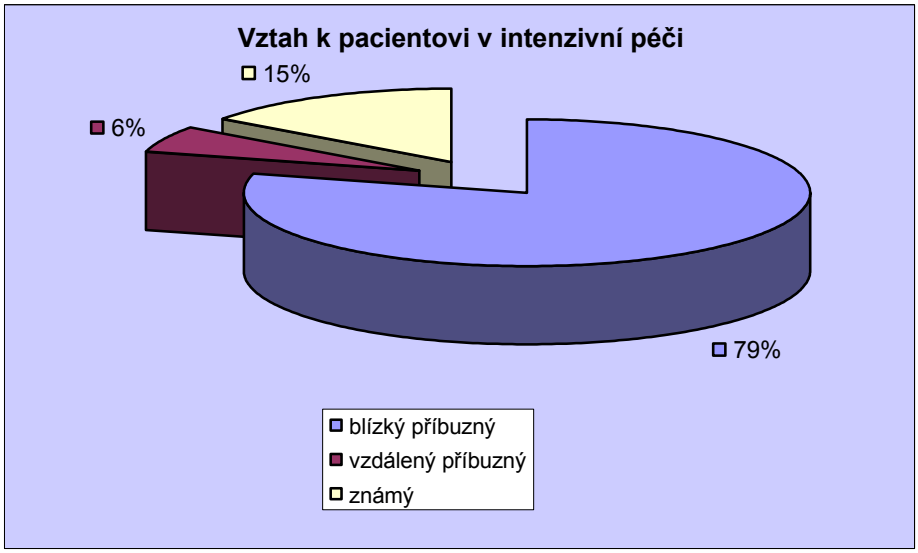
Zkoumaný vzorek první části výzkumu tvoří návštěvy pacientů na jednotkách intenzivní péče chirurgie, interny, neurochirurgie, neurologie, hematologie, kardiochirurgie a anesteziologicko-resuscitačního oddělení FN v Hradci Králové a nemocnice v Mladé Boleslavi. Osloveno bylo celkem 60 lidí, kteří za účelem návštěvy přišli na jednotku intenzivní péče. Výběr respondentů nebyl přísně náhodný, byl dán ochotou osob zúčastnit se výzkumu.

Zkoumaný vzorek druhé části výzkumu tvoří zdravotnický personál výše uvedených jednotek intenzivní péče. Osloveno bylo 60 zdravotních sester, jednalo se o 59 žen a jednoho muže. Tyto sestry pracují v třísměnném provozu, v přímé ošetřovatelské péči na jednotkách intenzivní péče. Výběr osob nebyl přísně náhodný, byl dán ochotou osob uvedeného pracoviště.

3.4 Výsledky vlastního výzkumu

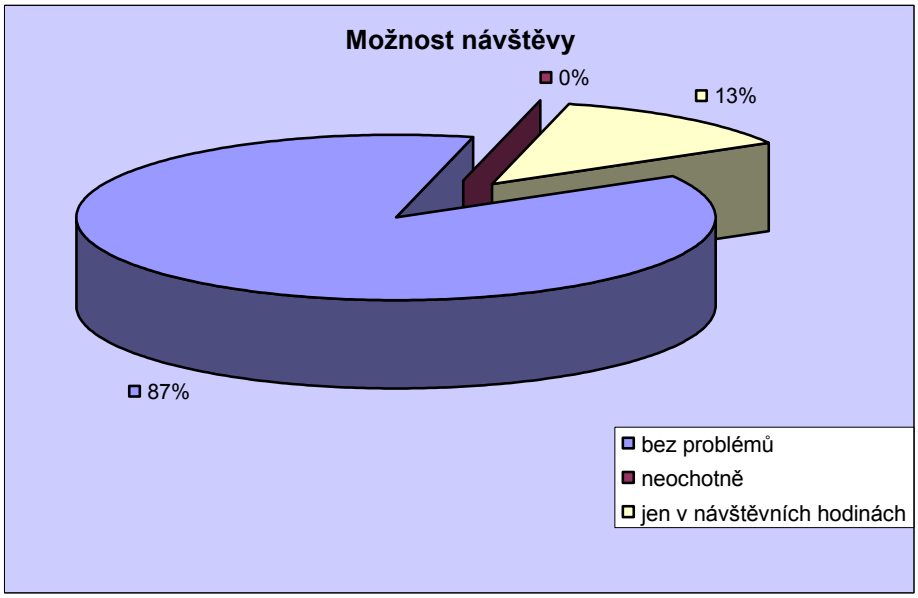
3.4.1 Vyhodnocení dotazníku pro příbuzné

Graf č. 1



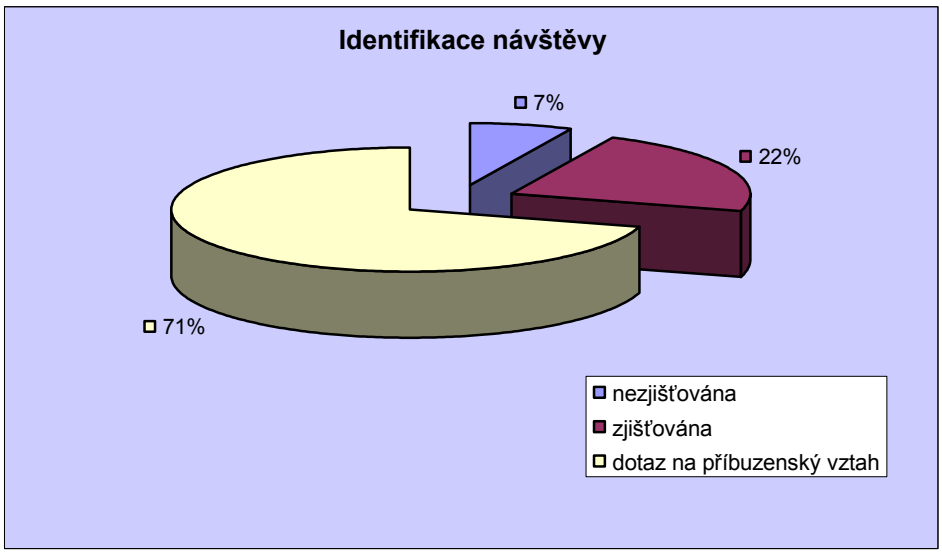
Celkem 79% dotázaných navštívilo na JIP svého blízkého příbuzného, 15% svého známého a 6% vzdáleného příbuzného.

Graf č.2



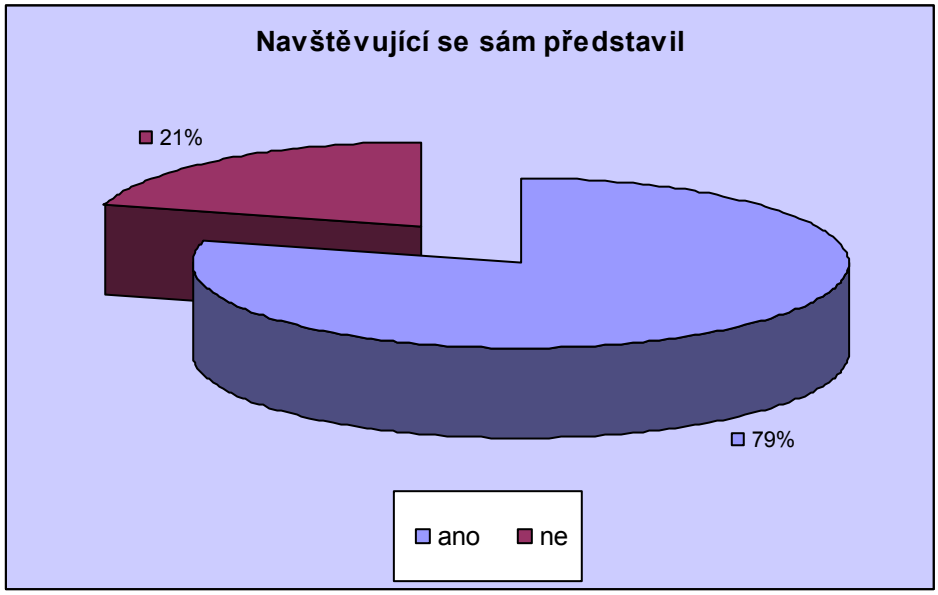
Bez problémů a ochotně byla návštěva umožněna v 87%, na návštěvní hodiny bylo odkázáno 13% respondentů a nikomu z příbuzných nebyla návštěva odmítnuta.

Graf č. 3



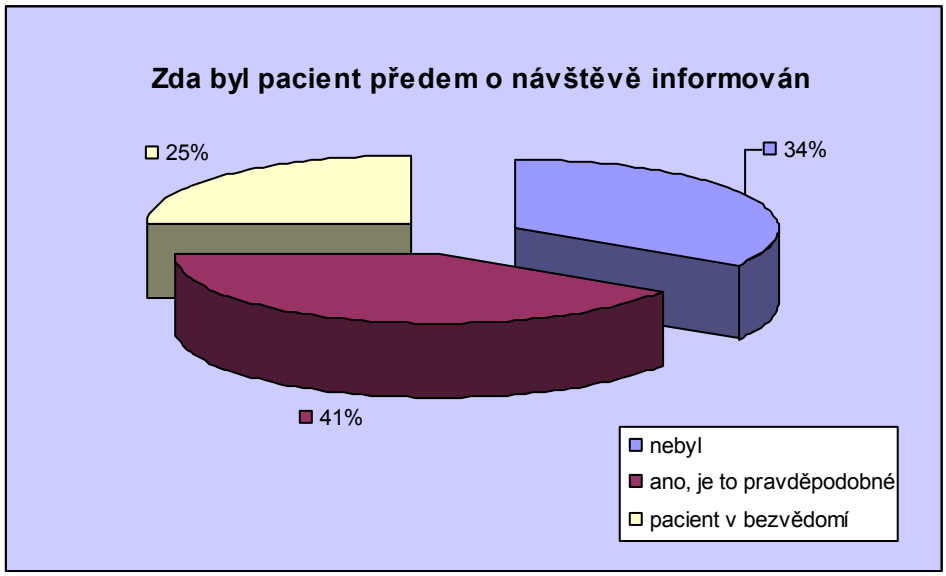
Celkem 87% příbuzných bylo dotázáno zdravotnickým personálem na blízkost vztahu s pacientem, ve 22% se ptali pouze na jméno a v 7% se neptali na blízkost vztahu .

Graf č.4



Při první komunikaci se sestru se bez vyzvání představilo a uvedlo příbuzenský vztah k pacientovi 79% dotázaných, nepředstavilo se 21% dotázaných.

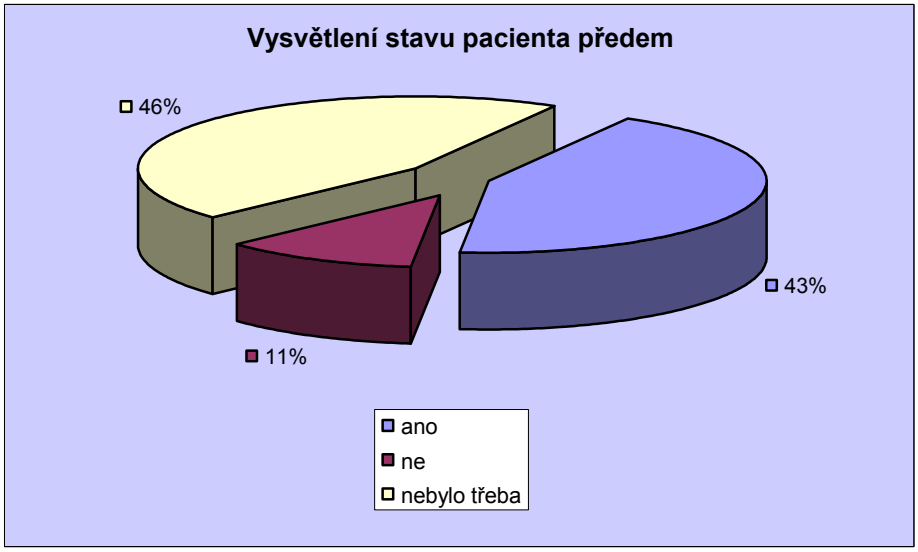
Graf č. 5



Celkem 41% dotázaných uvedlo, že nebyly k pacientovi ihned vpuštěni a je možné, že se zdravotnický personál ptal na názor pacienta, zda si návštěvu konkrétní osoby přeje, 34% příbuzných bylo ihned vpuštěno na JIP, názor pacienta nemohl být znám, ve 25% byl pacient v bezvědomí a nemohl se vyjádřit.

