

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2013

Monika Bošinová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetřovatelství B 5341

Monika Bošinová

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**PSYCHOLOGICKÁ PROBLEMATIKA NÁVŠTĚV NA
ODDĚLENÍ RESUSCITAČNÍ PÉČE**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: PhDr. Vlasta Romanová

Plzeň 2013

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 16.3.2013

.....

vlastnoruční podpis

Děkuji PhDr. Vlastě Romanové za odborné vedení práce a poskytování.

Anotace

Příjmení a jméno: Bošinová Monika

Katedra: Ošetřovatelství a porodní asistence

Název práce: Psychologická problematika návštěv na oddělení resuscitační péče

Vedoucí práce: PhDr. Vlasta Romanová

Počet stran: číslované 51, nečíslované 7

Počet příloh: 2

Počet titulů použité literatury: 23

Klíčová slova: Komunikace - rodina - konflikt - emoce - empatie

Souhrn:

Cílem bakalářské práce je poukázat na emoční prožívání rodiny pacienta na resuscitačních lůžkách, jaké potíže plynou ze strachu o život milovaného člověka, a jaký přístup k nim zvolit, aby nedocházelo ještě ke zhoršení již tak negativních prožitků. Jednotlivé oddíly teoretické části směřují k vymezení vhodného přístupu či chybám v přístupu k rodině pacienta. Úvodem je zpracována komunikace a problematika v komunikaci s rodinou pacienta. Práce dále popisuje význam rodiny pro člověka, problémy mezi rodinou a zdravotníkem. Část je věnována smrti jako součásti života a problematice pozůstalých. Teoretickou část uzavírá samostatná kapitola věnovaná E. K. Ross.

V praktické části jsou zpracovány jednotlivé rozhovory s respondenty/příbuznými pacientů a následně v diskuzi vyhodnoceny informace z jednotlivých otázek jako celek od všech oslovených. Veškeré otázky směřovaly ke zjištění pocitů a prožitků návštěv pacientů na oddělení resuscitační péče z prostředí, zdravotnického personálu a následných potíží z toho plynoucí.

Annotation

Surname and name: Bošinová Monika

Department: Nursing and Midwifery

Title of thesis: Psychological problems of visitors in the intensive care unit

Consultant: PhDr. Vlasta Romanová

Number of pages: numbered 51, non numbered 7

Number of appendices: 2

Number of literature items used: 23

Key words: Communication - family - conflict - emotion - empathy

Summary:

The aim of this work is to show the family emotional experiences of bedridden patient, the difficulties arising from fear for loved people, and also what approach to choose, to avoid further worsening the already negative experiences. Individual sections of the theoretical part tend to define the appropriate approach or to avoid errors in access to the patient's family. First of all, communication and problems in communication with the patient's family are evaluated. The work also describes the importance of the family for humans and problems between the family and the healthcare professional. Further part describes death as part of life and the problems of survivors. The theoretical part is concluded with a separate chapter devoted E. K. Ross.

In the practical part, individual interviews with respondents/relatives of patients are jointly evaluated and subsequently discussed. All questions were directed to identify the feelings and experiences of visitors of patients in the intensive care unit based on the environment, health care workers and subsequent problems resulting from this.

OBSAH

ÚVOD.....	10
TEORETICKÁ ČÁST	11
1 KOMUNIKACE.....	11
1.1 Verbální komunikace.....	11
1.1.1 Rozhovor a jeho účel	12
1.2 Neverbální komunikace.....	13
1.3 Vliv prostředí a role na druh komunikace	13
1.4 Komunikace nelékařského zdravotnického personálu s rodinou pacienta	14
1.5 Zásady komunikace zdravotníka s pacientem a jeho rodinou	16
1.6 Komunikační bariéry	16
2 VÝZNAM RODINY PRO JEDINCE	17
2.1 Vztah mezi zdravotníkem, pacientem a jeho rodinou	18
2.2 Zátěž pro rodinu nemocného	19
2.3 Psychologický přístup k rodině nemocného	19
2.4 Potřeby členů rodiny.....	22
3 OBECNÉ ZÁSADY SDĚLOVÁNÍ ZPRÁV	22
3.1 Sdělování nepříznivých informací rodinám pacientů	23
3.2 Praktické rady pro rodinu	23
3.3 Reakce po přijetí nepříznivé zprávy	24
4 KONFLIKT MEZI ZDRAVOTNÍKEM A RODINOU.....	25
4.1 Důvody rodiny ke stížnostem.....	26
4.2 Vina na straně zdravotníků	26
4.3 Očima zdravotníků	27
5 SMRT – SOUČÁST LIDSKÉHO ŽIVOTA	27
5.1 Reakce na úmrtí člena rodiny	27
5.1.1 Nejčastější reakce na náhlé úmrtí	28
5.1.2 Prožívání v souvislosti s očekávaným úmrtím	29
5.2 Psychologická péče o rodinu umírajícího pacienta	29
5.3 Komunikace s pozůstalými.....	30
6 PRAKTICKÉ RADY E. K. ROSS	30
PRAKTICKÁ ČÁST	33
7 FORMULACE PROBLÉMU.....	33

7.1	Hlavní problém.....	33
7.2	Dílčí problémy.....	33
8	CÍL A ÚKOL PRŮZKUMU	33
9	METODIKA.....	33
10	VÝZKUMNÉ OTÁZKY	34
11	VZOREK RESPONDENTŮ	35
12	PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ	35
13	DISKUZE	47
	<u>ZÁVĚR.....</u>	<u>51</u>
	<u>SEZNAM ZDROJŮ</u>	
	<u>SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK</u>	
	<u>PŘÍLOHY</u>	

ÚVOD

V oboru intenzivní medicíny pracuji jako sestra téměř 25 let. Pokud se ohlédnu, musím uznat, že medicína udělala obrovský pokrok jak v oblasti diagnostické tak terapeutické. Časem bylo potřeba umět obsluhovat lepší a dokonalejší přístroje a zvládat náročnější ošetrovatelské postupy. To bych zařadila mezi tu snazší část vývoje své profese. Tu náročnější část bych viděla v nutnosti změny v přístupu k pacientovi jako partnerovi a spolupráci s jeho rodinou, jež jsem se postupem naučila brát jako jeho součást. Co se týká přístupu k nemocnému, byl to vývoj tak nějak přirozený, nenásilný. S postupem věku i profesního vyžívání jsem si totiž více uvědomovala, že i já mohu být v roli pacienta a o to víc jsem přistupovala k lůžku nemocného tak, jak bych si to přála já sama, tedy s úctou a pokorou k člověku jako takovému.

S rodinou nemocného to bylo poněkud jiné. Musím přiznat, že jsem příbuzné zprvu tak nějak „nevnímala“. Neuvědomovala jsem si jejich důležitost v procesu léčby nemocného, ani co u lůžka svého nejbližšího prožívají, jak jsou možná bezradní a nejspíš zoufalí. Že neví co mezi těmi všemi přístroji, hadičkami a povětšinou nekomunikujícím „člověkem“ dělat. Slovo člověk jsem nepoužila náhodně, neboť pacient na resuscitačním lůžku, ovlivněn těžkým zdravotním stavem, závislým na přístrojích, vypadá opravdu úplně jinak než doma a koneckonců i jinak než na kterémkoliv standartním oddělení. Než jsem si této skutečnosti všimla, nějakou dobu to opravdu trvalo. Z počátku jsem spíše, nevybavena žádnými odbornými znalostmi jen intuicí, experimentovala ve vztahu k příbuzným pacienta. Ale díky dostatečné komunikaci s nimi jsem dostávala potřebné informace o jejich pocitech, obavách a prožívání. Dá se říct, že jsme se učili navzájem. Dnes jsem si tedy schopna uvědomit si kromě potřeb pacienta i potřeby jeho blízkých. Výsledkem je kvalitní spolupráce s rodinou pacienta, jež alespoň trochu zmírňuje jejich psychické trápení a je i ku prospěchu nemocnému, o kterého nám všem společně jde.

Na danou problematiku jsem však nenalezla uceleně zpracovanou literaturu. Informace jsou parciální, kusé, daného tématu se týkají spíše okrajově. Většinou se jedná primárně o problematiku pacienta, a problémy příbuzných jsou zde vtahovány jen jako vedlejší téma k dokreslení situace. Jsem však vnitřně přesvědčena, že se jedná o téma potřebné k zabývání se jím.

TEORETICKÁ ČÁST

1 KOMUNIKACE

„Komunikace – proces výměny informací mezi dvěma nebo více účastníky s cílem dosáhnout jejich součinnosti, dorozumění a žádoucího cílového chování.“ (Vokurka, 2004, s. 453)

Příručky a slovníky definují komunikaci jako proudění informací z jednoho bodu do druhého. Někteří psychologové berou komunikační výměnu nejen jako sdělování, ale také sdílení. Není to tedy jen proudění informace, ale také i podílení se na celku a dopadu zprávy tím, že jsme pouze přítomni, tedy jen přihlížíme. Jde o děj interaktivní a to i za předpokladu že druhý odpoví jen „mlčením“. Mlčení je rovněž reakce. Tudíž i v případě, že nedostaneme slovní odpověď, je možné reakce odezírat z jeho těla, nejvíce pak mimiky v obličejí. Komunikace je tedy spojení, děje se jako interakce i tam kde je jenom mlčení.

Funkce komunikace jsou:

- informovat
- instruovat
- přesvědčit
- vyjednat, domluvit se
- pobavit

Při pohledu na tyto funkce je jasné, že nejméně 4 z nich jsou součástí komunikace ve zdravotnickém zařízení, přičemž přesvědčit v tomto případě neznamena zmanipulovat, nýbrž získat pro spolupráci. K tomu je nutné, aby byl pacient či jeho rodina dostatečně informován. K tomu se váží instrukce-edukace, naučení nových postupů vyplývajících z nové situace nastalé onemocněním. Funkce vyjednat, domluvit se vyplývá ze současné změny pohledu na pacienta jako na klienta na cestě k uzdravení, či při důstojném umírání. Protože rodina je nedílnou součástí pacienta, nelze ji z toho tedy vyjímát. (*Linhartová, 2007; Vybíral, 2009*)

1.1 Verbální komunikace

K verbální komunikaci patří slovo mluvené a psané. Verbální sdělení je jakousi nadstavbou umožňující rozvoj civilizace a její kultury. Je zapotřebí zvládnout fonologický (zvukový) systém, sématický (význam slov) systém a syntaktický (řazení slov do vět) systém. K dosažení efektivní komunikace je však zapotřebí ještě daleko více. Jedná se o souhrn nikoliv jen verbálních, ale též neverbálních projevů, liší se mírou abstrakce, mírou

přímočarosti, je ovlivněna pohlavím a kulturou, řeč má sklon být statická. Lidé a události se však neustále mění, skutečnost symbolizuje většinou částečně. (Věra Linhartová, 2007)

1.1.1 Rozhovor a jeho účel

Jakýkoliv rozhovor má stránku informativní tedy věcnou a sociálně emoční, které jsou zastoupeny různě podle účelu vedení rozhovoru.

1. První rozhovor nemocného popř. jeho rodiny se obvykle týká *získávání informací*. Sem zařadíme rozhovor anamnestický, jako hlavní zdroj informací, dále diagnostický k doplnění anamnestického a nakonec rozhovor explorativní, zaměřený na určitou oblast pacientova života či jeho potíží

2. *Poskytování informací* - sdělování výsledků vyšetření, seznámení s dalším léčebným plánem, prognózou onemocnění. V praxi se obvykle rozhovory k získávání a dodávání informací propojují, neboť informace průběžně dodáváme, ale zároveň také další získáváme. Při těchto typech rozhovorů je třeba se držet srozumitelnosti a je nutné respektovat intelektovou úroveň toho, s nímž hovoříme, a vyhnout se informační nadbytečnosti. Důležité pak opakujeme a zdůrazňujeme. Rozhovor sestry s rodinou pacienta se značně liší s ohledem na kompetence sester, týká se tedy pouze ošetrovatelské péče, nikoliv stránky medicínské.

3. *Změna psychického stavu, chování a osobnosti* se děje především prostřednictvím rozhovorů. Pacienta, eventuálně jeho rodinu ovlivňujeme dodáváním informací v průběhu interakce. Rozhovor musí být empatický a nedirektivní, navozujeme vztah a atmosféru důvěry pochopení, jistoty. Podpůrným a uklidňujícím rozhovorem pak zdravotník povzbuzuje a zároveň dává najevo, že je zde pro pacienta a jeho rodinu. Dodává pocit naděje vzhledem k dané realitě.

4. *Přesvědčující rozhovor* pak má za úkol vyvrátit mylné představy a domněnky. Zde využíváme autority. Působíme pomocí argumentů a sugestivního působení. Pokud provádíme rozhovor s celou rodinou, zamezíme zkreslování informací. Je také pak dobré při rozhovoru s více lidmi provádět ho za spoluúčasti dalšího zdravotníka, a to z důvodů že se mohou podělit o „nátlak“ rodiny, cítí se lépe a mohou si poskytnout zpětnou vazbu. (Vymětal, 2003; DeVito, 2008)

1.2 Neverbální komunikace

Neverbální komunikace musí být v první řadě v souladu s verbální, jinak je velká pravděpodobnost, že se uvěří spíše než slovu neverbálním signálům. Poměr mezi verbální a neverbální komunikací co do důležitosti je v procentech větší složka neverbální vůči verbální. Neverbální komunikace zahrnuje širokou škálu projevů jako doprovod komunikace slovní:

- gesta – sdělují vnitřní prožívání
- mimika – výraz, jež vyjadřuje emoce, největší uplatnění při vyjádření empatie
- oční kontakt, mrkání, velikost zorničky
- posturologie – postoj těla
- proxemika - volba vzdálenosti mezi komunikujícím a pozice v prostoru
- haptika – tělesný kontakt, doteky
- extralingvistické projevy - tón hlasu, intonace, hlasitost, tempo řeči
- celkový vzhled – oblečení, zdobnost a další úpravy vlastního zjevu

(Blažek, 2011)

1.3 Vliv prostředí a role na druh komunikace

Komunikace většiny z nás je v různých situacích a různých prostředích odlišná. Jinak vypadá v přítomnosti pouze dospělých nebo s dětmi, jiná je v obchodě nebo doma. Odlišný způsob je s lidmi známými nebo cizími, mezi partnery v soukromí, neformální v malé skupině rodiny nebo formální v malé skupině na pracovišti atd. Tyto situace komunikátorovi přiděluje určitou pozici. Jde o pozice s různou možností prosadit se, a s nesterpným právem (lékař-pacient, učitel-žák apod.). Role, do kterých se dostáváme, nám mohou být příjemné i nepříjemné, protože se v nich necítíme svobodně. V některých prostředích je předepsaná role v pracovní náplni. Letuška, obchodní zástupce, manažer mají díky speciálním kurzům naučenou verbální i neverbální komunikaci. Přirozená komunikace se tedy mění na předepsanou. Určitou předepsanou roli musí mít i zdravotníci, ale od ostatních se neočekává tolik potřebná empatie jako ve vztahu s pacientem. Empatie je něco navíc, co se nedá v kurzech nacvičit ani naučit, je to něco co musí vycházet z člověka samotného. V oblasti komunikace ještě mluvíme o komunikačním kanálu, prostoru, ve kterém ke komunikaci dochází, jako například ordinace, nemocniční pokoj, chodba a podobně, dále o komunikačním šumu, to je vše co komunikaci ztěžuje nebo brání.

