



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

**Saturace potřeb pacienta při akutním příjmu na
oddělení chirurgického typu**

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program: **SPECIALIZACE V OŠETŘOVATELSTVÍ**

Autor: Bc. Anna Jiráčková

Vedoucí práce: doc. PhDr. Marie Trešlová, Ph.D.

České Budějovice 2024

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem „*Saturace potřeb pacienta při akutním příjmu na oddělení chirurgického typu*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne

.....

Anna Jiráčková

Poděkování

Ráda bych poděkovala své vedoucí práce doc. PhDr. Marii Trešlové, Ph.D za vedení mé diplomové práce, ale také za trpělivost a čas, který si mi při zpracování diplomové práce věnovala. Velké poděkování bych chtěla věnovat mé rodině, která mi byla oporou a poskytovala mi podporu po celou dobu studia. Poděkování také patří všem respondentům, kteří byli ochotní se účastnit výzkumného šetření a napomohli tak realizaci empirické části práce.

Saturace potřeb pacienta při akutním příjmu na oddělení chirurgického typu

Abstrakt

Diplomová práce se věnuje problematice saturace potřeb pacienta akutně přijatého na oddělení chirurgického typu. Výzkumné šetření se zaměřovalo na pocity a vnímání v oblasti saturace potřeb akutně přijatých pacientů, ale také na pohled ošetřovatelského personálu, který potřeby akutně přijatých pacientů saturuje. Zjišťovali jsme, zda je pacient vnímán jako holistická bytost, a s jakými problémy se nejčastěji ošetřovatelský personál v průběhu saturace potřeb u akutně přijatého pacienta potýká.

V teoretické části diplomové práce je popsána struktura příjmu pacienta do nemocničního zařízení, a jsou zde specifikovány lidské potřeby a faktory, které je ovlivňují. V empirické části je prezentována metodika a výsledky využitých výzkumných metod.

Pro empirickou část diplomové práce byly zvoleny kvantitativní a kvalitativní výzkumné metody. V rámci kvantitativního výzkumu byl sestaven dotazník oslovující sestry působící na příjmových ambulancích chirurgického typu, či sestry, které provádí akutní příjem pacientů na oddělení chirurgického typu. Informace získané pomocí dotazníkového šetření přiblížily názor sester na saturaci potřeb akutně přijatých pacientů a z části pracovní podmínky ošetřovatelského personálu na oddělení chirurgického typu.

Pro kvalitativní výzkum byly využity metody polostrukturovaného rozhovoru a skrytého pozorování. Rozhovory byly vedeny s akutně přijatými pacienty, kteří byli po neplánovaném ošetření na oddělení chirurgického typu hospitalizováni. Pacienti byli seznámeni s využitím získaných informací, a museli k realizaci rozhovorů dát souhlas. Dotazování se zaměřovalo na vnímání saturace potřeb u akutně přijatých pacientů, a do jaké míry jsou pacientovy potřeby saturovány. Skryté pozorování umožňovalo sledovat ošetřovatelský personál při zajištění akutního příjmu pacienta, a zhodnotit jakým způsobem jsou potřeby pacienta saturovány, jak personál reaguje na obavy a podměty pacienta.

Výsledky kvantitativního výzkumu ukázaly, že sestry prioritně saturují základní (biologické) potřeby pacientů, a vyšší (psychosociální) potřeby jsou zajišťovány jako sekundární. Práce také poukazuje, že sestry v mnoha případech jednají přes jim příslušné kompetence. Ošetřovatelský personál v dotazování většinou vyslovil, že by stál o to, mít na pacienta více času. Dále jsme zjistili, že většina sester má alespoň jednu zkušenost se

zajištěním akutně přijatého pacienta v jedné osobě, a tišení bolesti pacienta při akutním příjmu vychází častěji od sester než od lékařů. Ačkoliv sestry jako primární faktor, který by jim napomohl snížit míru stresu při saturaci potřeb pacienta, uváděli více personálu, tak při testování hypotéz bylo potvrzeno, že nemožnost saturace potřeb pacienta nesouvisí s pracovními podmínkami ošetrovatelského personálu.

Kvalitativní výsledky výzkumného šetření naznačily, že pacienti nedokáží posoudit validitu provedených ošetrovatelských intervencí během jejich akutního příjmu. Kvalitu ošetrovatelské péče však nejčastěji vyvozovaly z míry a kvality komunikace personálu, informovanosti, reakcí na vyslovené obavy, klidného přístupu atd. Zjistili jsme, že pacienti, kteří mají předchozí zkušenost s hospitalizací, jsou těmito zkušenostmi ovlivněni, a mnohdy cítí negativní obavy z nadcházející hospitalizace. Skryté pozorování podpořilo výsledky získané již ze zmíněných metod. Vyplývá z něj, že sestry primárně zajišťovaly fyziologické potřeby na všech příjmových ambulancích a odděleních chirurgického typu. A až poté saturovaly potřeby psychosociální. Sestry saturovaly potřeby pacientů jak dle ordinace lékaře, tak nezávisle, kdy jednaly jako autonomní součást multidisciplinárního zdravotnického týmu.

Výsledky diplomové práce by mohly přispět ke zkvalitnění péče při akutním příjmu pacienta, a sloužit jako možný algoritmus při příjmu pacienta v podobě brožury. Práci lze zpracovat jako výukový materiál v rámci celoživotního vzdělávání pro zdravotnický personál působící nejen na příjmových ambulancích.

Klíčová slova: potřeby pacienta, akutní příjem, chirurgické oddělení, ošetrovatelská péče, bolest, informace

Saturation of the patient's needs during acute admission to a surgical department

Abstract

The diploma thesis deals with the issue of satisfying the needs of a patient acutely admitted to a surgical department. The research focused on feelings and perceptions in the area of saturation of the needs of acutely admitted patients, but also on the view of the nursing staff, who saturate the needs of acutely admitted patients. We investigated whether the patient is perceived as a holistic being, and what problems the nursing staff most often faces during the saturation of the needs of an acutely admitted patient.

The theoretical part of the thesis describes the structure of the patient's admission to a hospital facility, and specifies human needs and factors that affect them. In the empirical part, the methodology and results of the research methods used are presented.

For the empirical part of the thesis, quantitative and qualitative research was chosen. As part of the quantitative research, a questionnaire was compiled addressing nurses working in surgical outpatient departments or nurses who perform acute admission of patients in surgical wards. The information obtained through the questionnaire survey approximated the opinion of nurses on the saturation of the needs of acutely admitted patients and partly on the working conditions of nursing staff in the surgical department.

Methods of semi-structured interview and covert observation were used for qualitative research. Interviews were conducted with acutely admitted patients who were hospitalized after unplanned treatment in the surgical department. Patients were informed about the use of the information obtained and had to give their consent to conduct the interviews. The survey focused on the perception of the saturation of needs in acutely admitted patients, and to what extent the patient's needs are saturated. Covert observation made it possible to observe the nursing staff in ensuring the acute admission of the patient, and to evaluate how the patient's needs are saturated, how the staff responds to the patient's concerns and suggestions.

The results of quantitative research have shown that nurses prioritize satisfying the basic (biological) needs of patients, and higher (psychosocial) needs are provided as secondary. The thesis also points out that in many cases nurses act through established competencies. In the interview, the nursing staff mostly said that they would like to have more time for the patient. We also found that most nurses have at least one experience with providing

for an urgently admitted patient in one person, and pain relief in an acute admission comes more often from nurses than from doctors. Although nurses cited more staff as the primary factor that would help them reduce stress levels while satisfying the patient's needs. When testing hypotheses, it turned out that the impossibility of satisfying the patient's needs is not related to the working conditions of the nursing staff.

The qualitative results of the research answered that patients are unable to assess the validity of the nursing interventions performed during their acute admission. However, the quality of nursing care was most often deduced from the level of communication of the staff, information, reactions to expressed concerns, calm approach, etc. We have found that patients who have previous experience with hospitalization are affected by the experience and often bring negative fears about upcoming hospitalization. Covert observation supported the results obtained from the methods already mentioned. It shows that nurses primarily provided physiological needs in all outpatient departments and surgical wards. And only then did they saturate the psychosocial needs. Nurses satiated the needs of patients both according to the doctor's office and independently, acting as an autonomous part of a multidisciplinary medical team.

The results of the diploma thesis could contribute to the improvement of care in the acute admission of the patient, and serve as a possible algorithm for the admission of the patient in the form of a brochure. The thesis can be processed as a teaching material within the framework of lifelong learning for medical staff working not only in emergency departments.

Keywords: Patient's needs, acute admission, surgical department, nursing care, pain, information

Obsah

1 Současný stav.....	10
1.1 Základy chirurgického ošetřovatelství	10
1.1.1 Práce sestry na oddělení chirurgického typu.....	10
1.1.2 Chirurgické obory.....	11
1.2 Akutní příjem	12
1.2.1 Hospitalizace	13
1.2.2 Oddělení urgentního příjmu	14
1.2.3 Struktura urgentní příjmu	15
1.2.3.1 Recepce.....	15
1.2.3.2 Ambulance	16
1.2.3.3 Emergency room	16
1.2.3.4 Heliport.....	17
1.2.4 Triáž.....	17
1.2.4.1 Příjmová ambulance v chirurgických oborech	18
1.2.5 Ošetřovatelský proces při akutním příjmu pacienta	18
1.3 Odběr ošetřovatelské anamnézy.....	19
1.3.1 Fyzikální vyšetření sestrou.....	20
1.3.2 Monitoring.....	22
1.4 Potřeby pacienta.....	23
1.4.1 Faktory ovlivňující potřeby pacienta.....	24
1.4.2 Nemoc	25
1.5 Omezení životních potřeb	26
1.5.1 Potřeby pacienta při akutním příjmu	27
1.5.2 Bolest.....	29
1.6 Vztah sestra a pacient.....	30
1.6.1 Komunikace s pacientem.....	31
1.6.2 Informace a informovaný souhlas	33
2 Cíl práce: výzkumné otázky a hypotézy	35

2.1 Výzkumné cíle	35
2.2 Výzkumné otázky.....	35
2.3 Hypotéza	35
3 Operacionalizace pojmů.....	36
4 Metodika	37
4.1 Metodika práce.....	37
4.1.2 Charakteristika kvalitativního výzkumného souboru.....	38
4.1.3 Charakteristika kvantitativního výzkumného souboru.....	38
4.1.4 Statistické zpracování kvantitativních dat	39
5 Výsledky.....	40
5.1 Kvalitativní výzkum – rozhovory s akutně přijatými pacient.....	40
5.2 Kategorie a analýza výsledků rozhovorů s pacienty	41
5.3 Identifikační údaje sester v pozorování.....	51
5.4 Seznam kategorií pro pozorování (oblasti)	53
5.5 Statistické parametry zkoumaných souborů.....	60
5.6 Vyhodnocení hypotéz.....	80
6 Diskuze	87
7 Závěr	95
8 Seznam použité literatury	97
9 Seznam příloh.....	103
10 Seznam zkratk	114

1 Současný stav

1.1 Základy chirurgického ošetřovatelství

Chirurgie představuje jeden ze základních lékařských oborů, které zahrnují prevenci, diagnostiku, a především operační léčbu. Obor chirurgie vychází z řeckého slova „cheirurgia“, kdy lze tento termín chápat jako „práce rukou“. Tato složenina vystihuje princip činnosti chirurga, pro jehož práci je typické využití nástrojů a přístrojů. Jednou z hlavních podmínek je manuální i technická zručnost (Ferko et al., 2015).

Ošetřovatelství v chirurgii zahrnuje poznatky z jiných oborů a specifika spojená s chirurgickým odvětvím. Hlavní náplň práce sestry v chirurgických oborech se prezentuje asistencí při menších invazivních výkonech. Sestra má provázet pacienta všemi fázemi, jež jsou spojeny s chirurgickým zákrokem či operací (Libová, 2019). Její přítomnost je klíčová ve všech fázích procesu souvisejícím s operační intervencí, náhle vzniklým úrazem či akutním stavem. Základním stavebním kamenem práce všeobecné sestry v chirurgických oborech se stává vyhodnocování stavu pacienta a monitorace změn, které mohly nastat v souvislosti s chirurgickou intervencí. Sestra by měla změny rozpoznat, reagovat na komplikace a zahájit včasnou odpověď na změny za pomoci svých dovedností, avšak rovněž by měla umět využít i dalších členů multidisciplinárního týmu. Pacient by měl být vnímán v souladu s holistickým přístupem, kdy operace neovlivňuje pouze fyzické možnosti pacienta, nýbrž dopadá také na psychosociální stránku jedince, která by sestrou neměla být opomíjena (Janíková, Zeleníková, 2013).

1.1.1 Práce sestry na oddělení chirurgického typu

Práce sester ve všech oborech si žádá jistou míru dovedností a znalostí, stejně tak tomu je u chirurgických specializací, kde je tempo práce často dynamičtější, a proto se klade důraz na vybavenost sestry v oblastech technických, administrativních, interpersonálních, analytických a velmi často organizačních. Sestra by měla fungovat jako autonomní součást multidisciplinárního týmu, která bude schopna dostatečné kooperace, ale také plnohodnotné soběstačnosti (Vörösová a kol., 2015). Obecně by pomáhající profese měly ideálně „splňovat“ jistý soubor charakterových a povahových rysů, které do jisté míry mohou jedince „předurčovat“ k náplni takového povolání (Ševčíková, 2019). Špirudová (2015) ve svém příspěvku uvádí, že k vykonávání profese všeobecné sestry je klíčová míra odbornosti ukotvená ve znalostech a dovednostech. Avšak ty vždy nemusí zaručit plnohodnotnou saturaci potřeb pacienta, mnohdy je zásadní jistá míra vcítění a etiky ze

strany ošetrovatelského personálu. Všeobecná sestra jakožto „pomáhající profese“ by měla být představitelkou jistého rámce předpokladů, které můžeme konkretizovat jako: trpělivost, vstřícnost, vřelost atd. Jako negativum se často mohou do poskytované péče promítat „nevhodné“ vlastnosti sestry, které mohou vést až k neprofesionálnímu chování (Špirudová, 2015; Labrague et al., 2017).

Role a povahové rysy by se měly vyznačovat, jak již bylo řečeno, kooperací, která je v rámci poskytování péče v chirurgických oborech nezbytná. Sestra by při realizaci ošetrovatelského procesu měla neustále uplatňovat své kritické myšlení a vyhodnocovat efektivitu a přínos dosavadních postupů v ošetrovatelství. Jednou z klíčových rolí během poskytování péče je manažerská role, která se nedotýká pouze organizace procesu poskytované péče, ale i rozdělení práce uvnitř ošetrovatelského týmu. Schopnost organizace práce prohlubuje kvalitu poskytované péče (Ševčíková, 2019; Špirudová, 2015).

Nejen Ševčíková (2019) hovoří o „rolích“ ve spojitosti s výkonem povolání všeobecné sestry. Také ministerstvo zdravotnictví v koncepci ošetrovatelství z roku 2021 zachycuje obsah sesterské profese, kde rozlišuje „role“, které představují náplň pracovní činnosti všeobecných sester. Sestra při poskytování péče vykonává diagnosticko-terapeutickou roli, která se dotýká především dovedností a znalostí, které jsou například využity při fyzikálním vyšetření atd. Další „role“ je psychosociální, jež je nezbytná pro komunikaci s pacientem a významná při sdělování informací. Sestra musí být zdatná také v komunikaci s rodinnými příslušníky. V dnešní době je nutné přidružit roli administrátorky, která pokrývá práci s dokumentací, souhlasy a záznamy s využíváním zdravotnických prostředků. Edukační proces je dalším neodmyslitelným termínem v profesi sester. Tento pojem je třeba zdůraznit, aby nebyl vnímán pouze jako předávání a vnímání informací. Podobně lze nahlížet také na činnost pedagogickou, která se neorientuje pouze na péči sestry o pacienta, ale také na vedení studentů či zaměstnanců v rámci adaptačního procesu (Koncepce ošetrovatelství č. 6/2021, MZ; Lemone, 2011).

1.1.2 Chirurgické obory

Chirurgie jakožto lékařský obor je velmi obsáhlá disciplína, jež se v průběhu historie začala vymezovat na specificky zaměřené podobory zaměřující se pouze na jistou část chirurgie. Z hlediska rozdělení můžeme o chirurgii mluvit jako o všeobecné a speciální, která zasahuje do oblastí traumatologie, urologie, oftalmologie, gynekologie, kardiochirurgie a dalších. (Slezáková, 2019). Naproti tomu se všeobecná chirurgie v praxi

nejčastěji specializuje na onemocnění a operace hrudní krajiny, břišních orgánů a na spojené úrazy s touto oblastí (Dušková a kol., 2009). Páral (2018) hovoří o pomalém rozptylu „základního“ dělení chirurgie, se kterým pracuje Slezáková (2019). Poukazuje hlavně na zánik „všeobecné chirurgie“ jako celku, což je důsledek pokroku v přístrojové technice a neustálém vzniku nových specializovaných center, jež se zaměřují na určité orgánové oblasti či zákroky. Velký skok přinesla i technická vybavenost ve formě laparoskopie, robotických technik atd. (Páral, 2020).

Jednotlivé specializované podobory začaly vznikat především pro obsáhlost chirurgie, kdy není reálné zachytit všechny dosavadní vědomosti a informace v jednom. Všechna odvětví mají definovanou svou specializaci a specifika, se kterými koresponduje náplň práce jak lékařského, tak nelékařského personálu. Členění chirurgických podoborů má široký záběr, avšak následný výčet bude omezen pouze na podobory, se kterými budeme pracovat dále v empirické části.

Traumatologie a plastická chirurgie se zaměřuje především na problematiku zranění vzniklých na základě úrazového mechanismu. Mnohá nemocniční zařízení se zasazují o budování traumatologických center, kde se organizuje a zajišťuje komplexní péče o pacienty často s polytraumaty a jinými vážnými poraněními vyžadujícími neodkladnou péči (Ševčíková, 2019). Polytraumata jsou tedy poranění zasahující více orgánových soustav, přičemž alespoň jedno z nich jedince ohrožuje na životě, představují jednu z hlavních problematik v traumatologické a úrazové specializaci. Řešení traumatu závisí na typu úrazu a mechanismu poranění (Libová, 2022).

Urologie je obor řešící onemocnění močového soustavy, avšak také reprodukčního systému. Chirurgické intervence se často týkají nádorové etiologie, vrozených či získaných vad, a také úrazů v oblasti urogenitálního traktu (Páral, 2020).

1.2 Akutní příjem

Pacient zasažen úrazem či onemocněním, které ho ohrožuje na životě, či kvůli němu naopak dochází k prohloubení chronického onemocnění, je danou problematikou indikován k rychlé a bezprostřední zdravotnické péči. Péče by se měla vyznačovat právě v těchto akutních vzplanutích svou efektivitou a rychlostí jak v přednemocniční péči, kterou zajišťuje rychlá zdravotnická služba (RZP), tak ve zdravotnickém zařízení, do kterého je nemocný transportován (Pokorný, 2002). Kapounová (2020) definuje pojem akutní potíže jako náhle vzniklé onemocnění či těžké poranění, které si žádá odborné ošetření. Schneiderová (2015) v podkapitole předoperační vyšetření pacienta hovoří o akutních operačních výkonech, kdy je nemocný odeslán prostřednictvím obvodního

lékaře či specialisty, který vysloví podezření na akutní onemocnění vyžadující operační řešení. Část pacientů přichází z vlastního přesvědčení, kdy si transport zajistí pomocí vlastních prostředků či pomocí RZP, daný stav je založen na vzniku náhlých obtíží, často pro bolest, zvracení, krvácení apod. (Schneiderová, 2014). Jasně vymezení akutního přijetí pacienta může poskytnout definice opačného typu příjmu, a to případ plánovaného přijetí nemocného, které je odvozeno od svého názvu, kdy nástup hospitalizace, potažmo výkon, je s lékařem již dopředu domluven. Díky tomu mohou být zhotovena důkladnější předoperační vyšetření a zahájena i předoperační příprava. Plánované přijetí pacienta do zdravotnického zařízení (ZZ) je často indikátorem kratší hospitalizace a minimalizuje pooperační komplikace (Kelnarová 2016).

V České republice má každý pacient právo možnosti volby zdravotnického zařízení a poskytovatele služeb, kdy takové právo je ukotveno v zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Jednu z výjimek zastupují akutní stavy, kterými zaniká právo volby pacienta na ZZ, toto právo přebírá RZP jako poskytovatel přednemocniční péče, který je oprávněn transportovat nemocného do nejbližší vzdáleného zařízení, jež poskytuje akutní odbornou nemocniční péči. Zánik možnosti volby, které bylo zmíněno, může naznačit závažnost tzv. „akutního stavu“, který si na základě vyhodnocení vážnosti zdravotního stavu a poškození nemocného žádá rychlou a návaznou odbornou péči ve ZZ (Peřan a kol., 2020).

Pojem „akutní stav“ a „akutní příjem“ pacienta jsou dvě situace s vlastní definicí, které v této podkapitole zazněly, je nutné tyto dva pojmy nezaměňovat, avšak zároveň si uvědomit také jejich časté prolínání. Nelze však s jistotou prohlásit, že každý akutně přijatý pacient se nachází v ohrožení života. Rozhodující je včasné odeslání a vyšetření ve ZZ, zkušenosti ošetřujícího a předchorebí nemocného (Šrámek, 2019).

1.2.1 Hospitalizace

Představuje proces, který se zakládá na přijetí nemocného do zdravotnického zařízení. Důvody pro hospitalizaci, jak již bylo řečeno, mohou být založené na plánovaném operačním výkonu až v případě náhlé změny ve zdravotním stavu nemocného. Šeblová (2018) odkazuje na důležitost diagnostiky v přednemocniční péči, jelikož v některých případech, především když je stav nemocného nestabilní a žádá si specifickou péči, se dle těchto indikátorů vyhodnocuje výběr adekvátního nemocničního a klinického zařízení (Šeblová a kol., 2018). Také Bujňák (2022) v souvislosti s úrazovou problematikou hovoří o „vhodném nemocničním zařízení“ pro transport nemocného, které je vybráno po prvotním vyšetření a stanovení diagnózy v přednemocničním terénu. Výběr „vhodného“

zařízení můžeme upozorovat např. u polytraumat, která jsou směřována primárně do tzv. traumacenter (Bujňák, 2022).

Každému jedinci je v případě návštěvy ZZ založena tzv. ambulantní karta obsahující soubor lékařských zpráv vypovídajících o důvodech provedených vyšetření s přidruženým klinickým stavem pacienta. Pro tento záznam je zásadní vyjádření lékaře k danému klinickému problému. Pakliže vyšetření a stav pacienta indikují nemocného k hospitalizaci, je vždy nutností stanovení lékařské diagnózy, která je tedy důvodem přijetí (Páral, 2020). Příjem pacienta k hospitalizaci je zajišťován pomocí příjmové ambulance, přičemž každé oddělení má svou ambulanci, která pacienta překládá na příslušné oddělení. Nemocný může být dále přijímán rovnou na oddělení, pakliže ambulance nemá 24hodinový provoz, a není pod záštitou centrálního příjmu nemocných (Kelnarová, 2016).

1.2.2 Oddělení urgentního příjmu

Oddělení urgentního příjmu neboli „emergency“ začalo postupně vznikat v 60. letech 20. století napříč USA, odkud se tento trend přesunul do Evropy. Jeho vývoj také závisel na úrovni a rozvoji akutní medicíny v daných zemích. Polák (2016) ve svém příspěvku uvádí, že samotný název „urgentní příjem“ nezachycuje z původního cizojazyčného označení „emergency department“ přesný překlad. Přesným překladem můžeme tento provoz označit spíše jako „pohotovost“. Tuto myšlenku podporuje také Remeš (2013), který urgentní příjem (UP) označuje jako část nemocničního zařízení fungujícího na základě ambulantní činnosti, kde se kumulují na jednom prostoru nejen příchozí pacienti, ale také personál různých odborností (Remeš 2013). Urgentní příjem lze definovat jako místo prvního kontaktu pacienta se zdravotnickým zařízením, představuje základní milník, kde se setkává přednemocniční a nemocniční péče, která se má vyznačovat především návazností, přičemž totožným cílem přednemocniční a nemocniční péče je zajištění nemocného. Zakládá se na systému sjednoceného prostoru, kam směřují akutní příjmy a „nově“ příchozí nemocní. Provoz tohoto oddělení je zajišťován 24 hodin denně (Ptáček, 2020). Šeblová (2018) čerpá z Věstníku Ministerstva zdravotnictví z r. 2015, jež UP prezentuje také jako pracoviště s nepřetržitým provozem, jehož péče začíná příchodem nemocného a končí rozhodnutím, jakému specialistovi bude nemocný předán, pakliže je rozhodnuto o jeho hospitalizaci (Šeblová, 2018). Péči napříč ZZ lze rozlišovat na standardní, intenzivní a resuscitační. Pacient však může být indikován okamžitě k operaci, takže jeho přesun nemusí být nutně pouze na jednu z uvedených jednotek,

nýbrž také okamžitě na operační sál (Remeš, 2013). Polák (2016) hovoří o tom, že část pacientů na UP dochází po vlastní ose, často ze svého přesvědčení, kdy svůj zdravotní stav vyhodnotí jako ohrožující, který si žádá péči. Mnozí z těchto příchozích nemusí vždy vyžadovat nutnou hospitalizaci, avšak pouze péči ambulantní, kdy dále mohou být doporučení do jiného druhu péče (Polák, 2018). Remeš (2018) přibližuje UP jako část ZZ, která má důležitou funkci určitého filtru, která vyhodnocuje a třídí pacienty, u kterých není třeba vždy hospitalizace, nýbrž pouze ambulantní ošetření.

1.2.3 Struktura urgentní příjmu

Trend sjednocování a následné třídění pacientů v jedné části ZZ se v České republice uplatňuje a dále úspěšně buduje napříč nemocnicemi. Pozorujeme, že síť těchto pracovišť stoupá po celé ploše území České republiky. Rozvržení a struktura se samozřejmě v každém takovém zařízení, může lišit. Některé UP mají vybudovaná přidružená lůžková oddělení neboli observační lůžka, kde je možná observace pacienta do 24 hodin. Po uplynutí doby je dle potřeby zaléčen a propuštěn, nebo naopak se odesílá dále k hospitalizaci na specializovanou jednotku.

Každopádně pro veškerá oddělení jsou stanoveny zákonné normy a podmínky dotýkající se personálního, prostorového a technického vybavení, které jsou definovány také pro pracoviště UP, musí tedy vycházet z nastavených legislativních nařízení od EU a Ministerstva zdravotnictví ČR (Polák, 2016). Šeblová (2018) zmiňuje krom strukturálního rozložení, také tři hlavní kritéria, které by měl UP v každém případě splňovat: 1. Jeho umístění by mělo být na přístupném místě všem přicházejícím pacientům, včetně transportů pomocí RZP. 2. Poskytovaná péče by měla být odpovídající kapacitám zařízení a korespondovat s nároky daného regionu. 3. Měl by napomáhat ke kontinuitě péče u všech příchozích pacientů z přednemocničního do nemocničního prostředí (Šeblová, 2018). Základní struktura urgentního příjmu je složena z následujících úseků, které jdou posloupně za sebou a graduji tak, aby byla pacientovi poskytnuta efektivně rychlá a odpovídající péče.

1.2.3.1 Recepce

První úsek, který je zároveň prvním kontaktním místem příchozího pacienta s nemocničním personálem, je recepce. Zde probíhá triáž neboli třídění, jež je založena na principu vyhodnocení zdravotního stavu pacienta, rovněž se určuje i stupeň naléhavosti ošetření a vhodné místo ošetření a typ ambulance (Věstník č. 9/2020, Ministerstvo zdravotnictví). Remeš (2018) se zmiňuje o nutnosti diskrétní zóny, která

umožňuje odebrání anamnézy a dalších potřebných informací o pacientovi (Remeš, 2013). Je vhodné v těsné blízkosti recepcce umístit čekárnu pro příchozí, kteří již absolvovali triáž a čekají na příslušné ošetření. Čekárna by měla přibližně korespondovat s kapacitou nemocničního zařízení a v nejlepším případě by měla být prostorově navržena, aby pojmul větší počet zraněných, např. při hromadném neštěstí, či počítala s pacienty s rizikem infekčního onemocnění (Věstník č. 9/2020, Ministerstvo zdravotnictví).

1.2.3.2 Ambulance

Druhý navazující úsek tvoří soustava ambulancí, které mohou mít charakter všeobecný i specializovaný, tedy dle oborového zaměření. Ambulance chirurgického typu v kontextu urgentního příjmu spadá ke specializovaným pracovištím, která mají za funkci plynule navazovat na předchozí úsek provozu. Příjmové ambulance lze v tomto duchu rozdělovat také na konzervativní, jejichž hlavním zástupcem bude např. interní ambulance a operační (chirurgické, traumatologické, urologické atd.) (Kapounová, 2020).