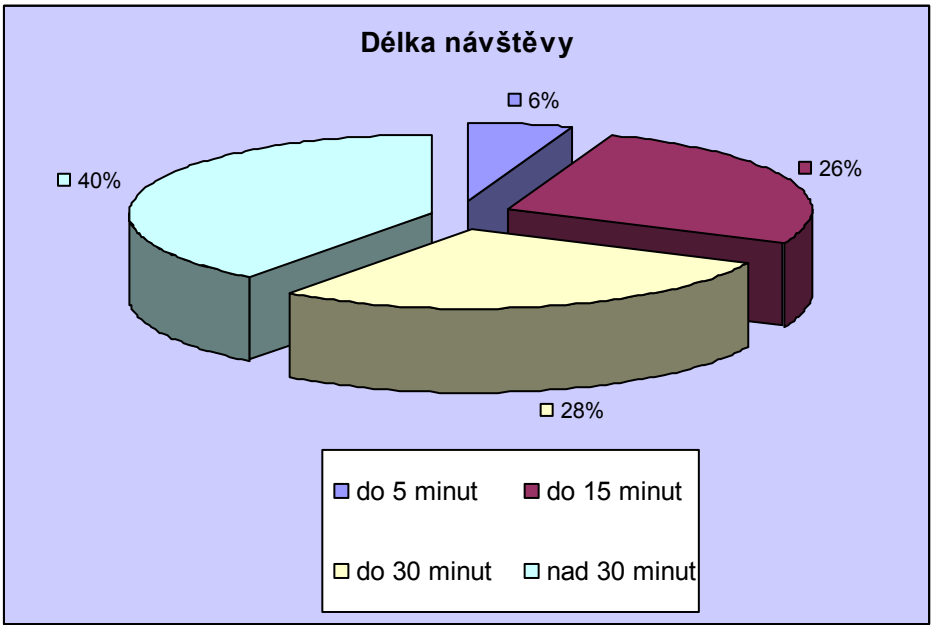
Nikdo z příbuzných nebyl od návštěvy odrazován z žádných důvodů.

Graf č. 6



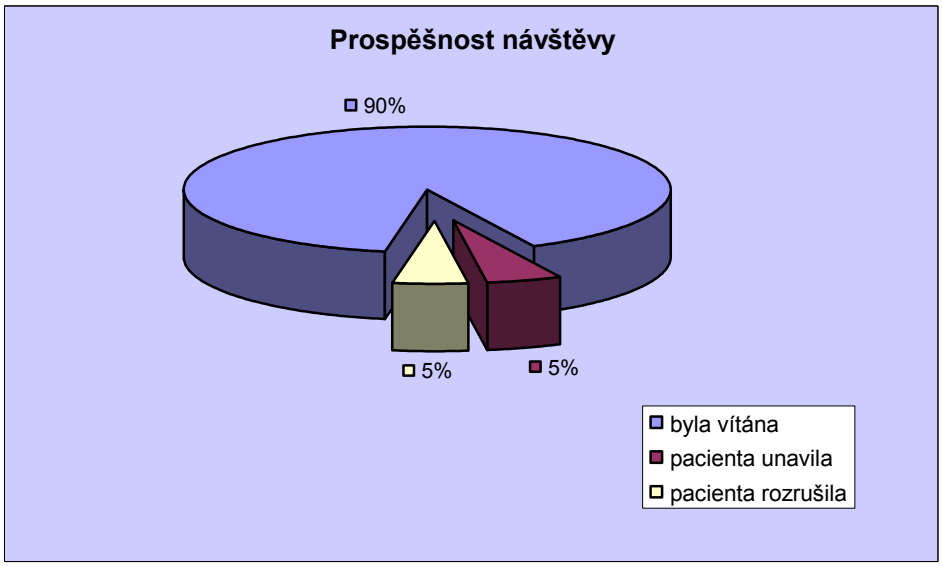
Na změnu podoby pacienta v kritickém stavu nebylo třeba upozorňovat 46% příbuzných, tato situace nenastala, na tuto skutečnost byla předem upozorněno 43% příbuzných a na změnu vizáže nebylo upozorněno 11% dotázaných.

Graf č. 7



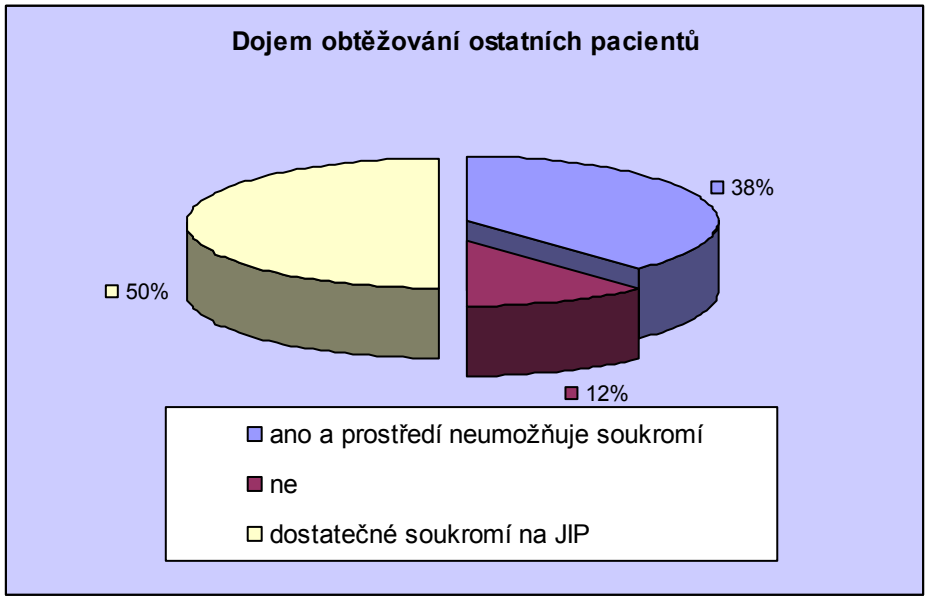
Celkem 40% příbuzných byla na návštěvě déle než 30 minut, 28% dotázaných bylo na návštěvě zhruba 30 minut, 26% maximálně 15 minut a 6% dotázaných bylo na návštěvě krátce, do 5 minut.

Graf č. 8



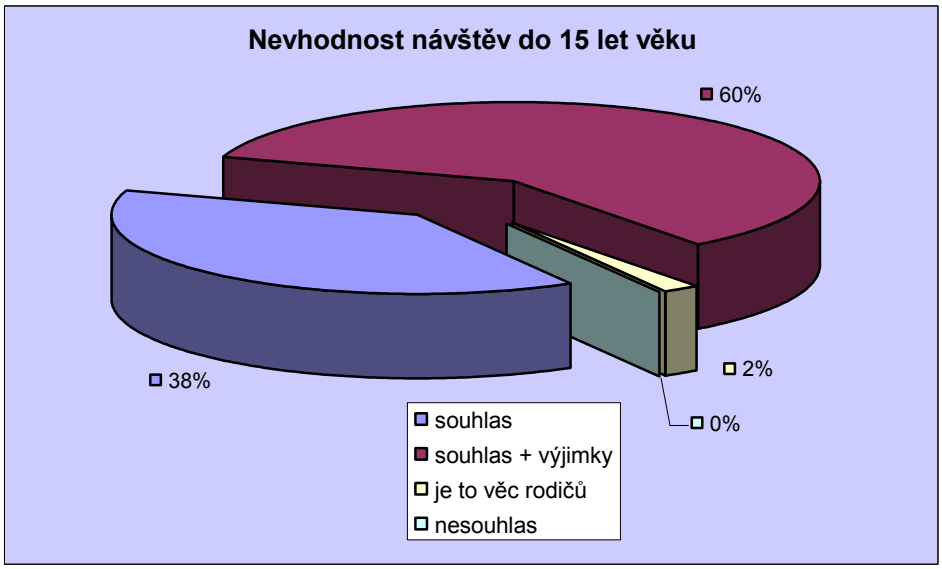
Celkem 90% dotázaných mělo dojem, že pacient návštěvu uvítal, v 5% pacient jevil známky únavy a stejně tak 5% pacientů bylo rozrušeno.

Graf č. 9



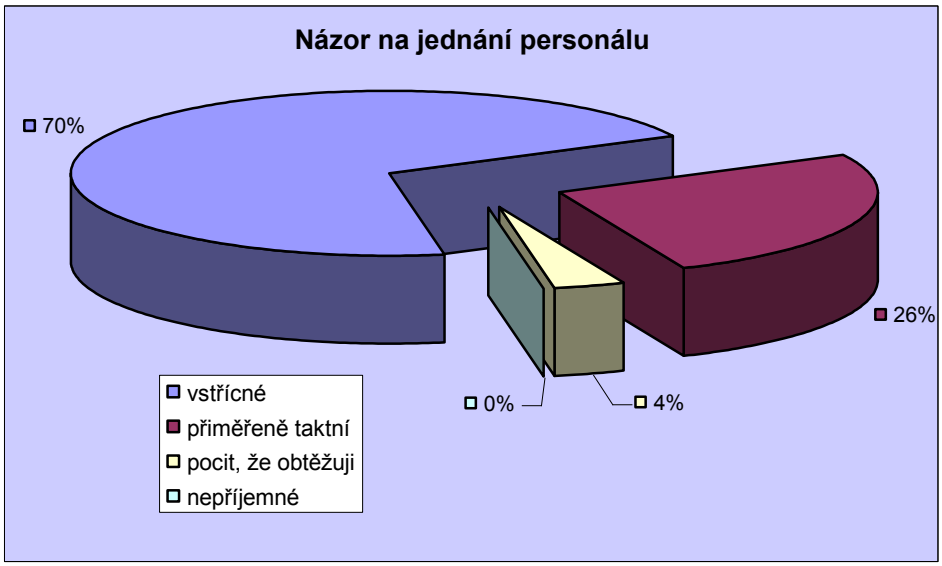
Celkem 50% příbuzných mělo pocit dostatečného soukromí na JIP, 38% dotázaných si uvědomovalo případné rušení ostatních pacientů svojí přítomností a 12% si vůbec neuvědomilo, že by mohli rušit ostatní.

Graf č. 10



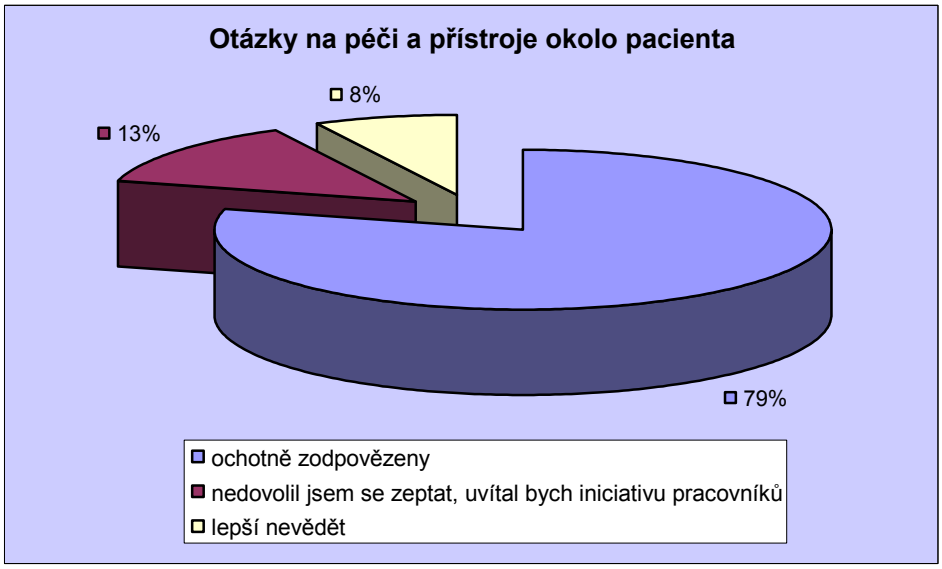
Se zákazem návštěv dětí mladších 15 let souhlasí, ale připouští výjimečné situace, kdy by návštěva mohla být povolena 60% dotázaných, s naprostým zákazem bez výjimky souhlasí 39%, 2% respondentů tuto situaci vnímá jako věc rodičů, kteří rozhodnou zda dítě zvládne návštěvu na JIP a nikdo neuvedl, že by návštěvy neměly být omezovány.