Komunikační šum může být povahy *fyzikální* - hluk, špatné osvětlení, nepříjemná teplota v místnosti, sluneční brýle, nečitelný rukopis, vedlejší nebo náhodná sdělení a podobně. Překážky mohou být i povahy *psychické* - emoce, spěch, únava, inteligenční úroveň, předpojatost, předsudky, uzavřenost posluchače, odmítání něčemu věřit.

Povahy *fyzilogické* – fyziologické bariéry jako bolest, handicapy nevidomost a hluchota, ztráta paměti, vady výslovnosti.

Povahy v oblasti *sématické* – důvodem jsou rozdílné významové systémy mluvčího a posluchače například z důvodů rozdílného jazyka nebo dialektu, užívání abstraktních pojmů, příliš složité vyjadřování například zdravotníkem, jenž používá odborné výrazy bez dalšího objasnění

Na mluvčím záleží, zda dokáže co nejvíce rušivého komunikačního šumu odstranit. Z výše popsaného je tedy jasné vidět kam by měly důležité hovory s pacienty či jejich rodinou směřovat, a kde by se naopak odehrávat neměly. Jak neprofesionální je tedy rozhovor ve spěchu na nemocniční chodbě. Naopak je dobré zajistit alespoň chvíli klidu, kde není rušný provoz a nepůsobit uspěchaným dojmem (stává se uměním, neboť bohužel velmi často spěcháme). (Věra Linhartová, 2007; DeVito, 2008)

1.4 Komunikace nelékařského zdravotnického personálu s rodinou pacienta

Není možné se vyhnout kontaktu s rodinou pacienta. Proto je nutné, aby zdravotní sestra s nimi uměla komunikovat, odpovídat jak na jejich dotazy, tak i navazovat s nimi kontakt aktivně. První kontakt je důležitý pro navození důvěry ve zdravotnický personál a pro získání jejich spolupráce. Neméně důležitý je také kontakt poslední a to pro to zda budou mít pocit, že o jejich blízkého bylo postaráno dostatečně a profesionálně. I přes důležitost kontaktu s rodinou je zapotřebí respektovat přání pacienta, jež ve svém takzvaném INFORMOVANÉM SOUHLASU (Sbírka zákonů č. 372/2011 §33) upraví komu a kolik si přeje sdělovat informace o svém stavu. Pro jednotnost a přehlednost používám v Bakalářské práci pouze termín rodina a rodinný příslušník. Téma však řeší problematiku takzvaných osob blízkých (Zákon č. 115/2006 Sb.) a všech osob určených pacientem.

Informace, jež může ošetřující sestra rodině podávat se však týkají pouze ošetřovatelské péče, nikoliv informace spadající do kompetencí lékaře. Nelze se tedy v žádném případě vyjadřovat k prognóze a vážnosti stavu, ani o výsledcích z provedených vyšetření. Ze své vlastní zkušenosti vím, jaký bývá tlak ze strany rodiny právě v těchto záležitostech, a jak je nesmírně těžké nenechat se k těmto informacím zmanipulovat, zároveň nepůsobit

neochotně, nýbrž naopak vstřícně, empaticky a chápavě. Informace, které může sestra poskytovat, se dají rozdělit do 4 oblastí.

Organizační záležitosti kde se jedná zejména o informace upřesňující návštěvní hodiny, chod oddělení, eventuálně případných omezení a podobně.

Zajištění péče o pacienta, sem spadají různá režimová opatření (MRSA), příprava nemocného na překlad, návaznosti dalších služeb jako hospicová péče a podobně.

Pacientovo problémy týkající se například dietního režimu, pohybových omezení, naučit rodinu jak komunikovat s nemocným například v bezvědomí, upozornit na velký význam fyzického kontaktu, seznámit rodinu s možností bazální stimulace a mnohé další vycházející z konkrétní situace. Podávat však informace spadající výhradně do kompetencí nelékařského personálu.

Samotné problémy příbuzných kdy z dlouhodobého stresu a vyčerpání mohou u blízkých nastat zdravotní potíže jak v oblasti psychické somatické i sociální. Je pak důležité umět poskytnout péči formou pochopení, podpory, eventuálně informace o možnosti obrátit se na příslušného odborníka (sociální pracovnice, psycholog).

Při komunikaci s rodinou je zapotřebí dodržet určitá pravidla.

Pozdravit a představit se jménem.

Respektovat své kompetence a informovaný souhlas pacienta.

Je potřeba mluvit srozumitelnou formou, taktně a vstřícně.

Je nutné vážit nejen obsah svých informací ale i jejich dosah.

Při každém rozhovoru je třeba mít ujasněný cíl rozhovoru a jeho formu, jež se odvíjí od vážnosti stavu nemocného. (Špatenková, 2009; Kapounová, 2007)

Pokud chceme, aby komunikace byla efektivní a kvalitní, je třeba dbát na řadu prvků, jež se na kvalitě podílejí:

- rychlost řeči může být projevem neznalosti tématu, nejistoty či naopak
- hlasitost, ztišení hlasu při intimních sděleních, obavách a nejistotě
- pomlky nebo delší pauza má různé příčiny jako například dát prostor pro otázky, obava rodiny hovořit na nepříjemné téma a podobně
- výška hlasu – je odrazem emocí
- jednoduchost – používat krátké stručné jasné sdělení
- stručnost – hovořit o podstatných věcech, důležitých pro pacienta a jeho rodinu, hovořit k tématu
- načasování – pro zvlášť citlivá a závažná témata zajistit klid a dostatek času

- důvěryhodnost – chování sestry a její spolehlivost a informovanost k danému problému
- adaptabilita – umění přizpůsobit se konkrétní situaci a náladě jak pacienta, tak jeho rodiny, vyhnout se rutinnímu projevu. (Zacharová, 2011)

1.5 Zásady komunikace zdravotníka s pacientem a jeho rodinou

Navázat kontakt pozdravem, představení se a podání ruky, uvedení pacienta či jeho rodiny na místo rozhovoru, sdělení času, který je k rozhovoru k dispozici, uvedení rozhovoru např.: „Řekněte mi, co vás trápí“, klidné, empatické naslouchání.

K hlavním zásadám patří komunikovat, vřele vítat a chovat se jako při setkání hostitele s hostem. Zajímat se více o osobu než čistě medicínské problémy, hledat společnou zkušenost, problém, dosáhnout vzájemné důvěry a pocitu pohody.

Všímat si výrazů, které pacient a jeho rodina používá a také je používat, nejsnadnější je všimnout si klíčových slov a osvojit si je.

Užívat otevřených otázek – „řekněte mi o tom víc“

Sledovat čas především proto, abychom si byli jisti, že 2-3min. ponecháváme pacientovi, členům rodiny.

Při navazování kontaktu se zdůrazňuje sympatizující, vítající úsměv, správné a podporující podání ruky, dobrý oční kontakt.

Při ukončení rozhovoru krátce shrnout důležité, vyjádřit naději v úspěch a rozloučit se.

I tak se bohužel zcela nevyhneme konfliktu, protože existují pacienti nebo jejich příbuzní, kteří si za všech okolností stěžují. (Janáčková, 2007; Janáčková, 2008)

1.6 Komunikační bariéry

Komunikace s blízkými nemocného je součástí léčby. Je velmi náročná, avšak velmi důležitá. Nedostatečnou komunikaci rodina vnímá negativně a odráží se pak ve stavech úzkosti, depresivních ladění a postraumatických stresových poruch. Komunikační bariéry ve zdravotnictví se mohou vyskytnout na straně zdravotníků, pacienta i jeho blízkých.

Zdravotníci – jejich schopnosti se v oblasti komunikace značně liší, a pak jsou primárně vychovávaní k záchraně života nebo ošetrovatelské péči o pacienta.

Pacient – jednak ho jeho onemocnění často psychicky ovlivní, a na intenzivních lůžkách jsou často pacienti velmi těžce nemocní s poruchou vědomí či ovlivnění analgosedací.

Příbuzní – jsou často vystaveni neočekávané stresující situaci, kdy se dostaví typická fáze šoku a nepřijetí nepříznivé zprávy. Popřípadě jsou nepřipraveni na roli zástupce pacienta jím určeného v rozhodování věcí týkajících se pacienta.

Ke zkvalitnění komunikace pomáhají

- pravidelné rozhovory s blízkými nemocného
- umožnění návštěvy dle možností a přání rodiny
- stanovení cíle léčby, ošetrovatelské péče
- upřesnění prognózy dle vývoje stavu – podává lékař
- doporučení psychologa. (Ondřej Sláma, Paliativní medicína pro praxi, 2007)

2 VÝZNAM RODINY PRO JEDINCE

Pro současnou medicínu je příznačný tzv. biopsychosociální přístup. Žádný živý organismus nežije izolovaně, uzavřeně, sám, ale v neustálé interakci s prostředím po celou svoji existenci. Pro člověka je důležité především prostředí sociální, s hlavním vlivem rodiny. Rodina je nejmenší sociální jednotka, avšak dá se říci, že nejvýznamnější. Rodinu tedy nelze vyloučit z pacientova léčebného procesu. Psychická stabilita členů rodiny i rodin úzce spolu propojených se navzájem podmiňují a ovlivňují. Paternalistický medicínský model byl vztahem, kdy lékař určoval, a na pacientovi se vyžadovala poslušnost. Rodina pak byla pouze zdrojem doplňujících informací v anamnéze, popřípadě jako doplněk v pečovatelském procesu. Tento přístup často přetrvává dodnes, a rodina je vylučována z účinné aktivní formy terapie, přestože je potřeba spolupráce všech zúčastněných, neboť v rodinném systému funguje vzájemná propojenost a komunikačně-interakční ovlivňování. Často dochází například z důvodů vážného onemocnění a hospitalizace k narušení stability rodiny. I tak je však součástí péče o pacienta spolupráce s jeho rodinou, ale i péče o ně. Jak už bylo řečeno, rodina má na pacienta významný vliv a v mnohém může jeho proces uzdravení ovlivnit. Na druhou stranu i oni prožívají bolest, a i když se nejedná o bolest fyzickou nýbrž psychickou, nedá se říci, že je menší. Ta pramení ze strachu o svého blízkého, a snad i z laické nevědomosti a neschopnosti porozumět všemu odbornému.

Základem vztahu mezi zdravotníkem, pacientem a jeho rodinou je vzájemná úcta a slušnost. V současnosti je již také kladen vedle odborné zdatnosti zdravotníků důraz i na vytvoření kvalitního, důvěryhodného vztahu s pacientem a jeho rodinou. Je tedy nutné si osvojit komunikační schopnosti. (Vymětal, 2003)

Ač se zdá, že komunikovat s druhými lidmi je něco co je samozřejmostí, ať již

verbální či neverbální, a čemu se učíme od narození, tak až teprve nedorozumění nás vyvede z omylu oné samozřejmosti. Dovede nás ke zjištění, že je třeba se této dovednosti učit. Zdravotnictví je navíc specifické a je nutno zvládnout profesní komunikaci, navíc ještě v návaznosti na určitou specifickou skupinu nemocných. Stejně tak jako jsou lidé individuality, tak jde ruku v ruce s tím i schopnost zdravotníků umění komunikace. Někteří mají větší, jiní menší nadání komunikovat s pacienty, jejich příbuznými a nakonec i mezi sebou. Ve zdravotnictví je však kvalitní komunikace důležitější než jinde, neboť pacient i jeho rodina se nachází ve vypjatém emotivním stavu. (Ptáček, 2011)

2.1 Vztah mezi zdravotníkem, pacientem a jeho rodinou

Jde o proces dynamický. Po staletí se vyvíjí a utváří, až po nynější model tzv. partnerský. V době kdy byly možnosti medicíny značně omezeny v porovnání s možnostmi současnými, se dá předpokládat, že vlídné slovo a emotivní podpora nemocného i jeho rodiny byla často používaným a účinným nástrojem. Komunikace tedy byla naprostou samozřejmostí. Vzdělanostní asymetrie mezi lékařem a laikem určovala vztah mezi nimi. Po dlouhá staletí fungoval tedy model tzv. paternalistický nebo-li otcovský či rodičovský. S postupem medicínských možností, díky novým technologiím a modernějším přístrojům se zdravotníci upnuli více k přístrojům a naopak omezili komunikaci na pouhá fakta. Bohužel i přese všechny pokroky a úspěchy na poli medicíny je nutné přiznat, že i toto má své limity. Dopadem toho je mnoho zachráněných, ale ne zcela uzdravených pacientů, jež se dostali do chronické fáze, nebo pacientů, kteří zůstali odkázáni na přístrojích v intenzivní medicíně.

Současné lékařství naštěstí opět řeší problematiku komunikace. Rozvolněním paternalistického vztahu také došlo ke změně vztahového scénáře přeorientováním na tzv. partnerský vztah. Ten však funguje krátce a nese sebou řadu nebývalých problémů. Vybudování kvalitního partnerského vztahu je proces dlouhý a složitý, neboť je a bude vzdělanostní asymetrie mezi zdravotníkem a laikem. A tak jak bylo špatné, když pacient informace neměl, stejně tak je problém pokud jich má nadbytek. Lékař tedy musí umět odhadnout schopnosti pacienta či jeho rodiny k pochopení informací o zdravotním stavu a dalším postupu. Sdělování závažných informací vyžaduje jistý odborný trénink, protože komunikovat v běžném sociálním styku není stejné jako komunikovat s pacientem a jeho rodinou. Je tedy nutné se těmto schopnostem učit.