Ambulantní část je možno také rozlišovat dle závažnosti zdravotního stavu pacienta. Bezprahová ambulance – sem jsou primárně odkazováni přicházející pacienti, u kterých nedochází k ohrožení základních životních funkcí a jejich zdravotní stav se nevychyluje příliš od normálu, kdy není třeba zásadní vyšetření specialistou (Věstník č. 9/2020, Ministerstvo zdravotnictví). Druhým stupněm ambulantní části je „nízkoprahová“, tedy specializovaná ambulance. Odeslaní mají zachované vitální funkce, kdy jsou indikováni od zdravotnické záchranné služby (ZZS) či jsou odesláni svým praktickým lékařem nebo doporučení v procesu třídění. V tomto souboru ambulancí se nachází ambulance chirurgická, traumatologická, urologická, interní, neurologická atd. (Remeš, 2018). Na příslušné ambulanci se nachází specialista, který vyhodnocuje změnu ve zdravotním stavu pacienta a může využít i souvisejících expektačních lůžek, která slouží pro krátké uložení nemocného, dokud nebudou známy výsledky vyšetření či jiné okolnosti, které pomohou rozhodnout o tom, zda pacient půjde ambulantní cestou, či si jeho stav žádá hospitalizaci (v tom případě je dále odeslán na standardní či intenzivní jednotku) (Slezáková, 2021).

1.2.3.3 Emergency room

Vysokoprahová část, je tvořena výbavou pro intenzivní a resuscitační část. Z angličtiny často označována jako „emergency room“ nebo „crash room“. Prostor je vymezen pro

pacienty, jež mají ohroženy základní vitální funkce. V takových případech, je co nejrychlejší snaha o zajištění pacienta a napojení na kontinuální monitoraci. Personál se snaží minimalizovat čas strávený na UP a zároveň se snaží urychlit předání nemocného na vhodné oddělení intenzivní péče – ARO atd. (Remeš, 2013). Ve všech uvedených částech urgentního příjmu (UP) působí „konziliáři“ – tedy lékaři různých odborností, kteří na požadované oddělení účelně přichází zhodnotit specifika zdravotního stavu pacienta na vyžádání (Bartůněk, 2016).

1.2.3.4 Heliport

Heliport obecně představuje prostor, na němž probíhá předání pacienta od letecké záchranné služby. Heliportem nemohou disponovat všechna zařízení, ať už z hlediska prostorového, finančního, či personální. Pro jeho provoz musí zařízení splňovat dané podmínky, minimálně musí poskytovat vysoce specializovanou akutní lůžkovou péči a heliport musí být schválen Úřadem pro civilní letectví, za ideálních podmínek je možný denní i noční provoz bez omezení (Věstník č. 8/2019, Ministerstvo zdravotnictví).

1.2.4 Triáž

Termínem triáž označujeme proces tzv. „třídění“ příchozích nemocných. Systém je postavený na vyhodnocení naléhavosti zdravotního stavu pacienta, kdy podle následujícího výsledku lze nemocného zařadit do příslušné kategorie skórovacích systémů (Odehnalová, 2017). Šeblová (2018) hovoří o triáži také jako o systému vyhodnocení, který indikuje stav vitálních funkcí a jejich blízkost se ohrožením. Proces třídění pacientů je využíván jak v přednemocniční péči, tak při příjezdu do zdravotnického zařízení. Hlavním principem použití triáže se ukazuje stanovení klinické priority v ohledu na stav nemocného, a tedy i včasné zahájení preventivních opatření až pomoci ke stanovení diagnózy. Třídění svou funkcí definuje pořadí a časové spektrum, v jakém bude příchozímu nutno poskytnout odbornou zdravotnickou péči. Způsob třídění se obecně využívá tam, kde počet nemocných rapidně převyšuje počet zdravotníků. Neslučuje se tedy s myšlenkou, kdy se první příchozí pacient stane nutně prvním ošetřeným, ošetření je vedeno dle akutnosti, nikoliv podle pořadí. Myšlenkou triáže v prostředí urgentního příjmu je poskytnutí efektivní péče co největšímu počtu lidí (Hubáček, 2018). Samotné hodnocení nemocného probíhá na základě pětistupňového systému. Dochází k odebrání anamnézy pacienta a zjištění příznaků, na které dotýčný poukazuje. Následně se součet potíží zasadí již na dopředu definovaný diagram, který indikuje priority ošetření. Každý stupeň priority obsahuje charakteristická specifika a je

označen barvou. Zjednodušeně popsaný systém se oficiálně nazývá Manchester Triage System. V dnešní době je snaha o jeho neustálé zdokonalování. Jeho využití můžeme vidět v zemích, jako je Austrálie, Kanada, ale také Rakousko, Německo, včetně České republiky (Polák, 2016).

1.2.4.1 Příjmová ambulance v chirurgických oborech

Příjmová ambulance chirurgického typu v komplexu oddělení urgentního příjmu spadá ke specializovaným pracovištím s neomezenou pohotovostní dobou. Typ ambulancí operativního (chirurgického) typu zajišťuje vyšetření a následné ošetření úrazů či zaléčení onemocnění chirurgické povahy, hlavními zástupci těchto oborů jsou např.: všeobecná chirurgie, úrazová a plastická chirurgie, ortopedie či urologie (Slezáková, 2019). Každé ze zmíněných pracovišť má svého sloužícího lékaře, ošetrovatelský a další nižší nelékařský personál na zajištění chodu činnosti. Nejčastější lékařské diagnózy, jež zpracovává úsek chirurgických ambulancí, jsou v oboru úrazové a plastické chirurgie především kontuze, komoče, traumatické úrazy končetin a hlavy, dále ve velké míře zlomeniny a přidružené zhmoždění tkání. Mechanismus poranění nejčastěji vzniká při dopravních nehodách, v domácnosti či sportu. V oblasti všeobecné chirurgie se v nejvyšší incidenci objevují akutní bolesti břicha, akutní gastritidy, vředové choroby, krvácení do gastrointestinálního traktu, kolitidy atd. (Kelnarová, 2016; Navrátil, 2017). Oddělení jakéhokoliv chirurgického typu lze rozčlenit na ambulantní, lůžkovou a operační část. Z hlediska stavebního uspořádání by měl být jakožto první ambulantní úsek a místo kontaktu s pacientem umístěno ideálně v přízemí, aby umožňovalo ideálním přístup (Slezáková, 2019). Ambulantní trakt se může skládat z několika částí, avšak jejich přítomnost není nutně podmínkou. Základním prostorovým uspořádáním je vyšetřovna, ordinace lékaře, v některých případech také pracovna sestry, provozní místnost pro materiální zásobení (Burda, 2016). Při řadě chirurgických pracovišť nalezneme RTG, sádrovnu, septický a aseptický sálek, kde je možné provádět řadu menších operačních zákroků atd. Prostor musí splňovat jisté technické a materiální zabezpečení. Krom základního nábytku či kartotéky je zapotřebí lékárna a využívaná medikace, plocha pro jejich přípravu, ale také pro přípravu zákroků, sterilní pomůcky a nástroje, infuzní vybavení (Simbawa et al., 2021).

1.2.5 Ošetrovatelský proces při akutním příjmu pacienta

Ošetrovatelský proces se zakládá na naplňování potřeb pacienta nemocného prostřednictvím ošetrovatelské péče, kterou zajišťuje ošetrovatelský personál. Konečným

motivem samotného procesu je v ideálním případě uspokojení potřeb nemocného. Metoda a využití ošetrovatelského procesu je objasněna v Koncepci ošetrovatelství České republiky, konkrétně ve věstníku Ministerstva zdravotnictví ve vyhlášce č. 55/2011, kdy je tato metoda přiblížena jako primární pracovní nástroj ošetrovatelského týmu (Dingová, 2018). Tothová (2014) definuje ošetrovatelský proces jako metodu, jež je systematická, racionální a cyklická v oblasti poskytování ošetrovatelské péče. Lze ji aplikovat v různém spektru, jak na samotného jedince, tak celou komunitu. Pracuje na bázi neustálého přehodnocování poskytované ošetrovatelské péče v interakci s aktuálním stavem nemocného, a napomáhá tak jejímu zkvalitňování (Tothová, 2014). Proces by měl přinášet prevenci, odstranění či zmírnění problémů s ohledem na individualitu nemocného. Skládá se z pěti fází (posouzení, diagnostika, plánování, realizace, vyhodnocení), které ve své posloupnosti napomáhají s rozpoznáním neuspokojených a porušených potřeb a vedou k následné realizaci plánu usilujícího o jejich obnovu. Po zasazení procesu do praxe je nutné přínos jednotlivých ošetrovatelských diagnóz zhodnotit, zda naplnění narušených potřeb bylo úspěšné (Janíková, Zeleníková, 2013)

1.3 Odběr ošetrovatelské anamnézy

V případě prvního kontaktu nemocného a sestry je primární odebrání ošetrovatelské anamnézy a následné zajištění ordinací lékaře až do stanovení léčby. Ševčíková (2019) uvádí, že každá sestra zhodnocuje aktuální stav potřeb nemocného při přijetí na příjmové ambulanci, avšak jejich zhodnocení by mělo probíhat i nadále, a to po celou dobu hospitalizace na všech jednotkách. Hanuš (2015) mluví o anamnéze jako o základu diagnosticko-léčebného procesu, který je zásadní pro všechny obory, včetně těch chirurgických. Anamnéza je komplexní a svou orientaci zaměřuje na veškerá spektra života jedince (osobní, rodinou, pracovní, sociální farmakologickou atd). Základem anamnézy je získání, co největšího množství informací, které nás přiblíží k řešení a ideálně příčině problému, tzv. nynějšího onemocnění, tedy k akutním potížím nemocného (Hanuš, 2015).

Sběr ošetrovatelské anamnézy představuje první fázi ošetrovatelského procesu. Získání nutných informací a posouzení potřeb nemocného probíhá nejčastěji pomocí rozhovoru. Nejedlá (2015) anamnézu popisuje jako řízený rozhovor, který má své schéma a náležitosti, aby představoval přínos při stanovení diagnózy. Funkci jednotlivých diagnóz si lze vysvětlit jako pojmenování problémů nemocného a navržení vhodného řešení

(Nejedlá, 2015). K informacím se lze dobrat za pomoci pozorování či rozhovoru s doprovázející osobou, ideálně rodinným příslušníkem. V této návaznosti upozorňuje Bartůněk (2016) na odběr anamnézy u pacientů v akutních stavech jako na obtížný proces. Jelikož je nutné si uvědomit, že každý přijatý pacient nemusí být schopen rozhovoru, tudíž není možné vždy získat validní data. V takové situaci se personál obrací na dosavadní dokumentaci, tedy předchorobí, informace z místa zásahu RZP, anebo právě zmiňované rodinné příslušníky (Bartůněk, 2016). Hodnocení porušených potřeb při odběru anamnézy probíhá ve dvou rovinách. Ševčíková (2019) odkazuje na posouzení pacienta na podkladě objektivních informací tak, aby subjektivní pohled sestry neovlivňoval navržení ošetřovatelské diagnózy. Proto je vhodné, aby se sestra orientovala a odkazovala na vědecky podložené nástroje, např. standardy, hodnotící škály prevence dekubitů, bolesti atd. (Ševčíková, 2019). Výčet ošetřovatelských diagnóz je seskupen v klasifikačním systému NANDA taxonomie v aktuálním vydání 2018–2020, které může všeobecným sestřím napomoci s výběrem vhodné diagnózy, skládá se z domén a tříd, které se následně kategorizují v jednotlivé diagnózy (Hedrman, 2010). Plevová (2022) dodává, že ošetřovatelské zhodnocení napomáhá k rozpoznání aktuálních a potenciálních zdravotních problémů. Subjektivní rovina hodnocení pacienta se zakládá na pocitech a vnímání potíží nemocným. Rovina objektivní se zakládá na odborném zhodnocení lékaře a ošetřovatelského personálu, kdy informace nezískáváme pouze rozhovorem, nýbrž díky zmíněnému pozorování a testování. Posuzování probíhá kontinuálně po celou dobu ošetření až do konce poskytování péče (Plevová, 2022).

1.3.1 Fyzikální vyšetření sestrou

Cenným zdrojem je dále fyzikální vyšetření, jež spadá do objektivního přísunu informací, kdy personál hodnotí pacienta za pomoci pohledu, poslechu, pohmatu a poklepu, případně per rectum (Plevová, 2022). V oblasti břišní chirurgie využíváme všech „5P“, přičemž u žen je zapotřebí i vyšetření per vaginam. V oblasti vyšetření břicha můžeme identifikovat střevní peristaltiku, také pozorovat bolestivost, dokonce i přítomnost tekutiny. Vyšetření per rectum, které dominuje především v břišní chirurgii, může napomoci při dokazování ileózních stavů, které se řadí do akutních stavů (Berková, 2019). Klinické vyšetření je prováděno u všech příchozích pacientů a tvoří součást vstupního vyšetření. Ačkoliv se jedná již o poněkud starší metodu vyšetřování, má v moderní medicíně stále své místo. Hlavní výhodou je úzký kontakt zdravotníka

a nemocného, nejedná se pouze o kontakt fyzický, jeho efektivita se odráží i na psychice nemocného (Plevová, 2022).

Jestliže je stav pacienta velmi nestabilní a hrozí selhání vitálních funkcí, upřednostňuje se vyšetření systémem ABCDE neboli také ATLS protokol. ATLS protokol byl navržen pro nouzové situace, kdy je přítomen pouze jeden lékař a jedna sestra. V současné době je ATLS protokol využíván standardně při prvním kontaktu s pacientem v traumatických centrech. Koncept ATLS zdůrazňuje vstupní zhodnocení nemocného v jistém logickém sledu. Mnemotechnickou pomůcku při primárním zhodnocení představují písmena ABCDE, jež definují specifické uspořádání jednotlivých vyšetření a intervencí, které se zajišťují při většině traumat (Kool, Blickman, 2007). Zmíněné hodnocení je především využíváno v přednemocničním terénu a při prvotním vyšetření pacienta v ZZ. Zhodnocuje stav a průchodnost dýchacích cest, ventilaci nemocného, oběhovou stabilitu, stav vědomí, a celkové zhodnocení jedince (Berková, 2019). Bartůněk (2016) v kapitole o diagnostických metodách mluví o fyzikálním vyšetření jako o nutnosti při vstupní prohlídce, která je indikována samotným uložením nemocného na lůžko, však také jako prvotní připomíná kontrolu vitálních funkcí, potažmo jejich zajištění (Bartůněk, 2016). V oblasti traumatologie, tedy specializovaného oboru chirurgie, se nemocný s polytraumatem či v bezvědomí vyšetřuje především pomocí ATLS protokolu. Stabilní pacienti v kontextu úrazové problematiky podstupují fyzikální vyšetření do jisté míry prohlédnutí „od hlavy až k patě“ a další přidružená vyšetření k jejich nálezu (Bujňák, 2022). Nejedlá (2015) upozorňuje na maximalizaci intimity a zachování důstojnosti nemocného, ať je vyšetření prováděno při příjmu nebo znovu za dobu hospitalizace. Vždy je třeba pacienta informovat o samotném průběhu a dostatečně ho instruovat ke spolupráci (Nejedlá, 2015). Součástí fyzikálního vyšetření je také měření fyzikálních funkcí, posléze rychlé zareagování na jejich odchylky. Fyzikální funkce podléhající měření jsou krevní tlak, tepová a dechová frekvence, tělesná teplota. Při celkovém hodnocení nemocného si všímáme také stavu hydratace, barvy a prokrvení kůže, dále provádíme poslech plic a srdce. Hodnotíme také psychický stav nemocného, přiléhavost odpovědi v rozhovoru (Berková, 2019). Také Zacharová (2017) uvádí, že adaptace na nemocniční prostředí je spojitý proces, který zasahuje nemocného jako holistickou bytost. Personál by měl během příjmu a následné hospitalizace u pacienta sledovat nejen fyziologické funkce, nýbrž brát zřetel také na psychické změny, které často korespondují se změnou prostředí (Zacharová, 2017). Neodmyslitelnou součástí již od první chvíle

příchodu pacienta je zjištění, zda pociťuje nějaké bolesti, pakliže není verbalizace schopen, je personál odkázán na pozorování náznaků a reakcí na možné bolestivé podněty (Berková, 2019).

1.3.2 Monitoring

Bartůněk (2016) označuje monitoraci, tedy sledování, jako přídavný zdroj informací přibližující vývoj pacientova stavu. Nejedná se o léčebný prvek, nýbrž o pomocný nástroj pro navržení odpovídající péče. Monitorovat dané funkce lze jak v jednotlivých časových úsecích, tak kontinuálně. Základními parametry, které jsou vyžadovány při příjmu pacienta, jsou srdeční frekvence a rytmus, tělesná teplota, krevní tlak, počet dechů, míra saturace a také diuréza (Bartůněk, 2016). Šliková (2018) uvádí, že získané fyziologické hodnoty korespondují s celkovým stavem nemocného, kdy jejich monitorace je zásadní nejen při příjmu pacienta, avšak i při veškerých prováděných vyšetřeních. Kapounová (2020) dodává, že slouží nejen ke sledování jednotlivých vyžádaných funkcí, ale napomáhá i k vhodnému reagování na změny hodnot a k terapeutickému řešení. V dnešní době je díky rozsáhlé přístrojové technice a neustálému pokroku v oblasti medicíny možné zaznamenávat široké množství údajů. Novodobý trend je vítaný, avšak v posledních letech se dostává do popředí tzv. „data overloading“. Tento termín označuje fenomén spojený s obrovským množstvím výsledků, které nemusí v diagnosticko-léčebném procesu vždy nutně znamenat přísun užitečných informací. Jak popisuje Kapounová (2020), mnohdy se kvůli tomuto jevu může zhoršovat povědomí o nemocném, především ve vyhodnocení jeho zdravotního stavu a následně v poskytnutí adekvátní péče. S tímto faktem se v dnešní době začíná prosazovat myšlenka „individuálního monitorování“, jež nabádá ke snaze sledovat především taková data, o která se lze v dané klinické situaci opřít a svým přínosem představují základnu pro následný diagnosticko-léčebný postup (Kapounová, 2020). Je nutné si zodpovědět i negativa monitorace, kdy může přinášet v některých případech až zbytečné zatížení pacienta, a to v konceptu invazivního měření, tedy metody měření, kdy dochází k porušení kožního krytu nemocného. S tím souvisí také možný výskyt bolesti jako odpovědi na monitorační techniky, ale také riziko infekce, jež je spjaté především se zmíněnými invazivními vstupy (Nejedlá, 2015).

V následné, druhé fázi ošetrovatelského procesu, se stanovuje ošetrovatelský problém, tedy porušená potřeba, která se prezentuje pod ošetrovatelskou diagnózu a zařadí se do stanovených kategorií, jež jsou klasifikovány pomocí systému ošetrovatelských diagnóz,

tzv. NANDA taxonomie. Aktuálně se jejich počet pohybuje okolo 200 diagnóz a další jsou stále přidávány (Plevová, 2022). Příklady ošetřovatelských diagnóz, na které sestry intervnují v prostředí celého ZZ a příjmových ambulancí, je mnoho. V souvislosti se změnou zdravotního stavu a změnou prostředí. Tyto diagnózy sestra stanovuje na základě projevů, které sleduje a vyhodnocuje. Nejčastěji pacienti trpí narušenou schopností pohyblivosti, akutní zmateností, bezmocností, strachem, úzkostí, narušenou integritou kůže až narušenou integritou tkáně, akutní bolestí atd. (Herdman, 2020).

V navazující části procesu se uplatňuje navržený ošetřovatelský plán, jehož cílem je poskytnutí adekvátní péče, a tím působení na ošetřovatelský problém, který se díky intervenci personálu daří odstranit, nebo alespoň zmírnit. Principem vývoje plánu je úzká spolupráce s pacientem. Jedním z hlavních bodů v této části je rozlišení krátkodobých a dlouhodobých cílů, které jsou základem každého stanoveného plánu. V momentě, kdy dochází k vytvoření ošetřovatelského plánu s příslušnými intervencemi, je plán přestaven nemocnému k následné realizaci. Jestliže došlo k naplnění daných intervencí, dochází ke zpětnému zhodnocení poskytnuté péče a vyhodnocení, zda plán zvládl naplnit poškozené potřeby. Pakliže se tomu tak nestalo, přepracuje se nový ošetřovatelský plán, který se dále stejným způsobem aplikuje (Dingová, 2018).

1.4 Potřeby pacienta

Potřeby je možné podle literárních pramenů rozlišovat do několika kategorií. Všechny se však zakládají na podobném principu, proto tedy lze souhrnně říci, že potřeby fungují jako jisté impulzy, které každého jedince „nutí“ ke splnění podmínek, jež jsou zásadní pro zachování jeho bytí. Zacharová (2017) hovoří o saturaci potřeb jako o „nekonečném procesu“, který začíná pokaždé, kdy dojde k uspokojení potřeb předchozích. Neustálý tok potřeb se zaslouhuje o zachování kvality života jedince. V kontextu ošetřovatelství Ptáček (2014) odkazuje v kapitole „Úloha sester v moderním ošetřovatelství“ na myšlenku Virginie A. Hendersonové, která položila mnohé teoretické základy ošetřovatelství. Hovořila o funkci sester jako o zprostředkovatelích soběstačnosti, což je pro zdravého, ale i nemocného jedince základní prostředek podporující jeho autonomii a udržování kvality života. Krátká (2018) ve svém příspěvku také podporuje myšlenku Hendersonové a dodává, že náplní sesterské profese je systematické a cílené uspokojování potřeb člověka. Žebříček potřeb je pro každého jedince různý, pakliže se nejedná o potřeby základní neboli nižší, které zajišťují bazální fungování organismu. Na druhé straně stojí vyšší potřeby, tedy ty, jež napomáhají k rozvoji a růstu osobnosti a obecně jsou

orientované na psychosociální oblast (Plevová, 2019). Pro pochopení procesu posloupnosti naplňování lidských potřeb je nutné začlenit determinanty mnohdy ovlivňující žebříček hodnot. Determinanty se vztahují k biologickým, psychologickým a sociálním aspektům v životě jedince, např. životnímu standardu, výchově, spiritualitě atd. (Krátká, 2018). Nejvíce rozšířeným schématem je teorie „pořadí prožívané naléhavosti potřeb“ podle A. Maslowa známá především jako „hierarchie potřeb“. Hierarchie je často vizuálně znázorněna do pyramidy a jak již bylo řečeno, na jejím základě stojí fyziologické funkce (spánek, potrava, tekutiny, reprodukce, odpočinek). Dále, čím výše je kategorie položena, tím více souvisí s růstem a seberealizací jedince. Obecně se k vyšším potřebám obracíme po uspokojení potřeb základních (Bednařík, 2020).

S ohledem na téma práce budou v následujících podkapitolách některé z potřeb více rozebrány. Vizualizace hierarchie potřeb je obsažena v přílohách (viz. č. 5).

1.4.1 Faktory ovlivňující potřeby pacienta

Ve stavu zdraví je každý jedinec schopen zajišťovat své potřeby vlastní činností, má tedy do jisté míry kontrolu nad svým životem. Bednařík (2020) hovoří o autonomii jako o indikátoru spokojenosti. Možnost ovlivňovat a podílet se na pohybu událostí jedinci přináší pocit štěstí. I proto Bednařík přibližuje stav nemoci jako ztrátu kontroly, v případě těžkých patologických stavů může dojít až k ochromení autonomie ve všech rovinách života (Bednařík, 2020). Proto je jednou z hlavních intervencí sester myslet na aktivní zapojení nemocného do činností napříč ošetrovatelským procesem a podporovat návrat jeho autonomie a sebepéče zpět (Ptáček, 2014; O'Hare et al., 2018). Faktory, které zasahují do procesu saturace potřeb, mohou být na bázi vnitřních a vnějších. Jeden z nejpodstatnějších faktorů je lidská individualita, tedy osobnost člověka. Do tohoto konceptu spadá typologie člověka, temperament, emocionální stabilita jedince, obecně odolnost vůči zátěžovým situacím (Plevová, 2019). Další determinant se váže k vývojovému stadiu jedince, jenž je udáván věkem nemocného, avšak také mentální zralostí, která nemusí nutně korespondovat se stářím jedince. Rozdíly mohou být patrné především u mentálně hendikepovaných pacientů či psychiatrických pacientů. Priority uspokojování potřeb zde nemusí odpovídat „standardním“ způsobům, jelikož mají sklony k reakcím založeným na pudovém chování. Obecně může být naplňování řady potřeb přeneseno na jejich okolí, jelikož autonomie je v řadě činností snížena. U menších dětí či

naopak u seniorů může být zvýšená potřeba v oblasti bezpečí a jistoty, sounáležitosti a lásky (Trachtová, 2018).

Ačkoliv následující faktor nemusí působit jako patřičný důvod k odlišnému prožívání a vnímání přítomnosti nemoci, jeho vliv je jedním z předních činitelů utvářející prostředí, se kterým jsme v neustále interakci. Tímto faktorem je míněna kultura. Za hlavní jednotku kultury můžeme označit i rodinu a s ní spjaté mezilidské vztahy působící na jedince. Dochází velmi často k osvojení si nevědomých vzorců chování, které se promítají do vyjadřování, reagování či potlačování některých potřeb. Rodina funguje, především pro nemocného, v určitých věkových kategoriích, nejen v dětském věku, nýbrž také např. ve věku seniorském, jako útočiště a vytržením z prostředí může být porušena potřeba bezpečí a jistoty (Burda, 2016).

1.4.2 Nemoc

Změna ve stavu lidského zdraví zasahuje do všech částí života jedince, pakliže je chápán jako komplexní a spojitá holistická bytost. Proto věnujeme tématu nemoci podkapitulu, a to pro širší vymezení tohoto termínu. Stále však nemoc spadá do souboru faktorů, které ovlivňují potřeby jedince. Představuje překážku, která znesnadňuje proces uspokojování potřeb. Každý člověk na omezení uspokojování potřeb reaguje různě.

Nemoc, můžeme kategorizovat různě, např. v souvislosti s jejím vzplanutím. Z hlediska akutní formy se většinou jedná o přechod z plného zdraví. Symptomatologie je zde mnohem razantnější, proto s sebou v takovém případě doprovodný stav psychického ladění nemocného přináší zneklidnění, úzkost a strach (Zacharová, 2017). Zacharová (2017) dále nemoc popisuje jako rozvrácení rovnováhy. Svou přítomností vzbuzuje jedince ke změně jeho dosavadního životního stylu a rutinních zvyklostí. Trachtová (2018) uvádí, že sami nemocní se primárně soustředí na saturaci svých fyziologických potřeb, a až poté analyzují potřeby vyšší. Dingová (2018) hovoří o saturaci potřeb z pohledu ošetrovatelského personálu, kdy v příspěvku o posouzení pacienta zmiňuje nutnost zajištění bazálních potřeb pacienta. Pakliže k tomu nedojde, může dojít k ohrožení jeho života. Na druhou stranu lidský organismus je schopný se do jisté míry přizpůsobit i v patofyziologických stavech, což zajišťují adaptační mechanismy napomáhající disfunkci do poslední chvíle kompenzovat. Jochmanová (2021) o takové funkci hovoří i z hlediska psychologického. Nemoc nutí jedince se adaptovat. Proces adaptace začíná již od prvních příznaků nemoci a probíhá po celou dobu diagnostického

i terapeutického procesu. Pakliže dochází k stabilizaci zdravotního stavu pacienta, jedinec se musí dále vypořádávat také s léčebnými metodami a terapeutickými intervencemi. Pacienti volí své adaptační, tzv. copingové, strategie, díky nimž se snaží nemocní vypořádat s těžkými životními situacemi (Jochmanová, 2021)

1.5 Omezení životních potřeb

S termínem nemoc také velmi úzce souvisí pojem „disabilita“, což znamená omezení či neschopnost něčeho. Disabilitu můžeme v kontextu ošetřovatelství vnímat jako omezení např.: pohybu, rozhodování, samoobsluhy, myšlení atd. Každý nemocný jedinec s omezenou funkční schopností na úrovni pohybu naráží na limity nacházející se v prostředí. Nemoc vytváří skutečnost, kdy řadu rutinních činností nelze zhotovit obvyklým způsobem. Pakliže je jedinec dlouhodobě zasažen disabilitou, omezení se promítá do chování v podobě stresu, smutku, nejistoty až nepřátelství (Ptáček, 2021). Zacharová (2017) odkazuje v podkapitole „omezení životních potřeb“ na Bártlovou, která potřeby v období nemoci rozděluje do tří kategorií: neměnné, modifikované nemoci a vzniklé nemoci. Neměnné potřeby jsou shodné jak u zdravého, tak u nemocného člověka. Jak již bylo zmíněno v této kapitole, jedná se o základní, tedy biologické potřeby. Význam saturace těchto hodnot může být intenzivnější především v období nemoci a jejich naplňování může být odlišné od stavu plného zdraví. Trachtová (2018) dodává, že v případě, kdy je saturace těchto potřeb aktuální, dostávají se do popředí a ovlivňují tak chování člověka. Soubor základních potřeb zahrnuje: spánek, výživu, tekutiny, avšak také pocit bezpečí a jistoty, jež je v souvislosti s onemocněním či nadcházející hospitalizací nerušen (Zacharová, 2017). Jochmanová (2021) uvádí, že klíčový prvek pro duševní stabilitu hraje pocit bezpečí. S tím spojená hypersenzitivita, tedy přecitlivělost, může být odpovědí na nově vzniklé onemocnění i na formu chronické choroby, jelikož taková situace představuje změnu a s tím pro lidský organismus související zátěž. Jochmanová se zmiňuje ještě o tzv. „potřebě místa“, kterou lze pojmout také jako teritoriální vyznačení osobního prostoru, tedy vnímání vlastního těla. Zasažení do naší intimity a osobního prostoru často vyvolává agresivní odpověď (Jochmanová, 2021).