Graf č. 11



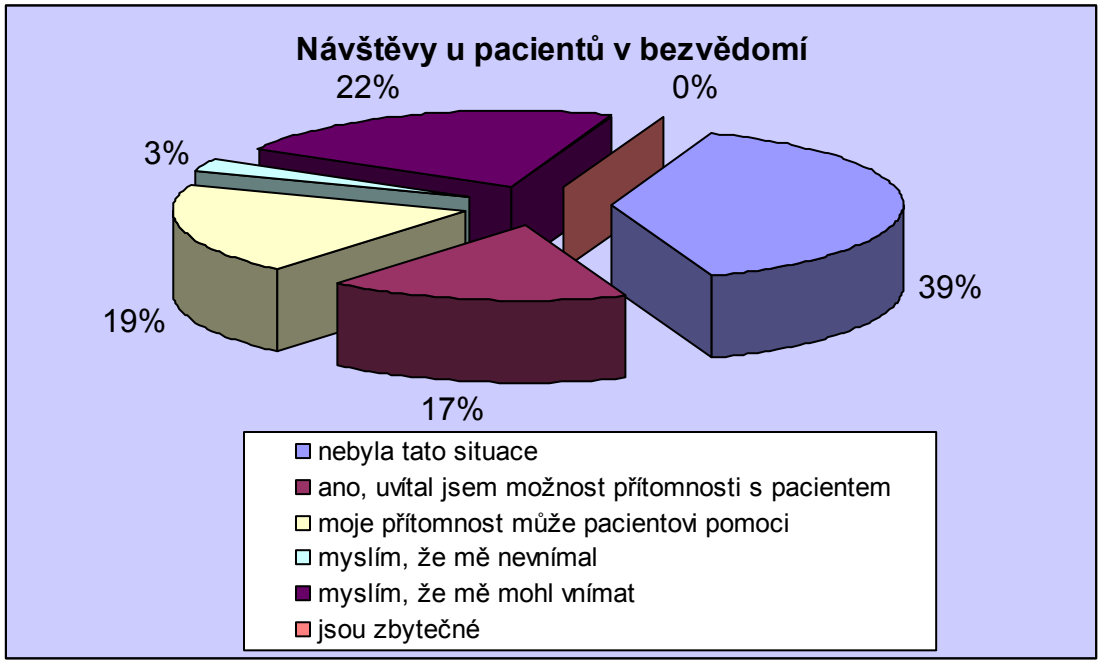
Jednání personálu vnímalo jako vstřícné 70% návštěvníků, 26% jako přiměřeně taktní, 4% respondentů mělo pocit z jednání personálu, že obtěžují a na nikoho nepůsobilo jednání personálu nepříjemně.

Graf č. 12



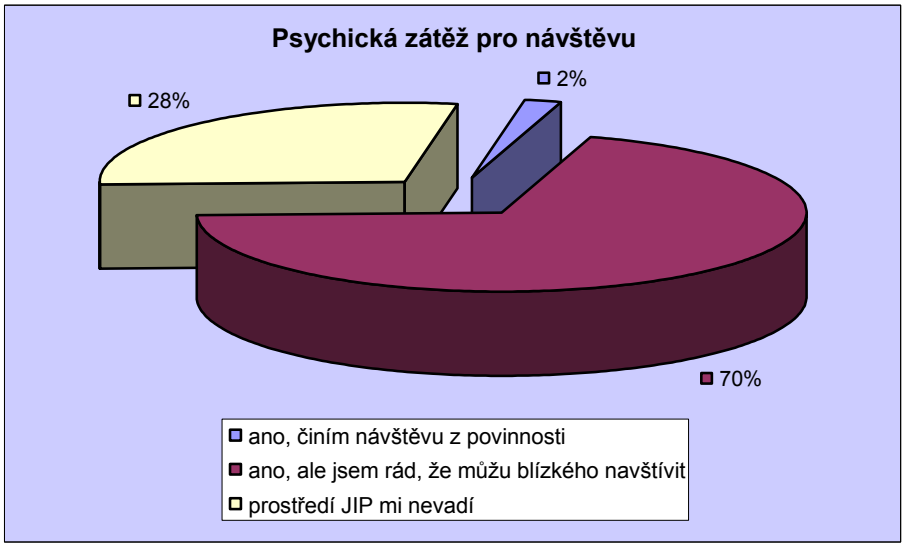
Otázky příbuzných ohledně péče a přístrojů okolo pacienta byly v 79% zodpovězeny ochotně, 13% respondentů se neodvážilo samo zeptat, uvítali by větší iniciativu od zdravotníků a 8% dotázaných nechtělo víc vědět.

Graf č. 13



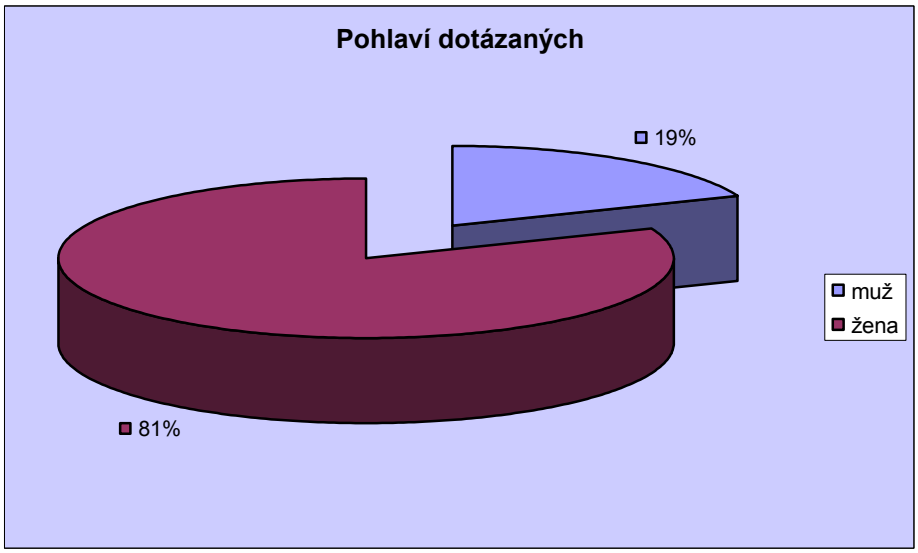
Celkem 39% dotázaných se nesetkalo se situací, že by byl jejich blízký v bezvědomí, 22% dotázaných mělo pocit při návštěvě pacienta v bezvědomí, že je mohl vnímat, 19% si myslelo, že jejich přítomnost mohla pacientovi pomoci, 17% příbuzných uvítalo možnost přítomnosti s pacientem v bezvědomí, pocit, že pacient návštěvu nevnímal měli 3% lidí a nikdo si nemyslel z dotázaných, že by za této situace byly návštěvy zbytečné.

Graf č.14



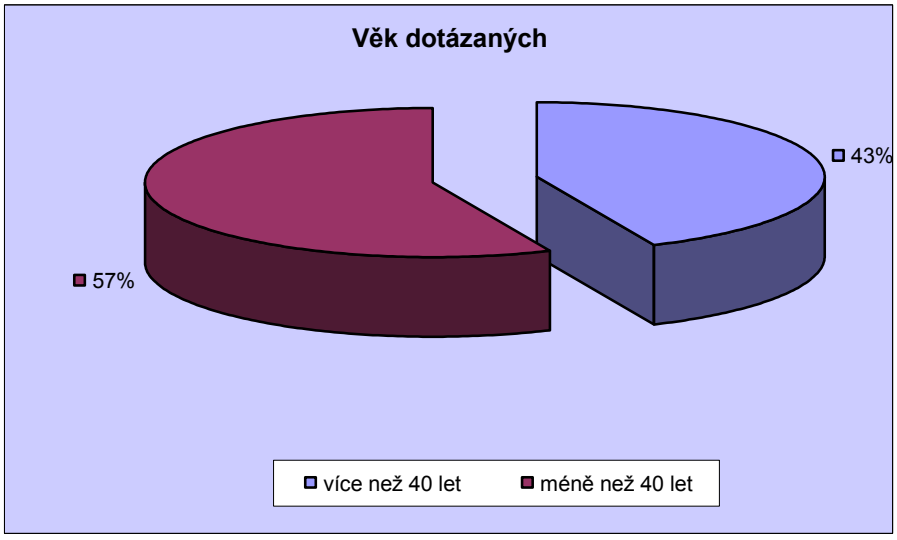
Celkem 70% příbuzných uvedlo, že je rádo, když může svého blízkého nemocného navštívit, i když je to pro ně psychickou zátěží, 28% dotázaných prostředí JIP nestresuj a pro 2% lidí je návštěva zátěží a činí návštěvu z povinnosti.

Graf č. 15



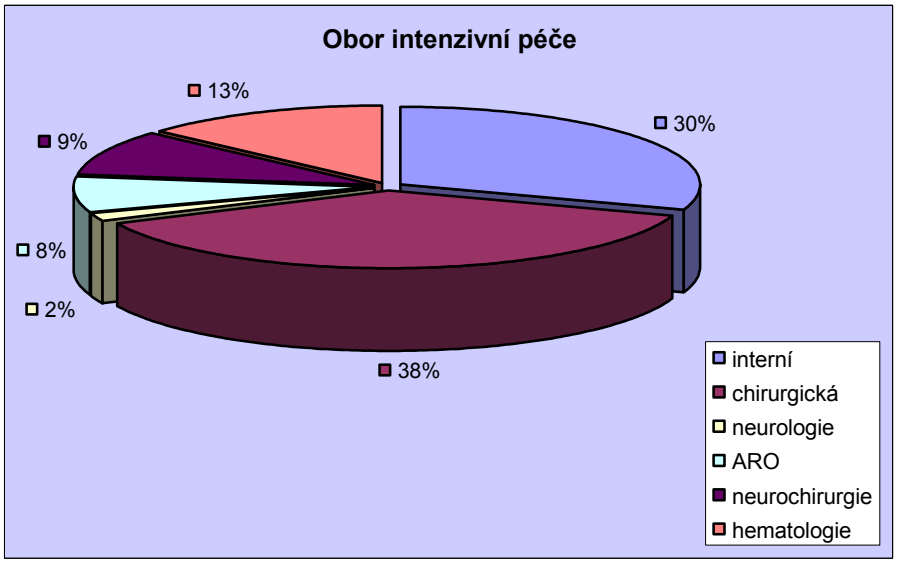
Celkem 81% žen navštívilo JIP a 19% mužů.

Graf č. 16



Celkem 57% dotázaných bylo mladších 40 let a 43% naopak starších 40 let.