Model orientovaný na pacienta, tzv. partnerský, je nejnovější a kromě partnerského vztahu s pacientem se zajímá také o jeho rodinu. Nemocný a jeho rodina při léčbě

spolupracují, domlouvají se a hledají nejlepší variantu terapeutického postupu. Dochází k osobnímu vztahu, zdravotník naslouchá a má zájem o subjektivní prožívání pacienta ale i jeho blízkých. Mluvíme o celostní medicíně, na rozdíl od ustupující tradiční, fragmentární. (Vymětal, 2003)

V knize Intenzivní medicíny se popisuje, že pravidelný kontakt s rodinou, v němž se preferuje pravdivá a otevřená komunikace týkající se veškeré péče okolo pacienta (ošetřovatelské i léčebné), možností návštěvy a osobního kontaktu, je projevem vysoce profesionálního zodpovědného a etického přístupu lékaře a ostatních zdravotníků. Jde zde o kvalitní spolupráci a prevenci potenciaálních nedorozumění či nespokojenosti s péčí o nemocného. (Ševčík, 2003)

2.2 Zátěž pro rodinu nemocného

Sdělení závažné diagnózy či stavu je pro nemocného i pro rodinu šok a obrovské emocionální vypětí. Je to rodina, které pacienta v nemocnici navštěvuje, podporuje a povzbuzuje a je často jediným spojením s vnějším světem. Zároveň často fungují i jako psychická opora. Tato úloha bývá velmi náročná a vyčerpávající, neboť je k ní zapotřebí spousta energie. Sami pak často bojují s vlastní úzkostí a strachem o osud nemocného. Své problémy a obtíže odsouvají a nepřipouštějí si je, neboť ten kdo trpí je přeci nemocný. Jemu tedy přizpůsobí veškerý svůj volný čas. Příbuzní pak často dojdou na pokraj svých sil jak psychických tak i fyzických. Skončí vyčerpání a špatně nebo někdy dokonce vůbec nejsou schopni fungovat v běžném životě. Práce zdravotníků pak spočívá naučit rodinu poznat své hranice, aby předešli vyčerpání vlastním odpočinkem, odreagováním se. (Andrysek, 2011)

2.3 Psychologický přístup k rodině nemocného

Mluvíme o cíleném používání psychologických prostředků zdravotníků k vytvoření kvalitního vztahu s nemocným a jeho rodinou. Pomocí psychoterapeutického působení se snažíme zajistit dobrou spolupráci všech zúčastněných, pomoc při vyrovnání se s bolestí a obavami.

Hlavními rysy psychologického přístupu jsou autorita a pravdivost zdravotníků, jejich úcta, respekt a snaha porozumět druhému. Psychologický přístup je aplikován především skrze kvalitní komunikaci. Ve zdravotnickém zařízení je potřeba utvořit takzvané pracovní společenství, jež je tvořeno vztahem a spoluprací mezi zdravotníkem,

nemocným a rodinou nemocného. Cílem tohoto je pak dosažení dobré spolupráce a co nejrychlejších výsledků v léčebném procesu nebo při doprovázení nemocného k důstojné smrti. V tomto vztahu můžeme působit buď psychoterapeuticky, nebo psychotraumatically, jiný způsob prakticky neexistuje. Podmínkou hodnotného pracovního společenství je vytvoření důvěry a naděje pro nemocného a jeho rodiny.

Důvěra – pochází ze staročeského „viera“, jehož základ je z latinského verus - pravý, pravdivý. Důvěryhodný člověk je tedy bez přetvářky, vypočitatelný. Důvěra ve zdravotnického pracovníka pak ještě roste s tím, na kolik nemocný cítí, že má o něj zájem a rozumí mu. S tím úzce souvisí empatie zdravotníků.

Empatie – nejčastěji je empatie charakterizována jako vnímání a prožívání světa tak jako druhí, porozumění současným pocitům druhého, přístup k ostatním bez předsudků a sdělení porozumění ostatním lidem. Problematikou empatie v ošetrovatelství se zabývaly D. Kunkyová a J. K. Olsonová, jež ji rozdělily do pěti okruhů.

Jako *lidskou vlastnost*, již lze kultivovat, je přirozená, instinktivní. Jedná se o přesné vnímání pocitů druhých, jejich potřeb, a schopnost s nimi sdílet jejich prožívání.

Dále jako *profesionální stav*, kdy se jedná o naučenou dovednost, která slouží k porozumění klientům. Je to jakási komunikační strategie využívaná k pro identifikaci problémů klientů a tím i jejich porozumění.

Jako *komunikační proces* charakterizován spojením dvou předešlých, komunikace jako lidské vlastnosti a komunikace jako profesionálního stavu. Jde o vnímání ze strany pomáhajícího prožitků klienta, komunikaci pomáhajícího ve smyslu sdělení porozumění klientovi a naposled jak bylo porozumění přijato klientem.

Empatie ve smyslu *pečování*, kdy se jedná o uspokojování potřeb klientů, zahrnuje se sem naslouchání a útěcha.

Jako *speciální vztah*, při němž dochází k zániku profesionálního vztahu, a vztah nabývá rozměrů přátelství, bývá intenzivní a smysluplný. (Zášková, 2009)

Pokud má nemocný a jeho blízcí pocit důvěry, představuje pro ně lékař i sestra naději. **Naděje** – představuje důležitou součást ve vztahu pracovního společenství, kdy pacient nebo rodina doufá ve změnu k lepšímu, za pomoci zdravotníků ale i vlastním úsilím. Má úzkou souvislost s důvěrou a je nedílnou součástí léčebného procesu. Z pohledu zdravotníků ji lze rozdělit na naději reálnou a nereálnou. Reálná naděje vychází z pozitivního posouzení stavu nemocného. Nereálná naděje přichází, pokud je pravděpodobnost změny zdravotního stavu pacienta k lepšímu vzhledem k jeho diagnóze prakticky nemožná.

Úcta a respekt – různí lidé v nás vyvolávají různé i negativní pocity, přesto se k nim musíme chovat jako k lidem, kteří potřebují naši profesionální pomoc. Respekt znamená respektování pocitů druhých, tedy pocitů rodiny pacienta. Ptát se na jejich pocity a respektovat je, zároveň si uvědomit své vlastní a umět je vyjádřit. Je to umění se ptát a naslouchat, umění tyto sdělené pocity akceptovat. Je tedy důležité mít respekt k sobě samému, k vlastním hodnotám, věřit ve vlastní schopnosti a dojít k určitému cíli. Bez toho nemá naše konání pak smysl a hrozí, že se staneme apatičtí a cyničtí. Pro zdravotníky je respekt spojený s pocitem, že jejich práce je smysluplná. Je potřeba se naučit vážit si sám sebe, mít respekt k sobě a druhým, neboť to je důležité pro morální praxi.

Úctou a respektem dáváme najevo, že lidská individualita je nejvyšší hodnota v duchovní kultuře. Jsou nezbytnou součástí psychologického přístupu k pacientovi a jeho rodině, rozvíjí u člověka úctu k sobě samému a jeho lidskou důstojnost. Nejedná se jen o takzvané slušné chování, ale o přístup k pacientovi jako k plnohodnotné bytosti nám rovné, které si vážíme. Tím dáváme najevo pacientovi i jeho rodině, že si jich vážíme, že od nás mohou čekat pomoc. Tento přístup působí anxioliticky a antidepresivně, což značně usnadňuje vzájemnou komunikaci a spolupráci všech zúčastněných. Úcta a respekt zmenšuje nerovnoměrnost vztahu zdravotník x laik, a usnadní nám komunikaci. Pacient a jeho rodina se nebojí ptát ani vyjádřit svůj postoj, popřípadě svoje emoce.

Porozumění – je důležitou součástí psychologického přístupu k nemocnému a jeho rodině. Probíhá na základě empatie, kdy se snažíme vcítit a pochopit proč druzí tak jednají, tedy jaké je k tomu vedou důvody.

Probíhá také na základě pochopení vztahu zdravotník a pacient a rodina. Bez porozumění vztahu pak není porozumění k druhému. Často bývají neshody kvůli tomu, že si neuvědomujeme, jak druhého vnímáme, co v nás vyvolává a tím pak nejsme schopni svůj postoj změnit. Psychologický přístup k nemocnému a jeho rodině je tedy respektování jejich osobnosti a psychického rozpoložení. Vytvoříme tak atmosféru důvěry, pochopení, naděje. Takto by se měla uskutečňovat veškerá spolupráce s pacientem i jeho rodinou.

Soucit – je reakce na utrpení druhého a jde o emoční stav. Projevený soucit je velmi důležitý hlavně pro toho kdo trpí. Již přítomnost soucítícího je pro toho kdo trpí velmi důležitá. Nedokáže utrpení odstranit, alespoň ho však mírní. Do určité míry se dá soucit trénovat, člověk se k němu může rozhodnout a tím dáváme najevo zájem o toho druhého. (Jan Vymětal, 2003; Heřmanová, 2012)

2.4 Potřeby členů rodiny

Pomoc rodině by měla začít při prvním kontaktu s nimi a sdělení pacientovy diagnózy, neboť právě v tuto dobu začíná obvykle období jejich zármutku. Příbuzní si uvědomují, jak se změnil jejich smysl života, pokud je pacient v těžké nebo terminální fázi nemoci. Jsou nuceni změnit zaběhnutý styl života, řešit spoustu problémů které z toho vyplývají a zvládat své emocionální problémy. Rodinní příslušníci, jejichž potřeby nejsou uspokojeny, jsou hůře schopni spolupracovat v péči o pacienta, sami mají psychické a fyzické problémy.

K zásadním potřebám rodinných příslušníků patří ujištění, že jejich blízký nemá bolesti, dostatečná informovanost, jejich emocionální podpora, naučení jistých dovedností v péči o pacienta a je-li nutná i praktická pomoc.

Nejdůležitější pro rodinu však je, že pacient netrpí bolestí, že nemá velké potíže. Rodina potřebuje nejen informace o nemoci a průběhu léčby, ale také jak pomoci v péči o pacienta a zajistit mu co nejvíce pohody a jak komunikovat. Zde je právě prostor pro sestru k poskytování praktických rad. Informace by měly být srozumitelné, jednoduché a vytvořené podle potřeb pacienta, schopností a možností rodiny. (Plevová a kol. 2011; O'Connor, 2005)

3 OBECNÉ ZÁSADY SDĚLOVÁNÍ ZPRÁV

Existují obecné zásady sdělování zpráv, kterých je důležité se držet, zvláště pokud jsou to zprávy extrémně špatné.

Především vytvořit dostatek času pro sdělení, klidné místo kde nebude rozhovor nikým a ničím rušen.

Předem se na konkrétní rozhovor připravit, promyslet co a jakým způsobem sdělit, snažit se odhadnout reakce příjemce.

Informace podává kompetentní osoba a osoba, jež danou problematiku nejlépe zná, je důvěryhodná, nejčastěji to bývá ošetřující lékař

Sdělení musí být srozumitelné, přesné, není dobré užívat zcela odborný jazyk, nutností bývá i vysvětlení souvislostí a příčin – alespoň předpokládaných.

Nutností je vytvořit dostatečný prostor pro dotazy a hlavně emoce.

Rozhovor je potřeba vést empaticky a nedirektivně. (Vymětal, 2003)

3.1 Sdělování nepříznivých informací rodinám pacientů

Lékař ale i ostatní zdravotníci musí s rodinou pacienta spolupracovat a komunikovat. Dříve či později bude muset lékař rodinu informovat (pokud nemocný nevyсловil nesouhlas s poskytováním informací) o zdravotním stavu. Některé informace spadají do kategorie nepříznivých. Někteří lékaři bohužel tuto skutečnost snášejí špatně, snaží se jí vyhýbat, neví, jak mají rozhovor vést a to může nakonec vyústit v iatrogenní způsob podání informací. Je tedy nutné v takovém případě postupovat psychologicky správně, aby mohl dotyčný takovouto zprávu přijmout a vyrovnat se s ní. Zprávy lze rozdělit do dvou rovin – nepříznivá a extrémně špatná zpráva.

Nepříznivá zpráva – je taková, jež informuje o nežádoucí skutečnosti, bývá příjemcem hodnocena jako újma a subjektivně ji prožívá úkorně. Je tedy doporučováno sdělit nepříznivou informaci rovnou, nezacházet do detailů, zdůvodnit řečené i s důsledky, jež z toho vyplývají. Příjemce bývá frustrován a to i v době kdy to předem tušil. Frustraci zmírňujeme doplňujícími informacemi uklidňujícího charakteru. Pokud příbuzný frustraci zvládl, předkládáme informace týkající se řešení vzniklé nepříznivé situace.

Extrémně špatná zpráva – je taková zpráva, s níž se jedinec vyrovnává obtížně. Je zaskočen, vyveden z míry, je šokován. Mezi tyto zprávy patří informace o velmi vážném stavu nemocného, jeho nevyléčitelnosti, popřípadě blížící se smrti. V zásadě však máme a musíme jak nemocným, tak jejich rodině říkat pravdu o stavu onemocnění a jeho prognóze. Zde je důležitá informace týkající se toho na co je nutné se připravit a co ještě může rodina udělat. Není dobré budovat vztah zdravotník – rodina na taktizování a lži. Protože jen pravdivě informovaný člověk se může vyrovnat s tím co je a co přijde. U dospělých pacientů je nutné respektovat rozhodnutí, koho na základě informovaného souhlasu chtějí informovat a do jaké míry.

V současnosti se razí trend, že informace i špatné zprávy se řeknou všechny najednou, rychle a ponechá se adaptační doba. V první fázi, tedy ve fázi šoku je vše oddělené od reality, mozek se brání uvědomování si skutečnosti, vše dochází až po určité době. Ke zpracování informace je lépe mít sebou doprovod dalšího člena rodiny, někoho kdo pomůže informace vyslechnout a utřídit. (Vymětal, 2003)

3.2 Praktické rady pro rodinu

Rodinní příslušníci jsou v první chvíli při sdělení závažnosti stavu nemocného v šoku a neschopni utřídit myšlenky či své dotazy. Neumí se ihned zorientovat v dané

situaci a nejsou schopni se sdělenou zprávou nijak racionálně pracovat. Jsou ve fázi šoku!

Důležitou úlohu by zde tedy mohla sehrát sestra a věnovat se jim, aby se v téhle nové situaci vyznali a mohli být tak oporou pro nemocného. Je tedy nutné, aby situaci pochopili, a to lze pouze na základě dostatečných informací.

Proto je dobré jim doporučit, aby si v domácím prostředí v klidu sepsali všechny otázky. Vše co jim není jasné. Dnešní doba je obohacena internetem, kde lze nalézt v podstatě cokoliv. Na základě těchto informací je tedy možné si sestavit otázky, které chtějí zodpovědět. Je však třeba je upozornit, že informace vyhledané na internetu mohou být různé kvality, od webových stránek psaných odborníky po informace psané jedním člověkem – laikem, většinou pacientem nebo jeho blízkým. Rodina či nelékař není schopna zpracovat uvedené informace z hlediska důležitosti. Jedině lékař je schopen zohlednit všechny příčiny, stanovit váhu faktů.

Zdůraznit, že pokud jsou pro ně podávané informace nesrozumitelné, neměli by se obávat opakovaných dotazů, a při jakýchkoliv pochybnostech se je nebát vyslovit. Jedině tak je možné předejít nedorozuměním, zbytečnému navyšování stresu a úzkosti. (Andrysek, 2011)

3.3 Reakce po přijetí nepříznivé zprávy

Odehrává se na rovině rozumové a emoční a to jak ve smyslu přijetí či odmítnutí ve 4 možných kombinacích (*Vymětal, s. 161*):

<i>Kombinace</i>	<i>Rozumová rovina</i>	<i>Emoční rovina</i>
1.	přijetí	přijetí
2.	přijetí	odmítnutí
3.	odmítnutí	odmítnutí
4.	odmítnutí	přijetí

Kombinace č.1 – člověk je smutný, bezradný, zoufalý, ptá se co dál.