Potřeby modifikované nemoci se dají označit za nejsložitější kategorii, jelikož sem spadá žebříček individuálních hodnot, který je odlišný u každého jedince. Jde především o potřeby vyšší, orientované do psychosociální oblasti (např.: autonomie, sounáležitost,

seberealizace, potřeba poznání, sebeúcta atd). Trachtová (2018) připomíná, že zvýšenou pozornost si žádají především potřeby sociální. Jejich modifikace může být přechodná, avšak záleží na stavu závažnosti a fázi onemocnění. Jejich absence se přítomností choroby často redukuje, v některých případech se přímo vytrácí. Jeden z prvků modifikující saturaci potřeb je míra pozornosti, a tím ovlivnění vnímání příznaků. Míra pozornosti je v silné interakci s prožíváním symptomů. V takovém případě je velmi dobré zaměstnávat pozornost nemocného, jelikož podle řady výzkumů má člověk omezenou schopnost soustředit se na více podnětů ve svém okolí. Ayers Susan (2015) hovoří o výsledcích výzkumů v kontextu pozornosti a vnímání příznaků. Jedinci nacházející se v nestimulujícím se prostředí, tedy lidé žijící sami či bez zapojení do ošetrovatelského procesu, hlásí více příznaků. Autorka vysvětluje, že odvedením pozornosti pomocí různých technik lze snížit pocit vnímání symptomů, navrhuje tento postup aplikovat především při zvládání bolesti (Ayers, 2015).

Poslední kategorií podle Bártlové jsou potřeby vzniklé nemocí, které závisí na řadě determinantů. Např.: závažnosti nemoci, předchozí zkušenosti pacienta se zdravotnickou péčí, chování ošetrovatelského personálu atd. Potřeby, jež bude nutné nově saturovat v případě přítomnosti onemocnění, jsou nejčastěji: tlumení bolesti, obnovení autonomie či dokonce příprava na novou sociální roli (Zacharová, 2017).

1.5.1 Potřeby pacienta při akutním příjmu

Saturace potřeb a hodnoty pacienta se modifikují přítomností nemoci, a to se promítá v uspořádání Marlowovi pyramidy. V této podkapitole budou ve stručnosti zmíněny ty potřeby, které jsou hospitalizací a onemocněním obecně nejvíce zasaženy. Z podkapitoly budou vynechány potřeby fyziologické, které již byly výše popsány (Trachtová, 2018).

Bezpečí a jistota

Zacharová (2017) se zmiňuje o vzniku onemocnění jako o přechodu z plného zdraví, kdy náhlá změna zdravotního stavu je pro nemocného natolik šokující, že může být až psychicky alterován. Akutní forma sebou přináší tedy velmi rychlé nabourání pocitu bezpečí a jistoty, jelikož bezprostředně odbourává pocit kontroly (Zacharová, 2017). Kapounová (2020) upozorňuje, že pocit nebezpečí může být založen nejen na ztrátě autonomie a zhoršení fyziologických funkcí, avšak z velké části se na míře jistoty podílí právě informovanost pacienta (Kapounová, 2020). Dalším faktorem ztráty bezpečí u pacientů je omezení sociálních kontaktů a vytržením ze známého prostředí. Na takové

změny reagují hypersenzitivně především děti a senioři (Zacharová, 2017; Klevetová, 2017).

Potřeba sociální kontaktu

Paulík (2017) hovoří o účincích mezilidských vztahů jako o inhibitorych stresu. Odkazuje na Křivohlavého (1994), který vysvětluje kontext sociální opory ve spojitosti se změnou a adaptací. Dle jeho názoru je sociální opora nezbytná pro komplexnost lidských sociálních potřeb. Jako primární zdroj opory pracuje Paulík (2017) s rodinou, kde tvrdí, že pozitivní vazby v rodině, v krizových situacích napomáhají k lepším adaptačním procesům. V případě akutního příjmu pacienta je potřeba sociálního kontaktu obtížně saturována. Jelikož pacient je vytržen ze svého přirozeného prostředí. V takovém případě by do jisté míry měl sociální oporu nahrazovat ošetrovatelský personál. Ptáček (2014) uvádí stejně jako Trachtová (2018), že mezilidské vztahy podporují také potřeby sounáležitosti, prohlubují akceptaci a přinášají pocit důvěry.

Potřeba autonomie (soběstačnosti)

Období nemoci mnohdy znesnadňuje i rutinní činnosti, které v období zdraví mohly být automatické. V některých případech může být pacient tak psychicky a fyzicky indisponován, kdy se dopomoc může dotýkat bazálních aktivit (stravování, vyprazdňování, hygiena). Kapounová (2020) podotýká, že sestra by nemocnému měla dopomoci pouze v činnostech, v kterých pacient pomoci potřebuje. V situaci akutního příjmu, by měl mít personál na paměti rozdíl, mezi schopností pacienta činnost vykonat, nebo o ní alespoň rozhodnout. Mnohdy personál přejímá činnosti za nemocného, jelikož je pro něj proces komplexního zajištění časově šetrnější než pouze dopomoc. Avšak jednou z „funkcí“ autonomie není pouze pocit kontroly nad svým životem, avšak také slouží jako motivátor k lepším výsledkům, což může být v ošetrovatelském procesu zásadní (Kapounová, 2020). Stejně tak Ptáček (2017) v kontextu autonomie ve stáří hovoří o soběstačnosti jako o „pohonu“ dalších činností. Uvádí také, že u seniorů se tak redukuje pocit, že představují zátěž pro své okolí (Ptáček, 2021).

Potřeba aktivity a pohybu

Klevetová (2017) ve svém příspěvku hovoří o nutnosti pravidelného pohybu, jelikož pohyb ovlivňuje kladně nejen fyzickou stránku jedince, avšak působí i na psychickou stránku díky rozvoji autonomie. Se změnou zdravotního stavu v případě akutně vzniklých

onemocnění souvisí nemožnost pohybu, která může přivádět pacienta do stavů nečinnosti a přivodit redukci podmětů. Krom redukce podmětů je nemocný především v akutní fázi ovlivněn bolestí, jež je pro něj často nový podměť, který ovlivňuje jeho psychiku. Proto by měl personál stále bolest monitorovat a reagovat na ni.

Je nutné v souvislosti s aktivitami zmínit, že velkou frustraci přináší nemocným vynechání z ošetřovatelského procesu, kdy se pacient nedobrovolně zhostí role pasivního účastníka. Pakliže je to v silách nemocného, personál by měl myslet na jeho neustálé zapojení do činností (Trachtová, 2018). Ptáček (2021) se zaměřuje na podstatu aktivizace seniorů a potvrzuje fakt, že možnost výkonu různých aktivit, které nevyžadují plnou ani částečnou dopomoc, se odráží pozitivně na sebevědomí a psychice jedince. Hovoří o aktivitě v seniorském věku jako jistém determinantu kvality života.

1.5.2 Bolest

Paulík (2017) popisuje bolest jako nepříjemný vjem, jehož funkcí je upozornění na možné poškození organismu v důsledku vnějšího či vnitřního působení. Je nutné upozornit, že poškození přitom nemusí být vždy reálné. Zacharová (2017) odkazuje na Křivohlavého (2002), podle kterého bolest leží na „pomezí fyziologie a psychologie“. Velmi zjednodušeně řečeno – za vnímání bolesti z fyziologického hlediska jsou zodpovědné tzv. nocireceptory, což jsou nervová zakončení přítomná především na povrchu periferie. Do organismu je bolest vedena prostřednictvím mnoha nervových vláken. Bazální rozdělení bolestivých vjemů se odehrává v páteřní míše, kde dochází k rozhodnutí, zda bude podměť vnímán jako bolestivý. Rozhodnutí je založeno na základě vzruchů plynoucích z oblasti centra a periferie (Paulík, 2017; Trachtová, 2018). Z psychologického hlediska se na vnímání bolesti podílí nespočet okolností. Vnímání je silně subjektivní a pojí se s konkrétním pacientem a jeho individualitou. Je determinováno např.: temperamentem nemocného, typem bolesti, lokalizací, vyčerpáním, dosavadní zkušeností s bolestí, strachem atd. Kabelka (2022) upozorňuje na rozdílné vnímání bolesti u seniorů na rozdíl od ostatních skupin populace. Jelikož se mnohdy snižují kognitivní schopnosti a možnost verbální interpretace, velkou podstatu na diagnostice bolesti má ošetřovatelský personál (Kabelka, 2022). V seniorském věku se „otupuje“ senzitivita receptorů bolesti, avšak na druhé straně upadají i jisté fyziologické mechanismy tlumící bolest. Proto je nutné si při práci se seniorem všimnout neverbálních projevů a reakcí (Rokyta a kol., 2017; Wray et al., 2021).

Bolest můžeme rozlišovat podle doby trvání, většina literárních pramenů uvádí, že pokud jedinec trpí bolestí více jak půl roku, jedná se o bolest chronickou. Trachtová (2018) hovoří o tom, že chronická bolest již nemá pro jedince funkci signalizační a ochrannou jakožto bolest akutní. Akutní bolest na rozdíl od bolesti chronické, lze snáz lokalizovat, proto lze i efektivněji zjistit její příčinu. Její charakter je většinou intenzivní a náhlý a v takovém momentě představuje pro pacienta silnou zátěž. Působení není zpravidla tak dlouhé, po odstranění příčiny se většinou epizody neopakují. Svým působením se akutní bolest velmi často promítá v chování pacienta křikem, agresí nebo nespoluprací. Iniciuje se také opocením, tachypnoe, spasticitou, bledou barvou kůže atd. (Rokyta a kol., 2017).

Aby se dalo na bolest efektivně reagovat, je nezbytné zhodnocení její intenzity. Jedním ze základních úkolů zdravotníka je redukce bolesti nemocného (Zacharová, 2017). Nejčastější hodnocení je založeno na subjektivních pocitech pacienta za pomoci tzv. vizuální analogové škály (VAS). Škála má číselné rozpětí 1 až 10, na kterém pacient znázorní intenzitu své bolesti, dále se zjišťuje charakter, lokalizace bolesti a popřípadě její propagace. Bolest se do dokumentace značí v jednotkách centimetrů. Hodnoty mohou být použity ke sledování progresu bolesti u pacienta nebo k porovnání bolesti mezi pacienty s podobnými stavy. Kromě bolesti byla stupnice také použita k hodnocení nálady, chuti k jídlu, astmatu, dyspepsie a chůze (Delgado et al., 2018). Avšak základem je především vnímavost zdravotnického personálu k nemocnému (Rokyta a kol., 2017; Trachtová, 2018). Redukce bolesti je nejčastěji řízena pomocí farmakoterapie, fyzioterapie a chirurgických intervencí. V nemocničních zařízeních se zapomíná na možnost psychologicko-relaxačních metod. Obecně je cílem léčby bolesti její odstranění a zkvalitnění života jedince (Hakl, 2018).

1.6 Vztah sestry a pacient

Včasná a vhodná saturace potřeb pacienta může představovat do jisté míry rovnítko pro míru kvality poskytované péče v ZZ. Na kvalitu zdravotnické péče lze pohlížet na základě mnoha měřítek, právě jedním z nich je „spokojenost“ pacienta s poskytnutou péčí. Nemocný dokáže především posoudit spokojenost v oblastech chování ošetrovatelského personálu ve vztahu ke své osobě, množství poskytnutých informací a míru komunikace se svou osobou po dobu poskytované péče. V těchto oblastech má personál možnost vyjádřit empatii a porozumění, jež jsou pro většinu nemocných jakožto „lajků“ nejzásadnějšími prvky v procesu hodnocení poskytované péče (Jarošová, 2015). Bednařík (2020) hovoří o vnímání spokojenosti se zdravotnickou péčí velmi srovnatelně

jako Jarošová (2015). Označuje pacienta jako sociální bytost, která hodnotí zdravotnického pracovníka dle přístupu k němu samotnému (Bednařík, 2020). Nástrojem vytvářejícím dojem při setkání sestry a pacienta je komunikace. Vhodně zvládnutá komunikace, především ze strany personálu, není pouze kanál pro předávání informací, avšak také nástroj k budování nezbytné důvěry (Zacharová, 2016; Legare, 2012). Interakce pacienta a sestry při akutním příjmu je sociální událost, kde oba její činitelé v daný moment nabývají sociálních rolí. Role sebou přináší očekávané vzorce chování vhodné pro jejich společenskou pozici. Zacharová (2017) dále uvádí, že rozdílné chování, než které je pro určitou roli běžné, vyvolává v jejím okolí negativní emoce až nesouhlas. Chování obou zúčastněných činitelů ošetrovatelského procesu při akutním příjmu by mělo být ohraničeno jistými pravidly, proto v praxi existují práva a povinnosti pacientů, práva a povinnosti zaměstnance, etický kodex sester a mnoho další prostředků, které vymezují normy v oblasti poskytování zdravotní péče (Zacharová, 2017). Sestra se v příjmové ambulanci setkává s neustálým tlakem a je vystavena neustálému rozhodování a možnosti následné kritiky. V některých situacích je ošetrovatelský personál pod permanentní psychickou i mnohdy fyzickou zátěží. Proto je prostor pro nekvalitně zvládnutou komunikaci poměrně široký (Bednařík, 2020; Wenderott et al., 2023). Avšak sestra by měla zachovávat psychologický přístup k pacientovi a upozadit rozpory mezi ní a pacientem. Hlavním pravidlem je dát najevo nemocnému, že je brán plnohodnotně a rovnocenně, aby mohlo dojít, jak již bylo zmíněno, ke klíčovému navázání důvěry a možnosti spolupráce. Špirudová (2016) dodává, že každý jedinec vykonávající pomáhající profesi, by měl dbát zásad profesionálního chování a do svého jednání nevztahovat své osobní nálady či nezneužívat moci díky svému postavení (Špirudová, 2015).

1.6.1 Komunikace s pacientem

Jak již zaznělo, kvalitní ošetrovatelské péče nelze dosáhnout bez vzájemné komunikace mezi sestrou a pacientem (Zacharová, 2016). Komunikace je napříč vědními obory definována různě. Obecně jde o proces, při kterém dochází ke sdělování a dorozumívání. Z hlediska psychologie lze hovořit o předávání a porozumění emocím mezi dvěma a více osobami. Některé proudy komunikaci vnímají dokonce jako moment, kdy lze ovlivňovat jedince (Stasková, 2019). Zacharová (2016) zmiňuje kromě definice pojmu také funkci. Funkce komunikace nemusí být vždy omezena pouze na informace, o kterých se budeme zmiňovat více v další podkapitole, avšak klíčovou dovedností zdravotnického pracovníka

je schopnost komunikací pacienta motivovat a posílit. Zacharová (2016) tuto funkci přibližuje jako prostředek ke zlepšení sebevědomí a sebedůvěry. Jedná se však pouze o jednu z mnoha forem umění komunikace, se kterou by sestry měly operovat při interakci s pacientem. Bednařík (2020) hovoří o dobře zvládnuté komunikaci jako o získané dovednosti, která se zkvalitňuje tréninkem a neustálou praxí. Avšak sestry musí obsáhnout řadu informací, které budou ve zmiňované praxi upevňovat (Bednařík, 2020). Jedním z druhů komunikace, který se uplatňuje v klinickém prostředí, je tzv. terapeutická komunikace. Taková komunikace má usnadňovat a zmírňovat působení stresu na pacienta a navozovat důvěru, její přítomnost je nezbytná po celou dobu ošetrovatelského procesu. Plevová (2019) uvádí jako prostředky terapeutické komunikace aktivní naslouchání, humor, reflexi, řešení konfliktů atd. Terapeutická komunikace však neprobíhá pouze na úrovni slov. Ačkoliv Stasková (2019) hovoří o síle verbální komunikace, zmiňuje také i nevědomou součást komunikace, a to komunikaci neverbální. Jedná se o komunikaci dvou a více objektů, kteří za pomoci držení těla, výrazu v tváři, tónu hlasu atd. vyjadřují své postoje a emoce. Taková komunikační linka probíhá neustále při každém setkání s pacientem, aniž by muselo dojít k jakékoliv verbální výměně (Stasková, 2019). Tomová (2016) upozorňuje na situace, kdy nemusí být zpětná vazba v komunikačním procesu opětována. V klinické praxi se to může stát, pakliže je pacient v bezvědomí či je psychicky a fyzicky alterován. Tomová (2016) odkazuje na Kapounovou (2007), která nabádá k zachování zásad správné komunikace, tedy oslovit pacienta při každé interakci, a především mu sdělit následující horizont intervencí. Každý výkon a manipulace s nemocným by měl být verbálně doprovázen (i přes pasivitu nemocného). Pakliže pacient není v bezvědomí, ale má problém se sdílností až spoluprací, může být počáteční neochota ovlivněna spíše vnitřním přesvědčením, že problémy pacienta personál nezajímají. Možnou bariéru umocňuje skutečnost, že řada pacientů není schopna kvalitně hovořit o svých subjektivních prožitcích a potížích (Zacharová, 2017). Právě sestra musí vnášet i v nesnadných situacích do komunikace rovnováhu, aby došlo k efektivní kooperaci. Rozhovor v sobě ukrývá tzv. věcnou stránku, tedy informace nutné k předání a načerpání, a stránku sociálně-emoční, která vyvolává pocity a pacient se díky ní nějak cítí, což je dáno především postojem sestry k pacientovi (Zacharová, 2016). Avšak Tomová (2016) také upozorňuje, že klidné prostředí a dostatečné množství času na pacienta jsou klíčové determinanty k získání důvěry a představují jedny z předních zásad rozhovoru mezi pacientem a sestrou.

1.6.2 Informace a informovaný souhlas

Zacharová (2016) hovoří o omezeném počtu pacientů, kteří se o svůj zdravotní stav nezajímají, stejně tak jako o zbytek souvisejících informací. Množství těchto nemocných je velmi nízké. Většina pacientů přirozeně stojí o informace týkající se důvodu jejich potíží nebo hospitalizace. Nejde o potřebu informací jednorázově, potřeba informací je narušena dlouhodobě a personál by měl myslet na její saturaci po celou dobu kontaktu s nemocným (Zacharová, 2016). Člověk se při nedostatku informací dostává do stavu úzkosti, jelikož netuší, co očekávat v dalším běhu událostí. U mnoha pacientů se prohlubují obavy ve spojitosti s vývojem onemocnění a léčby. V důsledku těchto bariér pacient reaguje často na personál apaticky, agresivně a nedůvěřivě, v krajním případě může odmítat až spolupráci s personálem. Také Gurková (2017) potvrzuje fakt, že subjektivní pojetí léčby je ovlivňováno tím, jakými informacemi jedinec disponuje. Bártlová (2018) hovoří o etickém nástroji, který se zasazuje v období nemoci o větší autonomii pacienta. Informovaný souhlas je doložení dobrovolné účasti nemocného v diagnosticko-terapeutickém procesu. Z filozofického hlediska se jedná o myšlenku společné dohody mezi poskytovatelem a příjemcem služeb, vyjadřuje autonomii pacienta a nutnost ji respektovat. V dnešní době se jedná o zásadní etický dokument pro poskytování zdravotních služeb (Bártlová, 2018). Autonomie pacienta musí být dodržena i v případě tzv. negativního reverzu, čímž lze označit „nesouhlas“ a odmítnutí zdravotní intervence ze strany pacienta i přes důkladné poučení lékařem. Odmítnutí si žádá řádné zapsání a zdokumentování, aby nebylo zaměněno se zanedbáním péče (Vymazal, 2021; Coronado, et al., 2020). Informovaný souhlas dokládá účast pacienta na rozhodnutí o poskytnuté zdravotnické péči a s tím předání informací. Avšak informace by měly být interpretovány způsobem, díky kterému dojde nejen k předání, nýbrž k porozumění (Bártlová, 2018). Ondriová (2021) zdůrazňuje přítomnost výjimek, jež se vztahují na nezletilé pacienty, nesvéprávné a nekompetentní osoby, stejně tak jako na osoby v bezvědomí. O následném hlášení na soud v takovém případě rozhoduje zákonný zástupce, opatrovník a ošetřující lékař (Ondriová, 2021). V české legislativě je termín informovaného souhlasu detailně objasněn v zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotnických službách a podmínkách jejich poskytování (Pokorná, 2019). Dokumenty přibližující v České republice podmínky a práva pacientů vychází z mnoha mezinárodních úmluv. Právně nejvýraznější je Úmluva o lidských právech a biomedicině. Dokument vyslovuje nutnost zachování lidských práv a důstojnosti (Ondriová (2021). Všechny zmiňované dokumenty ukládají povinnost všem zdravotnickým pracovníkům k podávání informací,

avšak pouze v rozsahu jejich kompetencí. V praxi má hlavní informativní působnost lékař, v případě hospitalizace ošetřující lékař, který by informace měl interpretovat do jistého komplexního celku odpovídajícího na otázky ohledně zdravotního stavu pacienta a horizont diagnostického a terapeutického dění. Legislativa ustanovuje zákonem č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu v platném znění, lékaři povinnost poučit pacienta vhodným způsobem, avšak nejlépe způsobem, aby se nemocný stal aktivním spolupracovníkem při poskytování zdravotní péče (Zacharová, 2017; Bartlová, 2018). Ačkoliv má lékař hlavní informativní působnost v oblasti sdělení diagnózy, terapie a vývoje zdravotního stavu, tento fakt neochuzuje sestry o poskytování informací při vykonávání dílčích činností u pacienta, které mohou provádět ony samy. Každý zdravotnický pracovník by měl při kontaktu s pacientem přizpůsobit formu sdělení stavu nemocného, jeho rozpoložení atd. Sestry představují nejpočetnější skupinu zdravotnických pracovníků a jejich interakce s nemocným je nejfrekventovanější, proto na jejich interpretaci a komunikaci velmi záleží (Zacharová, 2017; Vymazal, 2021).

2 Cíl práce: výzkumné otázky a hypotézy

2.1 Výzkumné cíle

Cíl 1: Zjistit, jakým způsobem dochází k upokožování potřeb pacienta při akutním příjmu pacienta na oddělení chirurgického typu

Cíl 2: Zjistit, s jakými problémy se nejčastěji sestry setkávají při akutním příjmu pacienta na oddělení chirurgického typu ve vztahu k zajištění organizace příjmu pacienta

Cíl 3: Zjistit, s jakými problémy se nejčastěji sestry setkávají při akutním příjmu pacienta na oddělení chirurgického typu ve vztahu k signalizaci jeho potřeb

2.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka č. 1: Jak pacient vnímá upokožování potřeb při akutním příjmu na oddělení chirurgického typu?

Výzkumná otázka č. 2: Do jaké míry jsou pacientovy potřeby satureovány při akutním příjmu na oddělení chirurgického typu?

Výzkumná otázka č. 3: Do jaké míry sestry vnímají, že mohou uspokojovat potřeby pacienta při akutním příjmu na oddělení chirurgického typu?

Výzkumná otázka č. 4: Jak sestry vidí péči orientovanou na pacienta při akutním příjmu na oddělení chirurgického typu?

2.3 Hypotéza

Hypotéza č. 1: Iniciace tišení bolesti vychází častěji od sester než od lékařů.

Hypotéza č. 2: Sestry upřednostňují saturaci základních potřeb pacienta před saturací psychosociálních potřeb při akutním příjmu.

Hypotéza č. 3: Nemožnost saturace psychosociálních potřeb je způsobena pracovními podmínkami při akutním příjmu.

3 Operacionalizace pojmů

Potřeba – Potřeby je možné podle literárních pramenů rozlišovat do několika kategorií. Lze souhrnně říci, že potřeby fungují jako jisté impulzy, které každého jedince „nutí“ ke splnění podmínek, které jsou zásadní pro zachování lidského organismu. Neustálý tok potřeb se zaslouhuje o zachování kvality života jedince. Význam saturace těchto hodnot může být intenzivnější především v období nemoci a jejich naplňování může být odlišné od stavu plného zdraví. V případě, kdy je saturace těchto potřeb aktuální, dostávají se do popředí a ovlivňují tak jednání a citění člověka. Žebříček potřeb je pro každého jedince různý, pakliže se nejedná o potřeby základní neboli nižší, které zajišťují bazální fungování organismu. Na druhé straně stojí vyšší potřeby, tedy ty, jež napomáhají k rozvoji a růstu osobnosti a obecně jsou orientované do psychosociální oblasti.

Akutní příjem – pojem akutní potíže lze představit jako náhle vzniklé obtíže či těžké poranění, které si žádá neodkladné odborné ošetření. Nelze však s jistotou prohlásit, že každý akutně přijatý pacient se nachází v ohrožení života.

Urgentní příjem – je část nemocničního zařízení fungujícího na základě ambulantní činnosti, kde se kumulují na jednom prostoru nejen příchozí pacienti, ale také personál různých odborností. Urgentní příjem lze definovat jako místo prvního kontaktu pacienta se zdravotnickým zařízením, představuje základní milník, kde se setkává přednemocniční a nemocniční péče. Urgentní příjem často slouží jako brána pro příjem pacientů v ohrožení života, kdy je nutná organizovanost a rychlé rozhodování. Zakládá se na systému sjednoceného prostoru, kam směřují akutní příjmy a „nově“ příchozí nemocní. Urgentní příjem se prezentuje také jako pracoviště s nepřetržitým provozem, jehož péče se zahajuje příchodem nemocného a končí rozhodnutím, jakému specialistovi bude nemocný předán, pakliže je rozhodnuto o jeho hospitalizaci.

Chirurgie – Chirurgie představuje jeden ze základních lékařských oborů, který zahrnuje prevenci, diagnostiku, a především operační léčbu. Z hlediska rozdělení můžeme o chirurgii mluvit jako o všeobecné a speciální, která zasahuje do oblastí traumatologie, urologie atd. Traumatologie a plastická chirurgie se zaměřuje především na problematiku zranění vzniklých na základě úrazového mechanismu. Řešení traumat závisí na typu úrazu a mechanismu poranění. Urologie je obor řešící onemocnění močového soustavy. Chirurgické intervence se často týkají nádorové etiologie, vrozených či získaných vad, a také úrazů v oblasti urogenitálního traktu.

4 Metodika

4.1 Metodika práce

Pro realizaci diplomové práce jsme zvolili kombinaci kvalitativního a kvantitativního výzkumu. Šetření proběhlo v Nemocnici České Budějovice a.s. a pro jejich realizaci, byla do nemocničního zařízení podána žádost o provedení výzkumného šetření, která vyžadovala schválení o vedení výzkumné činnosti (viz. příloha č. 1).

Kvalitativní výzkum byl realizován v období od 14. 3. - 28. 3. 2023 prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů a skrytého pozorování. Informace z obou výzkumných metod byly hodnoceny na základě vlastních znalostí podložených literaturou.

Skrytého pozorování se účastnilo deset sester a osm pacientů, jenž byli přes příjmovou ambulanci akutně přijímáni a následně hospitalizováni. Pozorování bylo realizováno na ambulanci chirurgie, úrazové a plastické chirurgie a urologie. Hlavním cílem skrytého pozorování bylo, zachytit způsob saturace potřeb pacienta při akutním příjmu ošetrovatelským personálem. Byla hodnocena činnost sester ve vztahu k pacientovi. Data získaná při pozorování byla zaznamenávána do záznamového archu (viz. příloha č. 2), kde byly hodnocené oblasti v případě splnění signifikovány písmenem A, a při nenaplnění písmenem N. Mimořádné informace byly písemně zaznamenány u stanoveného pole. Záznamový arch byl strukturovaný do několika hodnocené oblastí: zajištění biologických potřeb sestrou, saturaci psychosociálních potřeb tedy např.: reakce na přání pacienta. Dalšími oblastmi byly efektivní komunikace s pacientem během poskytování ošetrovatelské péče, podávání informovaného souhlasu sestrou, reakce na obavy nemocného, monitorace bolesti pacienta sestrou a iniciace tišení bolesti sestrou.