Graf č. 17



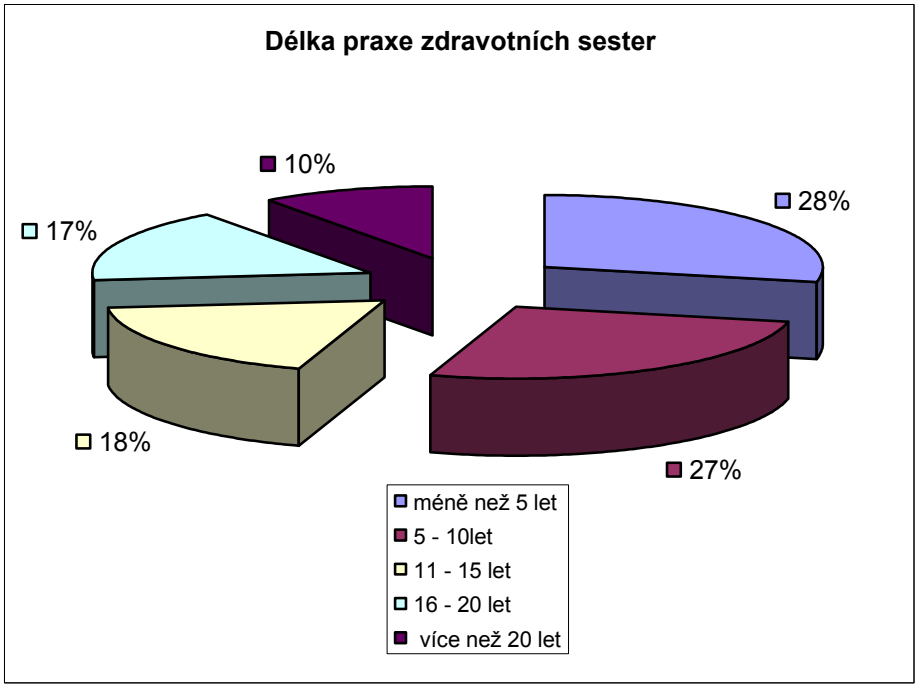
Celkem ve 38% byla návštěva uskutečněna na JIP chirurgické, ve 30% na interní, ve 13% na oddělení klinické hematologie, v 9% na neurochirurgii, v 8% na anesteziologicko-resuscitačním oddělení a ve 2% na neurologii.

3.4.2 Vyhodnocení dotazníku pro zdravotnický personál

3.4.2.1 Vyhodnocení anamnestické části dotazníku

Celkem se výzkumu zúčastnilo 60 zdravotníků, z toho bylo 59 žen a jeden muž.

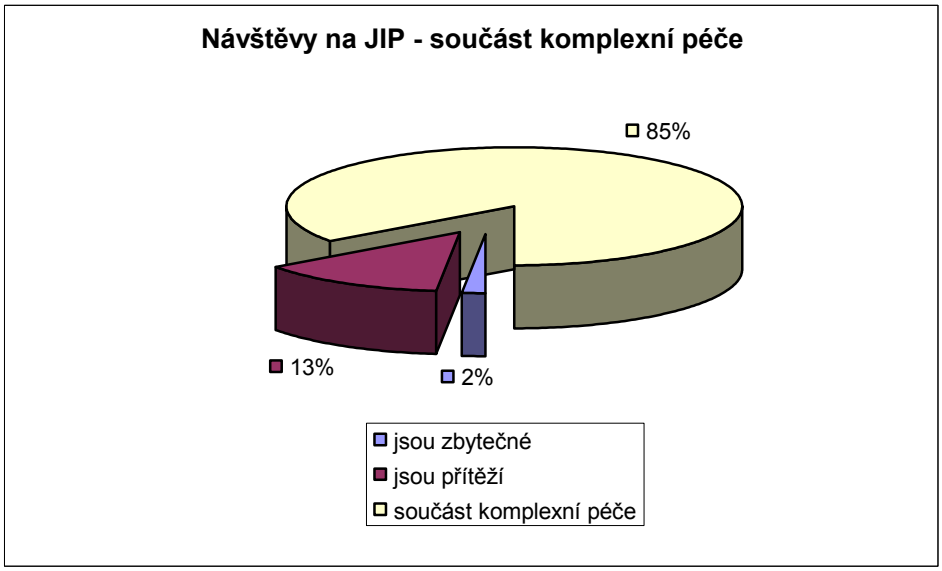
Graf č. 18



Celkem 28% sester pracuje na JIP méně než pět let, 27% pracuje 5-10 let, 18% dotázaných má praxi v rozmezí 11- 15 let, 17% 16- 20 let a 10% pracuje více než 20 let.

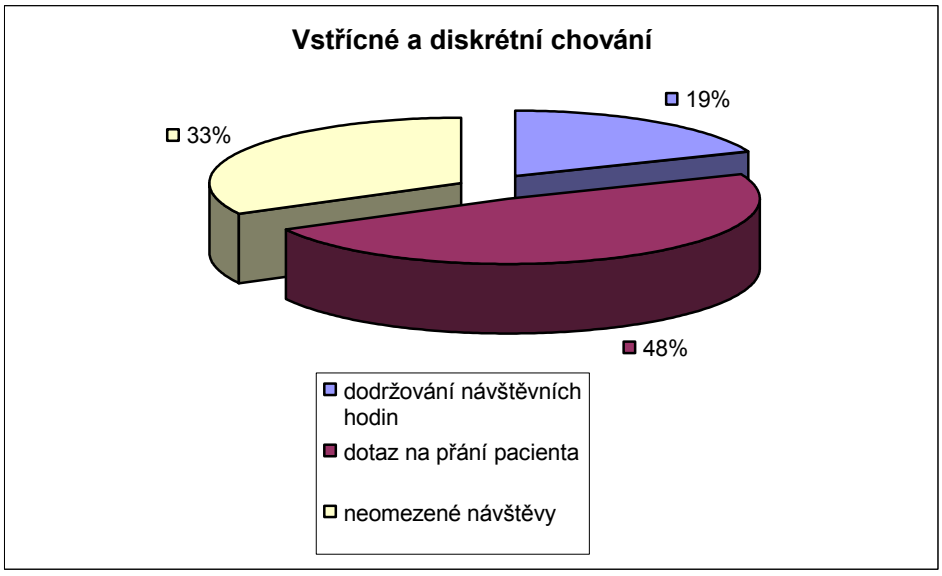
3.4.2.2 Vyhodnocení vlastní části dotazníku

Graf č. 19



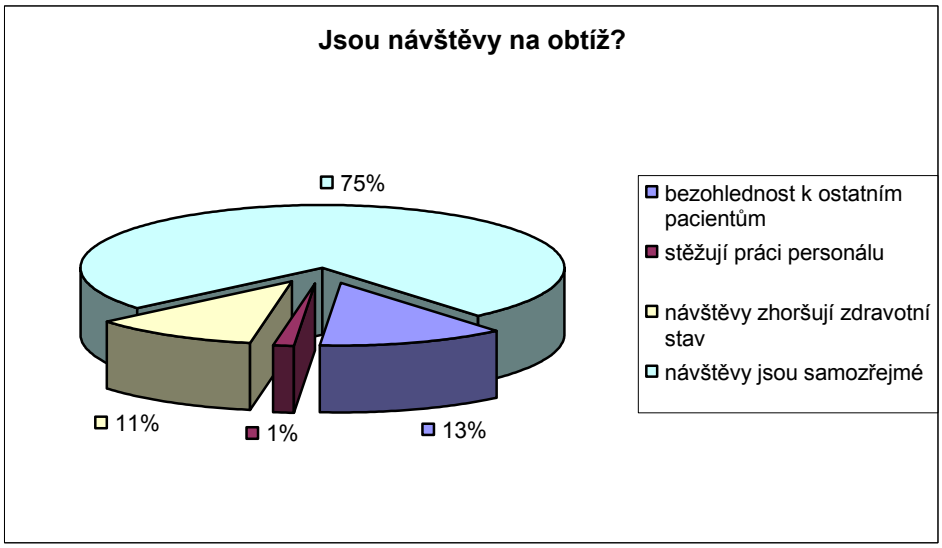
Celkem 85% dotázaných vnímá návštěvu jako důležitou součást komplexní péče o pacienta, 13% sester návštěvy toleruje, ale jsou pro ně přítěží a 2% vidí návštěvy jako zbytečné, hlavně pro ty pacienty, kteří tráví na JIP maximálně 48 hodin.

Graf č. 20



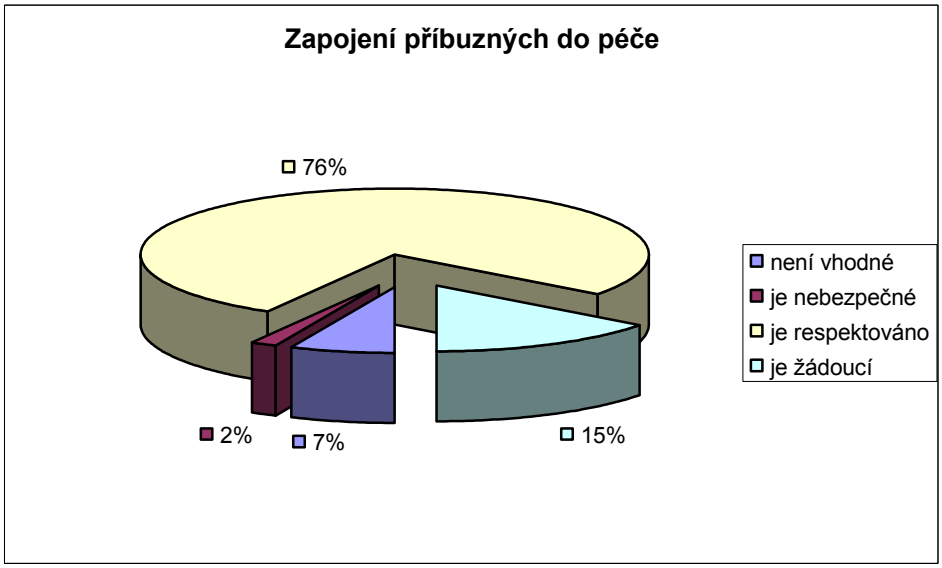
Celkem 48% dotázaných sester se vždy předem ptá pacienta, zda si návštěvu konkrétní osoby přeje, 33% zásadně trvá na návštěvních hodinách a 19% umožní návštěvu příbuzným bez omezení.

Graf č. 21



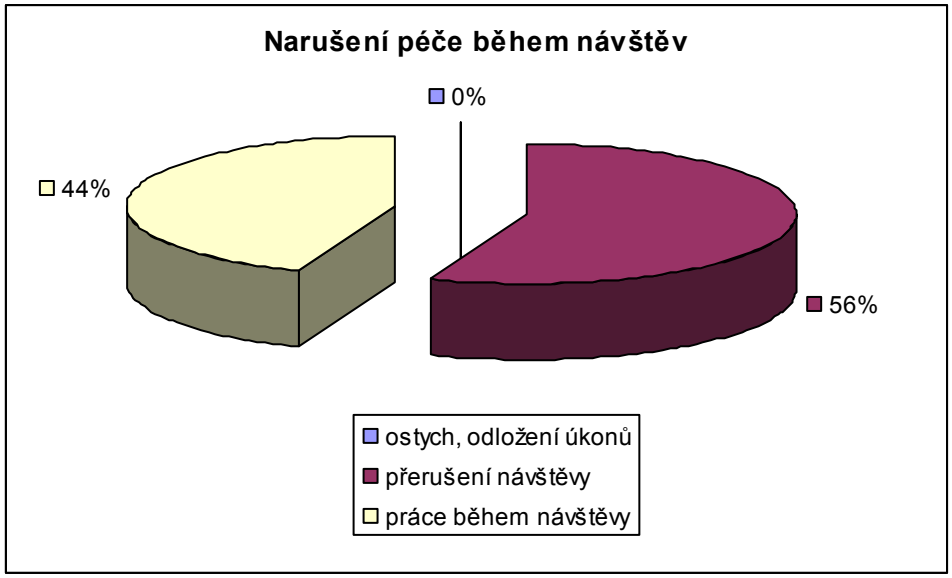
Většina dotázaných 75% považuje návštěvy za přirozené a samozřejmé, 13% vnímá z pohledu své práce chování lidí na návštěvě jako málo ohleduplné k ostatním pacientům, 11% sester má pocit, že pacient je po návštěvě rozrušený nebo unavený a pro 1% dotázaných je návštěva přítěží, neboť musí odpovídat na řadu otázek.