Kombinace č.2 – verbálně akceptuje, emočně nevýrazný („statečný“), jako by se ho to netýkalo.

Kombinace č.3 – příjemce má pocit, že došlo k chybě, záměně, chování je neadekvátní – směje se, je nezúčastněný.

Kombinace č.4 – verbální odmítnutí, má argumenty proč to tak nemůže být, ale emočně je zasažen, je labilní, pláče, zlobí se, nastává vytěšňování a racionalizace jako psychický

obranný mechanismus.

Výrazné emoční reakce se stávají občas problémem pro zdravotníky, kteří si s nimi nevědí rady. Můžeme se setkat s verbálními agresivními projevy jako nadávky, osočování, vyhrožování, obviňování a jinými dalšími.

Projevy zoufalství jako bouřlivý, nezadržitelný, hlasitý pláč obvykle nejsou tak časté, neboť většinou jsou lidé v šoku a bezprostřední reakce se nedostaví. Nicméně ani výše zmíněné výrazné emoce se nemají tlumit ani jim bránit. Protože čím bývají výraznější a bouřlivější emoce je, tím rychleji odezní. Naopak těm nevýrazným, či dokonce potlačovaným bychom měli věnovat pozornost, neboť ty vedou k delšímu a obtížnějšímu vyrovnání se se skutečností. Je nutné zcela akceptovat i verbální agresivitu jako projev vyrovnání se s nepříznivým sdělením. Je třeba si uvědomit, že na ně má za těchto okolností člověk právo, jsou projevem zoufalství a bezmoci. Necháme-li je tímto způsobem vyventilovat, dříve či později odezní. Nebereme je osobně, nesnažíme se argumentovat proti. (Vymětal, 2003)

4 KONFLIKT MEZI ZDRAVOTNÍKEM A RODINOU

Ideálem by byl spokojený pacient, jeho rodina, jeho blízký. Bohužel toto mnohdy neplatí. V současnosti obecně nespokojenosti přibývá. Ať už s jednotlivými určitými situacemi vztahujícími se k pochybení ze strany zdravotníků, tak se situacemi které jsou postaveny na subjektivním hodnocení určité situace. Zde se jedná o subjektivní prožitek, takzvanou subjektivní pravdu. Tady je obtížné posouzení, zda je stížnost oprávněná. Stěžovatel pak dostává často vyjádření, že jeho stížnost je neoprávněná, bohužel jeho nespokojenost přetrvává. Nebylo by ku prospěchu věci, pokud by se medicína a péče o pacienty odehrávala prostřednictvím soudů. Ideální stav a maximální spokojenost samozřejmě nejde zajistit. Tato problematika je velice složitá a bohužel k ní nepřispělo ani to, že v posledních desetiletích utrpěla prestiž zdravotnických povolání degradací na jakýsi systém služeb. Nepřispívají ke spokojenosti ani úspěchy medicíny, jež jsou prezentovány v médiích jako zázračné, vzbudí tedy v laické veřejnosti nereálná očekávání. Jednou z cest jak snížit počet stížností mezi pacientem a jeho rodinou se jeví souběžně s péčí o somatickou stránku pacienta i péčí o stránku psychologickou. Dříve se opomíjela výuka v oboru psychologie a komunikace s nemocnými, dnes je toto zařazováno do výuky jak nelékařských tak lékařských pracovníků. Je však otázkou, jak toto bude nově nastupující personál aplikovat v praxi, jakou bude mít vnitřní potřebu a kolik času mu k tomu zbyde. (Beran, 2010)

4.1 Důvody rodiny ke stížnostem

Stejně jako stížnosti pacientů se objevují stížnosti členů rodiny. Jedná se o stížnosti na chyby zdravotníků, ať už skutečných či domnělých, při přijetí nepříznivé zprávy, z nedostatečné informovanosti, či větší očekávání, jež nelze splnit. Jedná se též o přenesenou zlobu vůči zdravotníkům, která je způsobená závažnou chorobou člena rodiny. Dalším motivem pro stížnost je pocit viny, který příbuzní či pozůstalí pociťují za své chování vůči svému blízkému, a úlevou od výčitek svědomí má být přenesení viny za onemocnění či úmrtí na zdravotníky. Častým důvodem stížností bývá bolest nemocného. Členové rodiny mají pocit, že se věnuje nedostatečná péče bolesti nemocného, a že lékaři intenzitu bolesti podceňují. Projektuje se tak vlastní zármutek do utrpení nad vážným onemocněním blízkého či jeho úmrtím. Řada stížností ze strany nemocných či jeho rodiny je často psychologicky srozumitelný jev.

K ovlivnění komplikací mezi zúčastněnými určitě bude přispívat pak zlepšení komunikačních dovedností a dostatečnou empatií ze strany zdravotníků. (Beran, 2010)

4.2 Vina na straně zdravotníků

Stejně tak jako u pacientů a jejich rodiny zde hrají roli osobnostní rysy zdravotníků jako tendence k povýšenosti, agresi, pohrdání, či nedbalostní. Dále velký podíl má profesionální deformace, syndrom vyhoření, kdy dochází k nedostatku respektu k pacientovi, nezájmu o něj a jeho nejbližší, vymizení empatie, nevhodné verbální a neverbální projevy a podobně. Syndromem poslední doby je také tendence pacienta a jeho rodiny jednat se zdravotníkem dominantně na základě svého sociálního postavení, majetkové úrovně či jen z důvodů narcistické povahy. Přiznání chyby zdravotníka je velkým problémem, vede často jeho nepřiměřené reakci. Emočně saturující rozhovor, tím myslíme takovou komunikaci, která je o pocitech pacienta či člena rodiny, někdy zdravotníka zaskočí. Pokud tento rozhovor nezvládne, pak působí neempaticky, neosobně, chladně. Komunikace s pacientem a jeho rodinou by však neměla spočívat pouze v prosté výměně faktů.

Prevencí problémových situací by mělo být tedy dostatečné a kvalitní vzdělávání zdravotníků v komunikaci s nemocným a jeho rodinou. (Beran, 2010)

4.3 Očima zdravotníků

Zdravotníci si v dnešní době více než kdy předtím ztěžují na nedostatek času, ztěžují si na rozsáhlou administrativu a přetížení, což jim brání individuálnímu přístupu k nemocnému a jeho blízkým. Na druhou stranu není způsob jak změřit chování zdravotnického personálu, kvalitu péče nebo úroveň psychologického přístupu. Mnozí zdravotníci i studenti toto považují za zbytečné zdržování. Psychologická péče, empatie, popovídání si, vyslechnutí, to vše je jakoby nehmatatelné, a na rozdíl od ostatních zdravotnických úkonů není toto bodově ohodnoceno. Často tedy převládá zaměření se na výkony proplácené pojišťovnou, a na péči o pacienta a jeho rodinu po stránce lidské se nedostává. (Andrysek, 2011)

5 SMRT – SOUČÁST LIDSKÉHO ŽIVOTA

V současné době jakoby smrt nebyla přirozenou součástí života. Vzbuzuje hrůzu, protože je něčím co většina z nás nezná, s čím jsme se vlastně nesetkali. Dochází k ní většinou v ústavech a rodina není k umírajícímu zvána, nebo nemá sama zájem ať už ze strachu nebo z důvodu, že jí to není nabídnuto.

V naší současné společnosti i v medicíně je tabuizace smrti velmi rozšířena. Jedním z faktorů, který k tomu vede, je vytlačování náboženství ze společnosti, jež smrt zmiňuje, zároveň však poukazuje na vyhlídku věčného života. Toto naše společnost neuznává a smrt je tedy chápána jako něco konečného. O smrti jako takové, tedy přirozené se nemluví. Neznamená však, že z naší společnosti zmizela. Je sice předkládána prostřednictvím médií v podobě havárií a katastrof, ale to se člověka osobně netýká, nevnímá to tedy subjektivně, nýbrž v obecné rovině. Nelze se tedy divit tomu, že diagnóza závažného onemocnění a případná konfrontace se smrtí, příbuzné zaskočí, ne-li vyděsí. Často je proto vnímána jako selhání zdravotnictví či jednotlivých zdravotníků. Argumenty, že se jedná o stav s životem neslučitelný přese všechny vykonané a potřebné postupy, vnímá pak rodina často negativně. (Beran, 2010)

5.1 Reakce na úmrtí člena rodiny

V zásadě lze rozdělit tuto problematiku do dvou rovin. Jednak reakci na úmrtí náhlé a nečekané a pak na reakce v souvislosti s úmrtím očekávaným. Rozdíly nejsou sice zcela zásadní, nicméně co do intenzity, popřípadě sklouznutí do patologických reakcí zde lze pozorovat.

Při úmrtí nečekaném dochází ke stavům s depresivními reakcemi, jako jsou apatie, zoufalství, myšlenky na sebevraždu, poruchy spánku, poruchy s příjmem potravy, sebeobviňování. Jsou popisovány psychotické fenomény ve smyslu bludů, alterace vědomí, manické stavy a podobně. Dochází k somatické dekompenzaci, nejvíce kardiovaskulárního systému. (Vymětal, 2003)

5.1.1 Nejčastější reakce na náhlé úmrtí

Šok, automatika v oblasti chování, depersonalizace, vnitřní prázdnota, skleslost, toto trvá zpravidla v řádu hodin až dvou dnů.

Nejdříve popření skutečnosti, pak následuje připuštění a nakonec přijetí. V této fázi dochází k nepřijetí ve smyslu, že jde o omyl, ke stavům zoufalství, křečovitého pláče, neklidu a hněvu, eventuálně hledání viníka. Období je velmi vyčerpávající, trvá dny, je silně emotivní.

Truchlení a oplakávání je obdobím se subdepresivním laděním, dochází k podrážděnosti, poruchám spánku, výčitkám svědomí a pocitům viny. Je to období vzpomínání na společné zážitky a vytváření ideálního obrazu zesnulého. Po čase se intenzita truchlení zmenšuje. Snadněji však těm co nejsou sami, ale mají možnost ji sdílet s druhými. Během této fáze dochází k vyčerpání organismu jako reakce na stres v důsledku změn v imunitním systému. Jde o období povětšinou nejdelší, trvající řádově týdny, měsíce, do roka však končí. Jak je člověk schopen se vnitřně od mrtvého odpoutat, záleží na schopnosti navazovat sociální kontakty. Mladším osobám to obvykle nečiní takový problém, starší a staří pak mají s novými vztahy potíže, a často žijí dále jen svými vzpomínkami. Není zapotřebí ji korigovat, léčit ji. Jediné co je potřeba, je psychologická podpora hlavně jako prevence možné pozdější deprese, ale také z morálních důvodů. Součástí truchlení je akutní žal, který provází nespavost, nesoustředěnost nechutenství, nervozita.

K vyrovnání se a vykročení dopředu dojde pouze, pokud člověk odtruchlil, neboť platí zásada, že bez truchlení není vyrovnání. Je zapotřebí pochopení nastalé situace a její zpracování, teprve pak se lze věnovat budoucnosti, dalším plánům a vytvoření nových mezilidských vztahů.

Psychologická pomoc o pozůstalé zahrnuje citovou oporu, porozumění, projev účasti, díky němuž není pozůstalý sám a pomoc při prožití akutního žalu. (Vymětal, 2003)

5.1.2 Prožívání v souvislosti s očekávaným úmrtím

Jedná se o rodinu, která se mohla více či méně na odchod svého blízkého připravit. Potíže nejsou akutního rázu, ale postupně dochází k celkové fyzické a psychické vyčerpanosti. Vzhledem k ukončení náročného období jak po stránce psychické tak fyzické dochází k somatické dekompenzaci. Někdy, pokud byla smrt po dlouhodobém utrpení, se dostavuje jakási úleva a vysvobození všech zainteresovaných. Někteří pozůstalí mají dokonce pocit viny, z důvodu, že se nevěnovali zesnulému dostatečně. Příbuzní co se intenzivně starají o umírajícího, se s jeho smrtí lépe vyrovnávají a jejich truchlení je kratší. Je tedy důležité, aby se rodina co nejvíce (v rámci možností) zapojila do péče o nemocného/umírajícího. Tady je velký prostor pro personál, aby rodinu edukoval a vedl ji. I zde se setkáváme s protrahovanou depresí a somatizovanou depresí a to v případě, že po smrti blízkého se nedostavilo truchlení a oplakávání. Dochází k nim většinou až po několika měsících od smrti.

Psychologická péče pak spočívá v opakovaných rozhovorech s pozůstalými, nejlépe vedených psychologem, aktivním naslouchání a hovoření o tom, co je pro ně zásadní a co je nejvíc zatěžuje. Rozhovor vedeme v podobě empatického, nedirektivního. Nebráníme v emočních projevech, naopak je k tomu povzbuzujeme, neboť tím dojde k uvolnění. Projevení citů a emocí je součástí truchlení a jeho nedostatečné prožívání má významný podíl na depresivních rozladách a neschopnosti akceptace ztráty blízkého. Nejvíce jsou ohroženi staří lidé, kteří odchod partnera špatně akceptují, obtížně hledají další smysl života a dostávají se do sociální izolace. Často se pak stává, pokud mezi partnery byla silná fixace, že pozůstalý do dvou let po ztrátě pak také umírá. Těmto lidem je pak třeba věnovat zvýšenou pozornost, nejlépe v rámci rodiny a nejbližších příbuzných. (Vymětal, 2003)

5.2 Psychologická péče o rodinu umírajícího pacienta

Zde je důležité, že vidí profesionální práci a osobní zájem zdravotníků v průběhu hospitalizace. Pokud ošetřující lékař podává dostatečné informace v přiměřené formě, včetně jak bude pečováno o jejich blízkého, pokud je smrt neodvratná. Když zdravotník naslouchá problémům rodiny, jejím pocitům, často ambivalentním, kdy se bojí kontaktu se svým blízkým, ale zároveň trpí nevyřešenými událostmi z dřívější doby a zdravotníci dokážou poskytnout rodině citovou oporu. Při blížící se smrti umožní ošetřující personál rozloučení se s blízkým, nebrání jejich slzám, popřípadě monologu a umožní umírajícímu

v klidu zemřít. Velmi vhodný je fyzický kontakt, převzetí malé části ošetrovatelské péče v podobě jemné masáže, oholení, učesání a mnohých dalších maličkostech. Na rodinu toto působí, že sami udělali vše, co bylo v jejich silách. (Vymětal, 2003)

5.3 Komunikace s pozůstalými

Úmrtí blízkého může být pro rodinu zdrcující, i pokud byla do jisté míry očekávána. O to horší pak bývá, přichází-li nečekaně. Pozůstalí potřebují podporu a pomoc poté co jim lékař tuto zprávu sdělí. Povětšinou se dostaví nejprve šok a zde by měla sestra/lékař naslouchat. Dříve či později se dostaví emoce v podobě pláče nebo vzteku či zoufalství. Často se cítí, převážně starší lidé při úmrtí partnera, osamělí, bezradní, opuštění. V tuto chvíli je nejlepším lékem vstřícná a empatická komunikace. Je zapotřebí trpělivosti a citlivosti, používat slova úlevná a ujistit pozůstalé, že jsme my i oni udělali vše, co bylo možné v našich i jejich silách. Úlevu pro ně přináší naslouchat jejich vzpomínkám a zvláště pak pocitům. Nepřerušovat jejich povídání, pomoci jim jejich pocity vyjádřit, nechat volný průběh jakýmkoliv emocím s ujištěním, že je to v pořádku. Vyjádřit svou soustrast. Lidé často vidí v sestře partnera, se kterým si mohou popovídat o svých pocitech, proto by sestra měla umět v určité míře zvládat tuto pomoc, někdy je však zapotřebí doporučit specialistu. Cílem této podpory pozůstalým je, aby se smířily se ztrátou a časem našly nový smysl života. (Špatenková, 2009; O'Connor, 2005)

6 PRAKTICKÉ RADY E. K. ROSS

Při mém pátrání za problematikou, jež se týká blízkých těžce nemocný nebo umírajících jsem narazila na knihy E.K.Ross. V průběhu studia jsem se jen letmo seznámila s podstatou její práce a to jen prostřednictvím kdy jsem si měla zapamatovat fáze při prožívání umírání, což pro mě znamenalo jen jakési další termíny. Ale při pročítání těchto knih, jsem musela tiše smeknout. Žádné jiné publikace, jež jsem v průběhu psaní mé bakalářské práce měla k dispozici ve mně nezanechaly tak hluboký dojem a hlavně pokoru k životu i smrti jako právě tyto. Dovoluji si proto na závěr mé teoretické části věnovat prostor, právě jedné z publikací, která z mého pohledu nepatří zasadit do jiných kapitol mé práce, ale zaslouží si samostatnou část. Kniha Odpovědi na otázky o smrti a umírání, jež lze brát jako jakýsi manuál na situace, do kterých se každý zdravotník nepochybně během své práce dostane a povětšinou si neví rady. E. K. Ross pořádala mnoho přednášek pro zdravotnickou i laickou veřejnost a otázky které jí byly kladeny a na ně odpovídala, pak zpracovala právě v oné knize. Všechny otázky a

odpovědi jsou zpracovány do ucelené části.