Polostrukturované rozhovory byly vedeny s osmi pacienty, kteří souhlasili s jejich poskytnutím, a jejichž zdravotní stav umožňoval rozhovory realizovat. Dotazování bylo prováděno u totožných respondentů, kteří byli součástí skrytého pozorování, jež probíhalo vždy před zavedením rozhovoru. Sběr informací byl zaměřen na získání dat, která poukazují na subjektivní pocity akutně přijímaného pacienta při uspokojování potřeb ošetrovatelským personálem. Dotazování byli tedy přes příjmové ambulance akutně přijímáni a následně hospitalizováni. Rozhovor obsahoval 16 otázek, v jehož průběhu jsme využili podotázky a s nimi rozvíjeli odpovědi informantů. Rozhovor byl nahráván na diktafon, avšak dva z osmi dotazovaných nesouhlasili s nahráváním, proto byl rozhovor zaznamenán pomocí písemného záznamu. Rozhovory byly doslovně

transkribovány v programu Microsoft Word. Následně analyzovány metodou tužka papír, kdy proběhlo kódování a bylo vytvořeno 6 kategorií.

Kvantitativní výzkum byl realizován pomocí dotazníkového šetření vlastní konstrukce. Cílem dotazníkového šetření byl především sběr informací, jež prezentuje názory sester na téma saturace potřeb akutně přijatého pacienta z pohledu ošetřovatelského personálu působícího na příjmových ambulancích, kde probíhá zajištění a neplánovaný příjem pacienta.

Dotazník obsahoval 31 otázek s uzavřenými i otevřenými otázkami. Přičemž otázky, kde respondenti mohli odpovědět z nabídky jednou odpovědí, bylo 27. Otázek s možností výběru většího množství odpovědí činil tři. Zbylé dvě otázky byly rozdílného charakteru. V případě jedné z nich respondent musel seřadit odpovědi dle priority a číselně je označit. Další otázka byla postavena na principu grafického vymezení číselné škály, kde měl respondent označit hodnotu dle svého subjektivního názoru.

4.1.2 Charakteristika kvalitativního výzkumného souboru

Rozhovorů se účastnili akutně přijatí pacienti, kteří byli následně hospitalizováni přes příjmové ambulance (chirurgie, úrazové a plastické chirurgie, urologie). Pozorování proběhlo s 12 osobami. Rozhovor mohl být s ohledem na stav pacientů proveden pouze s 8 pacienty. I tak však došlo k saturaci odpovědí. Výzkumný vzorek se skládá ze 2 pacientů, kteří byli akutně přijati přes urologickou ambulanci. Jeden z nich byl přijat přes lůžkovou část urologického oddělení v době pohotovostní ambulance. Další součástí byli 3 pacienti přijatí prostřednictvím chirurgické ambulance a 3 akutně přijatí pacienti skrze ambulanci úrazové a plastické chirurgie.

4.1.3 Charakteristika kvantitativního výzkumného souboru

Dotazník byl mezi respondenty rozšířen v tištěné, fyzické formě. Dotazníků bylo rozšířeno 120. Návratnost činila 106, z toho 4 dotazníky byly vyřazeny, jelikož způsob zodpovězení nebyl validní. Finálně se dotazování účastnilo respondentů 102. Výzkumným souborem, byli respondenti z řad ošetřovatelského personálu v pozici všeobecná a praktická sestra, působícího na příjmových či pohotovostních ambulantních. Šetření bylo vedeno na příjmové ambulanci chirurgického typu. 44 respondentů souhlasilo s dotazníkovým šetření. Dále se účastnilo z urologického oddělení 40 respondentů. Dotazovaní představovali personál z ambulantního úseku, ale také

z lůžkových stanic a stanice JIP, jelikož plní funkci pohotovostní ambulance. Dalších 44 respondentů pocházelo z oddělení urgentního příjmu (OUP), kde personál zaštiťuje chod chirurgické ambulance. Zbývající respondenti v počtu 18, představovali ošetrovatelský personál z úrazové a plastické chirurgie.

4.1.4 Statistické zpracování kvantitativních dat

Statistické výpočty byly provedeny v Microsoft Office Excel 2019 a pomocí doplňku Real Statistic, jelikož tento nástroj obsahuje další doplňující funkce, které Excel standardně nenabízí. Využití Real Statistic bylo nutné pro zobrazení některých hodnot. Všechny testy byly počítány na obvyklé 5 % hladině významnosti hodnoty α (pí). Testovány byly tři hypotézy. K testování hypotézy č. 1. byl využit test relativní četnosti. Pro testování hypotézy č. 2. byl využit tzv. neparametrický Friedmanův test (Barilla et al., 2016). Data pro výpočet hypotézy č. 2. přinesla otázka č. 15, jejímž principem bylo vytvořit pořadí vyjadřující důležitost daného typu potřeb. Každý respondent měl k dispozici 4 možné varianty potřeb, a seřadil je od nejdůležitějších po nejméně důležité. K hypotéze č. 2. lze přiřadit také otázku č. 16, která však nebyla již svými daty zásadní pro potvrzení hypotézy, ale může sloužit jako předmět rozvíjející její oblast.

Hypotéza č. 3. měla za cíl zjistit, zda pracovní podmínky sester, ovlivňují saturaci potřeb nemocného. Pracovní podmínky personálu byly vyjádřeny formou podhypotéz (H3 A, B, C, D). Jednotlivé podhypotézy představují kategoriální veličiny, jejich možná závislost byla zjišťována pomocí testu chí kvadrát nezávislosti v kontingenční tabulce. Kategoriální veličiny byly ověřovány ještě Fischerovým faktoriálovým testem (Barilla et al., 2016). S hypotézou č. 3 souvisí otázka č. 18, která vyjadřuje míru uspokojení potřeb akutně přijatého pacienta hodnocenou personálem. Podhypotéza H3 A vyjadřovala jednu ze zkoumaných pracovních podmínek (množství personálu), v dotazníkovém šetření byla prezentována otázkou č. 8. Podhypotéza H3 B zastávala další kategorii pracovních podmínek (ideální množství personálu), v dotazníku zastupovala tyto data otázka č. 9. Podhypotéza H3 C je kategorií (psychická odolnost personálu), která je vyjádřena otázkou č. 12. Další podhypotéza H3 D indikuje pracovní podmínky (časové hledisko), prezentuje ji otázka č. 14.

5 Výsledky

5.1 Kvalitativní výzkum – rozhovory s akutně přijatými pacienty

Tabulka 1 Identifikace pacientů

Pacient	Příjmová ambulance	Věk	Pohlaví	Doprovod s pacientem	Způsob transportu do ZZ	Zdravotní potíže (objektivní a subjektivní)	Status	Diagnóza
P1	Urologická příjmová ambulance	23	Žena	Sám	Vlastní transport	Bolest, teplota, únava, krev v moči	Student, brigádník	Pyelonefritida
P2	Urologická pohotovostní ambulance (stanice C)	77	Žena	Sám	Zdravotnická záchranná služba	Teplota, únava, imobilita, snížené močení	Senior	Akutní cystitida
P3	Traumatologická ambulance – emergency room	79	Žena	Sám	Zdravotnická záchranná služba	Bolest, fraktury, imobilizace, zhoršené dýchání	Senior	Polytrauma – Fraktura hrudní a bederní páteře
P4	Traumatologická ambulance – emergency room	82	Žena	Sám	Zdravotnická záchranná služba	Imobilizace, bolest, krvácení, fraktury, riziko krvácení	Senior	Trauma skeletu – Fraktura femuru
P5	Traumatologická příjmová ambulance	51	Muž	Doprovod rodinou (manželka)	Vlastní transport	Tržné rány, bolest, krvácení, riziko infekce, imobilizace	Produktivní věk – OSVČ	Poranění měkkých tkání na obou DK, HK a hlavy – pokousání psem
P6	Chirurgická příjmová ambulance	22	Muž	Sám	Vlastní transport	Bolest, nauzea, únava	Student	Nezjištěná abdominální bolest
P7	Chirurgická příjmová ambulance	55	Muž	Sám	Vlastní transport	Bolest, potíže s vyprazdňováním	Produktivní věk – zedník	Akutní zánět slepého střeva
P8	Chirurgická příjmová ambulance	33	Žena	Doprovod rodinou (4letá dcera)	Vlastní transport	Bolest, teplota, změna tvaru prsu, sekrece z prsu	Nyní na mateřské dovolené	Podezření na novotvar mléčné žlázy

Zdroj: Vlastní zpracování

Rozhovor poskytl 8 akutně přijatých pacientů, kteří jsou v textu označeni písmenem P a příslušným pořadovým číslem. Jedním z parametrů představovalo pohlaví, výzkumný vzorek byl tvořen 3 muži a 5 žen. Dva pacienti byli přijati prostřednictvím „emergency rooms“. Proměnou byla také přítomnost rodinného příslušníka či známého při akutním příjmu pacienta ve zdravotnickém zařízení, která byla zastoupena ve dvou případech. Základní informace zahrnovaly také způsob transportu do nemocničního zařízení, kdy vlastní transport, představuje, že se pacienti do zdravotnického zařízení dostali bez zdravotnické záchranné služby a ostatních složek integrovaného záchranného systému. Všichni P1-8 disponovali souborem subjektivních a objektivních příznaků. Kromě P2 všichni ostatní P1-P8 cítili při akutním příjmu subjektivní příznak, bolest. Avšak pouze pět z nich bolest akutní. Poslední dva parametry zahrnovaly životní status, který byl velmi rozmanitý.

5.2 Kategorie a analýza výsledků rozhovorů s pacienty

Kategorie 1 Psychický stav pacienta

Kategorie 2 Uspokojení potřeb

Kategorie 3 Prostředí

Kategorie 4 Poskytování informací a efektivní komunikace

Kategorie 5 Vnímání personálu

Kategorie 6 Bolest

Kategorie 1 Psychický stav pacienta

Kategorie sdružuje výsledky zaměřené na pocity pacientů a obavy související s jejich akutním stavem. Svůj psychický stav informanti nejčastěji vyjadřovali pocity strachu, obav, nejistoty, studu, ponížení. Z rozhovorů s přijatými pacienty vyplývá, že většina v nemocničním zařízení nechce zůstat, a rádi by prostřednictvím ambulantního zaléčení zařízení opustila. Výjimku, představoval pacient P6, který si naopak hospitalizaci násilně vynucoval ve spojitosti s přetrvávajícími bolestmi břicha, vypověděl „*Pokud mě nehospitalizujete, tak se asi zabiju, ta bolest už nejde vydržet.*“

Nejčastější obavy pacientů zachycené během dotazování směřovaly k zachování jejich dosavadní soběstačnosti, odtržení od rodiny či k pracovní neschopnosti. Pacientka P8 popsala své obavy jako: „*Nevím, co mám dělat, jelikož tu budu muset zůstat, a je tu se mnou má 4letá dcera. Myslela jsem, že to nebude tak urgentní a budu moci jít domů.*“ Většina informantů v průběhu rozhovoru také vyslovila, že cítí strach a nejistotu z neznáma a nedokáží si představit, co se s nimi bude dít. Obavy části informantů byly vztahovány jak k průběhu hospitalizace, tak k existenciální otázce budoucnosti. Strach vyjádřený P5 zasahoval do několika oblastí, a to chronické nemoci a hojení, možnost infekce a péče o rodinu: „*Mám vrozenou cukrovku, a nedokážu si představit, jak se mi budou tyhle rány na nohách hojit? Bojím se, že mi třeba budou muset uříznout později nohu, kvůli infekci. Musím živit rodinu, jelikož mám dvě malé děti.*“ Jednou z dalších výpovědí charakterizující obavy ze zachování současného stavu zdraví vyslovila pacientka P1: „*Velmi mě zarazilo, že mohu mít ve svém věku zánět ledvin, slyšela jsem, že se to velmi často vrací a nedokážu si představit, že budu mít do budoucna možná takové problémy opakovaně.*“

Strach, který byl jednou z emocí akutně přijatých pacientů, vystihla svým komentářem informantka P2: „*Chodila jsem ve svém bytě pomoci chodítka, dnes jsem se už nedokázala zvednout. Bojím se, že to teď sama doma nezvládnou a děti mě budou chtít umístit někde do domova.*“

Na otázku, zda by se pacienti někomu z personálu se svými obavami svěřili, nejčastěji odpovídali, že nechtějí obtěžovat personál. Respondenti ve svých výpovědích také uváděli, že cítí pocity nejistoty a ponížení, při myšlence sdílení jejich obav. Dotazovaná P2 vypověděla: „*Mám několik nepříjemných zážitků z nemocnice.*“ *Ale vždycky to bylo pouze kvůli jednotlivcům, kteří se chovali nepříjemně. Více se bojím od té doby ptát nebo*

o něco žádat. “ Kromě dotazovaného P6, který odpověděl: *„Byl jsem už několikrát tady v ambulanci a pořád mi jen říkají, že mi nic není. Můžu jim říkat, co chci a stejně si všichni jen myslí, že simuluju.“* Pacientka P3 oproti tomu reprezentovala spíše většinový názor informantů a konkrétně vypověděla: *„Sestřičky jsou na mě moc milé a pořád se mě snaží povzbudit, že to bude dobré. Mají se mnou hodně práce, proto je nechci otravovat.“*

Kategorie sjednocovala také výsledky na oblasti předchozích zkušeností s nemocniční péčí u akutně přijatých pacientů. Rozhovory se zaměřovaly především na to, zda předešlá hospitalizace má vliv na aktuální psychický stav pacientů. Dotazovaní P2, P3, P4, tedy všichni informanti seniorského věku, a P7 uvedli již dřívější zkušenost s hospitalizací. P8 uvedla: *„V nemocnici jsem ležela pouze na oddělení šestinedělí po porodu.“* Zbylí informanti jmenovali jako zkušenost prohlídky u svých praktiků a specialistů.

Dotazovaní, kteří byli v minulosti hospitalizováni, do jisté míry potvrdili, že jejich předešlá zkušenost ovlivňuje jejich aktuální psychický stav. P3 uvedla velmi podobnou odpověď jako P2: *„Některé sestry na odděleních, kde jsem, ležela, byly protivné. Přišla jsem si občas jako, když je obtěžuji, ale nic jsem radši neřikala, protože jsem na nich byla závislá.“* P4 na stejnou otázku vypověděla: *„Ležela jsem dlouho na LDN. Jsem nervózní, protože se bojím, že budu v nemocnici, zase strašně dlouho jako tenkrát.“* Informanti v této podoblasti nejčastěji vypovídali, že negativa spojená s minulou hospitalizací pramení především z chování personálu, a příliš dlouhého pobytu v nemocničním zařízení.

Dotazovaní také odpovídali na otázku, jaké očekávání mají z nadcházející hospitalizace. Informanti P1 a P5 nebyli prozatím nikdy hospitalizováni. Pacientka P8 prodělala pouze krátkou observaci v nemocničním zařízení v souvislosti s porodem. Z dotazování vyplývá, že hospitalizace pro pacienty P1, P5 a P8 představuje naprosto neznámou novou událost. P1 uvedla na tuto otázku: *„Popravdě se mi chce brečet, nechci tu vůbec zůstat. Jsem z toho hrozně nervózní, nedokážu si představit, že budu muset sdílet s někým pokoj.“* Pacient P5 svá očekávání popsal: *„Nejhorší, co si dokážu představit je, že by mě musel někdo mýt, nebo bych si nemohl dojít na záchod.“* Informant P6, který jako jediný hospitalizaci výslovně vyžadoval, svá očekávání popsal jako: *„Chci dostat konečně něco na bolest, do teď mi žádné léky nezabíraly. Doufám, že konečně přijdou na to, co mi je.“* Dotazovaní P2, P3, P4 se shodli na tom, že doufají v možnost kontaktu s rodinou a v péči, která jim pomůže zachovat soběstačnost. Obecně lze říci, že očekávání akutně přijatých

pacientů bez ohledu na zkušenost s hospitalizací se dotýkalo nároků na zachování soukromí, autonomie, kontaktu s rodinou, rychlé řešení jejich obtíží a progresy v jejich zdravotním stavu.

Kategorie 2 Uspokojení psychosociálních potřeb pacientů

Kategorie zjišťuje informace z oblasti, jak pacienti subjektivně vnímají zájem personálu o jejich potřeby při akutním příjmu. V rozhovorech jsme se zajímali o oblast zachování intimity pacientů. Obě dotazované přijaté přes urologickou ambulanci vypověděly: P1 *„Byla jsem ráda, že na ambulanci byly obě ženy, i lékařka. Sestřička byla diskrétní a pořád mě uklidňovala.“* P2 se komentářem shodovala a uvedla: *„Měla jsme při cévkování pouze sestřičky a byla jsem s nimi v prázdném pokoji“.* *Kdyby tam byl lékař, bylo by mi nepříjemné, že by na mě koukal muž.“* Informanti P3, P4, P5, P6 během rozhovoru uvedli, že si neuvědomují, zda personál nějakým způsobem nerespektoval jejich intimitu. Rozdílný názor vyslovil dotazovaný P7: *„Pro mě jako pro chlapa, bylo to vyšetření per rectum něco strašného. Je to asi to nejhorší, co se vám může u doktora stát. Ale vím, že to bylo zřejmě nutné.“* Také informantka P8, která byla odeslána specialitou pro novotvar: *„Musela jsem se vysvléct před doktorem, což bylo trochu nepříjemné, ale jak jinak by mě mohl vyšetřit. Nikdo si mě neprohlížel, ani na mě zbytečně nesahal.“* Uvedení dotazovaní vnímali tedy narušení jejich intimity pouze jako nezbytně nutné pro vykonání vyšetření a stabilizaci jejich zdravotního stavu. Ani jeden z informantů nepociťoval devaluaci jeho soukromí.

Další podoblastí psychosociálních potřeb bylo, jak vnímají pacienti reakce personálu na jejich vyslovené obavy a nejistoty. Výsledky přináší přehled, zda pacienti subjektivně cítili podporu a oporu ze strany personálu. Všichni informanti, kromě P6, hodnotili reakce sester kladně. Personál byl hodnocen jako empatický a klidný. Dotazovaní byli spokojeni s odborným výkonem, avšak shodovali se, že neví, jestli sestry provedly vše tak jak mají. Pacientka P3 uvedla: *„Nevím, jestli sestřičky dělají odborné věci tak jak mají, ale rozhodně mi pomáhají tím, že na mě mluví a všechno mi vysvětlí a chytanou mě za ruku. Jsou moc šikovné a vím, že se o mě dobře postarají.“* Mnohem více však sledovali, zda se personál usmál, uklidňoval je, reagoval na to, co informant říká, komunikoval a informoval je. Informant P6 měl jediný opoziční názor a popsali činnosti personálu jako negativní. Uvedl: *„Sestra se na mě tvářila jako bych si vymýšlel a obtěžoval je. Doktor*

mi naznačoval, že si vymyslím a obviňoval mě, že jsem nebral léky, které jsem od nich na ambulanci dříve dostal. Personál byl nepřijemný a nikdo mi nic nevěřil.“

Výsledky rozhovorů zahrnovaly také otázku, zda se personál při příjmu pacienta zajímal o potřeby spojené s náboženským přesvědčením a spiritualitou. Všichni informanti vyslovili, že nevyznávají žádný zvláštní způsob života. Většina dotazovaných byly ateisté, avšak P2, P3, P7 se přihlásili k římskokatolické církvi. P7 charakterizoval svým komentářem postoj pacientů s vyznáním: *„Nejsem si vědom, že bych měl nějaké speciální požadavky. Myslím, že moje víra neobsahuje něco neobvyklého.“* P2 na tuto otázku také odpověděla: *„Nemám žádné speciální požadavky spojené s vírou, ani svoje rituály. Personál se mě na to ani neptal, a já bych se v této situaci o tom ani nezmiňovala.“*

Kategorie 3 Prostředí

Tato kategorie shromažďuje výsledky charakterizující subjektivní vnímání a dojmy pacientů z nemocničního prostředí a příjmové ambulance. Dotazovaní se v této kapitole vyjadřovali i ke kontinuitě péče, která jim byla poskytnuta. Na kontinuitu péče měl vliv typ transportu do nemocničního zařízení. Většina pacientů se dopravila pomocí vlastního transportu. Zdravotnickou záchranou službou byly na příjmové ambulance přivezeni dotazovaní P2, P3, P4. Informanti, kteří realizovali transport do ZZ sami, častěji zmiňovali dlouhé čekání v ambulanci a zhoršenou orientaci v nemocničním komplexu. Jedinou výjimku představoval P5, který kvůli silnému krvácení byl ošetřen přednostně. P5 na otázku vypověděl: *„Přivezla mě manželka, nejdřív jsme šli k nějaké recepci. Když mě tam sestra viděla, tak mě hned přednostně brali do ambulance.“* P5 dodává: *„nemusel jsem vůbec čekat, proto ani nevím, jak čekárna vypadala, pamatuju si, že se pořád někam spěchalo, např.: „odebrat krev, na vyšetření a potom na sál.“* Dotazovaná P1 ambulanci popsala jako: *„Sestra na recepci se na mě skoro ani nepodívala. Pouze si mě zapsala a sdělila mi číslo ambulance. Čekala jsem asi půl hodiny, a po vyšetření jsem čekala znovu na výsledky. Čekání na výsledky bylo opravdu dlouhé, ale personál se mi později vysvětlil, že je porucha někde v laboratoři a bude to trvat déle.“*

Ostatní dotazovaní dotazovaných, kteří se transportovali sami, nejčastěji uváděli, že nejvíce je zdrželo hledání pavilonu s cílovou ambulancí. Informantka P1 uvedla: *„I když jsou všude směrovky, jak vám není dobře, orientace je mnohem horší.“* P7 uvedl: *„Byl jsem tu před lety na vyšetření, areál se naprosto změnil. Na recepci u vchodu jsem viděl plnou čekárnu lidí.“* P6 vypověděl: *„Věděl jsem, kam mám jít, protože jsem tu už po*

několikáté. Vadilo mi to čekání, jelikož mi nebylo opravdu dobře.“ Informanti transportováni zdravotnickou záchrannou službou P2, P3, P4 kontinuitu péče ve svých odpovědích neuváděli. Vnímání prostředí P2 popsala: *„Byla jsem ze sanitky rovnou na oddělení. Nikdo mi neřekl, že tam budu ležet, hned se mnou začali ale něco dělat. Z lehátky toho tolik vidět nebylo, cítila jsem všude hlavně pach dezinfekce, což mi bylo ze začátku dost nepříjemné.*“ Dotazovaná P3, která byla přivezena na emergenci box vypověděla: *„Zavezli mě hned do místnosti, kde už na mě čekali. Chvíli mi nikdo nic neřekl a všude mi dávali nějaké kabely. Nejhorší bylo, když mě asi na RTG přendávali na stůl, strašně mě to bolelo.*“ Většina pacientů transportovaných záchrannou službou se nevyjadřovala negativně ke kontinuitě péče. Prostor nemocnice se žádný z informantů podrobně nepopisoval.

Kategorie 4 Poskytování informací a komunikace personálu

Kategorie prezentuje výsledky z oblastí komunikace a poskytování informací. Zaměřuje na to, jakým způsobem pacienti subjektivně hodnotili komunikaci personálu při jejich příjmu, jakým způsobem byli informováni o nadcházejících intervencích personálem, a kdo jim během příjmu předával nejvíce informací.

Oblast komunikace odkrývá také především reakce personálu na vyslovené obavy a základy terapeutické komunikace. Informanti hodnotili většinou komunikaci pozitivně, bez výhrad, výjimku představoval dotazovaný pacient P6, který vypověděl: *„Sestra mi skoro ani neřekla, že mi jde odebrat krev. S lékařem mi naznačovali, že mi nic není.*“ Někteří z dotazovaných P3, P4, P5 zmínili, že s ohledem na svůj zdravotní stav nestáli o nadbytečnou komunikaci, jelikož je v danou chvíli vyčerpávala. Příkladem je informant P5, který uvedl: *„Cítil jsem opravdu velkou bolest, sestra i lékař mě uklidňovali. Ale o povídání jsem opravdu v takové chvíli nestál.*“ Pacientka P4, jež byla transportována na emergenci room, na stejnou otázku odpověděla: *„Chvíli jsem byla ráda, že jsem udržela oči otevřené, chtělo se mi hrozně spát. Vyslechla jsem to nejnmutnější, někdy mě musel personál vzbudit.*“ Šest z osmi informantů před personálem své obavy nevyslovalo, vyjádřili je pouze pacienti P1a P6. P1 popsala reakci personálu jako: *„Sestra viděla, že jsem nervózní. Bála jsem se cévkování. Uklidňovala automaticky, a díky tomu to nebylo tak strašné.*“ Kdežto dotazovaný P6 vypověděl *„Říkal jsem, že jestli mi nepomůžou, že se zabiju a doktor i sestra mi naznačovali, že mi nic není. Kdybych se nechal odbít, tak mě pošlou klidně domů“.* Kromě pacienta P6 byli zbylí informanti spokojeni

s komunikací personálu, který je, jak vyplývá z analýzy rozhovorů, automaticky uklidňoval.

V další oblasti akutně přijatí pacienti hodnotili edukaci a popis poskytovaných intervencí personálem. Informanti přijatí přes traumatologickou ambulanci P3, P4, P5 se shodli, že po většinu času příjmu edukaci vedly sestry. P3 a P4 dokonce uvádí, že si nejsou jisti, zda lékaře vůbec viděli či s ním alespoň hovořili. Pacientka P3 toto tvrzení vyjádřila v rozhovoru slovy: „*V místnosti bylo mnoho lidí. Ale nikdo se mi jako lékař nepředstavil. Především u mě byly sestry a všechno mi vysvětlovaly ony.*“ Odlišně popsali činnost personálu pacienti na chirurgické ambulanci. Dva ze tří pacientů, P7 a P8 v dotazování vypověděli, že převážně byli instruováni o následných postupech lékařem. Sestra popisovala pouze intervence, které u pacientů aktuálně vykonávala, a lékař byl na ambulanci po celou dobu přítomen. Tento pohled lze podpořit výpovědí jednoho z pacientů P7: „*Lékař se mnou komunikoval celou dobu a vyšetření vedl. Sestra mu podle mě spíše asistovala. Lékař mi vše vysvětlil, abych rozuměl, co se děje a proč musím zůstat.*“ Šest pacientů se vyjádřilo k edukaci ošetřovatelským personálem jako k dostatečné. Podle jejich názoru byli ve chvíli akutního příjmu validně informováni v oblasti následujících postupů diagnostiky a terapie. Názor reprezentující odpovědi většiny informantů, vyjádřila pacientka P5: „*Sestra mě poučila, co u mě bude dělat a proč. S lékařem jsem hovořil, ale sestra se mnou více komunikovala. Vysvětlovala, co bude dít a dávala mi podepsat, zda se vším souhlasím.*“ Rozhovory ukázaly, že sestry především na traumatologické a chirurgické ambulanci jsou hlavním zdrojem informací pro akutně přijaté pacienty a náročnost také informované souhlasy. Na chirurgické ambulanci sestry akutně přijatým pacientům poskytly veškeré informace, avšak hlavní roli dle subjektivního hodnocení akutně přijatých pacientů měl zde lékař.