Graf č. 22



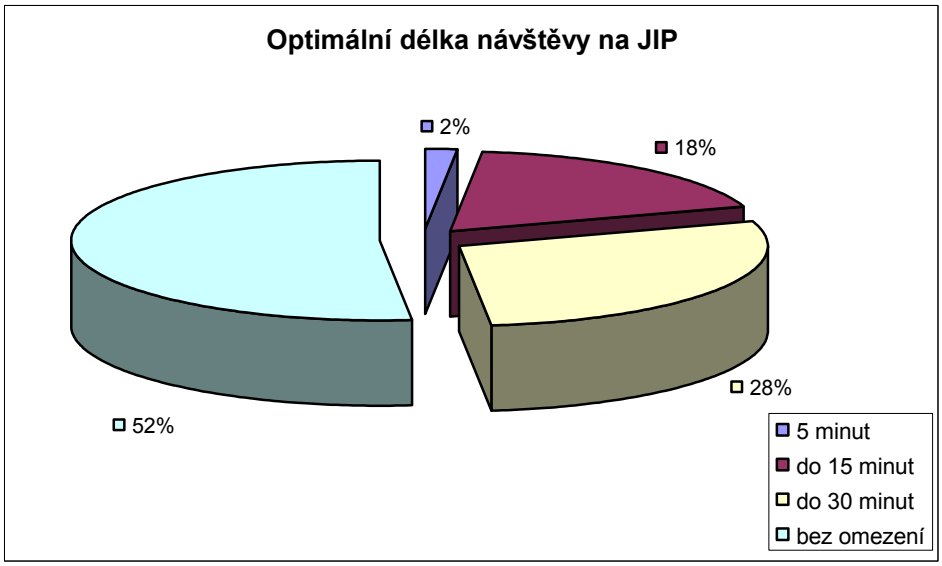
Většina 76% personálu respektuje snahu podílet se na péči o pacienta a učí příbuzné drobné ošetřovatelské úkony, 15% sester cíleně zapojuje příbuzné do psychické stimulace a provádění drobných úkonů, 7% dotázaných nepreferuje zapojení příbuzných do péče a 2% vidí zapojení příbuzných jako nebezpečné pro pacienta.

Graf č. 23



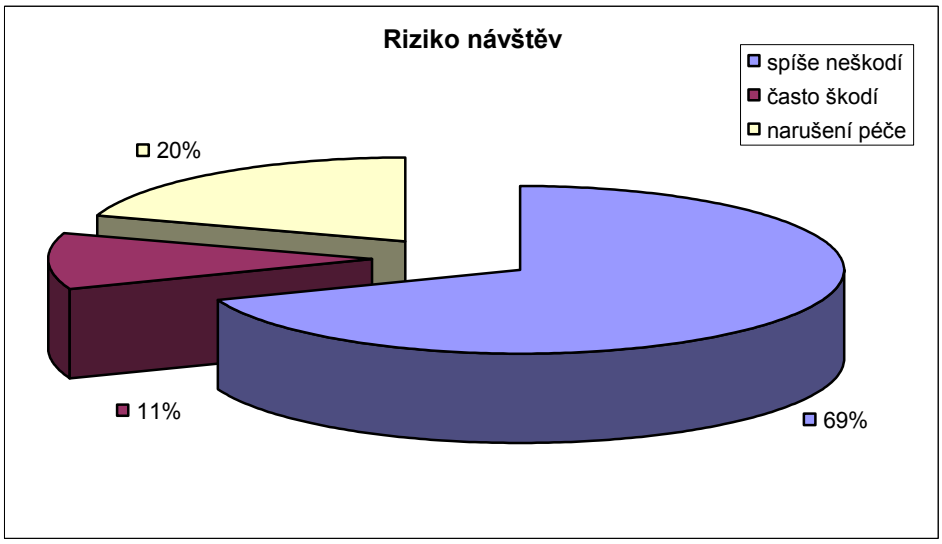
Celkem 56% respondentů nemá zábrany v komunikaci s příbuznými, v případě nutnosti je požádá o přerušení návštěvy z důvodu včasného splnění ordinací, celkem 44% sester provádí některé ordinace a úkony i v přítomnosti příbuzných, nikdo 0% neodkládá péči z důvodu ostychu.

Graf č. 24



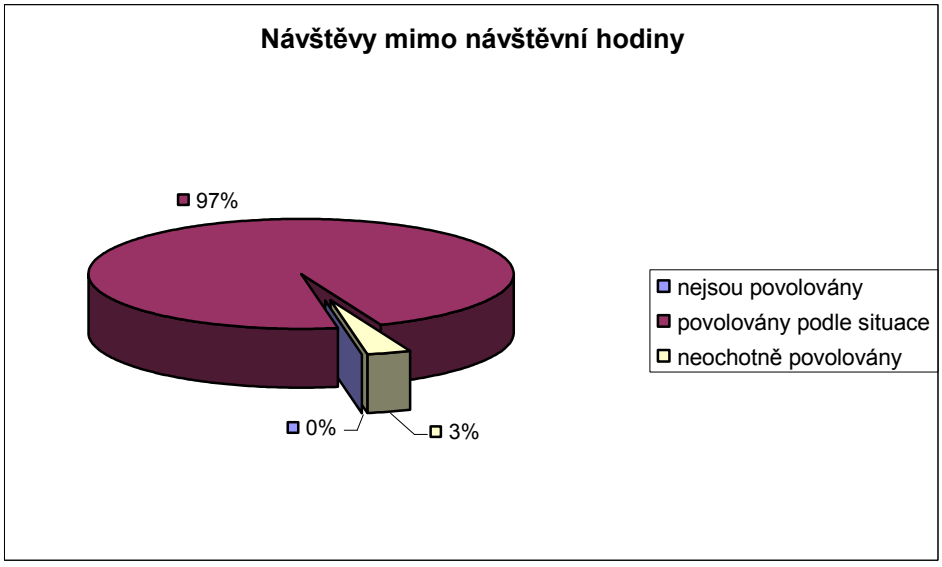
Omezování času návštěvy není důležité pro 52% dotázaných, jako optimální délku návštěvy do 30minut vidí 28% sester, návštěva do 15 minut se jeví jako vhodná doba pro 18% dotázaných, návštěva do 5 minut je optimální pro 2% respondentů.

Graf č. 25



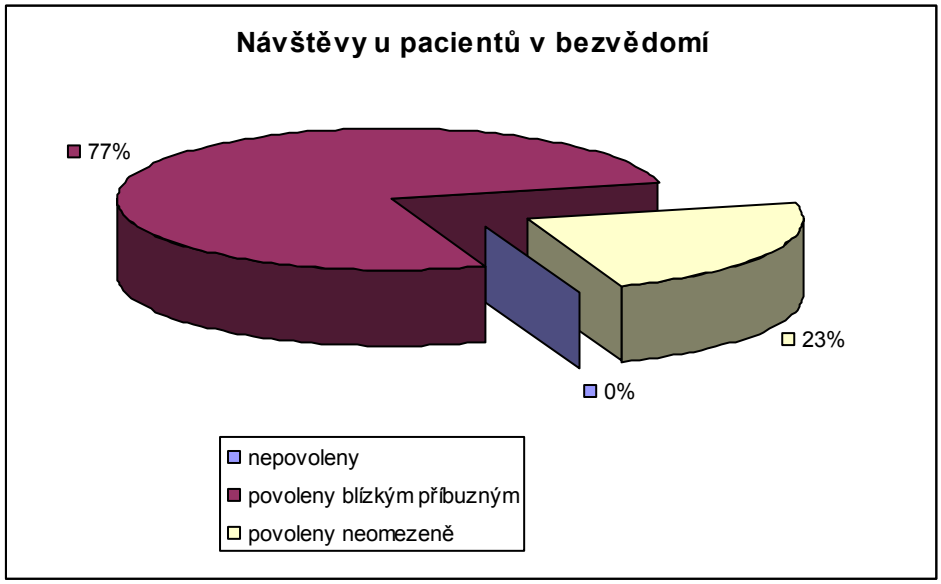
Návštěvy pacientovi spíše neškodí pacientovi se domnívá 69% dotázaných, že nezřídka narušují péči si myslí 20% personálu a jako často škodlivé je vidí 11% respondentů.

Graf č. 26



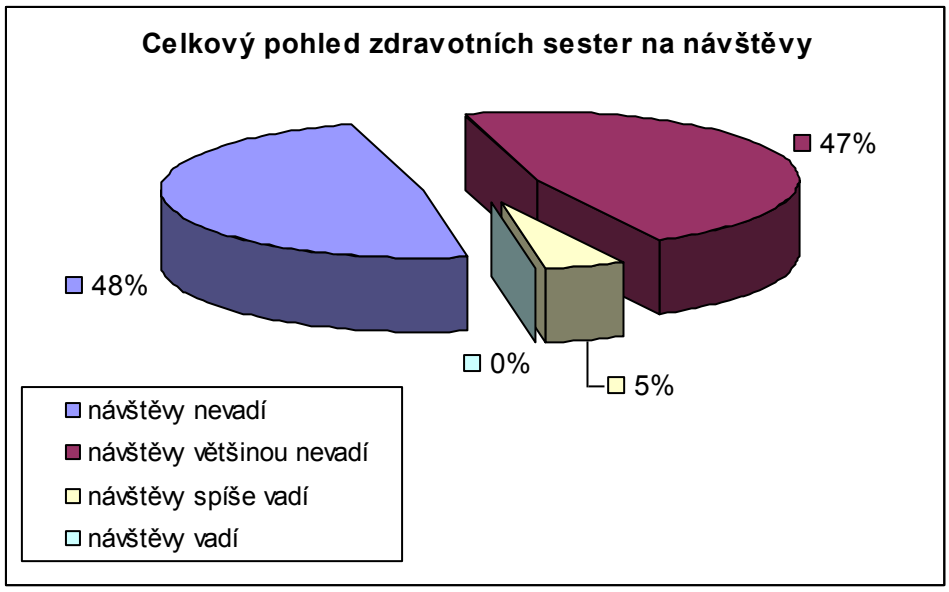
Na většině pracovištích intenzivní péče v 97% jsou návštěvy mimo určené hodiny povolovány personálem s ohledem na aktuální situaci oddělení, celkem ve 3% jsou povolovány neochotně s připomenutím návštěvních hodin a nikdo z respondentů neodpověděl záporně, že by návštěvy mimo určené hodiny zásadně nepovoloval.

Graf č. 27



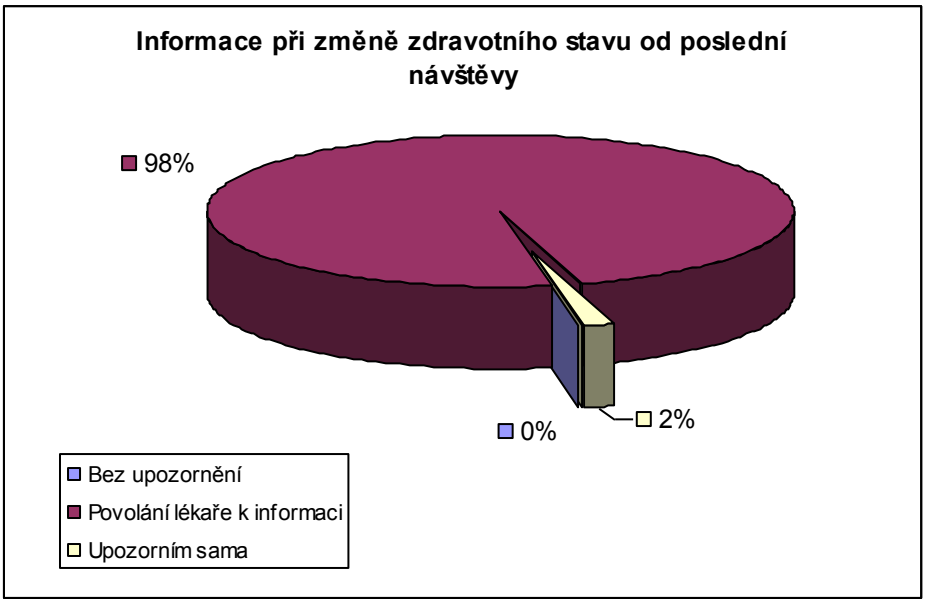
Návštěvy u pacientů v bezvědomí či plné sedaci jsou povolovány jen blízkým příbuzným v 77%, návštěvy za tohoto stavu pacienta neomezuje 23% zdravotníků a nikdo neudal, že by návštěvy nepovoloval.