- Na otázku komu poskytnout pomoc kdy rodina i nemocný byly informováni o jeho závažnosti stavu, a rodina toto snáší hůře, odpovídá, že je třeba pomáhat těm, kteří naši pomoc v danou chvíli potřebují nejvíce.
- Jak reagovat na obvinění od laika, že se personál staví ke smrti chladně a neosobně, je zapotřebí v první řadě se podívat na sebe a přemýšlet, není-li to pravda. Navíc brát na zřetel, že rodina také prožívá stádium hněvu, zvláště pokud je stav pacienta vážný nebo došlo k náhlé smrti. Je tedy nutné toto nebrat osobně, pokud je nařčení neopodstatněné ale jako projev vnitřních zmatků a bouří, hněvu a emocí.
- Zda se máme snažit, aby rodina prožívala stejnou fázi prožívání při umírání jako nemocný. Odpovědí bylo, že toho nelze dosáhnout, jen bychom se je měli snažit pochopit a pomoci jim přestoupit do stádia dalšího jsou-li k tomu připraveni.
- Jak pomoci rodině, jež zneužívá laskavosti sestry a je na personál hrubá a nejspíš si to ani neuvědomují. Odpovídá, že nelze brát urážky, hněv osobně, a pohlížet na ně jako rodinu, jež má obavy, úzkost, strach a pomoci jim tyto negativní emoce vyventilovat.
- Jak se chovat k rodině, je-li pacient v bezvědomí. Doporučuje být plně k dispozici, odpovídat na otázky a pomoci rodině, aby byla schopna žít dál. Aby dělali vše, co dělali doposud – své koníčky a podobně. Jinak bude rodina vyčerpaná, nepřispěje to ani jí ani nemocnému. Péče o něj musí být z velké části přenechána zdravotníkům.
- Problém – náhlá smrt. Je povinností pomoci rodině, která přišla o svého blízkého náhle nebo po krátkém těžkém onemocnění, tuto ztrátu překonat, předejít velkému utrpení. Velké množství lidí, kteří neměli správnou podporu, hledají nakonec pomoc u psychiatrů, neboť mají po mnohá léta údobí nesmírného smutku. Proto bychom jim v těchto případech měli dát čas dostat se z období šoku a popření a projít opravdu všemi stádii, aby mohly dospět ke smíření a vykročení dál. Pokud dojde opravdu k náhlému úmrtí, měla by mít rodina možnost posadit se v tiché vyhrazené místnosti s možností vypít šálek nápoje, a kde rodina má možnost alespoň pár minut pohovořit si s lékařem. Ten by měl rodině zodpovědět všechny otázky a shrnout co vše bylo pro pacienta vykonáno. Není vhodné, pokud to ještě lze, bránit aby příbuzní tělo zemřelého viděli, neboť se může stát, že rodina neprojde všemi fázemi, zůstane ve fázi popření a realitu smrti nepřijme. Rodina by neměla zůstat sama, nýbrž s někým ze zdravotnického personálu, sociální pracovníci či duchovním, dokud

nebudou natolik fyzicky a psychicky srovnání, že mohou nemocnici opustit. Jejich emoce by se neměly tlumit medikamenty, naopak by se jim měl nechat volný průchod. Je zapotřebí se vyplakat, vykřičet, zanávat, zkrátka vše co vyjádří jejich pocity. Citlivou se stává často otázka pitvy, jež je za určitých okolností ve zdravotnickém zařízení povinnost. Příbuzní toto často považují za další týrání, nesouhlasí s tím a chtějí tomu zabránit. Pak je nutné jim vysvětlit, že pitva bude provedena s úctou k zemřelému a ne jen jako rozřezání, a pomůže určit příčinu úmrtí, a potvrdit zda bylo skutečně učiněno vše, co bylo potřeba pro záchranu jeho života.

- Ženě, jež slíbila svému manželovi, že bude, s nim až zemře, ale nakonec se tak nestalo a ona cítí vinu, můžeme pomoci tím, že vyslechneme její pocity, a naučit se v takovýchto případech říkat, že jsme my všichni mnohokrát něco slíbily a pak to nedokázali splnit, že můžeme být lidmi, ale ne superlidmi.
- V jedné z otázek zazněla problematika pohřbu, zda autorka věří, že prodlužuje utrpení nebo pomáhá se smířením. Odpověděla, že jednoduchý obřad je nutný, aby si rodina uvědomila skutečnost smrti, sešla se a společně zavzpomínala na zemřelého. (Kübler-Rossová, 1995)

PRAKTICKÁ ČÁST

7 FORMULACE PROBLÉMU

Úkolem zdravotníků by měla být akceptace návštěv, rodinných příslušníků a spolupráce s nimi, aby se pokud možno zmírnil jejich stres a psychická bolest na co nejnižší míru, jež je důsledkem obav o zdravotní stav nemocného. U zdravotníků se předpokládá profesionalita, a tudíž i kvalitní komunikace s příbuznými, která je základem pro důvěryhodný a pokud možno bezproblémový vztah těchto dvou stran.

7.1 Hlavní problém

Hospitalizace pacienta na ARO má vždy negativní dopad na jeho rodinu.

7.2 Dílčí problémy

Samotné prostředí ARO, jež nelze ovlivnit, má podíl na negativních emocích rodiny. Personál může mít velký podíl na negativním prožívání rodiny pacienta.

8 CÍL A ÚKOL PRŮZKUMU

Hlavní cíle a úkoly průzkumu jsou:

- Poukázat na problémy a jejich dopady v emoční oblasti u rodiny pacienta v resuscitační péči.
- Zmapovat jaký přístup a jaké vlastnosti zdravotnického personálu by byl pro rodinu pacienta vhodný.
- Zjistit jaká je komunikace na lůžkách resuscitační péče zdravotnického personálu s rodinou nemocných z jejich pohledu.

9 METODIKA

Pro shromáždění informací na vybrané téma byl zvolen kvalitativní výzkum, formou standardizovaného rozhovoru, který probíhal v období 28.1. – 18.2. 2013. Tato forma je mimo jiné náročná na čas ale také na vědomosti a dovednosti. Otázky, které jsem pokládala začínaly více v obecné rovině zkoumaného problému, postupně jsem se snažila v dané problematice zužovat a více specifikovat. Příbuzné jsem nejprve oslovila a požádala o ochotu spolupráce, seznámila s tématem a účelem mého rozhovoru. Ujistila jsem je, že v mé bakalářské práci se bude jednat o anonymní zdroj informací. Poprosila jsem je o pravdivé odpovědi, včetně eventuálních výhrad k přístupu, chování nebo

komunikace zdravotnického personálu, s ujištěním, že jejich případné stesky nebudou mít žádný dopad na kvalitu péče o jejich příbuzného, ani na další spolupráci s nimi. Naopak, že tyto informace mají do budoucna přispět zdravotnickému personálu ke zkvalitnění vztahu k rodině pacienta, respektování jejich potřeb a pochopení jejich emocí. Sdělila jsem příbuzným, že pokud se i v průběhu rozhovoru rozhodnou, že dále pokračovat nechtějí a nepřejí si již získané informace použít v mé práci, budu toto plně respektovat. V průběhu rozhovoru jsem se snažila dát i jistý časový prostor pro jejich problémy nepostihující zvolené téma bakalářské práce. Snažila jsem se o rozhovor vedený v klidu, bez pocitu nátlaku či spěchu, jež by oslovení nepochybně vnímali negativně. Rozhovory byly vedeny v uzavřené, ničím a nikým nerušené místnosti v prostorách našeho ARO. Odpovědi jsem se svolením dotazovaných zapisovala. Na závěr jim patřilo poděkování za jejich ochotu a čas, jež mi věnovali, a rozloučila se.

Výzkum byl prováděn se souhlasem Útvaru náměstkyně pro ošetrovatelskou péči Mgr. Chabrové Světlušé.

10 VÝZKUMNÉ OTÁZKY

- 1 *Jak na Vás působí prostředí na resuscitačním oddělení?*
- 2 *Jak na vás působí ošetřující personál?*
- 3 *Jaké negativní chování zdravotníků nejvíce-nejhůře vnímáte?*
- 4 *Jaké vlastnosti a chování zdravotníků jsou pro vás důležité?*
- 5 *Máte dostatek informací ohledně zdravotního stavu?*
- 6 *Je s vámi komunikace zdravotnického personálu vstřícná?*
- 7 *Jsou sdělené informace pro vás srozumitelné?*
- 8 *Má vliv starost o zdraví vašeho blízkého na soukromý život?*
- 9 *Pokud ano, jaký?*
- 10 *Jaké prostředí byste si přáli k poskytování informací?*
- 11 *Co si představujete pod pojmem spolupráce s ošetřujícím personálem?*
- 12 *Bylo vám nabídnuto zapojit se do péče o vašeho blízkého – masáž, vysvětlení vhodné komunikace?*
- 13 *Pokud ano, co to pro vás znamenalo?*
- 14 *Jaké změny v oblasti emocí jste u sebe zaznamenal/a při starosti o zdraví svého blízkého?*

11 VZOREK RESPONDENTŮ

Výzkum byl zaměřen na návštěvy na Anesteziologicko-resuscitačním oddělení ve Fakultní nemocnici v Plzni. Byli osloveni ti příbuzní, jejichž člen rodiny či blízký byl léčen na našem ARO více jak týden a to se závažným onemocněním, nikoli s krátkodobou hospitalizací do 1 týdne. Vzorek respondentů byl vybrán náhodně. Bylo osloveno celkem 8 respondentů, z nichž pouze 5 bylo ochotno ke spolupráci. Prvního respondenta jsem oslovila s cílem zjistit, zda obsah a rozsah sestavených otázek je dostačující a postačí k vyhodnocení dané problematiky. Na základě tohoto rozhovoru jsem zjistila, že je nutné rozhovor rozšířit ještě o otázky č. 11-14, což se dále ukázalo jako dostačující pro zadané cíle.

12 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

Respondent č. 1 – pilotní studie (manžel)

Jak na Vás působí prostředí na resuscitačním oddělení?

Odpověď: *„Prostředí mě vzhledem k představě kterou mám z televizních pořadů, zase tak zvláště nepřekvapilo. Je sice dost velký rozdíl mezi realitou a sledováním filmu, ale nijak traumaticky ho nevnímám. Navíc mě ošetřující sestra upozornila na množství přístrojů, kabelů a hadiček vedoucích k pacientovi. Takže jsem nijak zvlášť zaskočen nebyl, ale příliš příjemné to pro mě napoprvé nebylo.“*

Jak na vás působí ošetřující personál?

Odpověď: *„Personál na mě působí jako vstřícný a příjemný. Nemám pocit, že bych ho svými dotazy nějak obtěžoval. Postupně při dalších návštěvách jsem se sice setkal s poněkud strohým a odměřeným přístupem, ale bylo to pouze ojedinělé od jedné konkrétní sestřičky, a to jsem se cítil nepříjemně.“*

Jaké negativní chování zdravotníků nejvíce-nejhůře vnímáte?

Odpověď: *„Jak už jsem předtím říkal, hodně nepříjemná pro mě byla odměřenost strohost a nenaladěnost sestry. To jsem se bál se zeptat ohledně stavu své manželky. Návštěva se prý mně stala nepříjemnou, a nebyl jsem schopen se ani plně manželce věnovat. Zároveň jsem měl obavy, aby takovéhle chování nebylo i vůči manželce, to by pro mě bylo*

traumatizující. Já vím, že profesionalita je sice potřeba, ale zároveň je taky nesmírně důležitý lidský a to hlavně vůči pacientovi. “

Jaké vlastnosti a chování zdravotníků jsou pro vás důležité?

Odpověď: „Určitě si představuji nejvíce profesionalitu, aby nedošlo k žádnému poškození pacienta. Důležité pro mě je příjemný, ochotný personál jak vůči sobě tak ale hlavně k pacientovi. Nechci mít pocit, že je pacient nebo já na obtíž. “

Máte dostatek informací ohledně zdravotního stavu?

Odpověď: „Nemůžu si stěžovat. Informace jak od lékaře tak i od sester jsem vždycky dostával, jak jsem si přál. “

Je s vámi komunikace zdravotnického personálu vstřícná?

Odpověď: „Nikdy jsem neměl pocit, že bych obtěžoval a vždycky jsem se dozvěděl všechno, co jsem chtěl. Vždycky se mě lékaři v klidu věnovali, a sestry, až na výjimku, byly ochotné a všechno se mi snažily vysvětlit. “

Jsou sdělené informace pro vás srozumitelné?

Odpověď: „No spousta informací pro mě byla méně pochopitelná, ale personál byl vždycky ochotný mi vysvětlit všechno potřebné laickým způsobem. “

Má vliv starost o zdraví vašeho blízkého na soukromý život?

Odpověď: „ To teda hodně a bylo by divu, kdyby se to nedotklo soukromí. “

Pokud ano, jaký?