Kategorie 5 Vnímání náročnosti péče

Jednou z dalších oblastí, kterou jsme v rámci rozhovorů s akutně přijatými pacienty zjišťovali jak vnímání náročnosti práce sestry na příjmové ambulanci. Pouze pacient P6 se vyjádřil devalvačně a dle jeho názoru není profese sestry nijak náročná. Konkrétní komentář dotazovaného P6 zněl: „*Nechápu, co je na tom náročné. V mém případě mi sestra nijak nepomohla, pouze mi nabrala krev a jinak tu sedí a myslí si, že si vymýšlím.*“ Dále popsal v dotazování nespokojenost s rozsahem odborné činnosti veškerého personálu působícího na příjmové ambulanci, včetně sestry. P6 vypověděl: „*Odborné*

intervence provedené sestrou byly nedostačující vzhledem k závažnosti mém stavu.“ Největšího zanedbání se dle pacienta dopustil lékař, který ho dostatečně nevyšetřil. Pacient P6 vypověděl *„Byl jsem zde na ambulanci už opakovaně a nikdo mi s mým problémem nepomohl. Mám obrovské bolesti a personál se mi zde pouze vysmívá a nic nedělá.“*

Zbylí akutně přijatí pacienti P1, P2, P3, P4, P5, P8 profesi sestry označili jako náročnou, jak po stránce fyzické, tak psychické. Většinový názor vystihuje informantka P3, jež byla transportována na traumatologickou ambulanci: *„Přišlo mi, že sestřičky pracují strašně rychle, a zároveň synchronizovaně. Než jsem se nadála, měla jsem odebranou krev, připojovali mě na přístroje. Skoro všechno mi stihli vysvětlit, a ještě mě uklidňovat. Pořád v pozadí zvonil telefon a ony byly přesto milé. Stejně tak, že mě museli vysvléct a tahat se se mnou.“* Pacient P7 byl jediný, který nevyjádřil svůj názor na tuto otázku. Uvedl, že na ni neumí odpovědět, a náročnost zaměstnání ohodnotit nedokáže. Svou odpověď zdůvodnil jako: *„Nevím, co všechno sestra musí dělat, krom toho, co jsem viděl. Každé zaměstnání má své. Myslím, že za práci, co provádí, jsou dobře placeny.“* Zároveň všichni přijatí pacienti přes traumatologickou ambulanci popisují práci sester jako stresující a velmi dynamickou. Všichni při vedených rozhovorech byli s výkony sester spokojeni a provedené intervence hodnotili pozitivně.

Nejen pacienti přijatí přes traumatologickou ambulanci, ale také ostatní informanti kromě pacienta P6, vypověděli, že nerozumí odborným intervencím, které u nich byly provedeny. Avšak „správně“ vykonané intervence hodnotí dle empatie a komunikace personálu. Prioritu pro ně představovalo také tišení bolesti, informace, uklidnění a reakce na jejich obavy. Názor zastupující sedm z osmi informantů nejlépe prezentuje pacient P5: *„Nevím, zda sestra postupovala správně. Ale hned jsem dostal něco na bolest. Pořád mi i přes neustálý spěch říkala, co dělá a proč. Většina těch informací, mi alespoň trochu dodávala kontrolu nad situací.“*

Související otázkou v této oblasti, která byla informantům pokládána, zda byli spokojeni s výkonem činnosti sester při jejich příjmu přes ambulanci. Většina výpovědí se během dotazování shodovala s předchozí otázkou. Spokojenost vyjádřilo sedm z osmi informantů, kteří pozitivně hodnotili práci sester při jejich příjmu. Informanti nejčastěji uváděli, že nejsou schopni posoudit, zda by personál měl intervence vykonat lépe či jinak. Většina míru spokojenosti vyjadřovala především skrze informace, tišením bolesti a

empatické chování ze strany personálu. Svou nespokojenost vyjádřil pouze pacient P6, jehož přijetí probíhalo na chirurgické ambulanci. Pacient P6 vyjadřoval svou nespokojenost skoro ve všech oblastech příjmu a výkonu ošetrovatelského personálu. Z komplexního hlediska se informanti, jež se transportovali do nemocničního zařízení sami, tedy pacienti P1, P5, P6, P7, P8, vyjádřili negativně ke kontinuitě péče. Kdy nejčastěji zmiňovali zhoršenou orientaci v nemocničním komplexu či dlouhé čekání na ošetření.

Kategorie 6 Bolest

Sedm z osmi dotazovaných pacientů při rozhovoru uvedlo, že pociťovali bolest v souvislosti s jejich zdravotními obtížemi. Pouze pět pacientů: P1, P3, P4, P5, P6, z osmi při dotazování uvedlo, že pociťovalo bolest akutní, která je v momentě příjmu na ambulancích omezovala. Akutní bolest netrápila tedy informanty P2, P7, P8, které je dle jejich tvrzení příliš neomezovala, a byla přítomna pouze ve chvíli vyšetření lékařem či sestrou. Pacienti P2, P7, P8 se shodli, že necítili potřebu aplikace analgetik. Toto tvrzení je podloženo názorem informanta P7: *„Když mi lékař mačkal na břicho, samozřejmě to bolelo, ale nic, co by se nedalo vydržet. Na bolest jsem nic nechtěl, pač po vyšetření, to za chvíli odeznělo.“*

Naopak pacienti, kteří bolest cítili, popsali reakce personálu většinou jako automatické. Toto tvrzení je založeno na odpovědích pacientů z urologické P1, P2 a traumatologické ambulance P3, P4, P5. Zde se sestry ptaly pacientů na přítomnost bolesti, aniž by ji museli jakkoli začít verbalizovat atd. Názor zmíněných pacientů nejlépe vystihla dotazovaná P1: *„Hned jak jsem přišla do ambulance, nemusela jsem nic říkat. Sestra se mě při měření tlaku ptala, jestli mě něco bolí. Dostala jsem kapačku, když jsem čekala na výsledky. I potom, co mi sestra kapačku odpojovala, se mě ptala na bolest.“* Při rozhovorech pacienti s akutní bolestí potvrdili, že jich ošetřující personál monitoroval přítomnost bolesti a také její intenzitu. Jediný informant, jenž hodnotil jednání personálu negativně a jako nedostačující, byl pacient přijatý přes chirurgickou ambulanci P6, který svůj názor popisuje: *„Ambulantně jsem už dostal od lékaře nějaké léky na bolest, nic z toho do teď nepomohlo. Když jsem říkal, že už mám takové bolesti a nemůžu je vydržet, lékař ani sestra nijak nereagovali. Lékař mi naznačoval, že ty léky neberu dlouho na to, aby působili. Když jsem řekl, že ty bolesti mám i teď, nikdo mi nic na bolest nedal.“*

Pět pacientů z osmi se vyjádřilo shodně, že při jejich akutním příjmu na ambulanci se o přítomnost bolesti zajímaly především sestry. Tento předpoklad dokládá nejlépe výpověď pacientky P4: *„Sestry u mě zajišťovaly všechno. Myslím, že jsem s lékařem ani nemluvila. Veškerý kontakt byl se sestřičkami, které se mě hned po příjezdu do místnosti ptaly, co mě bolí, kde a jak moc.“* Z rozhovorů vyplývá, že sestry z chirurgické ambulance se neptaly na bolest automaticky, avšak zřejmě čekaly na verbalizaci, jiný podmět pacienta či ordinaci lékaře. Všichni tři dotazovaní pacienti P6, P7, P8 uvedli, že lékař měl hlavní roli v iniciaci tišení bolesti. Ovšem sestra po jeho ordinaci bolest již dále monitorovala po celou dobu přítomnosti pacienta. S tímto tvrzení nesouhlasil jediný z pacientů přijímaných přes chirurgickou ambulanci pacient P6.

5.3 Identifikační údaje sester v pozorování

Tabulka 2 Identifikační údaje sester v pozorování

Sestra	Příjmová ambulance	Počet sester na ambulanci	Přítomnost lékař/ka po dobu příjmu
S1	Urologická ambulance	1	Přítomen/a
S2	Urologická ambulance – lůžka stanice C	2	Nepřítomen/a
S3	Urologická ambulance – lůžka stanice C	2	Nepřítomen/a
S4	Traumatologická ambulance	1	Přítomen/a
S5	Traumatologická ambulance – emergency box I.	2	Nepřítomen/a
S6	Traumatologická ambulance – emergency box I.	2	Nepřítomen/a
S7	Traumatologická ambulance-emergency box II.	2	Částečně přítomen/a
S8	Traumatologická ambulance – emergency box II.	2	Částečně přítomen/a
S9	Chirurgická ambulance	2	Přítomen/a
S10	Chirurgická ambulance	2	Přítomen/a

Zdroj: Vlastní zdroj

Tabulka prezentuje výzkumný vzorek zahrnující ošetrovatelský personál na pozici sestry, který byl součástí pozorování. Sestry byly znázorněny zkratkou S a jejich pořadí bylo vyjádřeno číslicí. Počet sester na příjmových ambulancích tvořil 10. Další proměnou, která konkretizovala pracoviště jednotlivých ošetrovatelských pracovníků, byl typ příjmové ambulance. Ve výzkumném šetření jsme pracovali s třemi typy ambulancí: chirurgickou, traumatologickou a urologickou. Dalším činitelem, který byl pozorován, byl počet sester na jednotlivých ambulancích podílejících se na zajištění akutního příjmu pacienta. Počet sester na jednotlivých ambulancích se pohyboval okolo jedné až dvou sester při zajištění akutního příjmu pacienta. Další proměnou byla přítomnost lékaře na příjmové ambulanci, kdy se sledovalo dodržování stanovených kompetencí

ošetřovatelského personálu. Informace ošetřovatelský personál přijímal většinou bez fyzické účasti lékaře.

5.4 Seznam kategorií pro pozorování (oblasti)

Kategorie 1 Saturace psychosociální potřeb a podávání informovaného souhlasu

Kategorie 2 Komunikace při příjmu

Kategorie 3 Monitorace a tišení bolesti

Kategorie 4 Saturace biologických potřeb

Kategorie 1 Saturace psychosociální potřeb a podávání informovaného souhlasu

Sestry informovaly všechny pacienty o jejich zdravotním stavu a nutnosti hospitalizace. Většina pozorovaných pacientů na traumatologické ambulanci byla o jejich diagnóze a zdravotním stavu informována především ze strany sester, nikoli od lékaře.

Příjem pacientů P3, P4 probíhal na emergency boxech, kde informace ošetřovatelský personál přijímal většinou bez fyzické účasti lékaře. Ošetřovatelský personál S4, S5, S6, S7, S8 na traumatologických ambulancích, často inicioval intervence sám, a také prováděl činnosti mimo daný rámec kompetencí. Sestry například vytvářely žádanky na vyšetření CT atd. Další činnost, kterou sestry prováděly mimo své kompetence, bylo spravování pacientů o nutnosti hospitalizace. V případě pacientů P3 a P4 sestry S5, S6, S7, S8 podávaly informace o nutnosti hospitalizace a následně informovaný souhlas bez předchozího poučení lékařem.

Sestry S5 a S6 vysvětlovaly postup své činnosti při veškerých intervencích, např. při zavádění PŽK u P3. P3 byla před aplikací periferního žilního katetru spravena o důvodu zavedení a seznámena s postupem. Během aplikace S5 popisovala celý postup P3 a doptávala se na přítomnost možných komplikací.

Po dobu čekání na výsledky vyšetření S5, S6, S7, S8 reagovaly na psychosociální potřeby pacientek ve formě souvislého podávání informací a motivace pacientů k budoucímu uzdravení. Patientky P3, P4 při čekání na výsledky vyšetření ošetřovatelskému personálu jmenovaly své obavy, v podobě strachu z komplikované rekonvalescence, znemožnění sebezpečí atd. Sestry působící na emergency boxech S5, S6, S7, S8 reagovaly na jejich vyslovené obavy přiléhavě. Reakce personálu na obavy obsahovaly empatický a většinou povzbuzující charakter.

Pacient P5 nebyl přijímán přes trauma box, nýbrž přes jednu z traumatologických ambulancí, kde byl po celou dobu příjmu přítomný i lékař, který v tomto případě

informoval P5 o nutnosti hospitalizace. Informovaný souhlas s pacientem zpracovala sestra S4. U pacienta P5, sestra S4 saturovala psychosociální potřeby kontinuálním podáváním informací během ošetření. V průběhu ošetřovatelských intervencí vysvětlovala svou veškerou činnost. S4 intenzivně vysvětlovala postup své činnosti při ošetřování několika ran P5. S4 s pacientem vedle kontinuální rozhovor, v které se P5 především uklidňovala, i přesto že nemocný nevyslovoval žádné obavy. Naopak P5 se často dotazoval na následující horizont intervencí, který u něj bude personál ještě vykonávat.

S4 nevedla komunikaci pouze s pacientem, avšak i s rodinným příslušníkem, který si přál více informací o zdravotním stavu P5. Informace příbuznému podávala S4. Jednalo se o manželku P5, která ho dopravila do nemocničního zařízení. S4 po zajištění potřeb a stavu P5, informovala manželku o následném horizontu dění, a také jaké osobní věci, budou potřebné při následné hospitalizaci. Stejně tak jako P5, i manželku povzbuzovala k brzké stabilizaci stavu P5.

Pacienti P6, P7 byly přijati přes chirurgickou ambulanci. Při příjmu byl přítomen jak lékař, tak sestry S9, S10. Pacient P6 se dožadoval hospitalizace na základě subjektivního pocitu nesnesitelné bolesti břicha. P6 se vyjadřoval vulgárně, také naznačoval suicidální jednání, pakliže nebude hospitalizován. Sestra S9 na slova o suicidálním jednání pacienta nijak nereagovala. Rozhovor, zde řídil spíše lékař. S9 vykonávala ordinace lékaře. Zároveň při každé intervenci P6 vysvětlila postup své činnosti, aniž by se na pacient na charakter intervencí doptával. Sestra S9 se v rozhovoru s pacientem snažila zjistit více o charakteru jeho potíží a uplatňovala prvky terapeutické komunikace, které byly vyjádřeny v nebagatelizování bolesti pacienta. V případě všech pacientů přijatých přes chirurgickou ambulanci P6, P7 byla všem doporučena hospitalizace lékařem. Sestry S9 a S10 zprostředkovávaly podepsání informovaného souhlasu.

Pacientka P7 přišla do ambulance se svou dcerou, kterou neměla během návštěvy lékaře, kam umístit. Sestra S10 se projevila aktivně a ochotně přistupovala k dětskému doprovodu, aby dala tak prostor pro vyšetření P7. Pacientka P7 vyzařovala nervozitu a k personálu měla velké množství otázek, jež souvisely s léčbou a řešením jejích zdravotních potíží. P7 vyslovovala během příjmu četné obavy ve vztahu k budoucnosti, a k péči o dceru. P7 se během vyšetření rozplakala, sestra S9 pacientku vyslechla, a reagovala na její obavy odkazem na moderní léčebné metody a jejich dobré výsledky.

Sestry S9 a S10 během příjmu motivovaly pacientku P7 k zachování soběstačnosti a stabilizaci zdravotního stavu. Pacientce popsaly veškeré náležitosti, např: proces neschopnosti pracovní činnosti, potřeby nutné k hospitalizaci a proces uložení na lůžkovou část. S9 a S10 také byly velmi aktivní v zachování intimity P7 při vyšetření. P7 nebyla ošetrovatelským personálem odhalena nezbytně dlouho a pouze na nejnútnejších partiích těla, která byla nutná při fyzikálním vyšetření lékařem i sestrou.

Přes urologickou ambulanci byly přijaty pacientky P1 a P2. Pacientka P1 přišla bez doprovodu, a přála si pouze ambulantně zaléčit. P1 během vyšetření a následného příjmu, diskutovala jak s lékařem, tak se sestrou S1 o nutnosti hospitalizace. P1 jmenovala personálu mnoho důvodu, pro které si nemůže hospitalizaci dovolit. Sestra S1 proto P1 předložila výčet komplikací, které mohou negativně ohrozit její zdravotní stav, pakliže hospitalizaci nezhodí. P1 nakonec po zvážení všech informací od S1 a lékaře s hospitalizací navrženou lékařem souhlasila.

Při příjmu bylo nutné u P1 odebrání vzorku sterilní moči. P1 vykazovala z vyšetření velkou nervozitu, jak verbální, tak neverbální komunikací. Sama uvedla, že žádné podobné vyšetření nemusela nikdy podstupovat. Sestra S1 před odběrem P1 edukovala o průběhu vyšetření, a během intervence ji neustále instruovala. Sestra S1 maximalizovala zachování intimity využitím pleny. Nabídla také pacientce, možnost vykonání intervence v jiné vyšetřovně, kde budou samy.

P2 byla nesoběstačná, proto byla záchranou zdravotnickou službou předána ihned na lůžkové oddělení, kde proběhlo její zajištění. Na příjmu P2 se podílelo více sester – S2, S3 z lůžkové stanice. Sestry mezi sebou kooperovaly, avšak při příjmu se ztrácelo kontinuální podávání informací P2. Chybělo vysvětlení následujícího dění, a za jakým účelem jsou u P2 intervence vykonány. U lůžka sestry S2 a S3 odebraly také ošetrovatelskou anamnézu, avšak P2 nebyla spravena o tom, zda bude na lůžkové stanici hospitalizována, či bude zpět odeslána do domova seniorů. Psychosociální potřeby pacientky, především ze strany informovanosti nebyly včas saturovány, jelikož většinu informací obdržela pacientka P2 až po jejím přijetí. Důvod a nutnost hospitalizace P2 vysvětlil až lékař, který po zajištění pacientky došel na lůžkovou stanici.

Kategorie 2 Komunikace při příjmu

Při pozorování sester probíhala neustálá výměna informací u 7 pacientů z osmi. Komunikace obsahovala především část informativní a terapeutickou. Edukaci prováděly

sestry na všech ambulancích, její obsah představoval popis následujících výkonů a horizontu dění. Ošetrovatelský personál pacienty instruoval a vysvětloval postup své činnosti a účel intervencí, které personál vykonává při jejich zajištění. Terapeutická komunikace se prezentovala především motivací pacientů a jejich přítomných rodinných příslušníků. Personál pacienty plně informoval o principu onemocnění, komplikacích, terapii a nutných vyšetření. Jako jediná byla pacientka P2 poučena až po vykonání intervencí. Pacientce P2 nebyl objasněn postup a důvod zavedení permanentního močového katétru a dalších invazivních vstupů. S2 a S3 při výkonech kooperovaly mezi sebou, avšak nereagovaly na přítomnost P2 a zodpovězení jejího dotazování odkládaly na později. Naopak druhá pacientka P1 přijímána přes urologickou ambulanci, si zprvu nepřála hospitalizaci, byla však díky informací ze strany sestry S1 přesvědčena o pozitivu hospitalizace. V tomto případě předkládala S1 pacientce P1 velké množství informací o potřebě rekonvalescence a možných komplikacích.

Terapeutická komunikace byla využita především u P6, který v rozhovoru se zdravotnickým personálem vyhrožoval suicidálním jednáním. Sestra S9 v takovém případě nebagatelizovala subjektivní projevy bolesti pacienta, nýbrž se snažila dozvědět, jaký druh bolesti pacient prožívá. Na druhou stranu na výhrůžky suicidálním jednání, nijak významně nereagovala, a v tom to ohledu se pacienta nesnažila nijak výrazně uklidnit. Avšak pacienta P6 motivovala, k brzkému zjištění příčiny potíží a vybízela P6 ke spolupráci. S9 pro nabuzení pocitu důvěry P6 vysvětlovala všechny své úkony.

Na traumatologické ambulanci, u všech přijímaných P3, P4, P5 sestry komunikovaly empaticky, a svou komunikací pacienty povzbuzovaly a reagovaly na jejich obavy, často pozitivní a přiléhavou odpovědí. Především vybízely k brzké stabilizaci stavu, uzdravení. U P5 probíhala komunikace mezi S4 a rodinným příslušníkem, jejímž cílem bylo, co největší poskytnutí informací. Všechny sestry na traumatologické ambulanci, také mimo rámec svých kompetencí předesílaly informace, zda bude pacient hospitalizovaný. U P3, která byla přijímána bez přítomnosti lékaře, komunikace mezi S5, S6 a P3 vyplňovala většinu času, jelikož se čekalo na výsledky vyšetření. P3 vyslovila mnoho obav ve vztahu k její soběstačnosti. Sestry v tomto případě pacientku motivovaly a po celou dobu příjmu hovořily o jejím osobním životě a následujícím dění.

Odbornou komunikaci vedly S9 a S10 na chirurgické ambulanci při příjmu P8, kde pacientka v ambulanci čekala se svou 4letou dcerou. Jedna ze sester S10 se ujala péče o

dětský doprovod, kdy se snažila dítě zaujmout a dát tak prostor, pro vyšetření a odebrání anamnézy u P8. Pacientka během vyšetření kladla mnoho otázek ohledně jejího zdravotního stavu a následujícího horizontu dění. Obě sestry poskytovaly P8 informace jak z odborného prostředí, a prezentovaly výhody a úspěšnost moderních léčebných metod. Sestry tedy po celou dobu příjmu procovaly s odbornými znalostmi.

Kategorie 3 Monitorace a tišení bolesti

Sestry prováděly automaticky monitoraci bolesti, bez prvotního podmětu pacienta na všech příjmových ambulancích. Většina pacientů nevykazovala pocit bolesti v souvislosti s prováděním odborných intervencí sester a dalšího zdravotnického personálu. Na urologické ambulanci u pacientky P2 se sestry S2 a S3 dotazovaly na přítomnost bolesti hned po překladu na nemocniční lůžko. Avšak po vykonaných intervencích, jako zavedení permanentního močového katétru a permanentního žilního katétru, nebyla přítomnost bolesti již znovu ověřena. P2 při aplikaci invazivních vstupů neprojevovala pocit bolesti jak verbálně, tak neverbálně.

Další pacientka přijímaná přes urologickou ambulanci P1, vyhledala ošetření pro silnou bolest v bedrech. P1 uvedla bolest jako jednu z hlavních potíží. Pro její akutní pocit bolesti, byla lékařem indikována infuze s analgetiky. Sestra S1 po aplikaci infúze ověřovala přítomnost bolesti u P1 a účinek analgetik. S1 rovněž v průběhu příjmu P1 edukovala o nutnosti zavedení jednorázového močového katétru. Zde sestra P1 avizovala možnou přítomnost bolesti. Při samotném zavádění permanentního močového katétru, sestra reagovala na obavy a neverbální projevy u P1, uklidněním a brzkým ukončením intervence.

Na traumatologické ambulanci pacienti P3, P4, P5 dostaly preventivně analgetika hned po příjezdu na ambulanci. Sestry S4, S5, S6, S7, S8 se po celou dobu zajištění příjmu, preventivně dotazovaly na bolest. U P5 byla použita i skórovací stupnice VAS, kdy S4 zjišťovala intenzitu bolesti. P5 pro charakter svého poranění od vstupu do ambulance verbalizoval pocit bolesti. S8 na projevy reagovala uklidněním a intervence prováděla, co nejšetněji. U P3 sestry S5, S6 analgetika podávaly bez ordinace lékaře, kdy nedošlo k ověření alergické anamnézy. P3 byla velmi zdlouhavě přijímána, jelikož se čekalo na schválení výsledků CT lékařem. Pacientka si stěžovala na bolest pouze při manipulaci a změněn polohy. Sestry P3 aplikovaly pravidelně analgetika, aniž by pacientka potíže udávala.

Subjektivní pocit bolesti popsal při přejetí pacient P6, který v chirurgické ambulanci uváděl pocit nesnesitelné bolesti. Pacient se projevoval velmi frustrovaně, kdy verbálně i neverbálně demonstroval přítomnost bolesti. Ačkoliv závěrem fyzikálního vyšetření lékaře i S9 nebyla přítomnost patologie. P6 si hospitalizaci velmi urputně přál a trval na ní, ačkoliv lékař hospitalizaci zpočátku nedoporučil. Později P6 začal vyhrožovat suicidálním jednáním. S9 na bolest pacienta reagovala s pochopením a dotazovala se pacienta na charakter a stupeň bolesti, zabývala se také tím, odkud bolest pramení a kam se propaguje. P6 při odběru anamnézy zjistila, že P6 bolestmi trpí již delší dobu, avšak doporučenou farmakologickou léčbu nedodrží. P6 byl nakonec přijat k hospitalizaci. Sestry na příjmových ambulancích, se na pocit bolesti ptaly všech přijímaných pacientů, aniž by sami vykazovali její přítomnost. Po aplikaci analgetik zjišťovaly jejich účinek, k měření intenzity používaly skórovací škálu VAS. Na chirurgické a urologické ambulanci se u P2 a P5 dotazovaly také na charakter bolesti, a kam bolest vyzařuje.

V případě traumatologické ambulance u P3, P4 sestry iniciovaly jako první podání analgetik. U pacienta P5 léky proti bolesti podala sestra S8 dle ordinace lékaře. Na urologické ambulanci přítomnost bolesti uvedla P1 sama, na tuto informaci reagoval jak lékař i sestra podáním analgetik. P2 byla po předání na nemocniční lůžko dotazována na přítomnost bolesti, avšak dále po dobu příjmu již monitorace neprobíhala.

Kategorie 4 Saturace biologických potřeb

Analyzovat biologické potřeby bylo primárním předmětem ošetrovatelského i lékařského personálu na všech příjmových ambulancích. Sestry saturovaly biologické potřeby většinou na základě objektivních i subjektivně získaných informací od pacientů. Ošetrovatelský personál saturoval biologické potřeby pacientů nezávisle, dle signifikace příznaků. Sestry saturovaly biologické potřeby v podobě tlumení bolesti, podpory dechu, pohodlí a zajištění vyprazdňování atd. Sestry S2 a S3 na urologickém lůžkovém oddělení prováděly fyzikální vyšetření u pacientky P2. Sestry kladly svou pozornost na stupeň vědomí P2, dýchání, přítomnost bolesti atd. Dotazovaly se P2 na její somatické potíže, které je nabádaly k dalšímu vyšetření. Sestry S2, S3 jako první zajišťovaly u pacientky permanentní močový a permanentní žilní katétr. Také přívod kyslíku, jelikož pacientka při měření tlaku a saturace po příjezdu na ambulanci, vykazovala nižší okysličení. Dále zjišťovaly tělesnou teplotu P2. Sestry S2, S3 ošetřily pacientce kožní defekty v podobě opruzenin a proleženin, které nebyly v danou situaci spojené s jejími zdravotními

problémy, nic méně bylo nutné jejich ošetření a zaznamenání. Sestry kontrolovaly fyziologické hodnoty a stav vědomí u P2 po celou dobu příjmu. Pacientka P2 byla uložena na pokoj vedle sesterny, kdy personál udržoval nad pacientkou zvýšený dohled v prvních hodinách hospitalizace.

Na traumatologickém oddělení u pacientky P3 a P4, které byly přijaty přes emergenci boxy, probíhala struktura zajištění biologických potřeb velmi podobně. U obou pacientek byl zjišťován stav vědomí, změřeny základní fyziologické hodnoty atd. Sestry automaticky napojily P3 a P4 na kontinuální monitoraci, která podávala informace o krevním tlaku, okysličení, pulsech. Stav vědomí sestry S4 a S5 u pacientky P3 zjišťovaly pravidelnou kontrolou vědomí.

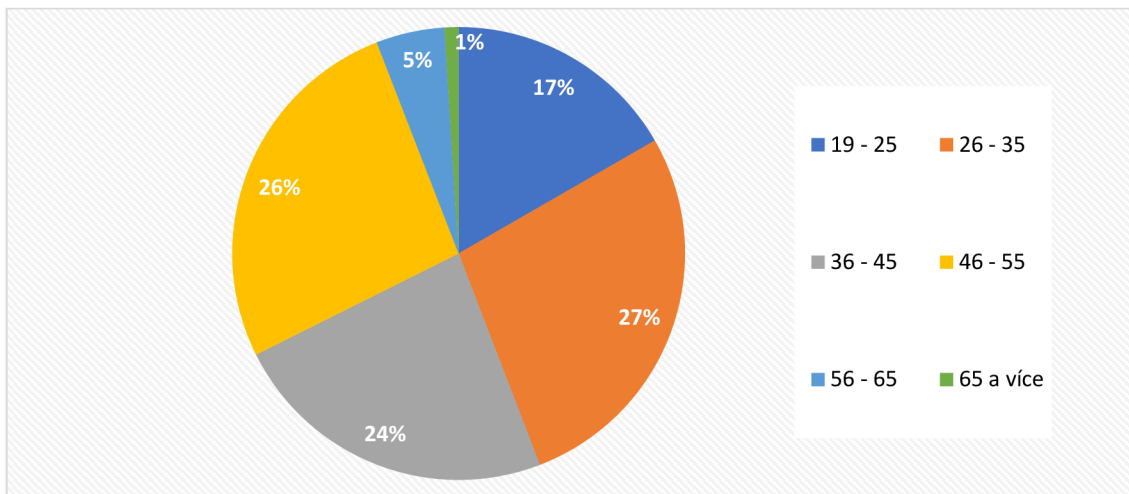
Obě pacientky komunikovaly přiléhavě, proto ošetřovatelský personál doptával na mechanismus poranění. U P3 byla nutná podpora kyslíkem. Péči u pacientky P3 vedly především sestry S5 a S6, kvůli nepřítomnosti lékaře. Po primárním připojení pacientek ke kontinuální monitoraci, sestry S4, S5, S6, S7 dbaly na správnou polohu a klid pacientek na lůžku. Dále na zajištění žilních vstupů a odebrání laboratorních vzorků. S4, S5, S6, S7, S8 po celou dobu příjmu ověřovaly stav vědomí a orientaci pacientek.