Graf č. 28



Celkově návštěvy na JIP nevadí 48% dotázaným, většinou nevadí celkem stejnému počtu 47%, spíše vadí 5% zdravotníků a nikdo neudal, že by mu návštěvy jednoznačně vadily a trpěl je, protože je to nutné.

Graf č. 29



Většina personálu 98% uvedla, že při změně zdravotního stavu pacienta od poslední návštěvy zavolá lékaře, aby informoval příbuzné o změněné skutečnosti, 2% sester na změnu stavu upozorňují samy a nikdo neuvedl, že by návštěva byla vpuštěna k pacientovi bez předchozího vysvětlení .

4. Diskuse

V bakalářské práci jsem se zaměřila na okruh otázek okolo významu, průběhu a možnosti návštěv na jednotce intenzivní péče z pohledu blízkých příbuzných pacientů a ošetřujícího personálu.

Šetření se zúčastnilo celkem 53 návštěvníků, z toho vysoké procento zaujímaly ženy (81%) a muži pouze 19%. O něco větší procento připadlo lidem mladším 40 let (57%), starších 40 let bylo 43%. Největší počet návštěv byl uskutečněn na jednotkách intenzivní péče chirurgických a interních. Nejméně na neurologické JIP a oddělení anesteziologicko - resuscitačním. Tato skutečnost je zřejmě dána délkou hospitalizace nemocných jednotlivých intenzivních péčí.

Situace nemocného na intenzivní péči má určitý aspekt intimity, který je vyjádřen i tím, že jej navštěvují především příbuzní (79%). Návštěvníci i zdravotníci považují za přirozené navštěvovat na JIP blízké příbuzné osoby. Zdůrazněno je to hlavně u osob v bezvědomí, kde ze strany příbuzných i zdravotníků (77%) vyplývá shodný názor o vhodnosti pouze návštěv příbuzných. Přesto 23% zdravotníků uvedlo, že návštěvy u pacientů v bezvědomí neomezuje. Domnívám se, že je-li pacient v bezvědomí, je regulace návštěvy na místě. I když je znám pozitivní vliv přátel a známých na pacientovu psychiku a celkem 15% lidí nebylo z okruhu rodiny, v tomto případě bych se přikláněla k povolení návštěvy pouze příbuzným.

Současně panuje shoda mezi zdravotníky a příbuznými, že pro děti do 15 let není vhodné navštěvovat příbuzného na JIP z důvodu možného psychického rozrušení. Celkem 60% dotázaných by ve výjimečných případech návštěvu povolilo a 2% dotázaných, tento problém vidí jen jako věc rodičů. Z toho vyplývá, že je nadále žádoucí návštěvy dětí regulovat.

Ve většině případů jsou návštěvy povolovány ochotně (87%) a jednání personálu vidí 70% návštěvníků jako vstřícné a vlídné. Postoj ošetřujícího personálu k návštěvám je kladný. Celkem 75% je považuje za přirozené i přes některé negativní faktory, které vyzdvihl nemalý počet zdravotníků. 11% sester vidí nepříznivý vliv návštěv v rozrušení a únavě pacienta a 13% registruje málo ohleduplné a nevhodné chování návštěvníků k ostatním pacientům. Tato skutečnost byla potvrzena a konkretizována v samostatném vyjádření v dotazníku, kde bylo uvedeno, že příbuzní se často mezi sebou hlasitě baví a telefonují, sedají do postele přes

upozornění, listují dokumentací a mají enormní zájem o okolí a ne o svého příbuzného. V této situaci nezbývá, než taktně nepřiměřené chování návštěv usměrnit.

Poměrně vysoké procento (okolo 30% - z více druhů otázek) navštěvuje pacienty na intenzivní péči, aniž by bylo zjišťováno, kdo pacienta navštěvuje a zda si pacient návštěvu přeje. Na tuto vhodnou společenskou normu by zdravotníci při jednání s navštěvujícími a pacientem měli více pamatovat. Přičemž zjišťování, zda si pacient návštěvu konkrétní osoby přeje, by mělo probíhat diskrétně a takovým způsobem, aby nemocný mohl svobodně návštěvu odmítnout, aniž by jeho jednání ze strany návštěvy či personálu bylo chápáno jako nespolečenské. Nicméně v 90% byla návštěva ze strany pacienta i příbuzných vnímána jako vítaná.

Komunikace mezi navštěvujícími a personálem se jeví jako neproblematická, asi 13% navštěvujících by uvítalo větší iniciativu zdravotníků ve vysvětlování péče o pacienta. Téměř ve 40% se vyskytl názor, že návštěva mohla být obtěžující pro okolní pacienty. Problém zajištění dostatečného soukromí pro péči i návštěvy pacientů se ukazuje jako důležitým při organizaci péče a event. stavební dispozici jednotek intenzivní péče.

Příbuzní stojí o návštěvy blízkých, kteří jsou v bezvědomí, i když je pro ně prostředí JIP stresující (70%), svého blízkého nemocného navštíví rádi. Většina dotázaných je přesvědčena, že svou přítomností může pacientům prospět a že nemocný mohl jejich návštěvu vnímat. Dojde-li ke zhoršení zdravotního stavu pacienta, vždy příbuzné předem ve většině případů (77%) informuje lékař. Příbuzní tak absolvují návštěvu připravení a poučení, což vidím jako velmi důležité a významné pro zmírnění jejich psychické zátěže.

Výzkumu se zúčastnilo celkem 60 zdravotních sester pracujících na jednotkách intenzivní péče. Z celkového počtu odpovídalo 59 žen a pouze jeden muž. Je vidět, že zdravotnické povolání je stále doménou žen i na tak exponovaném oddělení jakým intenzivní péče je. Větší zastoupení mužů by bylo jistě vítanou pomocí.

Většina dotázaných sester pracujících na JIP má do 10 let praxe, což je bráno jako optimální délka práce na tomto typu oddělení, vzhledem k velmi vysoké psychické a fyzické zátěži. Překvapil mě proto i údaj 18% dotázaných pracuje již 11-15 let a téměř shodný počet

17% sester 16 - 20 let. Je tedy možné se domnívat, že i přesto, že je zde práce velmi náročná, může být pro mnohé zajímavá a uspokojující.

Většina sester vnímá návštěvy jako součást komplexní péče (85%). Na druhou stranu, ale 13% sester považuje návštěvy za přítěž, což je relativně vysoké číslo při daném typu odpovědi. Pouze pro 1% je návštěva přítěží, z důvodů zvídavosti příbuzných. Jiné konkrétní těžkosti nikdo neuvedl. Pečovat o pacienta v přítomnosti jeho rodiny může být pro sestru náročné, důvodem může být nezralost a nedostatek zkušeností nebo naopak rutina a profesionální otrlost.

Snahu příbuzných zapojit se do péče o dlouhodobě ošetřovaného pacienta respektuje většina zdravotníků (76%). Aktivně je zapojuje do psychické stimulace a zároveň je učí drobné ošetřovatelské úkony celkem 15% sester, což je v souladu s moderními trendy v ošetřovatelství, které preferují větší podíl péče o pacienta rodinnými příslušníky.

Výzkum ukázal, že kontinuita péče o pacienta během návštěvy není přerušována. Většina sester (56%) buď požádá příbuzné o krátkodobé přerušení návštěvy tak, aby byly ordinace a ošetřovatelské úkony včas splněny nebo provádí některé úkony i za přítomnosti druhé osoby v době návštěvy, což uvedlo celkem 44%. Je tedy příjemným zjištěním, že personál dokáže komunikovat s příbuznými a organizovat práci okolo pacienta tak, aby nebyla narušena péče ani návštěva, která je významná pro psychický stav pacienta.

Pozitivním zjištěním je i skutečnost, že nikdo z příbuzných nebyl od návštěvy z žádných důvodů odrazován. Polovina zdravotníků vidí omezování času návštěvám jako nedůležité, což téměř polovina (40%) příbuzných potvrzuje. Na návštěvě strávili více jak 30 minut. V 97% jsou návštěvy povolovány s ohledem na aktuální situaci oddělení, v kteroukoliv denní dobu bez vymezení návštěvními hodinami.

Přestože zastoupení jednotlivých odpovědí může být ovlivněno ochotou vyplnit dotazník a vstřícností ke spolupráci, lze říci, že obecně platí pozitivní vztah k návštěvám na jednotce intenzivní péče ze strany příbuzných, pacienta a ošetřujícího personálu.

5. Závěr

Návštěvy na JIP jsou vnímány jako samozřejmá součást péče o kriticky nemocné ze strany personálu i navštěvujících. Pro nemocného je návštěva z psychologického hlediska velice významná, kontakt s rodinnými příslušníky je nedílnou součástí psycho-sociálních vazeb, jejichž udržení je nezbytné pro zdárný vývoj somatického onemocnění. 90% dotázaných mělo dojem, že pacient návštěvu uvítal. Většinou jsou navštěvováni blízcí příbuzní, 79% dotázaných navštívilo na JIP svého blízkého příbuzného. Neopomenutelných je však i 15% respondentů, kteří navštívili na JIP své přátele, kolegy, známé, neboť i tento okruh lidí mimo rodinu je pro nemocného významný pro zmírnění negativních faktorů, které přináší hospitalizace na JIP a odvedení pozornosti od jeho nesnází spojených se závažným zdravotním stavem.

Bez problémů a ochotně byla návštěva umožněna v 87%. Příbuzní jsou přesvědčeni o možném pozitivním vlivu a vnímání návštěvy i u nemocných v bezvědomí.

V současné době se v mnoha zdravotnických zařízeních již od striktního dodržování návštěvních hodin upouští a to i na JIP, kde jsou návštěvy pacientů umožňovány v největší možné míře, jsou regulovány pouze podle aktuální situace na JIP. Na návštěvní hodiny bylo odkázáno 13% respondentů. Většina dotázaných se kloní k názoru možnosti neomezených návštěv, přičemž přístup dětem na jednotky intenzivní péče by měl zůstat regulován. Příbuzní preferují relativně dlouhé návštěvy, 40% dotázaných bylo u nemocného déle než 30 minut. 38% navštěvujících je přesvědčeno, že jejich návštěva mohla rušit jiné pacienty. Při výstavbě jednotek intenzivní péče a možnosti úpravy prostředí JIP je nutno zdůraznit potřebu zajištění většího soukromí pro pacienty na jednotce intenzivní péče.

Za určitý negativní jev lze chápat, že není samozřejmostí zjišťovat diskrétním způsobem, zda si pacient návštěvu přeje. V souvislosti s etickým chováním zdravotních sester by mělo být základní komunikační dovedností tuto informaci od pacienta získat. Celkem 41% pacientů bylo předem o návštěvě informováno, 34% pacientů se personál neptal, zda si návštěvu přejí a ve 25% byl pacient v bezvědomí a nemohl se vyjádřit.

Pozitivní bylo zjištění, že nikdo z příbuzných nebyl od návštěvy odrazován. Celkem 46% dotázaných nebylo třeba vysvětlovat předem stav pacienta, neboť vzhled pacienta nebyl změněn, ve 43% zdravotníci předem poskytli informaci o změně stavu pacienta a 11% příbuzných nebylo předem seznámeno se změnou zdravotního stavu pacienta.