Odpověď: „Nejhorší je, že jsem bez manželky poněkud bezradný, protože si v domácnosti nevím moc rady. Hrozně mi vadí, že jsem v bytě sám, je to hodně nepříjemné, manželka mi hrozně moc chybí. Na nic se nesoustředím, ani na televizi, protože jsme se vždy koukali spolu. Nechce se mi bez manželky chodit ani na nákup. Nic víc si prý nepřēju, než aby už byla doma. Byly jsme na sebe 40 let zvyklí. Zhoršil se mi i zdravotní stav. Sám chodím na kardiologii, a teď mám zase nějak tlak zvýšený. Ještě mi začal někdy bolet žaludek, a začaly mě víc bolet klouby.

Jaké prostředí byste si přál k poskytování informací?

Odpověď: „Mě je jedno kde mi doktor řekne jak se manželce vede, hlavně aby to bylo dobré. Ale fakt je, že příjemnější je, když jsme někde v klidu a můžu si sednout.“

Respondent č. 2 (manželka a dcera)

Jak na Vás působí prostředí na resuscitačním oddělení?

Odpověď: „Přístroje a ta spousta věcí okolo pacienta je dost nepříjemná, ale fakt je, že to je určitě nezbytné. Ale taky zároveň to ujišťuje, že stav manžela je opravdu vážný. Při každé návštěvě máme potřebu pečlivě sledovat, pak z toho máme úzkostný pocit. Ačkoliv se nás personál před první návštěvou snažil na prostředí připravit, tak pohled na bezmocného manžela / tatínka byl opravdu traumatizující. Na druhou stranu tohle všechno zase dává pocit, že je pracoviště kvalitně a dostatečně odborně vybaveno.“

Jak na vás působí ošetřující personál?

Odpověď: „Personál na nás působí po odborné stránce dobře. Byli jsme překvapeni příjemným a profesionálním přístupem k nám a ochotou vždycky odpovídat na dotazy. Na začátku jsme se bály se ptát. Připadalo nám, že máme hloupé otázky, ale pak obavy zmizely se vstřícností a trpělivostí personálu odpovědět na jakýkoliv dotaz. Překvapilo nás, jak si sestry povídají se spícím pacientem napojeným na všechny ty přístroje.“

Jaké negativní chování zdravotníků nejvíce-nejhůře vnímáte?

Odpověď: „Problém s nevhodným chováním jsme tady opravdu zatím nepocítily. Ale hrozné by bylo pro nás, kdyby se špatně nebo málo pečovalo o pacienta. Už jsme se setkaly i s lhostejností o nás i o pacienty v jiném zdravotnickém zařízení. Nepříjemně bychom se cítily, kdyby byli zdravotníci neupřímní, protože je to stejně poznat i když se to chce zakrýt. Tady je to ale v pohodě.“

Jaké vlastnosti a chování zdravotníků jsou pro vás důležité?

Odpověď: „Víte pro nás je určitě nejdůležitější, aby bylo dobře postaráno o hlavně pacienta, to pak je člověk spokojenější. Aby personál s pacientem taky trochu soucítil a nebral ho jen jako práci. A samozřejmě je důležitá dostatečná odbornost pro pocit, že je manžel v dobrých rukou. Ono to alespoň trochu uklidňuje. Určitě vřelý vztah k pacientovi

je pro nás více důležitý než k nám samotným. Na druhou stranu ohleduplný přístup k nám by měl být taky asi součástí profesionálního chování. On to člověk pochopí, až když se do té situace dostane sám.“

Máte dostatek informací ohledně zdravotního stavu?

Odpověď: „No, informace máme dostatečné, chápou, že pořád máme potřebu probírat jedny a ty samé věci.“

Je s vámi komunikace zdravotnického personálu vstřícná?

Odpověď: „Nepocitujeme, že bychom obtěžovali, pokud se ptáme na zdravotní stav manžela lékaře ani sestřiček. Pravda, že sestry se mnoha odpovědím vyhýbají, ale asi to opravdu nemůžou rozebírat. Všichni jsou na druhou stranu trpěliví, nevzpomínám si, že by nějaký rozhovor s ošetřujícím personálem byl pro nás nepříjemný.“

Jsou sdělené informace pro vás srozumitelné?

Odpověď: „Někdy jsou informace ohledně zdravotního stavu nesrozumitelné, ale vždy na požádání lékař nebo sestra vysvětlí laickým způsobem. Tady oceňujeme trpělivost ošetřujícího personálu.“

Má vliv starost o zdraví vašeho blízkého na soukromý život?

Odpověď: „Starost o zdraví manžela se nám hodně promítla do soukromého života.“

Pokud ano, jaký?

Odpověď: „Protože se snažíme být každý den na blízku manželovi, tak naše odpoledne trávíme na cestě z a do nemocnice. Na návštěvě jsme, jak dlouho to personál dovolí. Takže člověk jen chodí do práce a je mezi nemocnicí a domovem, jak myšlenkama tak i fakticky. Takže vše jde stranou, i starost o sebe.“

Jaké prostředí byste si přáli k poskytování informací?

Odpověď: „Je pro nás nepříjemné podávání informací ohledně zdravotního stavu v bezprostřední blízkosti pacienta. A to především v případě informací negativních.“

Co si představujete pod pojmem spolupráce s ošetřujícím personálem?

Odpověď: „Tady na ARO ani nevíme, snad na normálním oddělení, že doneseme nějaké

kvalitnější jídlo, nebo se s manželem projdeme a podobně, ale tady si pod tím nevím co představit, když je pacient napojen na přístroje.“

Bylo vám nabídnuto zapojit se do péče o vašeho blízkého – masáž, vysvětlení vhodné komunikace?

Odpověď: „Ano sestra nás informovala o tom jak a co povídat manželovi v tomto stavu, o jemné masáži krémem a tak.“

Pokud ano, co to pro vás znamenalo?

Odpověď: „Nakonec jsme rády, že máme alespoň trochu nějaký kontakt s manželem/tátou, ačkoliv příjemnější by pro nás bylo, kdybychom si mohly normálně povídat, ale i tohle nám nakonec psychicky ze začátku pomáhalo. Ted' když už vnímá naši přítomnost, a i když nemůže odpovídat, víme jak si s ním popovídat. Ne že by to úplně odstranilo naše trápení a stres, který prožíváme, ale alespoň trochu to pomáhá a máme příjemný pocit, že to snad bude dobré.“

Jaké změny v oblasti emocí jste u sebe zaznamenaly při starosti o zdraví svého blízkého?

Odpověď: „Veškerý soukromí život jde stranou, všechny myšlenky se stále vrací do nemocnice a na přání, aby se manžel/táta uzdravil. Není vůbec chuť na žádnou zábavu, člověk se nesoustředí ani na televizi. V podstatě není síla, která by dokázala zapomenout, že máte milovaného člověka v tak těžkém stavu, který bojuje o život, a vy nejste schopna mu pomoci a jen se trápíte. A i v práci je to velmi náročné, protože tam se fungovat musí, přesto že se špatně soustředíte. To pak není možné občas nesáhnout po prášku na spaní, a ještě se vám dostaví pocit, že pokud to bude takhle trvat delší dobu, tak skončíte u psychiatra.“

Respondent č. 3 (manželka)

Jak na vás působí prostředí na resuscitačním oddělení?

Odpověď: „Na takovémto oddělení jsem nikdy nebyla, ale něco takového očekávala. Takže nijak zvláště stresující toto prostředí pro mě nebylo. I přes všechny přístroje a ostatní věci mi nepřipadá chaotické, jen trochu složité. Navíc moje dcera kdysi také pracovala na

ARO, i když v jiném městě, tak jsem přišla trochu teoreticky vybavena. “

Jak na vás působí ošetřující personál?

Odpověď: „Ošetřující personál na nás na všechny působí vstřícně a hlavně se snaží vše potřebné vysvětlit. “

Jaké negativní chování zdravotníků nejvíce-nejhůře vnímáte?

Odpověď: „Zatím jsem se tady na oddělení nesetkala s žádným negativním chováním. Ale obecně by pro mě byla nepříjemná neochota personálu, a špatná péče o nemocného. “

Jaké vlastnosti a chování zdravotníků jsou pro vás důležité?

Odpověď: „Nepříjemné by pro mě bylo, kdyby personál dával najevo, že ho svými stále opakujícími se otázkami obtěžují, ale na tomto pracovišti mám jen dobré zkušenosti. Důležitá u zdravotníků mi přijde laskavá profesionální péče o pacienta. “

Máte dostatek informací ohledně zdravotního stavu?

Odpověď: „Na komunikaci si opravdu nemůžu stěžovat, protože pokud potřebuji cokoliv vědět, snaží se mi personál vyhovět a vše potřebné vysvětlit. “

Je s vámi komunikace zdravotnického personálu vstřícná?

Odpověď: „Komunikaci je opravdu vstřícná, a vždy trpělivá ze strany zdravotnického personálu, nemám pocit obtěžování. Ostatně je to pro mě vlastně docela důležité, takový přístup. “

Jsou sdělené informace pro vás srozumitelné?

Odpověď: „Informace jsou mě většinou srozumitelné. “

Má vliv starost o zdraví vašeho blízkého na soukromý život?

Odpověď: „Život se v této době úplně otočil; je v podstatě naruby. “

Pokud ano, jaký?

Odpověď: „Pokud to mám výstižně popsat, tak člověk pouze přežívá, nemá o nic zájem, nic ho nenadchne a všechny myšlenky se nakonec stáčí na starost o zdraví manžela. Přemýšlíte, co bude dál, až se navrátí zpět do domácnosti, a jakou péči pak bude

potřebovat. Takže to nyní za moc nestojí a ještě k tomu nevím, jak to bude dál.“

Jaké prostředí byste si přáli k poskytování informací?

Odpověď: „Myslím si, že není důležité ani tak ve kterém prostředí se informace poskytují, ale jakým způsobem je dostáváte a hlavně jejich obsah. Jestli jsou to zprávy dobré nebo špatné.“

Co si představujete pod pojmem spolupráce s ošetřujícím personálem?

Odpověď: „Tady na takovémto oddělení je to těžké si představit velkou spolupráci ve smyslu léčby pacienta, ale snad hlavně svou přítomností u manžela.“

Bylo vám nabídnuto zapojit se do péče o vašeho blízkého – masáž, vysvětlení vhodné komunikace?

Odpověď: „Jsem ráda, že teď funguje zdravotnictví trochu jinak, než kdysi. Neumím si představit, že by nebyla možná návštěva na takovémto oddělení, a velmi jsem uvítala spolupráci ve smyslu stimulace pacienta pomocí masáží a vysvětlení vhodné komunikace.“

Pokud ano, co to pro vás znamenalo?

Odpověď: „Nikdy bych neřekla, jak bude pro mě přímý fyzický kontakt velmi důležitý, protože mám pocit, že má návštěva takhle opravdu nějaký smysl. Myslím si, že jedině tímto způsobem manžel vnímá moji přítomnost. Nakonec jsem získala pocit, že mám možnost manžela povzbuzovat, a ne jen nečině přihlížet, což mě hodně pomáhá. Naučila jsem se pomocí personálu na manžela mluvit, a musím přiznat, že se mi tím snížilo napětí, protože se můžu vymluvit. Když jsem poprvé stála u lůžka, narůstalo ve mně nepříjemné napětí.“

Jaké změny v oblasti emocí jste u sebe zaznamenal/a při starosti o zdraví svého blízkého?

Odpověď: „Vzhledem k vlastním předchozím zdravotním problémům, kdy jsem prodělala operační výkon kvůli diagnostikované rakovině jsem skončila na antidepressivních lécích. Myslela jsem, že je budu už moci vysadit, ale teď to opravdu asi nepůjde. Zase se mi začaly vracet úzkostné stavy. I tak se většina myšlenek stáčí k manželovi a mám o něj strach. Nějak nemám o nic zájem, nic mi nebaví, má prostě jen strach, který nelze překonat ani odsunout. Mám problémy se spaním, špatně se soustředím.“

Respondent č. 4 (manželka)

Jak na Vás působí prostředí na resuscitačním oddělení?

Odpověď: *„Nikdy jsem na takovémto oddělení nebyla, nemám s takovým oddělením žádnou zkušenost. Při první návštěvě i přes informace od personálu jsem skoro omdlela. Nevím, jestli to bylo prostředím a všemi těmi přístroji a hadičkami a kabely vedoucí od manžela, nebo pohledem na manžela který vypadal úplně jinak. První chvíle mám tak nějak v mlze. Návštěvu jsem nebyla schopna zvládnout a musela odejít od lůžka stranou a rychle ji ukončit. Další už s pomocí personálu se dala zvládnout celkem dobře, i když plakat se mi chtělo stále. Ale nedalo se nic dělat a musela jsem se s tím nějak poprat.“*

Jak na vás působí ošetřující personál?

Odpověď: *„Personál byl pro mě něco jako berlička a jen díky jemu jsem byla schopna celou dlouhou manželovu hospitalizaci zvládat. Byla jsem ráda, že byl ochotný a milý a vždy trpělivý. Hlavně vždy vysvětloval dokola moje stejné dotazy. Pokud jsem se potřebovala sama vyprávět ze svých problémů, byly sestry ochotné naslouchat, a moc mně to pomohlo.“*

Jaké negativní chování zdravotníků nejvíce-nejhůře vnímáte?

Odpověď: *„Z předešlých zkušeností z jiných zdravotnických zařízení mám úplně jasno co je nejhorší. Stresující byla lhostejnost a někdy i často nenaladěnost zdravotnického personálu. Nejhorší ale pro mě byla velmi špatná někdy až skoro žádná komunikace, takové ty odpovědi přes rameno. Nejhorší je, pokud se informace člověk dozví až z propouštěcí zprávy bez dalšího vysvětlení. To máte pak chaos v myšlenkách a až skoro paniku, protože mnoha termínům nerozumíte, a hlavně nevíte, co bude následovat. Tady mám alespoň pocit, že manžel není jen nějaký pan Novák, a personálu záleží i na jeho rodině.“*

Jaké vlastnosti a chování zdravotníků jsou pro vás důležité?

Odpověď: *„Tady si nejvíc vážím především citlivosti zdravotníků, ale samozřejmě i odborné zdatnosti. Právě už samotný přístup ke mně a k manželovi má vliv na důvěru v personál i po odborné stránce. Pomáhá mi, že mám vše dostatečně a podrobně vysvětlené.“*

Máte dostatek informací ohledně zdravotního stavu?

Odpověď: „*Jak už jsem říkala v předchozí otázce, informace jsou dostatečně podrobné jak ve smyslu aktuálního zdravotního stavu manžela, tak i dalšího léčebného postupu.*“

Je s vámi komunikace zdravotnického personálu vstřícná?