U pacientky P3 S5 zaznamenala nestabilní hodnoty saturace, proto byla pacientka napojena na kontinuální okysličení. P4 si stěžovala na pocit nevolnosti, sestry S6, S7 pacientku uvedly okamžitě do polohy mírného polosedu a přinesly jí emitní misku, pro případ zvracení. Pacientce také podaly medikaci, která utlumila pocit nevolnosti, avšak lék nebyl ordinován lékařem.

V dalších případech u pacientů P1, P5, P6, P7, P8 sestry kooperovaly více s lékařem, který vedl fyzikální vyšetření pacientů, sestry společně s ním spolupracovaly a prováděly ošetřovatelské intervence dle jeho ordinace. U zmíněných pacientů sestry postupovaly také rutinním zjištěním základních fyziologických funkcí, jako kontrolou krevního tlaku, pulzu, okysličení a teploty. Poté nejčastěji sestry prováděly odběry vzorků do laboratoře, či ošetření ran různého charakteru. Ošetření probíhalo většinou ve spolupráci s lékařem.

5.5 Statistické parametry zkoumaných souborů

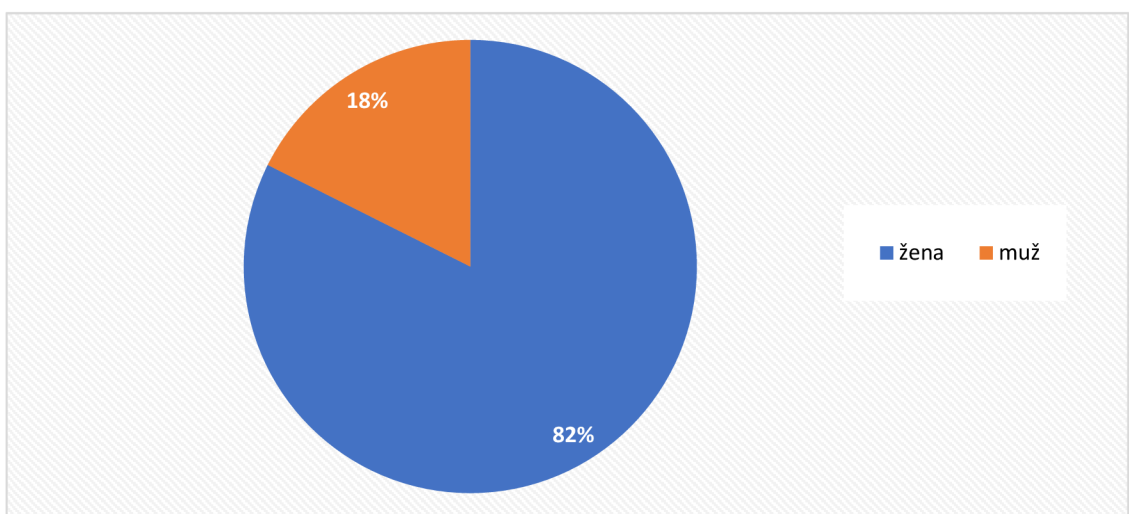
Graf 1 Věk dotazovaných sester



Zdroj: vlastní zpracování

Věkovou kategorii 26-35 let zastupuje 28 dotazovaných (27 %) napříč příjmovými ambulancemi. Další skupinu představovali dotazovaní ve věku 46-55 let (26 %), kterých bylo 27. Věková kategorie 36-45 let byla zastoupena 24 osobami (24 %) z řad ošetrovatelského personálu. U kategorie 19-25 let počet dotazovaných tvořil 17 osob (17 %) z celkového počtu. Věková skupina mezi 56-65 let byla prezentována počtem 5 osob (5 %). Skupinou s nejnižším počtem odpovědí představovala věková kategorie mezi lety 65 a více, která byla tvořena pouze jedním dotazovaným (1 %).

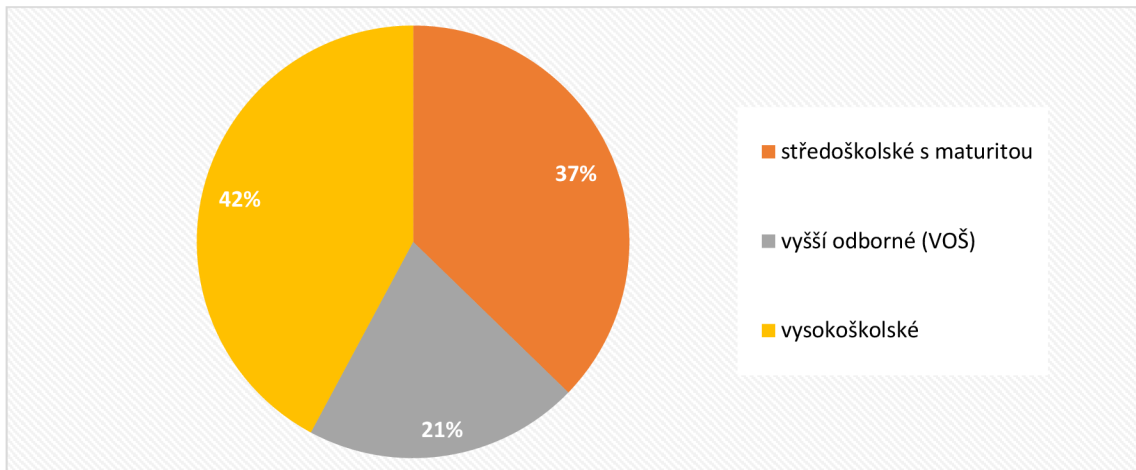
Graf 2 Pohlaví



Zdroj: vlastní zpracování

Graf 2 zobrazuje rozložení pohlaví dotazovaných sester z příjmových ambulancí. Celkový počet dotazovaných činil 102 osob, přičemž 84 tázaných reprezentovaly *ženy* (82 %) a zbylých (18 %) tvořili *muži* v počtu 18 osob.

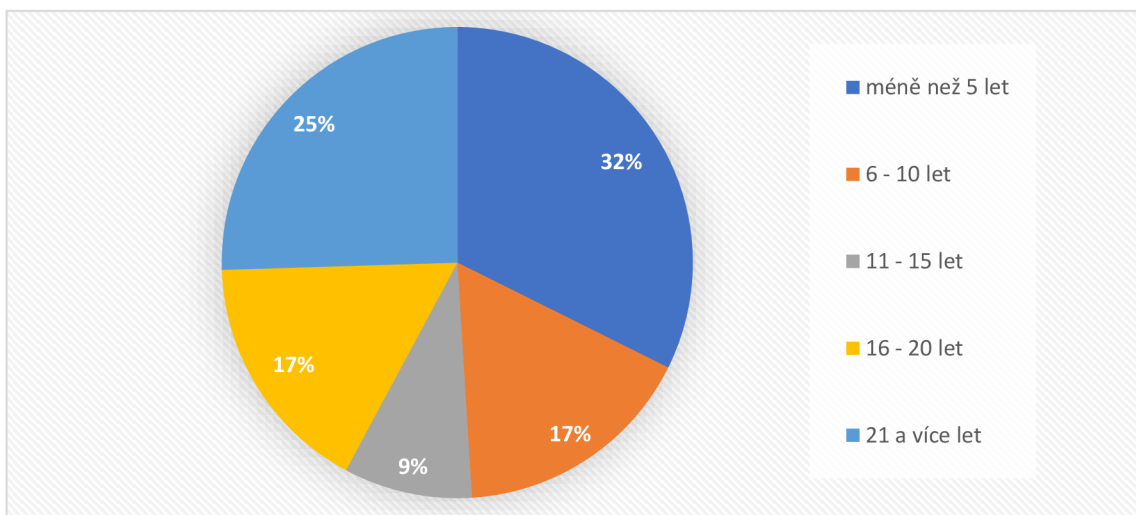
Graf 3 Vzdělání



Zdroj: Vlastní zpracování

Nejčtenější typ dosaženého vzdělání sester na příjmových ambulancích byl *vysokoškolské vzdělání* (42 %) v počtu 43 osob. Ke *středoškolskému odbornému vzdělání s maturitou* se přihlásilo 38 tázaných, tedy (37 %). Nejnižší počet zastupovaly sestry v kategorii *vyššího odborného vzdělání* (21 %), tedy 21 osob.

Graf 4 Doba výkonu profese

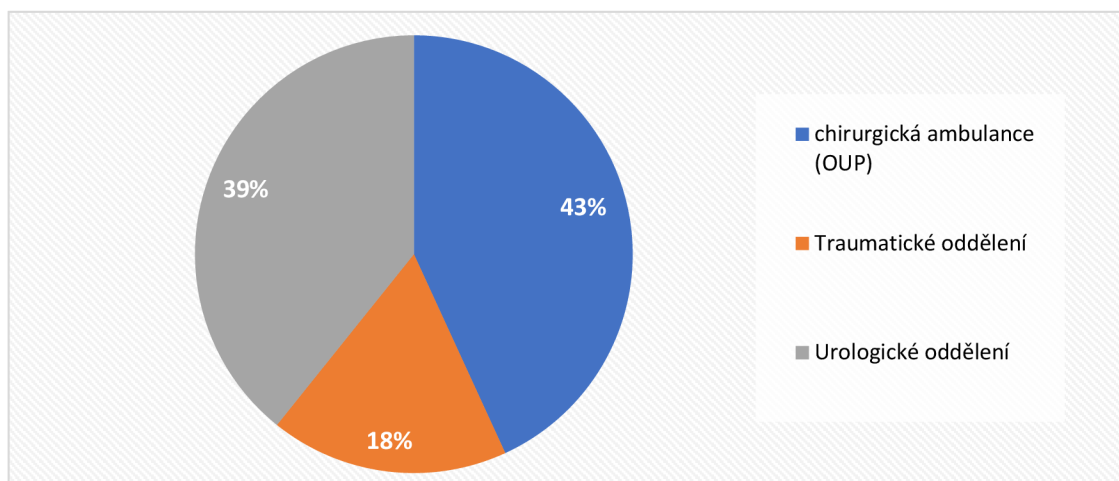


Zdroj: Vlastní zpracování

Největší zastoupení měla skupina provádějící profesi *méně jak 5 let*, označilo ji 33 sester (32 %). Druhou největší skupinou byly sestry vykonávající profesi *21 a více let* 26 sester

(25 %). S vyrovnaným počtem odpovědí se prezentovaly všeobecné sestry s dobou výkonu povolání 16-20 let v počtu 17 osob (17 %) a 6-10 let v množství 17 sester (17 %). Nejméně početnou skupinou byli dotazovaní vykonávající profesi všeobecné sestry po dobu 11-15 let, dotazovaných sester bylo 9 (9 %).

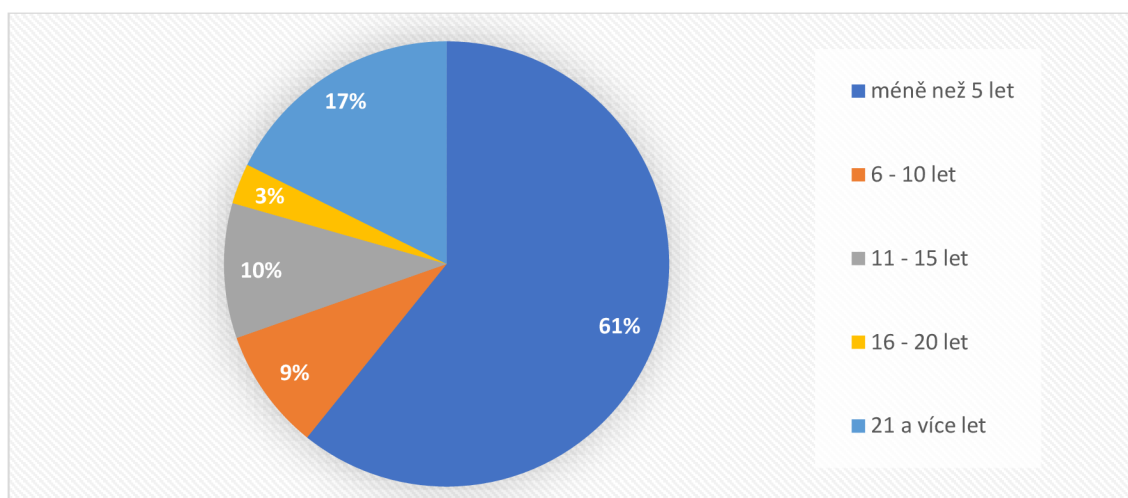
Graf 5 Typ příjmové ambulance



Zdroj: Vlastní zpracování

Největší počet ošetřovatelského personálu na příjmových ambulancích zastupovaly sestry z *chirurgické ambulance*, které byly v počtu 44 dotazovaných (43 %). Sestry z chirurgické ambulance zároveň tvoří personál na oddělení OUP. Druhou početnou skupinou reprezentují sestry z *urologické příjmové ambulance*, dotazované sestry zastupovaly sestry z příjmových ambulancí, obou lůžkových stanic B, C a urologické JIP. Dotazování se účastnilo (39 %), tedy 40 sester. Nejméně byl zastoupen personál z *traumatologické příjmové ambulance* (18 %) v počtu 18 všeobecných sester.

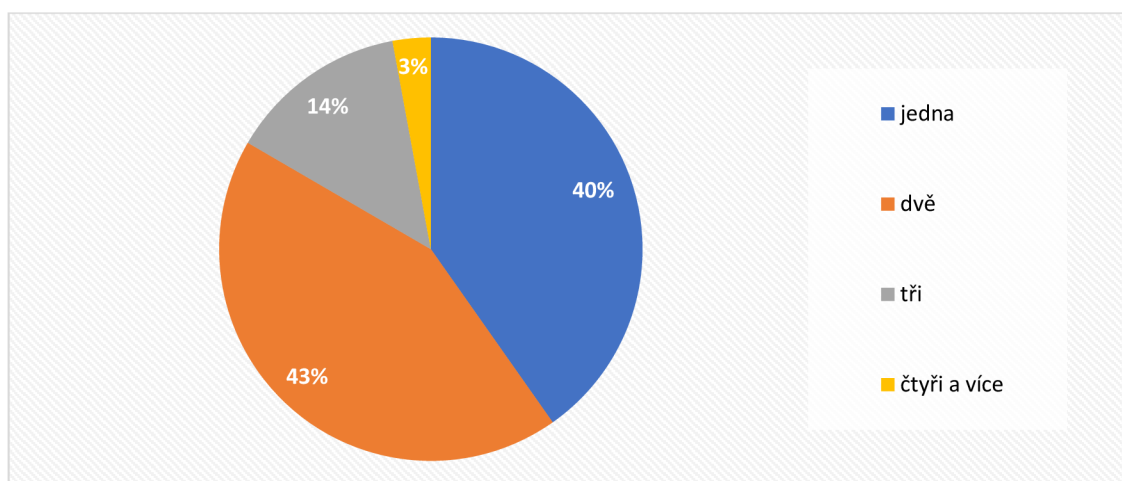
Graf 6 Doba výkonu profese na aktuálním oddělení



Zdroj: Vlastní zpracování

Ze všech příjmových ambulancí se přihlásilo k odpovědi 62 sester, kdy vykonávají profesi sestry na stávajícím oddělení, *méně než 5 let*. Vypovědělo tak 61 % dotazovaných z celkového počtu. Druhou silně zastoupenou skupinou dotazovaných byly sestry působící na aktuální příjmové ambulanci *21 let a více* v počtu 18 dotazovaných (17 %). 10 sester z příjmových ambulancí pracuje na nynějších odděleních *11–15 let* (10 %). 9 dotazovaných na aktuálním pracovišti působí *6–10 let* (9 %). Sestry s nejnižším zastoupením v počtu 3 (3 %) působí na stávajícím pracovišti *16–20 let*.

Graf 7 Počet sester při akutním příjmu

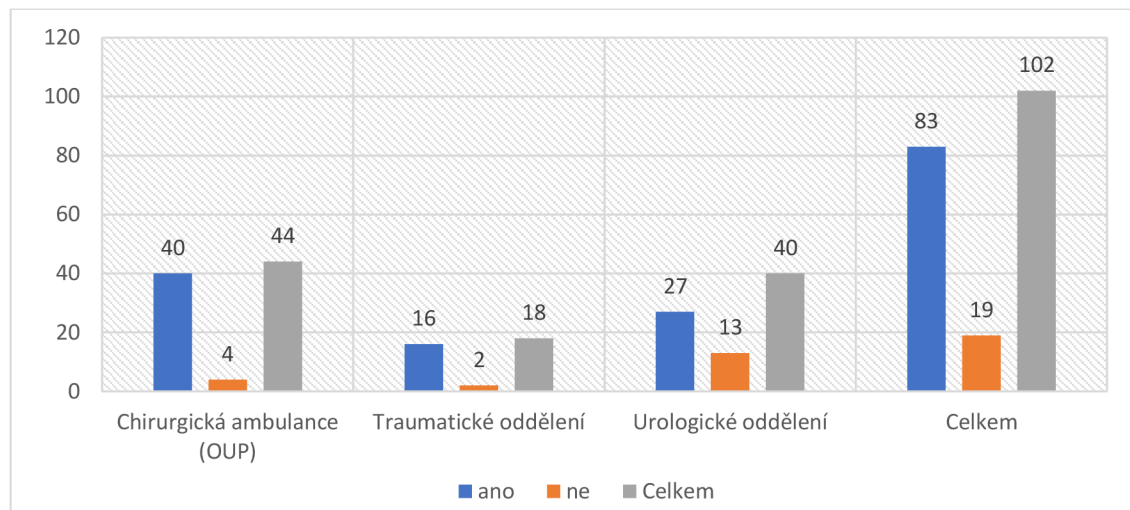


Zdroj: Vlastní zdroj

Sestry napříč všemi příjmovými ambulancemi nejčastěji vypověděly, že akutní příjem zajišťují v počtu *dvou sester*. Vypovědělo tak 44 sester tedy (43 %) z celkového počtu dotazovaných. Druhou nejčetnější skupinou byly sestry, ztotožňující se s odpovědí

počtem *jedna*. Celkem 41 sester (40 %) tvrdí, že zajišťují na svém pracovišti akutně přijatého pacienta v *jedné sestře*. S velkým rozdílem (14 %) sester v počtu 14 dotazovaných, zvolilo odpověď s počtem *tři*. Odpověď *Čtyři a více sester*, vybraly 3 tedy (3 %) sester.

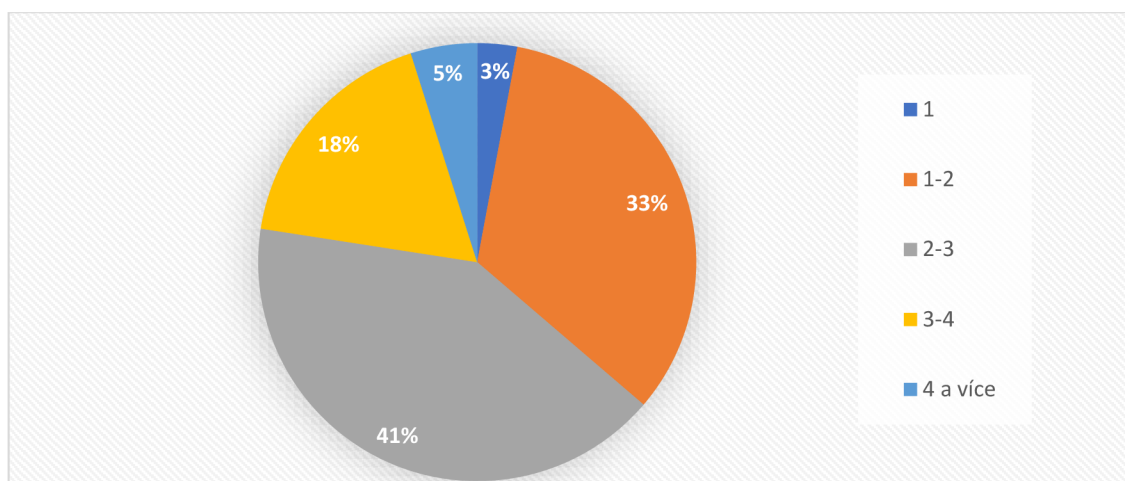
Graf 8 Zajištění akutního příjmu v jedné sestře



Zdroj: Vlastní zdroj

Z celkového počtu 102 dotazovaných 83 sester (81 %) vypovědělo, že mají zkušenost se zajištěním pacienta v jedné osobě. Pouze 19 dotazovaných (19 %) z celkového počtu uvedlo, že nemá zkušenost se zajištěním pacienta při akutním příjmu pouze v jedné osobě. Dále jsou v grafu zastoupeny jednotlivé příjmové ambulance. Nejvyšší počet sester, které mají zkušenost se zajištěním akutního příjmu v jedné osobě, byl na *traumatologické ambulanci*. Kde z celkového počtu 18 sester *traumatologické ambulance*, se 16 (89 %) z nich ztotožnilo s touto zkušeností. Na *chirurgické ambulanci* 40 sester (91 %) z 44 sester uvedlo, že mají rovněž zkušenost se zajištěním pacienta v jedné osobě. Na *urologické ambulanci*, z celkového počtu 40 sester má zkušenost se zajištěním pacienta v jedné osobě 27 sester (67 %).

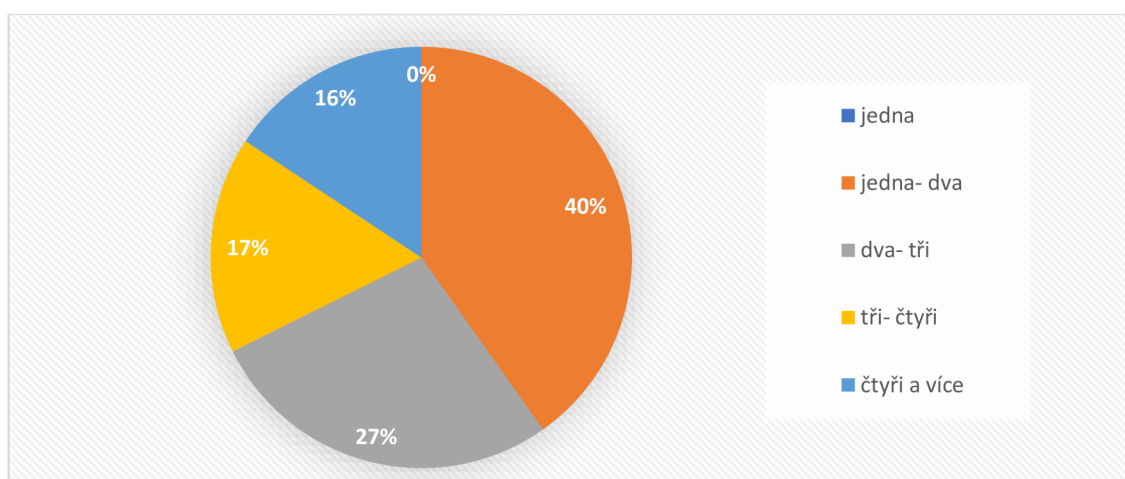
Graf 9 Ideální počet sester



Zdroj: Vlastní zdroj

42 dotazovaných sester (41 %) uvedlo, že ideální počet ošetrovatelského personálu působící při zajištění akutně přijatého pacienta je *2-3 osoby*. Druhou nejvíce zastoupenou kategorií byly sestry ztotožňující se s počtem *1-2 osoby* v počtu 34 dotazovaných, tedy (33 %). Již větším rozdílem byla s 18 % prezentována možnost, kdy ideální počet sester při zajištění akutního příjmu pacienta je *3-4 osob*. Tento názor zastávalo 18 sester. Nejméně zastoupené kategorie byly s možností odpovědi *4 a více osob* a v 1 osobě (1 %). Odpověď *4 a více osob* byla zastoupena 5 % dotazovaných sester v počtu 5 osob. Nejméně dotazovaných se ztotožnilo s možnou odpovědí *1 osoby*. Odpověď uvedly pouze 3 dotazovaní z ošetrovatelského personálu (3 %).

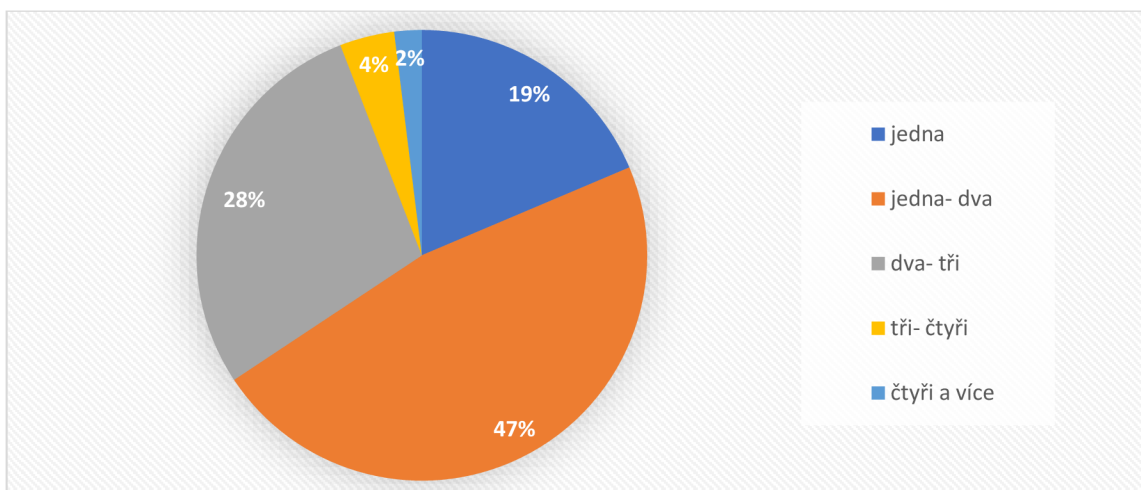
Graf 10 Počet sester na denní službu



Zdroj: Vlastní zdroj

Sestry napříč příjmovými ambulancemi vypovídají, jaký je běžný počet sester, který působí na příjmových ambulancích na denní službě. Nejčastěji shodují v odpovědi *1-2 sestry*, uvedlo tak 41 sester (40 %). Další nečastější odpovědí bylo *2-3 členové* ošetrovatelského personálu, jež zastupovalo 28 odpovědí ošetrovatelského personálu (27 %). Třetí nejčastější odpovědí byl počet *3-4 sestry* na denní službu, odpovědělo tak 17 dotazovaných, tedy (17 %). 16 dotazovaných sester (17 %) tvrdí, že na denní směně na příjmové ambulanci působí *4 a více sester*. Odpověď, kdy počet ošetrovatelského personálu je tvořen jednou osobou na denní službu neoznačil ani jeden z ošetrovatelského personálu (0 %).

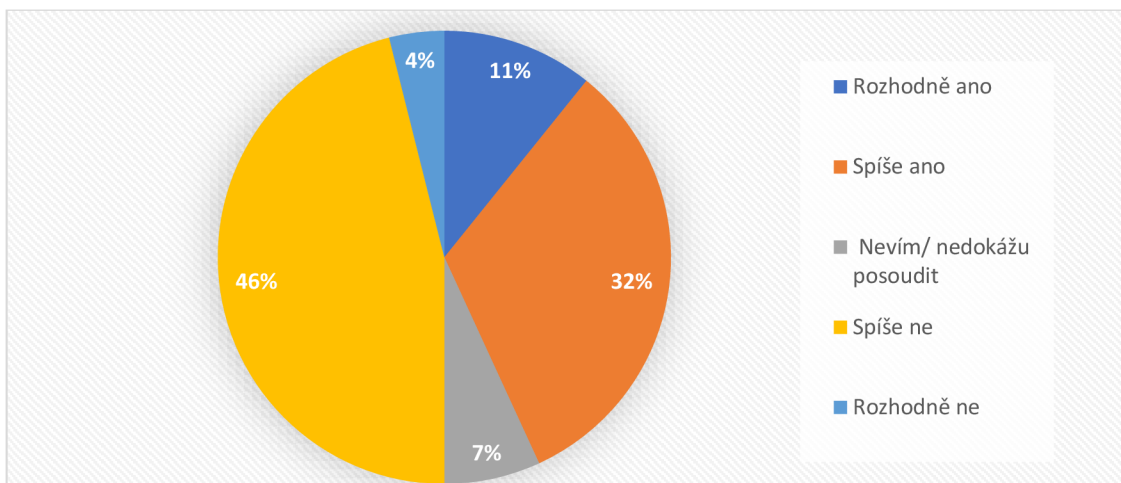
Graf 11 Počet sester na noční službu



Zdroj: Vlastní zdroj

Získaná data zobrazují počet sester na noční směně na příjmových ambulancích, dle výpovědi ošetrovatelského personálu působícího na zmíněných ambulancích. Sestry nejčastěji uvedly počet *jedna až dvě osoby*, označily možnost v 48 případech (47 %). Druhou nejčastější možností byl počet *dva až tři osoby* zastoupený 29krát (28 %). Odpověď *jedna osoba*, byla zastoupena 19krát (19 %). Nejméně zastoupenou možností byla odpověď *tři až čtyři osoby* (4 %) v počtu 4 sester. Možnost *čtyři a více osob* byla vybrána pouze dvěma dotazovanými (2 %) z ošetrovatelského personálu.