Prostředí JIP je stresující i pro návštěvy nemocného jak uvedlo 70% dotázaných, přesto ale svého blízkého rádi navštíví. Pro zmírnění psychického vypětí by měli zdravotníci příbuzným vysvětlovat způsob péče o nemocného vzhledem k tomu, že blízcí příbuzní na tuto informaci čekají a často se ostýchají zeptat. V 70% se jeví personál JIP jako vstřícný a v dalších 26% jako přiměřeně taktní. Zdravotníci musí do budoucna více počítat s tím, že přítomnost příbuzných během vybraných léčebných úkonů a monitorování, se bude čím dál více stávat samozřejmostí. Kontinuita ošetřovatelské péče na JIP by neměla být přerušována během návštěvy, 56% dotázaných nemá s tímto problémy.

Další dovedností personálu JIP je umění zapojit příbuzné vhodným způsobem do péče o pacienta v souladu s moderními trendy ošetřovatelství, což chápe 76% respondentů.

Na závěr bych se vrátila k výroku malíře Vladimíra Komárka: „Jen krátká návštěva potěší“, který vyjádřil formu návštěvy způsobem vhodným pro sebe. Myslím si, že nezáleží na časovém limitu návštěvy, ale na kvalitě vzájemných vztahů a smyslu návštěvy, která by měla vždy potěšit.

.

Souhrn

Liberalizace režimu návštěv nemocných na intenzivní péči vede k otázce hodnocení návštěv ze strany zdravotníků intenzivní péče a navštěvujících osob. Zkoumaný vzorek tvoří návštěvníci na různých jednotkách intenzivní péče (53 osob) a zdravotnický personál zkoumaných jednotek intenzivní péče (60 zdravotních sester). Z dotazníkové akce vyplývají tyto závěry: Návštěvy na JIP jsou vnímány jako samozřejmá součást péče o kriticky nemocné. Zjišťovat diskrétním způsobem, zda si pacient návštěvu přeje, není dosud samozřejmostí. Nikdo z příbuzných nebyl od návštěvy odrazován. Při výstavbě jednotek intenzivní péče je nutno zdůraznit potřebu zajištění většího soukromí pro pacienty na JIP léčené. Příbuzní preferují relativně dlouhé návštěvy, příbuzní jsou přesvědčeni o vnímání návštěvy a možném pozitivním vlivu návštěvy pro nemocné v bezvědomí. Zdravotníci musí do budoucna počítat s rozšířením samozřejmé přítomnosti příbuzných během vybraných léčebných úkonů a monitorování.

Summary

It is desired to know the meaning on relatives visits liberalization on intensive care unit in the view of visitors and the staff. Questionnaires about the visits possible problems were filled up by visitors (53 persons) and intensive care nurses (60 persons). The next results are formulated: The visits of relatives at intensive care unite are obvious and is the obligatory part of treatment process. It is not routine practise to know the patient's wish about the plan visit before the visit. Nobody of visitors was discouraged from visiting the patient on intensive care unit. It is necessary to construct the unites with the better possibility of privacy. The relatives prefer the long duration of visit. The relatives means, that a comatose patient can hear them and the visit helps the patient in healing process. The intensive care unit staff must allow relatives to presence during some therapeutic and diagnostic procedures.

Seznam použité literatury

1. BARTLOVÁ, S.: *Vybrané kapitoly ze sociologie medicíny.* 2. doplněné vyd.Brno, IDVPZ 1994. ISBN 80-7013-186-1
2. ČECHOVÁ,V.-MELANOVÁ,A.-ROZSYPALOVÁ,M.: *Speciální psychologie.*Brno, IDVPZ 1998. ISBN 80-7013-197-7
3. HONZÁK, R.: *I v nemoci si buď přítelem.* 1. vyd. Praha, Avicenum 1989.
4. HONZÁK, R.: *Komunikační pasti v medicíně.* Praktický manuál komunikace lékaře s pacientem. 1.vyd. Praha , Galén 1997. ISBN 80-85824-60-4
5. JANKOVSKÝ, J.: *Etika pro pomáhající profese.* 1. vyd. Praha, Triton 2003. ISBN 80-7254-329-6
6. JOBÁNKOVÁ, M. a kol.: *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky.* 1.vyd. Brno, IDVPZ 2000. ISBN 80-7013-288-4
7. KŘIVOHLAVÝ, J.: *Psychologie nemoci.* 1. vyd. Praha, Grada Publishing 2002. ISBN 80- 247-0179-0
8. KŘIVOHLAVÝ, J.: *Psychologie zdraví.* 2. vyd. Praha, Portál 2003. ISBN 80-7178-774-4
9. KŘIVOHLAVÝ, J.: *Vážně nemocný mezi námi.* 1. vyd. Praha, Avicenum 1989
10. MAREŠ, J.a kol.: *Sociální opora u dětí a dospívajících I.* Hradec Králové, Nucleus 2001. ISBN 80-86225-19-4
11. MAREŠ, J. a kol.: *Sociální opora u dětí a dospívajících II.* Hradec Králové, Nucleus 2002. ISBN 80-86225-25-9
12. MAREŠ, J. a kol.: *Sociální opora u dětí a dospívajících III.* Hradec Králové, Nucleus 2003. ISBN 80-86225-47-1
13. MATOUŠEK, O.: *Rodina jako instituce a vztahová síť.* 2. rozšířené vyd. Praha, Sociologické nakladatelství 1997. ISBN 80-85850-24-9
14. NOVÁKOVÁ, P.: *Sociální opora poskytovaná rodinou v období nemoci rodinného příslušníka.* Bakalářská práce, LF UK , Hradec Králové 2004
15. SVATOŠOVÁ, M.: *Hospice a umění doprovázet.*Praha, ECCE HOMO 1995
16. ŠEVČÍK, P.-ČERNÝ, V.- VÍTOVEC, J.: *Intenzívní péče.* 2. rozšířené vyd. Praha, Galén 2003. ISBN 80-7262-203-X
17. TRPIŠOVSKÁ, D.- MIŇHOVÁ, J.:*Kapitoly ze sociální psychologie.* 1. vyd. Ústí nad Labem, Pedagogická fakulta 1990. ISBN 80-7044-019-8

18. VÍTOVEC, J.- ŠPINAR, J.: *Intenzivní péče v kardiologii.* 1. vyd. Brno, IDVPZ 1994. ISBN 80-7013-170-5
19. http:// www.lf3.cuni.cz/reforma/reakce.html
20. http.//www.sweb.cz/losthighway/uisk/socps.html

Přílohy

Příloha č.1

Dotazník pro ošetřující personál

Cílem předloženého dotazníku je získat názor na otázku návštěv na intenzivní péči.

Pracovníci intenzivní péče někdy trpí profesionální slepotou k některým citlivým otázkám mezilidských vztahů a komunikace s příbuznými a pacientem. Hodnocení dotazníků je náplní závěrečné práce bakalářského studia a bude sloužit jako inspirace pro zlepšování péče o pacienty.

Z uvedených odpovědí vyberte prosím tu, která nejvíce vystihuje Váš názor. Dotazník je anonymní a jeho vyplnění zcela dobrovolné. V závěru vyjádřete názory, na které jsem se zapomněla zeptat a které považujete za vhodné k problematice návštěv uvést.
Předem děkuji za cenné informace a Váš čas.

S pozdravem
Lenka Kovalová
studentka IV.ročníku
bakalářského studia Ošetřovatelství
LF UK v Hradci Králové

Prosím vyplňte:

Anamnestické údaje:

Pohlaví: □ žena □ muž

Délka praxe ve zdravotnictví: □ méně než 5 let
□ 5- 10 let
□ 11- 15 let
□ 16 - 20 let
□ nad 20 let

Dotazník:

1. Na intenzivní péči jsou návštěvy:
   a/ zbytečné pro pacienty, kteří zde tráví maximálně 48 hodin
   b/ tolerovány, ale jsou přítěží pro ošetřující personál
   c/ jsou důležitou součástí komplexní péče o pacienta

2. V případě návštěvy:
   a/ zásadně trvám na návštěvních hodinách
   b/ ptám se pacienta předem a diskrétně, zda si návštěvu konkrétní osoby přeje
   c/ doprovázím návštěvu k pacientovi bez omezení

3. Z pohledu mé práce:
   a/ lidé, kteří na návštěvu přicházejí se chovají málo ohleduplně k ostatním pacientů
   b/ návštěvy mi ztěžují práci, musím odpovídat na řadu otázek
   c/ pacientům a intenzivní péči často škodí, pacient bývá po návštěvě rozrušený nebo více unavený
   d/ považuji za přirozené, aby blízcí pacienta navštěvovali

4. Zapojení příbuzných do péče o dlouhodobě ošetřovaného pacienta:
   a/ nepreferuji, je jednodušší si práci udělat sama
   b/ je nebezpečné pro pacienta
   c/ respektuji snahu a ochotu příbuzných podílet se na péči o pacienta, učím je drobné ošetřovatelské úkony (upravit polštář, dát napít, čistit ústa, nakrmit)
   d/ aktivní návštěvy jsou rutinním programem intenzivní péče, cíleně příbuzné zapojuji do psychické stimulace pacienta a provádění drobných ošetřovatelských úkonů

5. V případě, že pacient má návštěvu:
   a/ ostýchám se návštěv, v době návštěv raději k pacientovi nechodím, nutné úkony odkládám
   b/ nemám zábrany v komunikaci s příbuznými, vždy je požádám o ukončení či přerušení návštěvy tak, aby ordinace a ošetřovatelské úkony byly včas provedeny
   c/ některé ordinace a úkony okolo pacienta je možno provádět v přítomnosti druhé osoby, tyto úkony dělám i v přítomnosti příbuzných

6. S ohledem na stav pacientů v intenzivní péči považuji za optimální:
   a/ návštěvy v trvání okolo 5 minut
   b/ návštěvy v trvání do 15 minut
   c/ návštěvy do 30 minut
   d/ omezení času návštěvy není důležité

7. Riziko návštěv:
   a/ návštěvy pacientovi spíše neškodí
   b/ návštěvy pacientovi často škodí (rozrušení, objektivní zhoršení sledovaných ukazatelů- dech, krevní tlak, srdeční akce, neklid apod.)
   c/ návštěvy nezřídka narušují péči o pacienta – rozpojení katétru, nevhodné krmení pacienta, nevhodné změny polohy apod.)

8. Návštěvy mimo určené hodiny:
   a/ nejsou zásadně povolovány
   b/ jsou povolovány s ohledem na aktuální situaci oddělení (vizita, léčebné a diagnostické výkony, hygiena pacientů apod.)
   c/ jsou povolovány neochotně s připomenutím návštěvních hodin

9. U pacientů v bezvědomí či plné sedaci:
   a/ návštěvy i nejbližších příbuzných nepovolujeme
   b/ povolujeme návštěvu jen blízkým příbuzným
   c/ návštěvy neomezujeme

10. Celkově mi návštěvy příbuzných na intenzivní péči:
   a/ nevadí
   b/ spíše nevadí
   c/ spíše vadí
   d/ jednoznačně vadí, trpím je, protože je to nutné

11. Při změně zdravotního stavu pacienta (zhoršení šoku, připojení k dýchacímu přístroji)
   a/ příbuzné na návštěvu normálně pustím
   b/ zavolám lékaře, aby předem s příbuznými promluvil
   c/ změnu zdravotního stavu příbuzným vysvětluji sama

12. Pokud máte pocit, že byste se chtěl(a) ještě k problematice tohoto tématu samostatně vyjádřit, můžete to učinit zde
   ……..
   ……..
   ……..
   ……

Příloha č.2

Dotazník pro příbuzné.