Odpověď: „*Nemůžu odpovědět jinak, než že ano. A jsem po předchozích zkušenostech velmi mile překvapena. Tak nějak jsem se na začátku cítila jak Alenka v říši divů. Nejdřív jsem ještě měla tendence dohledávat v zoufalství informace i z jiných, hlavně internetových zdrojů. Ale pak mě došlo, že věci nejsou tak jasné jak se píše, a jsou ovlivněny spoustou dalších událostí. Nakonec to bylo více chaotické a deprimující, než když jsem se naučila poslouchat a důvěřovat lékařům, zvláště když jejich vysvětlení bylo pochopitelné.*“

Jsou sdělené informace pro vás srozumitelné?

Odpověď: „*Vzhledem k tomu, že jsem úplný laik v oblasti medicíny, tak jsem musela a ještě musím na vše někdy i opakovaně zeptat, ale je to v pohodě, protože personál je trpělivý.*“

Má vliv starost o zdraví vašeho blízkého na soukromý život?

Odpověď: „*Nikdo si neumí představit, jak se změní v takovéto situaci život. Hlavně když máte doma ještě dvě malé děti.*“

Pokud ano, jaký?

Odpověď: „*Vzhledem ke dvěma malým předškolním dětem doma, je to nesmírné úsilí jak po psychické, tak po fyzické stránce přežívat. Nejhorší je zvládnout vše organizačně v takovémto psychickém rozpoložení. Naštěstí mi pomáhají babičky, jinak nevím, jak by zvládla děti- školku, svoji práci, a samozřejmě každý den chodit za manželem na návštěvu a dávat mu sílu v boji o svůj život. Ono vlastně toho máme všichni dost. Mami a tchýně taky na tom psychicky nejsou nejlíp. Ale snažíme se.*“

Jaké prostředí byste si přáli k poskytování informací?

Odpověď: „*Prostředí ani není významné, nijak ho ani nevnímám, hlavně se modlím, aby informace ohledně zdravotního stavu manžela byly pozitivní. Někdy prožívám stavy, že se bojím i zeptat, aby neslyšela špatné zprávy.*“

Co si představujete pod pojmem spolupráce s ošetřujícím personálem?

Odpověď: „Nemám nijakou konkrétní představu. Ale vzpomínám jak v (nejmenovaném) zdravotnickém zařízení jsem alespoň trochu myla svoji babičku, protože mi přišla tak nějak nevoňává.“

Bylo vám nabídnuto zapojit se do péče o vašeho blízkého – masáž, vysvětlení vhodné komunikace?

Odpověď: „V době kdy jsem již celkem zvládala návštěvy u manžela tak jsem byla ráda, že mi sestřičky vysvětlily, jak by se mohla zapojit do péče o manžela. Naučily mi jak s manželem komunikovat, i když on sám neodpovídá, protože je tlumený léky. Vysvětlily mi, jaké informace mám manželovi povídat, o čem je vhodné a o čem není vhodné mluvit, a hlavně jakým způsobem. Jsem ráda za fyzický kontakt s manželem, přinesla jsem krém, co používal doma a pokaždé ho mažu a opatrně jemně masíruji, jak mi sestry naučily. Každý den alespoň chvíli můžu věnovat plně manželovi. Alespoň chvíli jsme spolu a snažím se mu dát sílu.“

Pokud ano, co to pro vás znamenalo?

Odpověď: „Jsem opravdu vděčná, že mě personál zapojil do péče a přesvědčil, že můžu pomoci, aby se manžel uzdravil. Je to pro mě opravdu hodně, zvláště když se manželovo stav začal po dlouhé, tedy spíš nekonečné, době pomalu zlepšovat. Ten pocit nedá ani popsat. Teď mám dokonce pocit, že manžel pomáhá více mě, než já jemu. Nebo je to od určité doby vzájemné.“

Jaké změny v oblasti emocí jste u sebe zaznamenala při starosti o zdraví svého blízkého?

Odpověď: „Na začátku když sem manžela přivezli, tak to se nedá snad ani pojmenovat. Ty pocity byly hlavně negativní a ničující. Nejblíže se k tomu blíží výraz panika. Prožívala jsem neskutečný strach, který jsem nikdy nezažila. Vzpomínám, že když děti večer usnuly, tak se dostavila taková úzkost, která mě až paralyzovala. Měla jsem pocit, že skončím u psychiatra. Občas jsem musela vzít prášek na spaní, protože jsem se často probouzela, nebo nemohla usnout vůbec.“

Respondent č. 5 (manželka pacienta, který je nyní již v domácím ošetřování)

Jak na Vás působí prostředí na resuscitačním oddělení?

Odpověď: *„Na počátku velmi negativně. Pokud člověk okolo sebe vidí ty spousty přístrojů a navíc máte manžela v umělém spánku, tak to moc dobrý pocit není. Po krátkém čase ale, když na oddělení chodíte denně, tak vše přehodnotíte a jste ráda, že tam ty přístroje všechny jsou a pomáhají člověku přežít. Člověku, kterého nechcete ztratit, kterého chcete vrátit domů.“*

Jak na vás působí ošetřující personál?

Odpověď: *„Vaše práce je hodně náročná a před tím jak ji děláte, smekám. Obdivuju s jakou péčí a laskavostí, trpělivostí a pochopením, se o své pacienty staráte.“*

Jaké negativní chování zdravotníků nejvíce-nejhůře vnímáte?

Odpověď: *„Žádné negativní chování na oddělení jsem nezažila, ani vůči sobě nebo co se týká péče k manželovi. Nejhůře bych pocítovala, pokud by byl personál netečný k manželovi a byla by o něj nedostatečná péče.“*

Jaké vlastnosti a chování zdravotníků jsou pro vás důležité?

Odpověď: *„Od personálu bych si obecně přála laskavost, vstřícnost, trpělivost, ochota, dostatečnou a příjemnou komunikaci s rodinnými příslušníky i pacientem, umění pacientovi i jeho rodině naslouchat. Důležitá je samozřejmě odborná péče o pacienta. Něco jako u vás.“*

Máte dostatek informací ohledně zdravotního stavu?

Odpověď: *„Nevzpomínám si, že bych měla pocit nedostatku informací o stavu manžela, informace jsem měla každý den při návštěvě, navíc jsem dostala i stručnou informaci o zdravotním stavu vždy dopoledne po dopolední vizitě.“*

Je s vámi komunikace zdravotnického personálu vstřícná?

Odpověď: *„Oceňuji, že všichni lékaři ochotně sdělovali veškeré informace. Na druhou stranu přiznávám, že jsem měla vytipovaných několik lékařů, se kterými jsem komunikovala raději, a měla upřímný pocit, že jim skutečně není na obtíž zodpovědět*

veškeré moje laické dotazy opravdu dopodrobna.“

Jsou sdělené informace pro vás srozumitelné?

Odpověď: „Pokud byly informace podávány některými odbornými názvy, kterým jsem nerozuměla, znovu mi to musel lékař vysvětlit tak, aby to bylo srozumitelné. Což byla jedna z věcí, kterou jsem ocenila, a byla pro mě velmi důležité.“

Má vliv starost o zdraví vašeho blízkého na soukromý život?

Odpověď: „ No a jaký!“

Pokud ano, jaký?

Odpověď: „Tato situace tak nějak semkla celou rodinu dohromady. Více si jeden druhého vážíme. Zjistily jsme, že je důležitější si udělat více času jeden na druhého, než řešit spousty prkotin, které jsme řešili před tím. Nevýznamné věci házíme za hlavu a teď si daleko více uvědomujeme, že nejdůležitější je zdraví a hlavně, že se mají všichni rádi.“

Jaké prostředí byste si přáli k poskytování informací?

Odpověď: „Informace bych uvítala na samostatném pokoji, kde leží pacient, nebo v jakékoliv místnosti, kde je trochu soukromí k takovýmto rozhovorům.“

Co si představujete pod pojmem spolupráce s ošetřujícím personálem?

Odpověď: „Spolupráci s personálem vnímám jako, že se vždy, a to bez výjimky budu řídit radami a pokyny ošetřujícího personálu. Vztah, který s personálem u mě vznikl, vytvořil pocit důvěry, proto jsem neměla potřebu hledat chyby v rozhodnutích ze strany personálu.“

Bylo vám nabídnuto zapojit se do péče o vašeho blízkého – masáž, vysvětlení vhodné komunikace?

Odpověď: „Hned na začátku hospitalizace mě sestry naučily jak se k manželovi chovat a jak s ním mám komunikovat.“

Pokud ano, co to pro vás znamenalo?

Odpověď: „Opravdu moc to pro mě znamenalo. Byla jsem vděčná, že i já můžu trochu přispět ke zlepšení stavu nebo spíše k dobrému pocitu manžela. Veškeré dotyk, masáže

nohou, rukou i obličeje, byly pro manžela, ale i pro mě velmi příjemné a důležité. Byla jsem velmi ráda, že jsem zvládala a naučila se s manželem, i když byl zpočátku v umělém spánku, hovořit. Informovala jsem ho o tom co se děje v rodině a okolí, aby neztratil chuť do života, aby bojoval o svůj život, co to jde. Od personálu jsem věděla, jak mám informace podávat, aby nebyly pro manžela stresující, ale měly naopak pozitivní účinek. Za to jsem opravdu ráda.“

Jaké změny v oblasti emocí jste u sebe zaznamenal/a při starosti o zdraví svého blízkého?

Odpověď: „Po převezení manžela na ARO se postupně dostavilo nechutenství, nespavost, neskutečná únava, roztěkanost, nesoustředěnost a nechť cokoliv podnikat. Po návratu manžela domů se ale dává vše pomalu postupně do normálu. S psychikou to však zamává tak, že je potřeba asi dlouhá doba na její zhojení. Na druhou stranu mi teď po této stránce zase pro změnu pomáhá manžel. Máme k sobě blíže a vážíme si jeden druhého, a že můžeme být spolu. Člověka to hodně změní, nás k lepšímu.“

13 DISKUZE

Téma této bakalářské práce se zaměřuje na psychické problémy příbuzných pacientů hospitalizovaných na lůžkách resuscitační péče. Blízcí a příbuzní pacientů jsou vystaveni velké psychické zátěži, jejich emoce jsou nepochybně silné a odráží se i v soukromém životě. Je proto důležité mít na paměti, že je důležitá nejen profesionální starost o pacienta, ale i péče o jeho rodinu ve smyslu empatického přístupu k nim. To nejvíce pokrývá profesionální komunikace, respektování jejich potřeb a jejich prožívání. Výzkum byl prováděn na Anesteziologicko-resuscitačním oddělení Fakultní nemocnice v Plzni. Formou rozhovoru s příbuznými bylo zjišťováno, jak prožívají hospitalizaci svého člena rodiny, jak vnímají personál i prostředí, jaké emoce pak prožívají a v neposlední řadě jaký dopad má toto vše na jejich soukromý život. Snahou bylo tedy zmapovat problémy rodiny nemocného a následně jejich přání, jejichž akceptace ze strany personálu by pomohla ke zmírnění jejich negativních prožitků.

Z rozhovorů je patrné, že nedochází k žádným pochybením ze strany personálu a tudíž se zbytečně nezhoršuje emoční prožívání příbuzných u pacientů resuscitační péče. Potěšilo mne, že i v tomto směru zaznamenalo zdravotnictví změnu ve smyslu respektování nejen pacienta, ale i jeho rodiny. Tyto výsledky jsou sice pouze na malém a lokálním vzorku respondentů, ale i tak změna oproti dobám dřívějším určitě je.

Při psaní této bakalářské práce jsem poměrně intenzivně pátrala, zda se touto problematikou již někdo zabýval na naší akademické půdě, tak i v zahraničí, ale bohužel jsem našla velmi málo informací. Ne že by se neřešila problematika rodiny pacienta, jen ne v tomto specifiku – resuscitační péče. Navzdory tomu jsem při hledání informací našla studii *The impact of nurse education on the caring behaviours of nursing students* (Fiona Murphy, Steve Jones, Mark Edwards, Jane James, Alan Mayer 2009) prováděnou ve Velké Británii, jejíž výsledky byly zajímavé a poněkud, alespoň pro mne, alarmující. Studie se zabývala studenty připravující se na povolání sestry v 1. ročníku studia a poté ještě ve 3. ročníku studia. Ve studii byla zjišťována míra empatie u těchto studentů. Výsledky ukázaly nezanedbatelný pokles takzvané expresivní formy péče u studentů ve 3. ročníku oproti výsledkům v 1. ročníku. Instrumentální – technické schopnosti byly na dostatečné úrovni, ale zaznamenaný, statisticky významný byl bohužel pokles psychosociální – empatické péče, jež byla ve studii popisována jako nezbytná součást ošetrovatelské péče. Bylo zde i diskutováno proč k tomuto dochází a následně doporučeno k dalšímu šetření.

Z rozhovorů, které jsem vedla s příbuznými pacientů ARO, k mému příjemnému zjištění nebyla zaznamenána žádná stížnost v oblasti lidského přístupu a komunikace, a to jak ze strany sester, tak ani ze strany lékařů.

Ve snaze zjistit jakékoliv informace týkající se zvoleného tématu jsem na stránkách ZDN.cz našla informace o studii, která měla zmapovat potřeby příbuzných na ARO. Přes veškerou snahu však zjistit výsledky této studie se mi toto nepodařilo ani přes pokusy kontaktovat koordinátory studie cestou e-mailu, tak ani po telefonickém kontaktu redakce ZDN a přes jejich ochotu mi pomoci. Studie se mělo zúčastnit 25 center v České republice a na Slovensku. Výstupem měla být jakási standardizace komunikace a eventuálně vytvoření příručky/brožury ke komunikaci s příbuznými pacientů. Autorům studie, stejně jako mne, šlo o získání zpětné vazby od příbuzných, o pohledu jak nás zdravotníky vidí příbuzní našich pacientů zvenčí. Cílem mé práce bylo navíc zjistit jejich emoční prožívání a tím i zvolení správného přístupu k nim, což se odehrává opět ponejvíce prostřednictvím vhodné komunikace.

Posledním dohledaným materiálem byla výzkumná práce v Univerzitní nemocnici v Pittsburghu *Posttraumatic Stress Complicated Grief in Family Members of the Intensive Care Unit*, jež se týká rodinných příslušníků u pacientů intenzivní péče, kteří mohou trpět psychickou újmou. Práce je zaměřená na faktory spojené s psychickým výskytem úzkosti, deprese, posttraumatického stresu a smutku. Jednalo se o dlouhodobou studii, zahrnovala

50 respondentů, a obsahovala i parametry které byly hodnoceny ještě po 1 měsíci od prvního sběru vzorků v průběhu hospitalizace a dokonce i po 6 měsících, kdy již pacienti nebyly hospitalizováni, byly doma nebo zemřely. Počet respondentů s časem ubyl, neboť je nebylo možno dohledat. Výzkum probíhal formou dotazníku, a byly použity otázky jasně formulované, a dříve již použité, kvůli porovnání s jinými pracemi. Bylo zjištěno, že úzkost a deprese se v čase zmenšovala, ale všichni měli stejně vysokou úroveň smutku a posttraumatického stresu. Některé psychické problémy byly spojeny s tím, když se měli příbuzní rozhodnout, zda u nemocného provést nějaký zákrok či ne. Na závěr je doporučení znovu tyto fakta ověřit rozsáhlejší studií. S výsledkem statisticky významného výskytu posttraumatického stresu a smutku i po 6 měsících by bylo důležité přijít na faktory, které k tomuto vedou. Některé faktory však jako komunikace a rozhodování se ohledně výkonu, jako například provedení či neprovedení amputace, jsou ovlivnitelné, ale konfrontace s intenzivní péčí je však sama o sobě vždy stresující. V této studii je tedy patrné, stejně jako v mých zjištěních popsanych níže, že příbuzní trpí negativními psychickými emocemi, které lze nepochybně zmírnit správnou komunikací.