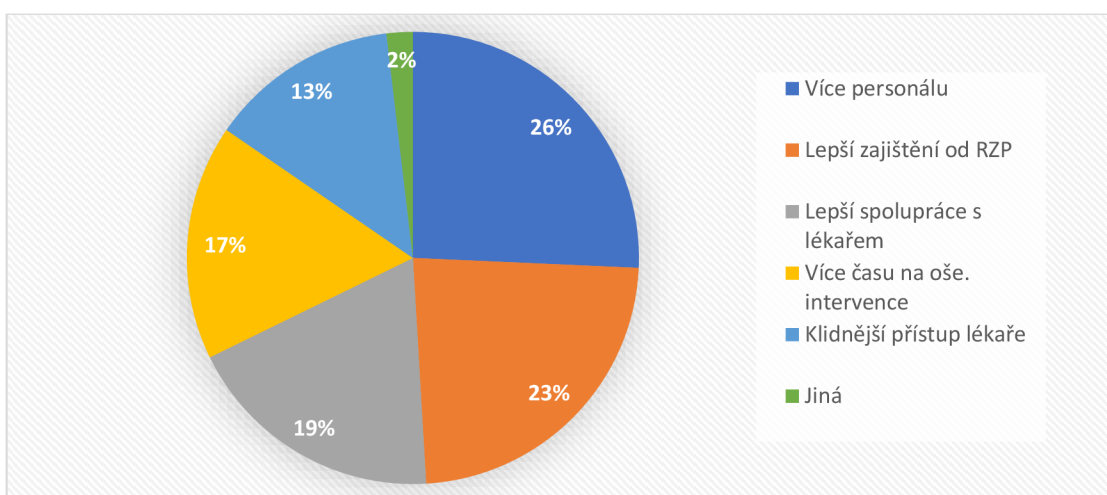
Graf 12 Míra stresu u personálu



Zdroj: Vlastní zdroj

Většina sester se při zajišťování akutního příjmu *spíše necítí pod tlakem*, zvolilo tak 47 (46 %) dotazovaných sester. Druhou nejčtenější odpovědí napříč dotazovanými byla možnost *Spíše se cítí pod tlakem*, s počtem odpovědí 33 (32 %). Sestry, co se cítí být *rozhodně pod tlakem* během zajištění pacienta při příjmu, byly v počtu 11 osob (11 %). *Neví či nedokáže posoudit, zda se cítí pod tlakem*, vypovědělo 33 sester z příjmových ambulancí (32 %). *Rozhodně se necítí pod tlakem*, označili 4 členové ošetrovatelského personálu (4 %).

Graf 13 Faktor ovlivňující snížení stresu

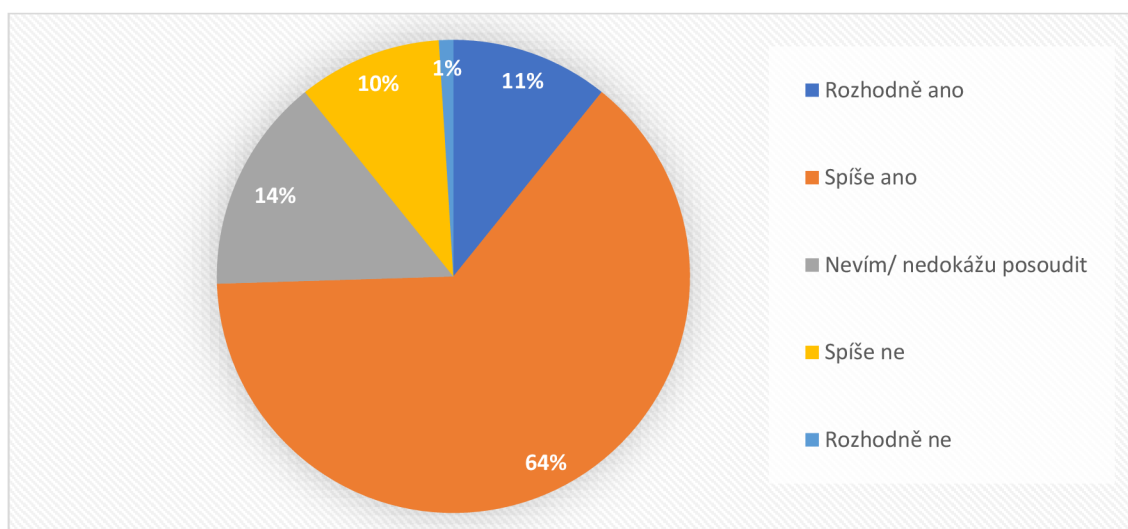


Zdroj: Vlastní zdroj

Z nabídky faktorů snižujících stres respondenti mohli volit více možností. Nejčastěji vybraná odpověď personálem působící na příjmových ambulancích byla možnost-*Více personálu*, s počtem 55 odpovědí (26 %). Další kategorie zahrnovala možnost-*Lepší*

zajištění od RZP. Tato možnost byla vybrána v 50 případech (23 %). Třetí nejpočetnější odpověď volena personálem byla možnost-*Lepší spolupráce a pomoc lékaře*. S počtem 36 odpovědí (19 %) byla označena sestrami napříč příjmovými ambulancemi. Možnost reprezentovala názor, kdy se personál ztotožňoval s tím, že potřebuje *více času na ošetrovatelské intervence*. Ve 29 případech personál uvedl, že jejich pocíťovaný stres by se snížil, díky *klidnějšímu přístupu lékaře* (13 %). (2 %) odpovědí, tedy 4 dotazovaní využili možnost uvést *vlastní, či jinou odpověď*.

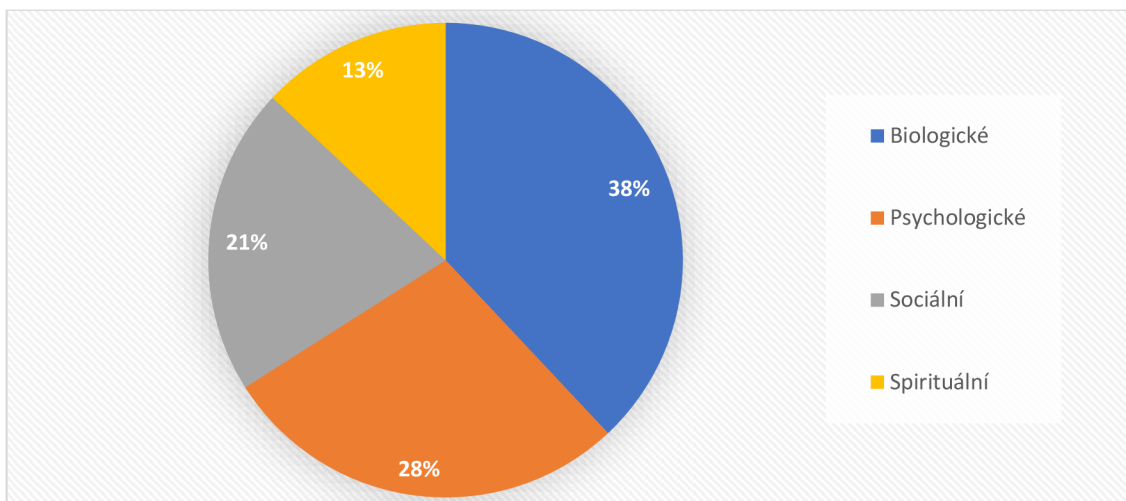
Graf 14 Více času na pacienta



Zdroj: Vlastní zdroj

(64 %) sester ze všech příjmových ambulancí by uvítalo mít *spíše více* času při akutním příjmu na pacienta. Odpovědělo tak 65 dotazovaných sester ze 102 jedinců. 15 dotazovaných sester (15 %) se ztotožnilo z odpovědí, *Neví či nedokáže posoudit*, zda by uvítalo mít na pacienta více času při akutním příjmu pacienta. Kategorie *Rozhodně ano*, označilo 11 respondentů z ošetrovatelského personálu (11 %). 10 sester (10 %) by *spíše neuvítalo* mít na pacienta při akutním příjmu více času. Odpověď *Rozhodně neuvítaly více času*, byla vybrána jedním z respondentů ošetrovatelského personálu (1 %).

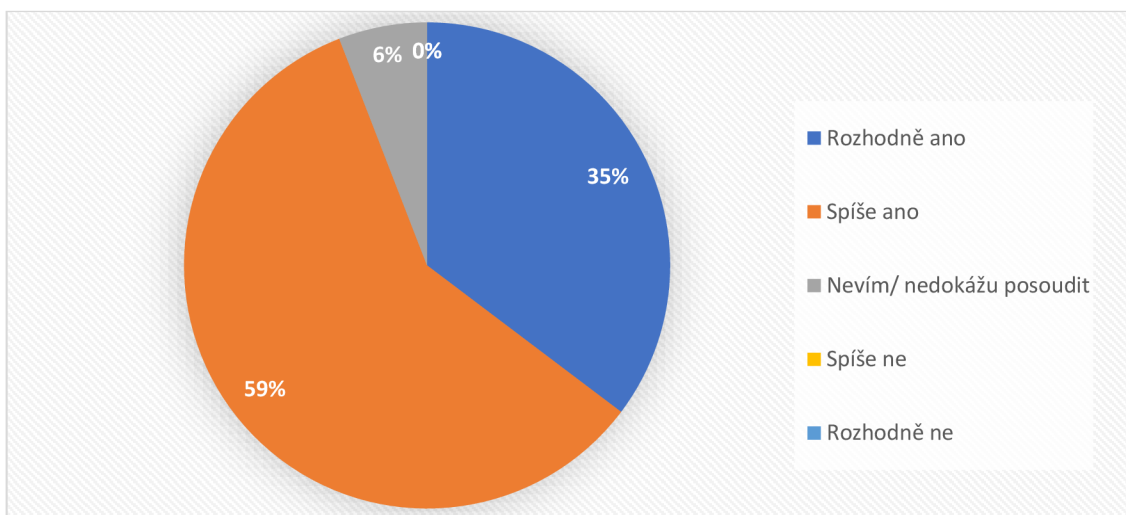
Graf 15 Hierarchie potřeb



Zdroj: Vlastní zdroj

Respondenti měly ohodnotit v číselném rozmezí 1-4, přičemž číslo 1 bylo nejvýznamnější a číslo 4 nejméně významné. *Biologické potřeby* byly hodnoceny jako nejdůležitější. *Biologické* jako prioritní vybralo nejvíce dotazovaných, a získali tak hodnotu 3,8 (38 %). Další kategorii potřeb, které ošetřovatelský personál vnímal jako zásadní k saturaci při akutním příjmu pacienta, byly potřeby *psychologické*. Získaly hodnotu 2,8 (28 %). *Sociální potřeby* získaly prioritu 2,1 (21 %) jako důležité k saturaci při akutním příjmu pacienta. Nejnižší zastoupenou skupinou potřeb, byly *spirituální*, které dosáhly hodnoty významnosti 1,3 (13 %).

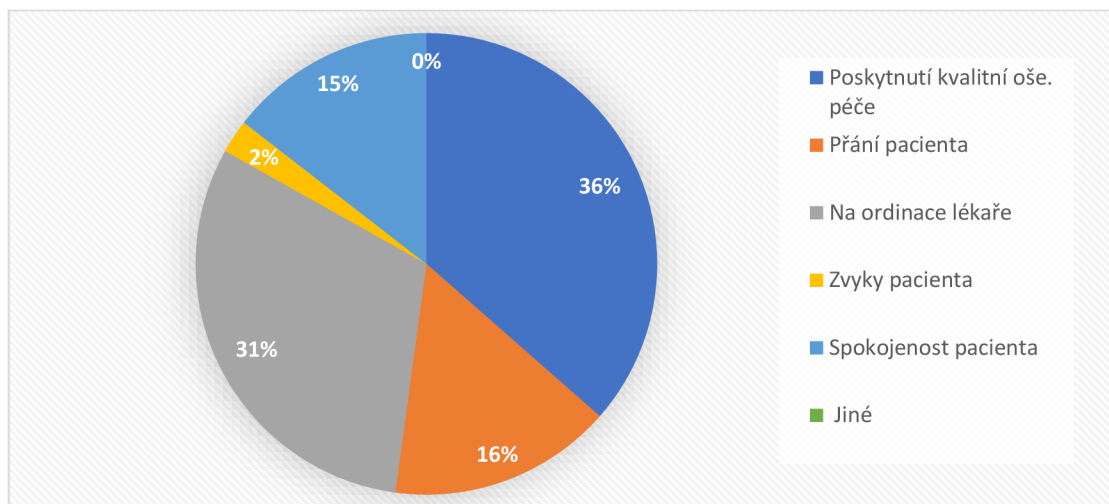
16. Biologické potřeby



Zdroj: Vlastní zdroj

Nejpočetnější odpověď představovala možnost *Spíše ano*, kdy sestry spíše upřednostňují saturaci biologických potřeb. Odpověď byla zastoupeno 60 respondenty (59 %). Možnost *Rozhodně ano*, byla vybrána v 36 případech (35 %). Zda upřednostňuje při akutním příjmu pacienta biologické potřeby *Nevím/ nedokážu posoudit* 6 dotazovaných sester (6 %). Odpovědi *Spíše ne* a *Rozhodně ne* byly zvoleny ani jedním z dotazovaných respondentů.

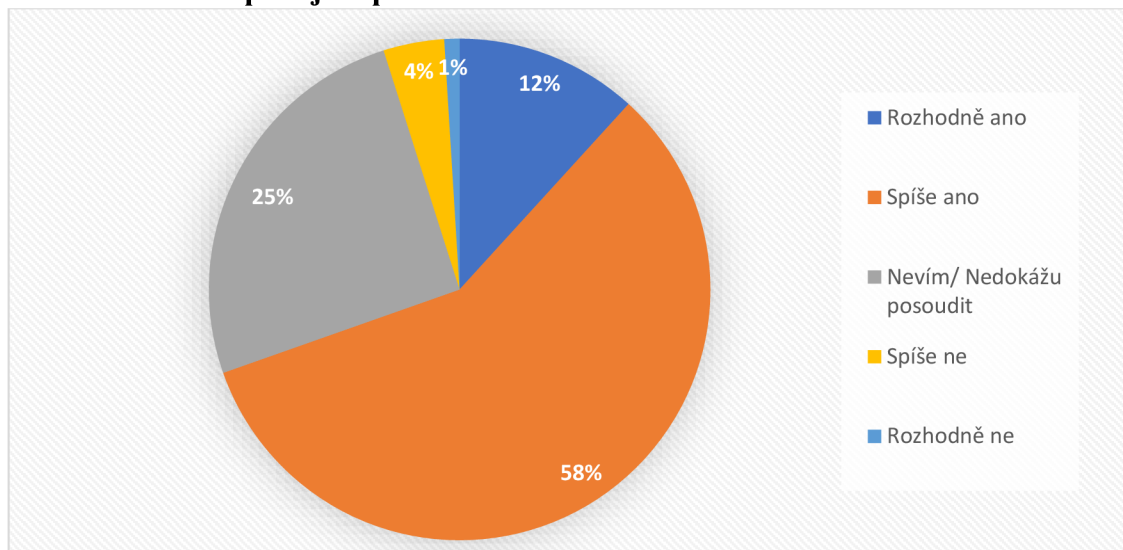
17. Zajištění biologických potřeb



Zdroj: Vlastní zdroj

Ošetrovatelský personál mohl v případě této otázky zvolit více odpovědí. Nejčastěji zvolenou odpovědí ošetrovatelským personálem na příjmových ambulancích bylo *Poskytnutí kvalitní ošetrovatelské péče*, která byla vybrána v 93 případech. Z celkového počtu tvoří 36 % odpovědí. Druhou nejčastější odpovědí, která byla personálem označena v 79 případech (31 %), byla možnost *Na ordinaci lékaře*. Odpověď *Přání pacienta* zvolily sestry z příjmových ambulancí ve 40 případech. V celkovém počtu tvořila odpověď 16 %. Sestry kladou důraz ve 37 případech (15 %) na *Spokojenost pacienta*. Personál vybral odpověď *Zvyky pacienta* v 6 případech (2 %). Poslední možnost *Jiné*, kde respondenti měly možnost zaznamenat svou odpověď, nebyla využita ani jedním z respondentů (0 %).

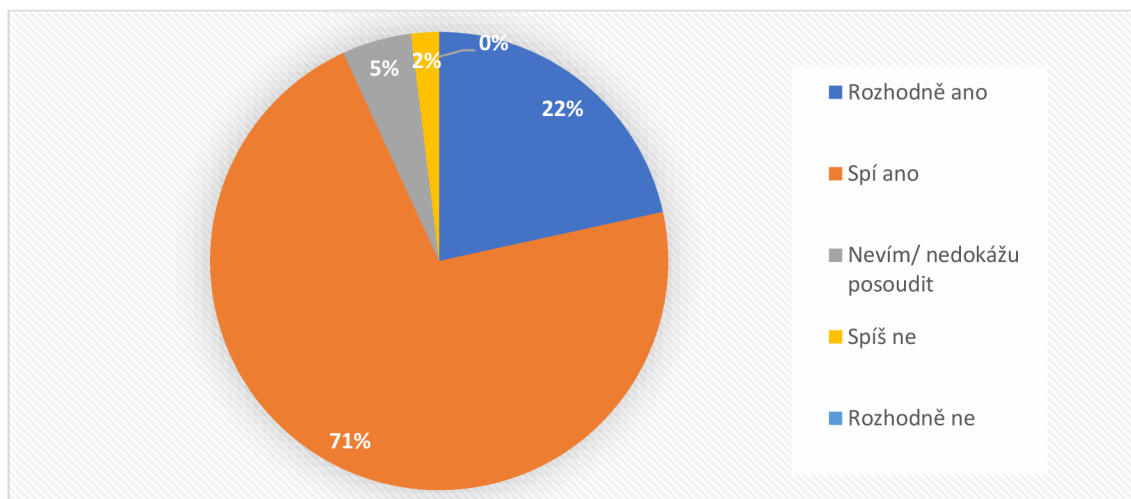
18. Dostatečné uspokojení potřeb



Zdroj: Vlastní zdroj

Sestry z příjmových ambulancí v 59 případech (58 %) uvádí *Spíše ano*, kdy při akutním příjmu pacienta jsou schopny, dle své sebereflexe spíše dostatečně saturovat jeho potřeby. Další skupina 26 respondentů (25 %) *neví či nedokáže posoudit*, zda jsou schopni dostatečně saturovat potřeby akutně přijatého pacienta. *Rozhodně ano* vybralo 12 dotazovaných (12 %). Sestry ve 4 případech (4 %) mají pocit, že spíše nedokáží dostatečně saturovat potřeby pacienta. Jeden z dotazovaných (1 %), dle svého názoru *není rozhodně* schopen dostatečně saturovat potřeby pacienta při akutním příjmu.

19. Pocity a přání pacienta

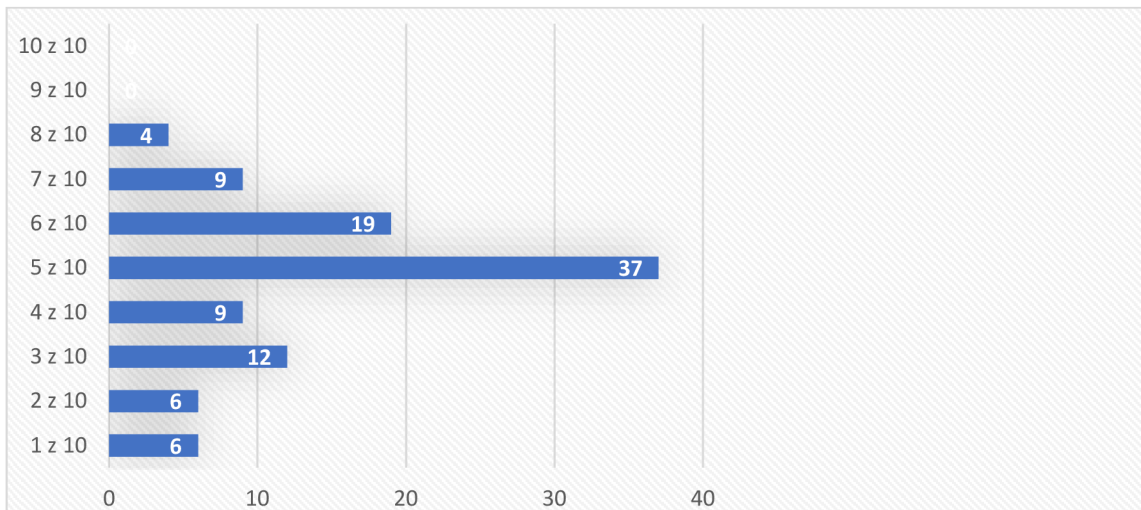


Zdroj: Vlastní zdroj

Počet 73 sester (71 %) z příjmových ambulancí se dle svého názoru *Spíše zajímá* o pocity a přání pacienta při akutním příjmu. Odpověď *Rozhodně ano* vybralo 22 sester (22 %),

kteře si myslí že, se *Rozhodně zajímají* o pocity a přání pacienta. *Neví či nedokáže posoudit* 5 dotazovaných sester (5 %). *Spíše se nezajímají*, dle svého názoru o pocity a přání pacienta, sestry v počtu 2 (2 %).

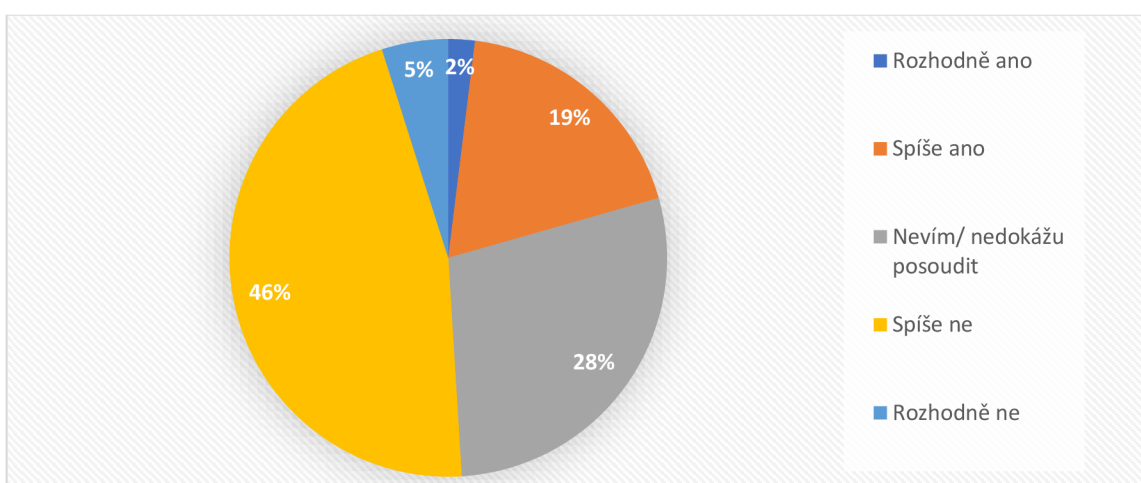
20. Hodnota spirituálních a psychologických potřeb



Zdroj: Vlastní zdroj

Respondenti měli možnost spirituální a psychologické potřeby ohodnotit číslicí 1-10, kdy číslo 1 bylo nejnižší významnosti a číslo 10 nejvyšší významnosti. Sestry z příjmových ambulancí označily spirituální a psychologické potřeby ve chvíli akutního příjmu číslem 5. Hodnotu vybralo 37 dotazovaných (36 %). Nejméně volenou hodnotou určující hodnotu spirituálních a psychologických potřeb, bylo číslo 9 a 10, které nebyly vybrány žádným z respondentů.

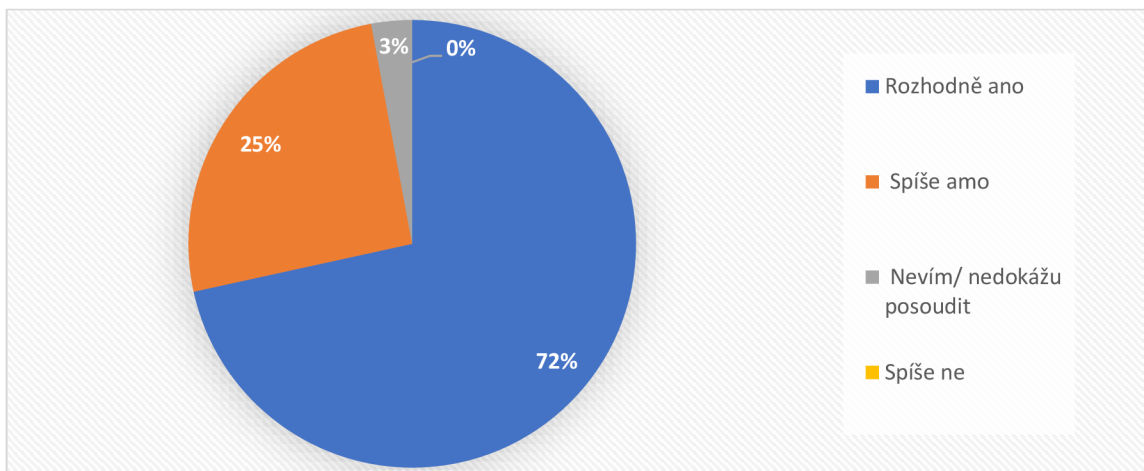
21. Spirituální a psychologické potřeby pacientů



Zdroj: Vlastní zdroj

Sestrám na příjmových ambulancích *není spíše* nepříjemné ptát se akutně přijatých pacientů na spirituální a psychologické potřeby, v počtu 47 dotazovaných (47 %). *Neví či nedokáže posoudit* 29 sester (28 %). *Spíše nepříjemné*, je dotazování na spirituální a psychologické potřeby pacientů, 19 sestrám (19 %). 5 (5 %) *respondentům rozhodně není nepříjemné* ptát se spirituální a psychologické potřeby. A nejméně početnou skupinu představovaly 2 sestry (2 %), kterým bylo *rozhodně nepříjemné dotazovat* se akutně přijatých pacientů na jejich spirituální a psychologické potřeby.

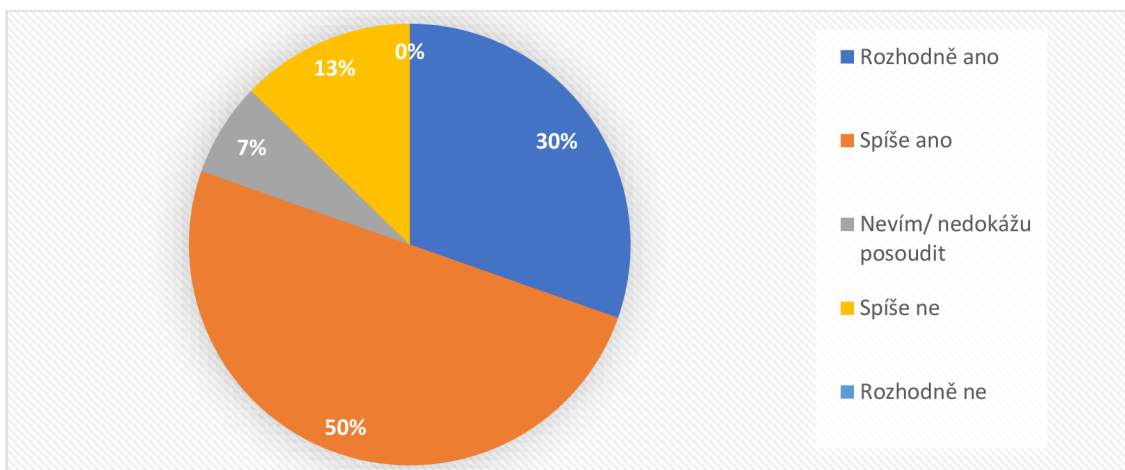
22. Intimita pacienta



Zdroj: Vlastní zdroj

Většina sester 73 (72 %) dle svého názoru *rozhodně dbá* na intimitu pacienta při akutním příjmu. Odpověď *Spíše ano*, vybralo 26 sester (25 %) z příjmové ambulance. 3 (3 %) respondenti neví, či nedokáží posoudit, zda myslí na zachování intimity akutně přijatého pacienta. Odpovědi *Spíše ne* a *Rozhodně ne* nebyly využity ani jedním z dotazovaných.