Vážená paní, Vážený pane,
cílem předloženého dotazníku je získat informace od návštěvníků intenzivní péče na otázku návštěv kriticky nemocných pacientů a nemocných monitorovaných na jednotce intenzivní péče. Pracovníci intenzivní péče někdy trpí profesionální slepotou k některým citlivým otázkám mezilidských vztahů a komunikace s příbuznými a pacientem. Hodnocení dotazníků je náplní závěrečné práce bakalářského studia a bude sloužit jako inspirace pro zlepšování péče o pacienty.

Z uvedených odpovědí vyberte prosím tu, která nejvíce vystihuje Váš názor. Některé otázky jsou voleny tak, že můžete kroužkovat více odpovědí. V závěru vyjádřete názory, na které jsem se zapomněla zeptat a které považujete za vhodné k problematice návštěv uvést.

Vyplněný dotazník můžete zanechat ošetřujícímu personálu, přinést jej při příští návštěvě, nebo odeslat poštou na adresu: Lenka Kovalová, JIP-B chirurgické kliniky, Sokolská 581, 500 05 Hradec Králové.

Za vyplnění dotazníku předem děkuji.

Lenka Kovalová
studentka IV.ročníku
bakalářského studia Ošetřovatelství
LF UK v Hradci Králové

1. Navštívil jsem na intenzivní péči:
   a/ blízkého příbuzného
   b/ vzdáleného příbuzného
   c/ známého

2. Návštěva mi byla umožněna:
   a/ ochotně
   b/ neochotně
   c/ byl jsem odkázán pouze na návštěvní hodiny

3. Při návštěvě se zdravotníci ptali, kdo jsem:
   a/ neptali se vůbec
   b/ ptali se na jméno
   c/ ptali se na blízkost vztahu s pacientem

4. Při první komunikaci se sestrou jsem se představil/a a vztah k pacientovi uvedl/a sám/sama bez vyzvání
   a/ ano
   b/ ne

5. Byl znám názor pacienta na Vaši návštěvu?
   a/ byl jsem hned k pacientovi uveden, personál nemohl žádné vyjádření od pacienta žádat
   b/ nebyl/a jsem hned vpuštěn/a na JIP, je možné, že se zdravotníci na názor pacienta ptali
   c/ pacient byl v bezvědomí, ve stavu, kdy nemohl dát souhlas s návštěvou

6. Od návštěvy jsem byl zdravotnickými pracovníky odrazován:
   a/ nebyl jsem odrazován
   b/ z důvodu hygienického režimu, nebezpečí zavlečení infekce
   c/ z důvodu, že provoz jednotky návštěvy neumožňuje
   d/ z jiných důvodů: (můžete uvést)……
   ……

7. Podoba pacientů a jejich vzhled v situaci kritického stavu mohou být změněny
   a/ ano, byl/a jsem na tuto situaci předem upozorněn/a
   b/ ano, ale na tuto situaci jsem předem upozorněn/a nebyl/a
   c/ ne, taková situace nenastala

8. Délka mé návštěvy byla:
   a/ do 5 minut
   b/ do 15 minut
   c/ do 30 minut
   d/ více než 30 minut

9. Moje návštěva:
   a/ byla předčasně ukončena ošetřujícím personálem
   b/ nebyla předčasně ukončena ošetřujícím personálem
   c/ myslím, že ji pacient uvítal
   d/ myslím, že byla pro pacienta unavující
   e/ myslím, že se při mé návštěvě pacient zbytečně rozrušil

10. Mohla moje návštěva obtěžovat druhé pacienty?
   a/ ano, uvědomil/a jsem si to, uspořádání JIP tomu napomáhá, neumožňuje soukromí pacientů
   b/ ne, neuvědomil/a jsem si to, ale uspořádání JIP neumožňuje soukromí pacientů
   c/ uspořádání JIP nám umožnilo dostatečné soukromí návštěvy
   d/ jiný názor: ……

11. Na JIP jsou zakazovány návštěvy dětem do 15 let z důvodu možného psychického rozrušení dětí
a/ ano, s tímto názorem 100% souhlasím
b/ ano, s tímto názorem souhlasím, ale ve výjimečných případech by návštěva dětí měla být umožněna
c/ ne, zdravotníkům nepřísluší omezovat návštěvy dětí na JIP, je to zcela věc rodičů
d/ návštěvy dětí nemají být omezovány
e/ jiný názor:……

12. Jednání personálu JIP jsem vnímal:
a/ přirozeně vstřícné a vlídné
b/ přiměřeně taktní
c/ nepřirozeně až neupřímně vlídné
d/ nepříjemné a neochotné
e/ měl jsem pocit, že obtěžuji
f/ bylo mi dáno najevo, že obtěžuji

13. Mé otázky kolem péče a přístrojů okolo pacienta:
a/ byly zodpovězeny ochotně
b/ nedovolil jsem se zeptat, uvítal bych větší iniciativu od zdravotníků
c/ čím člověk ví v takových situacích méně, tím lépe.

14. Návštěvy pacientů v bezvědomí nebo v umělém spánku.
a/ nesetkal jsem se s touto situací
b/ uvítal jsem možnost přítomnosti s pacientem
c/ moje přítomnost pacientovi může pomoci
d/ myslím si, že mě nevnímal
e/ myslím si, že mě mohl vnímat
f/ v takové situaci jsou návštěvy zbytečné

15. Prostředí intenzivní péče:
a/ je to pro mě psychická zátěž, na návštěvu chodím, protože se to ode mne čeká
b/ je to pro mě psychická zátěž, ale jsem rád, že můžu blízkého navštívit
c/ prostředí JIP mě neděsí či nestresuje.

16. Jsem: a/ muž
b/ žena

17. Je mi: a/ více než 40 let
b/ méně než 40 let

18. Návštěva byla uskutečněna na JIP:
a/ interní
b/ chirurgické
c/ jiné – uveďte …….

Vlastní názory, připomínky apod.:
……
……
……
……
……
……
……

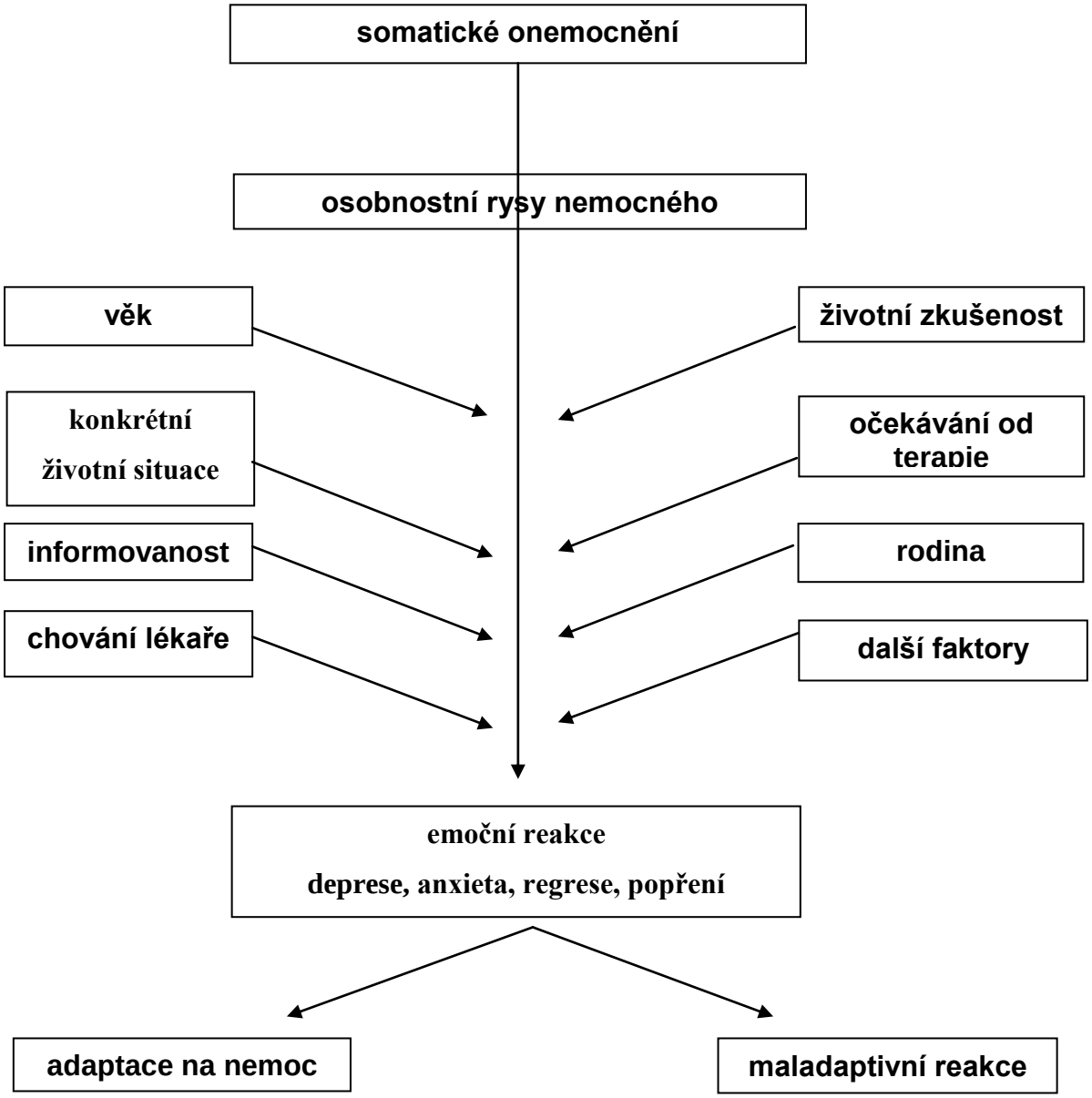
Příloha č.3

Práva kriticky nemocných

1. Kriticky nemocní pac. mají právo na specializovanou péči,aby se minimalizovala rizika smrti nebo trvalé invalidity.
2. Kriticky nemocní pac. mají právo na pravdivé a přiměřené informace o svém stavu a o léčbě od svého lékaře.Není-li však nem. je schopen pochopit,a když se nevyjádří zamítavě,může lékař informovat jeho nejbližší příbuzné nebo osoby pověřené péčí o zájmy nem.,vždy však musí respektovat jeho soukromí.
3. Kriticky nem. mají právo,je-li to možné,být informováni lékařem před tím,než dají souhlas k navrhované léčbě.Není-li to z důvodu zdravotního stavu pac. možné,svolení by měla dát jiná osoba v souhlase s právními předpisy dané země.V naléhavých situacích neschopnosti pac. nebo vzhledem k nedostupnosti osob,které by mohly,v souladu s právními předpisy dané země,dát souhlas ve prospěch pacienta.
4. Kriticky nemocní mají právo léčbu odmítnout.V těchto případech by měl být nem. poučen o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.Toto rozhodnutí by mělo být dokumentováno v plném rozsahu.Lékaři i zdravotní sestry oborů intenzivní medicíny mají povinnosti jednat v souhlase se zákony dané země.
5. Kriticky nemocní mají právo být léčeni v plně odpovídajících specializovaných zařízeních a být do nich přiměřeným způsobem transportováni.
6. Kriticky nemocní mají právo být navštěvováni svými milovanými v souladu s řádem každé jednotky intenzivní péče a s ohledem na svůj zdravotní stav.
7. Kriticky nemocní mají právo na duševní nebo morální podporu nebo ji odmítnout.Mají také právo na pomoc v osobních i právních záležitostech.
8. Kriticky nemocní mají právo,aby se se všemi informacemi týkajícími se jejich péče zacházelo jako s důvěrnými.
9. Kriticky nemocní mají právo na důstojné zacházení ze strany personálu jednotky intenzivní péče.

Etický kodex Práva pacientů navrhla,po připomínkovém řízení definitivně formulovala a schválila Centrální etická komise MZ ČR.
Tato práva jsou závazná morálně, nikoliv právně.

Model reakce na vážné somatické onemocnění nebo úraz



Přehled zkratek

JIP- jednotka intenzivní péče