V západních zemích například ve Francii se rozvíjí mladý vědní obor na pomezí medicíny, psychologie a sociálních věd - Proximologie, který se zabývá problematikou jak pomoci rodině pacienta těžce nemocného, jak mají žít bez pocitu viny, jak najít svoji roli v ošetrovatelském procesu a uvědomit si limity co je v rámci rodiny možné a co je nutné nechat na profesionálech.

Vyhodnocení odpovědí jednotlivých otázek

Na prostředí tázání reagovali od nepříjemného až negativního působení po úzkostný až po traumatizující pocit, který vyústil stavem blízkým omdlení.

V otázce personálu ocenili všichni oslovení vstřícnost, trpělivost, příjemné vystupování, profesionalitu, ochotu vše potřebné vysvětlit a ochotou naslouchat i soukromým problémům. Ojedinele, a to pouze ze strany jednoho konkrétního zaměstnance, vnímali přístup strohý a odměřený, ale celkově byly spokojeni.

Co se týká vlastností či chování zdravotníků, které by si příbuzní nepřáli, tady se většina žádostí směřuje k pacientovi. Negativně by vnímali nedostatečnou, špatnou nebo lhostejnou péči o pacienta, neupřímnost ze strany zdravotníků, jejich nenaladěnost a konečně i špatnou nebo dokonce žádnou komunikaci ze strany zdravotníků.

Z předchozí otázky které vlastnosti či chování zdravotníků si nepřejí příbuzní, pak vyplývají odpovědi, jaké chování si naopak přejí. Zde se shodují na personálu příjemném

a citlivém, empatickém, ochotném, vstřícném, laskavém a dostatečně odborném, přičemž je toto více důležité vůči pacientovi. Dále si přejí, aby nebyli zdravotníkům na obtíž, a přejí si dostatečnou komunikaci.

Na otázky týkající se komunikace odpovídají všichni podobně. Nepocitují v tomto směru žádný problém, komunikaci hodnotí jako dostatečnou, vstřícnou, trpělivou a ochotnou, vždy je jim vše vysvětleno i podle potřeby laickým způsobem. Nemají pocit, že by obtěžovali, informace jsou podávány v klidu a beze spěchu. Tento přístup oceňují, zvláště pokud měli předchozí negativní zkušenosti. Prostředí pro informace není pro oslovené tolik důležité jako obsah informací, přednost dávají však klidnému místu, jedenkrát byl požadavek nepodávat informace u lůžka, zvláště nepříznivé.

V otázkách na soukromý život se všichni shodnou, že strach o život svého blízkého se vždy dotkne i soukromí. Popisují nesoustředěnost, neochotu vykonávat běžné denní činnosti, mnohdy i zhoršení vlastního zdravotního stavu. Starost o sebe ustupuje do pozadí, čas věnují nezbytným věcem, cestám mezi domovem a nemocnicí, je to období psychicky a fyzicky obtížné.

Pod pojmem spolupráce s ošetřujícím personálem si respondenti na takovémto oddělení neumí nic konkrétního představit, všichni však oceňují edukaci od personálu v oblasti zapojení do péče o pacienta a vhodné komunikaci s ním. Fyzický kontakt se svým blízkým formou masáže hodnotí jako příjemný a důležitý i pro sebe, snižovalo to u nich napětí a stres. Získali pocit, že přispívají alespoň trochu ke zlepšení stavu nemocného.

Změny v oblasti emocí většina popisuje jako nesoustředěnost – na té se shodli všichni oslovení, nespavost, popřípadě časté buzení se během spánku, úzkostné stavy, nechutenství, únava psychická i fyzická. Dvakrát popisují pocit s potřebou psychiatra, což má nepochybně souvislost s popisovanou panikou, a negativními zničujícími pocity.

U tohoto malého vzorku oslovených se neobjevily známky depresivního ladění, které popisovala výše zmíněná studie, ale úzkost a podobné negativní prožitky se shodují. Závěr studie též zmiňuje potřebu správné komunikace s příbuznými pacientů. Ke stejným poznatkům jsem při zjišťování emocí a potřeb příbuzných jsem došla také. Základem kvalitního a důvěryhodného vztahu, který není destruktivní a má možnost negativní emoce tlumit, je kvalitní profesionální, ale i lidská komunikace. Důležitým faktorem se jeví i dostatek empatie, lidského přístupu.

ZÁVĚR

Tato bakalářská práce obsahuje část praktickou a část teoretickou. Část teoretická rozpracovává komunikaci, rodinu, smrt, konfliktní situace zdravotníků a rodiny. Konec teoretické části je s úctou věnován E. K. Ross. Při shromažďování a následném zpracování praktické části jsem došla k výsledkům, které jsem předpokládala. Toto téma jsem zvolila úmyslně, abych svoje předpoklady potvrdila a dalším důvodem bylo dokázat zdravotníkům, jak důležité je akceptovat rodinu pacientů a věnovat jim dostatek péče i přes svoji vytíženost. Po mnohaleté praxi u lůžka vím, jak je čím dál tím více náročná péče o pacienta, zvláště s nárůstem administrativy, výkonů a podobně. O to snazší mi připadá péče o jeho blízké, kteří nepotřebují nic víc, než trochu času, úcty, příjemné komunikace, dostatečné informace a pochopení jejich emocionálního rozpoložení. Chtějí mít jistotu, že je o jejich příbuzného/blízkého profesionálně postaráno, to je ostatně profesní náplní všech zdravotníků. Jak jsem se již zmiňovala v teoretické části, nelze bohužel lidský přístup k příbuzným, empatie a pochopení pro jejich potřeby nijak měřit, není tudíž součástí bodového ohodnocení pro pojišťovny, není ani jiným způsobem do hodnotícího systému zakomponován. Nemohu si také jinak než postesknout nad vývojem zdravotnictví za poslední poměrně krátký čas. Nezbyde zřejmě nic jiného než spoléhat na morální vlastnosti zdravotníků, snažit se nově nastupující personál vést k holistickému přístupu v péči o pacienta, ke kterému jsem přesvědčena, patří i péče o jeho blízké. Je třeba zdůraznit, že rodina a blízcí mají velikou zásluhu na tom jakou vůli má pacient k uzdravení, protože jejich podpora v tomto procesu se nedá nahradit žádným, byť sebelepším zdravotníkem. Je tedy na místě jim věnovat dostatečnou péči, aby se staly partnerem v péči o pacienta. Není tudíž žádoucí, aby negativní emoce rodinu posunuly do role spíše pacienta, než partnera, protože závažné onemocnění osoby blízké představuje pro rodinu velkou zátěž. Tady se nabízí řešení, aby bylo ve vzdělávacím systému věnováno více pozornosti oblasti komunikace a psychologie zaměřené na mezilidské vztahy. Doporučením je tedy také v rámci celoživotního vzdělávání zdravotníků absolvování seminářů v této oblasti. Z provedeného výzkumného šetření nelze konstatovat, že by neexistovali lékaři a sestry s empatickým přístupem a vhodnou komunikací, ideálem však je, aby se takovýto přístup stal nedílnou součástí práce zdravotníků. Na druhou stranu je třeba počítat, že i zdravotníci jsou lidé s odlišnými schopnostmi takového přístupu.

SEZNAM ZDROJŮ

- ANDERSON, Wendy, ARNOLD, Robert, ANGUS, Derek and BRYCE, Cindy. Posttraumatic stress and complicated grief in family members of patients in the intensive care unit. *Journal of General Internal Medicine* 23(11), 2008. s. 1871-1876. ISSN 08848734.
- ANDRYSEK, Oskar a kolektiv. *Mluv se mnou*. Praha: Maxdorf, 2011. 152 s. ISBN 978-80-7345-257-6.
- BERAN, Jiří a kol. *Lékařská psychologie v praxi*. Praha: Grada Publishing a.s. 2010. 144 s. ISBN 978-80-247-1125-6.
- BLAŽEK, Vladimír. *Komunikace a lidské tělo*. Plzeň: Vydavatelství ZČU, 2011. 115 s. ISBN 978-80-261-0033-1
- DeVITO, Joseph. *Základy mezilidské komunikace*. Praha: Grada Publishing a.s. 2008. 512 s. ISBN 978-80-247-2018-0.
- HEŘMANOVÁ, Jana, VÁCHA, Marek, SVOBODOVÁ, Hana, ZVONÍČKOVÁ, Marie, SOVÁK, Jan. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Vyd.1. Praha: Grada Publishing a.s., 2012. 200 s. ISBN 978-80-247-3469-9.
- JANÁČKOVÁ, Laura, PAVLÁT, Josef. *Psychologické aspekty zdravotnické komunikace*. Brno: Masarykova Univerzita, Lékařská fakulta, 2007. 112 s. ISBN 978-80-210-4330-6.
- JANÁČKOVÁ, Laura, WEIS, Petr. *Komunikace ve zdravotnické péči*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2008. 136 s. ISBN 978-80-7367-477-9.
- KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada Publishing a.s., 2007. 368 s. ISBN 978-80-247-1830-9.
- LINHARTOVÁ, Věra. *Praktická komunikace v medicíně pro mediky, lékaře a ošetrující personál*. Praha: Grada Publishing a.s., 2007. 152 s. ISBN 978-80-247-1784-5.
- MURPHYA, Fiona, JONESA, Steve, EDWARDSA, Mark, JAMESA, Jane, MAYERB, Alan. The impact of nurse education on the caring behaviours of nursing students. *Nurse Education Today* 29(2), 2009. s. 254-264. ISSN 0260-6917.
- O'CONNOR, Margaret, ARANDA, Sanchia. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. Vyd. české 1. Praha: Grada Publishing a.s., 2005. 324 s. ISBN 80-247-1295-4.
- PLEVOVÁ, Ilona a kolektiv. *Ošetrovatelství II*. Praha: Grada Publishing a.s. 2011. 224 s. ISBN 978-80-247-3558-0.
- PTÁČEK, Radek, BARTŮNĚK, Petr a kolektiv. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha:

Grada Publishing a.s., 2011. 528 s. ISBN 978-80-247-3976-2.

SLÁMA, Ondřej, KABELKA, Ladislav, VORLÍČEK, Jiří a kolektiv. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén, 2011. 363 s. ISBN 978-80-7262-849-0.

ŠEVČÍK, Pavel, ČERNÝ, Vladimír, VÍTOVEC, Jiří a kolektiv. *Intenzivní medicína*. Vyd. 2. rozš. Praha: Galén, 2003. 424 s. ISBN 80-7262-203-X.

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

VOKURKA, Martin, HUGO, Jan a kolektiv. *Velký lékařský slovník*. Vyd. 4 autoriz. Praha: Maxdorf s.r.o., 2004. 1160 s. ISBN 80-7345-037-2.

VORLÍČEK, Jiří, ADAM, Zdeněk, POSPÍŠILOVÁ, Yvona a kolektiv. *Paliativní medicína*. Praha: Grada Publishing a.s., 2004. 540 s. ISBN 80-247-0279-7.

VYBÍRAL, Zbyněk. *Psychologie komunikace*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2009. 320 s. ISBN 978-80-7367-378-1.

VYMĚTAL, Jan. *Lékařská psychologie*. Vyd. 3. Praha: Portál s.r.o., 2003, 400 s. ISBN 80-7178-740-X.

ZACHAROVÁ, Eva, ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, Jitka. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Vyd.1. Praha: Grada Publishing a.s., 2011. 288 s. ISBN 978-80-247-4062-1.

ZÁŠKODNÁ, Helena, MLČÁK, Zdeněk. *Osobnostní aspekty prosociálního chování a empatie*. Praha: Triton, 2010. 392 s. ISBN 978-80-7387-306-6.

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ARO – Anesteziologicko-resuscitační oddělení

MRSA – Meticilin rezistentní staphylococcus aureus

ZDN – Zdravotnické noviny

PŘÍLOHY

Příloha č. 1: Informovaný souhlas pacienta s poskytováním informací

Příloha č. 2: Povolení o provedení výzkumu

Příloha č. 2: Povolení o provedení výzkumu



Útvar náměstka pro ošetřovatelskou péči

Dr. E. Beneše 13, 305 99 Plzeň - Bory
alej Svobody 80, 304 60 Plzeň - Lochotín
IČO 00669806 tel.: 377 401 111, 377 103 111

Vážená paní
Monika Bošinová

Studentka, Západočeská univerzita, Fakulta zdravotnických studií, Katedra ošetřovatelství a porodní asistence

Povolení sběru informací ve FN Plzeň

Na základě Vaší žádosti Vám jménem Útvaru náměstkyně pro ošetřovatelskou péči FN Plzeň povoluji Vaše výzkumné šetření na Anesteziologicko-resuscitačním oddělení FN Plzeň, v souvislosti s vypracováním Vaší bakalářské práce s názvem „Psychologická problematika návštěv na oddělení resuscitační péče“, za níže uvedených podmínek.

Podmínky pro umožnění sběru informací tazatelům ve FN Plzeň (v rámci studentských – výzkumných / dotazníkových šetření):

- Vrchní sestra ARO souhlasí s Vaším šetřením, pomocí rozhovoru, vedeného s rodinnými příslušníky / blízkými lidmi pacientů ARO.
- Vaše výzkumné šetření osobně povedete.
- Vaše šetření nenaruší chod pracoviště ve smyslu provozního zajištění dle platných směrnic FN Plzeň, ochrany dat pacientů a dodržování Hygienického řádu FN Plzeň. Vaše šetření bude provedeno za dodržení všech legislativních norem, zejména s ohledem na platnost zákona č. 372 / 2011 Sb..

Po zpracování Vámi zjištěných údajů poskytnete ZOK FN Plzeň závěry Vašeho výzkumu, pokud o ně projeví oprávněný pracovník ZOK zájem.

Toto povolení nezakládá povinnost zdravotnických pracovníků / respondentů s Vámi spolupracovat, pokud by spolupráce s Vámi narušovala plnění pracovních povinností zaměstnanců, či pokud by spolupráci s Vámi respondent pocítoval jako újmu. Účast na Vašem šetření je dobrovolná a je vyjádřením ochoty ke spolupráci oslovených zaměstnanců / respondentů FN Plzeň s tazatelkou.

Přeji Vám hodně úspěchů při studiu.

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

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

28. 1. 2013