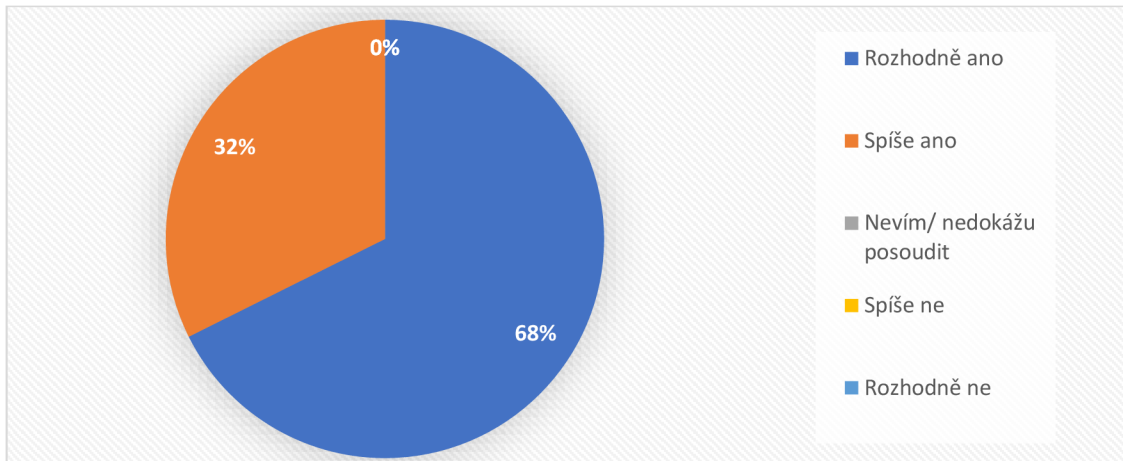
23. Komunikace s pacientem



Zdroj: Vlastní zdroj

Počtu 51 sester (50 %) *spíše zbývá* čas na komunikaci při zajištění akutně přijatého pacienta. 31 dotazovaných respondentů (30 %) *má rozhodně* čas na komunikaci s pacientem během akutního příjmu. V případě 13 dotazovaných sester (13 %) *spíše nemá* čas na komunikaci s pacientem. *Neví či nedokáže posoudit* 7 (7 %) sester. Žádný z respondentů 0 (0 %) ne zvolil odpověď *Rozhodně ne*.

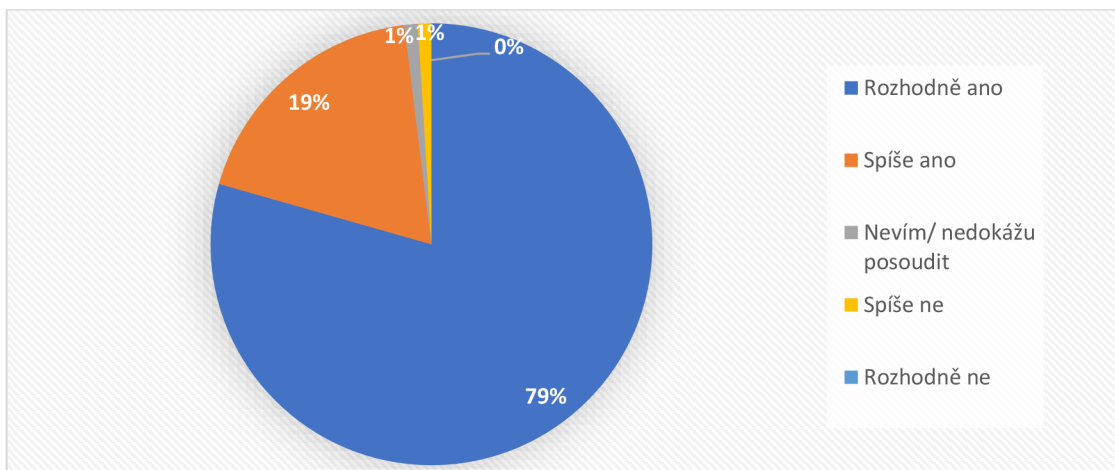
24. Podávání informací



Zdroj: Vlastní zdroj

Sestry v počtu 69 (68 %) *Rozhodně podávají* informace akutně přijatému pacientovi o následující činnosti. Zbývající množství sester 33 (32 %) *Spíše podává* informace akutně přijatému pacientovi o následující činnosti. Možné odpovědi *Nevím či nedokážu odpovědět*, *Spíše ne* a *Rozhodně ne*, nevyužil žádný z respondentů.

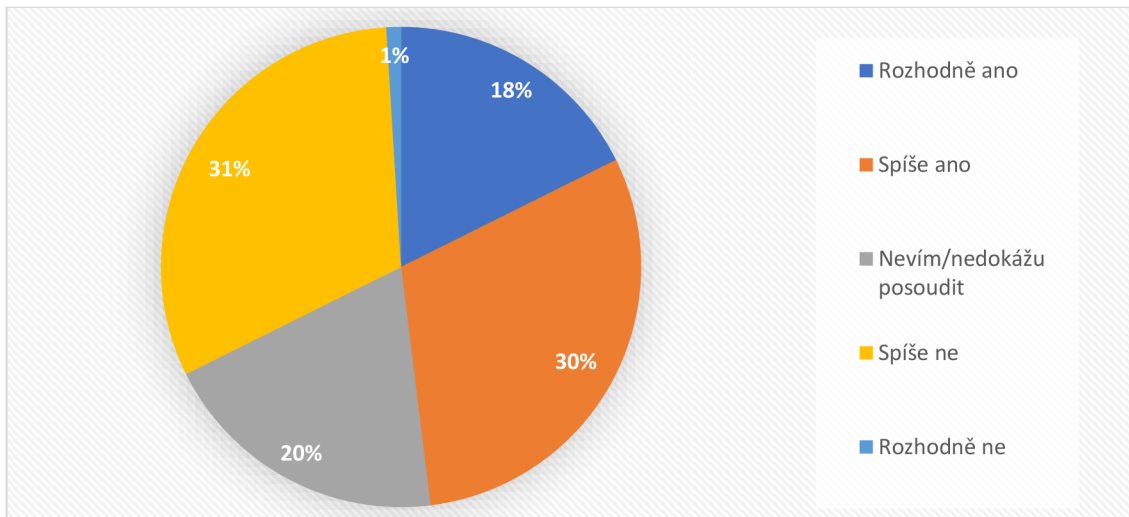
25. Edukace při ošetrovatelských intervencích



Zdroj: Vlastní zdroj

Edukaci při provádění intervence *rozhodně provádí* dle tvrzení 81 sester (79 %) na příjmových ambulancích. Ošetrovatelský personál v 19 případech (19 %) *spíše provádí* edukaci o aktuální intervenci. *Neví či nedokáže posoudit* 1 dotazovaný (1 %). *Spíše neprovádí* edukaci při provádění ošetrovatelské intervence 1 respondent (1 %).

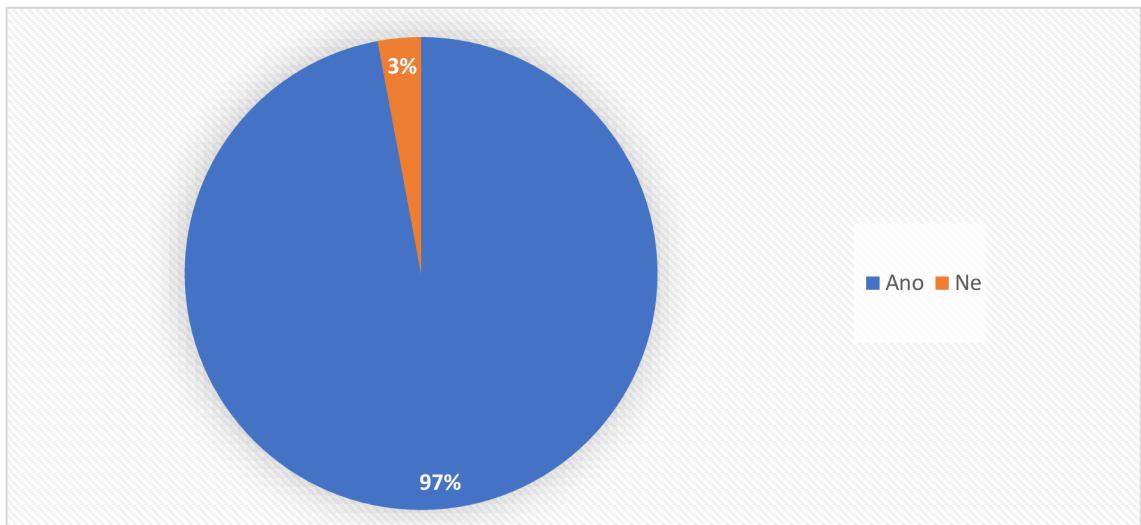
26. Více času na komunikaci



Zdroj: Vlastní zdroj

Respondenti v podobě 32 sester (31 %) z příjmových ambulancí si myslí, že *Spíše není* možné více komunikovat s akutně přijímaným pacientem, než dosud komunikují. Naopak 31 dotazovaných sester (30 %) si myslí, že *spíše mají více času* komunikovat s pacientem při zajištění akutního příjmu. *Nevím či nedokážu posoudit*, označilo 20 respondentů (20 %), kteří množství času nedokážou posoudit. 18 (18 %) dotazovaných sester si myslí, že *rozhodně mají více času* komunikovat s pacientem. *Rozhodně není více času* na komunikaci s akutně přijímaným pacientem, označil jeden (1 %) dotazovaný.

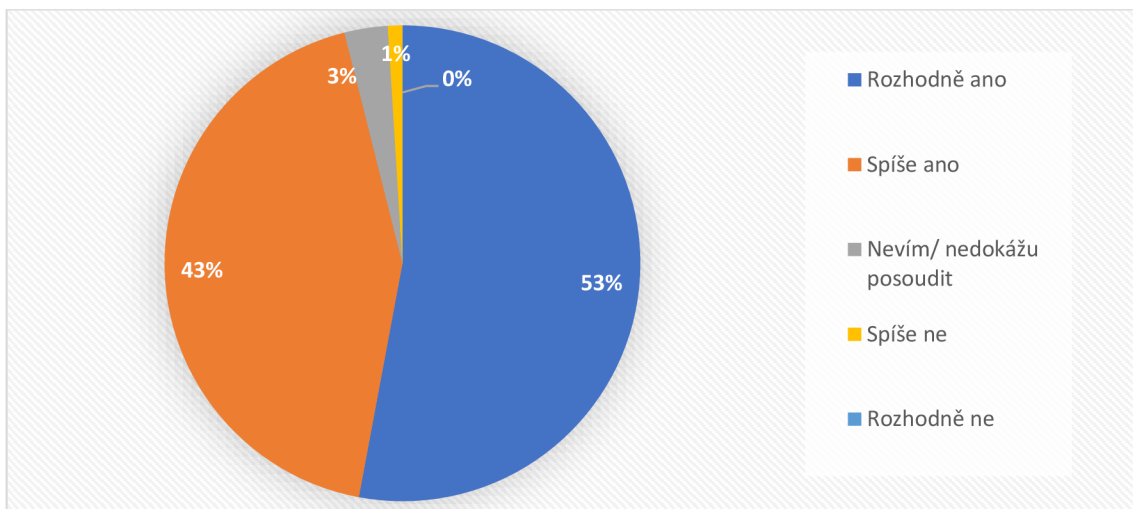
27. Informovaný souhlas



Zdroj: Vlastní zdroj

Většina ošetrovatelského personálu z příjmových ambulancí vypovídá, že *alespoň jednou dávaly* podepsat pacientovi souhlas s hospitalizací. S odpovědí se ztotožňuje 99 sester (97 %). Zbývající 3 (3 %) dotazované sestry uvedly, že *nikdy nepodávaly* pacientovi k podepsání souhlas s hospitalizací.

28. Reakce na obavy

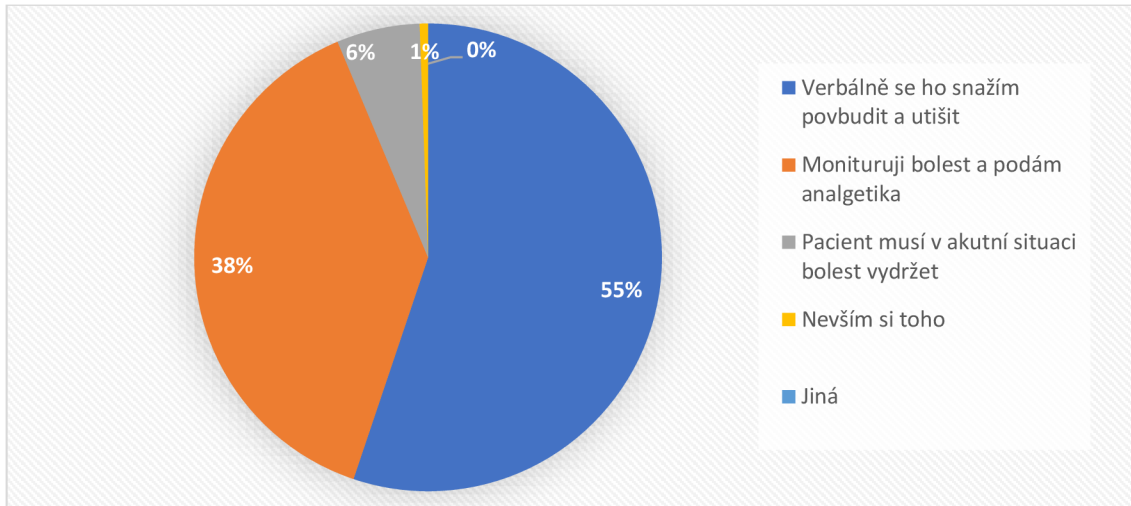


Zdroj: Vlastní zdroj

Dotazovaní z řad ošetrovatelského personálu, 54 sester (53 %) uvedlo, že *rozhodně reagují* na vyslovené obavy pacienta při akutním příjmu. Další skupina sester 44 (43 %) *spíše reaguje* na vyslovené obavy pacienta. *Neví či nedokáže posoudit* 3 (3 %) dotazovaní respondenti. *Spíše se nezajímá* o vyslovené obavy pacienta při akutním příjmu jeden

z dotazovaných (1 %). Odpověď *Rozhodně ne* nevyužil ani jeden/a z dotazovaných sester z příjmových ambulancí.

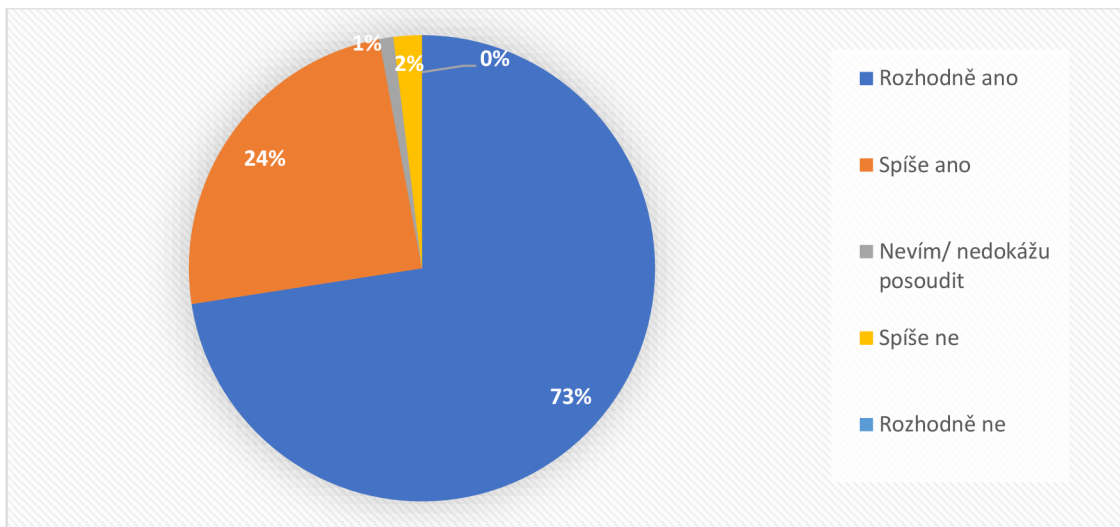
29. Reakce na projevy bolesti



Zdroj: Vlastní zdroj

Dotazované sestry z příjmových ambulancí měly v tomto případě možnost vybrat více odpovědí. Nejčastěji sestry vybíraly odpověď, kde reagují *verbálně na bolestivé projevy pacienta a snaží se ho povzbudit a utiшит* během provádění ošetrovatelské intervence. Tato možnost byla označena v 96 případech (55 %). Dále se ošetrovatelský personál ztotožňoval s odpovědí *monitorace bolesti a podávání analgetik*, tuto odpověď sestry označily 67krát (38 %). Pacient musí *v akutní situaci bolest vydržet*, vybraly sestry v 10krát (6 %). Jeden z dotazovaných (1 %) respondentů označil také možnost, kdy si *nevšímá bolestivých projevů pacienta* při provádění ošetrovatelské intervenci

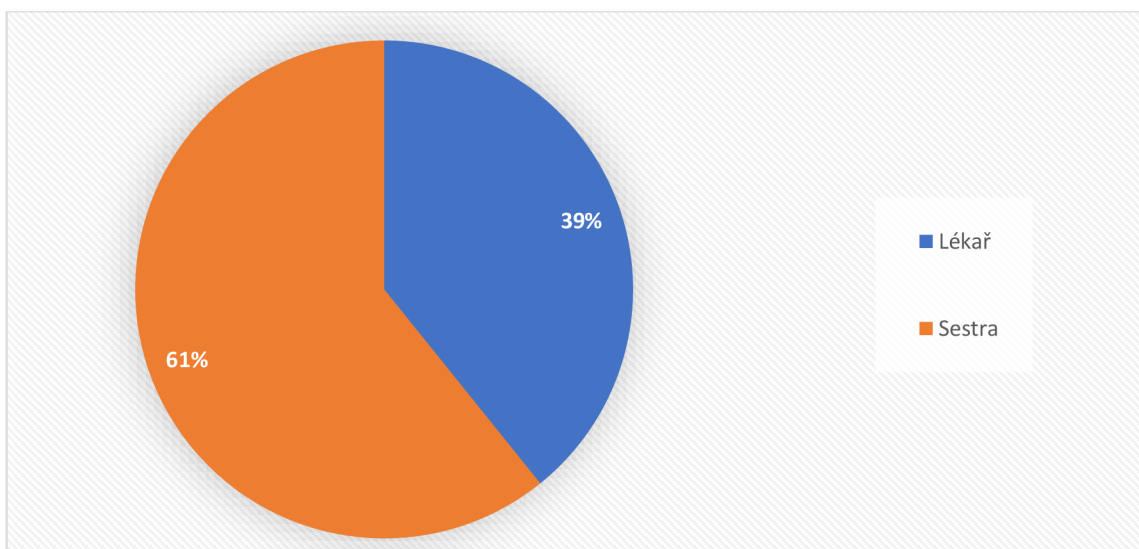
30. Kontrola intenzity bolesti



Zdroj: Vlastní zdroj

Počet 74 sester (73 %) *rozhodně kontroluje* intenzitu bolesti během akutního příjmu. Část ošetrovatelského personálu působícího na příjmových ambulancích *spíše kontroluje* intenzitu bolesti během akutního příjmu pacienta v 25 případech (25 %). Dvě sestry (2 %), které *spíše nekontrolují intenzitu bolest*. Odpověď *Neví či nedokáže posoudit*, zda kontrolují intenzitu bolesti pacienta, označily 2 sestry (2 %). Žádný z dotazovaných respondentů (0 %) nevybral možnost *Rozhodně ne*.

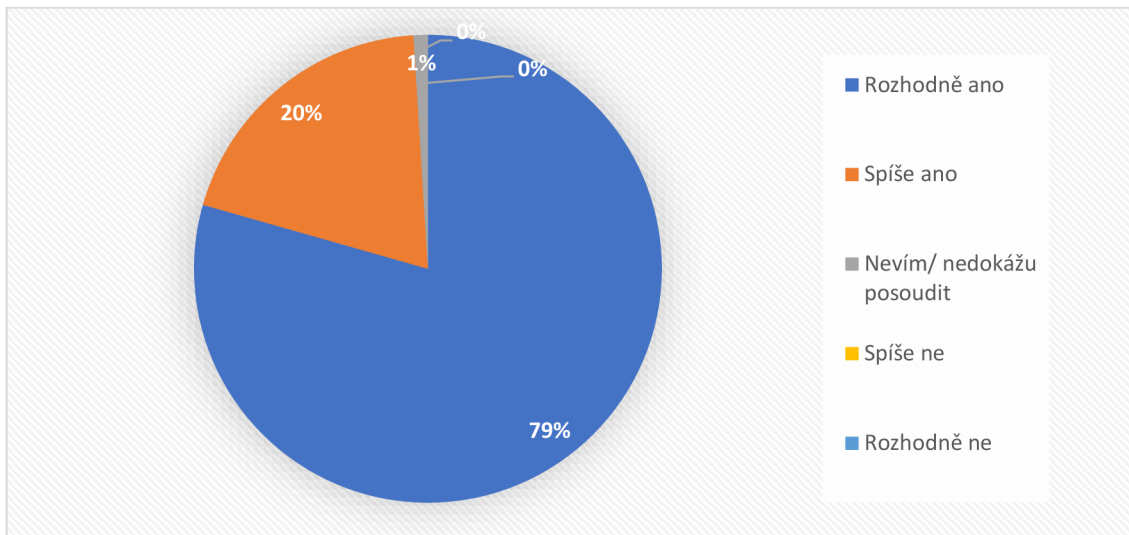
31. Iniciale tišení bolesti



Zdroj: Vlastní zdroj

Tišení bolesti pacienta dle názoru ošetrovatelského personálu z příjmových ambulancí iniciují v 62 případech *sestry* (61 %). 40 dotazovaných sester (39 %) naopak označilo *lékaře* jako iniciátory v tišení bolesti pacienta při akutním příjmu.

32. Sledování reakcí pacienta na bolest



Zdroj: Vlastní zdroj

Reakcí na bolest si sestry *rozhodně všimají* v 81 případech (79 %) po celou dobu akutního příjmu pacienta. Počet 20 sester (20 %), které si *spíše všimají* reakcí na bolest po celou dobu akutního příjmu. *Neví či nedokáže posoudit* jeden z dotazovaných respondentů (1 %). Odpovědi *Spíše ne* a *Rozhodně ne* byly vybrány ani jedním z dotazovaných.

5.6 Vyhodnocení hypotéz

Cílem naší diplomové práce bylo zjistit, do jaké míry a jakým způsobem jsou saturovány potřeby pacientů při akutním příjmu na oddělení chirurgického typu. K tomuto cíli jsme stanovili 3 hypotézy.

Výpočty byly provedeny v Excelu a také pomocí doplňku real – statistics dostupného na <https://real-statistics.com/>. Tento doplněk obsahuje další funkce, které v Excelu standardně nejsou. Real – statistics byl použit, jelikož nějaké vypočtené hodnoty správně nezobrazily (u chí testu nezávislosti). Všechny testy jsou počítány na obvyklé 5 % hladině významnosti p.

H1: Iniciace tišení bolesti vychází častěji od sester než od lékařů.

Tabulka č. 3 Iniciace tišení bolesti

Odpověď	Počet respondentů	Podíl respondentů v %
Sestra	62	60,8 %
Lékař	40	39,2 %
Celkem	102	100,0 %

Zdroj: Vlastní zdroj

K této hypotéze se vztahovala otázka z dotazníkového šetření, č. 31. Kdo iniciuje tišení bolesti při akutním příjmu pacienta?

Pracovaly jsme s alternativní veličinou a chtěli zjistit, zda je podíl odpovědi "sestra", větší než 50 %, což znamená, že právě iniciace tišení bolesti by vycházela častěji od sester než od lékařů.

H0: Iniciace tišení bolesti nevychází častěji od sester než od lékařů. $P=0,05$

H1: Iniciace tišení bolesti vychází častěji od sester než od lékařů. $p > 0,05$

Tato hypotéza byla otestována pomocí jedno výběrového testu na relativní četnost. Hladina významnosti představovala $\alpha=0,05$. K Celkový počet respondentů bylo 102 osob. Respondenti měli k výběru dvě možnosti. První možnost představovala odpověď „sestra“ a druhou možností byla odpověď „lékař“. Podíl odpovědí možnosti „sestra“ činila $p=m/n=0,60784$, což znamená 60,8 %. Testové kritérium, které je vyjádřeno

vztahem mezi celkovým počtem odpovědí a podílem odpovědí „sestra“, hodnota testového kritéria je 2,1783. P hodnota činí 0,0147.

Protože je p hodnota menší než hladina významnosti 0,05 zamítáme H₀. **Prokázalo se tedy, že iniciace tišení bolesti vychází častěji od sester než lékařů.**

H₂: Sestry upřednostňují saturaci základních potřeb pacienta před saturací psychosociálních potřeb při akutním příjmu.

Tabulka č. 4 Upřednostnění základních potřeb

Data	Biologické	Spirituální	Sociální
Suma pořadí	120	391	218
Průměr pořadí	1,2	3,8	2,1
Medián pořadí	1	4	2

Zdroj: Vlastní zdroj

K hypotéze se váže otázka č. 15 z dotazníkového šetření; Očíslujte jednotlivé potřeby dle důležitosti, přičemž (č. 1- je nejvíce důležité, č. 4. - nejméně důležité).

H₀: Všechny výběry mají srovnatelný medián pořadí hodnocení

H₁: Všechny výběry nemají srovnatelný medián pořadí hodnocení

Cílem tabulky č.2 bylo vyjádření pořadí důležitost daného typu potřeb. Každý respondent měl 4 možné varianty seřadil od nejdůležitější po nejméně důležitou. Můžeme je považovat na sebe závislé soubory. Odpovědi se vztahují vždy ke stejnému respondentovi. Na otestování, mají jednotlivé typy potřeb srovnatelné pořadí, proto jsme použili neparametrický Friedmanův test.

Testové kritérium v testu bylo závislé na hodnotě: Q – stat: 231,682352941176. Dále na stupni volnosti: 3 a p hodnotě: 5,985*10⁻⁵⁰. Hladina významnosti $\alpha=0,05$. **Protože je p hodnota menší než hladina významnosti 0,05, zamítáme H₀**. Jednotlivé výběry nemají srovnatelné mediány pořadí hodnocení. Hodnocení důležitosti tedy záleží na tom, o jaký typ potřeby se jedná.

Podle Friedman-Nemenyioho testu existují významné rozdíly v mediánu pořadí u každé dvojice skupin. Všechny p hodnoty tohoto testu jsou menší než 0,05. **Proto můžeme také**

na základě vypočtených mediánů pořadových čísel v jednotlivých souborech (viz tabulka č. 4) tvrdit, že nejdůležitější je pro sestry uspokojení biologických potřeb pacienta. Dále sociálních a psychologických. Nejméně důležité jsou spirituální potřeby pacientů.

H3: Nemožnost saturace potřeb souvisí s pracovními podmínkami při akutním příjmu než nezájmem sester o saturaci těchto potřeb.

Otázka č. 18 z dotazníkového šetření, která prezentuje informace, **do jaké míry jsou při akutním příjmu pacienta uspokojeny všechny jeho potřeby**. Byla základní proměnou, která působila jako jedna z kategoriálních veličin, jejich možnou závislost jsme zjišťovali pomocí testu chí kvadrát v kontingenční tabulce. Další otázky z dotazníkového šetření, které jsme využily v kontingenčních tabulkách byly: 8, 9, 12, 14. Zmíněné otázky prezentovaly kategorie, které přibližovaly saturaci psychosociálních potřeb pacientů a pracovní podmínky sester.

H3 a: Byla jste někdy na zajištění pacienta při akutním příjmu sama (z oblasti ošetrovatelského personálu)?

Tabulka č. 5 Zajištění akutního příjmu sama

Ot. 8 \ Ot. 18	Rozhodně ano	Spíše ano	Nevím/nedokážu posoudit	Ne	Celkový součet
Ano	10	46	23	4	83
Ne	2	13	3	1	19
Celkový součet	12	59	26	5	102

Zdroj: Vlastní zdroj

Jedná se o kategoriální veličiny, jejich možnou závislost zjistíme pomocí testu chí kvadrát nezávislosti v kontingenční tabulce. Resp. pokud nebudou splněny jeho předpoklady, tak Fisherovým faktoriálovým testem, který byl prováděn pro kontrolu a správnost dat.

Protože nebylo splněno pravidlo o hodnotě očekávaných četností, bylo třeba provést sloučení kategorií a tím zmenšení rozměru kontingenční tabulky. Sloučili jsme kategorie Spíše ne a Rozhodně ne, ve kterých je právě tento problém způsoben i díky tomu, že jen 5 respondentů zvolilo takovou odpověď.

H0: Zda byl respondent někdy sám při akutním příjmu pacienta nesouvisí s tím, zda si myslí, že jsou při příjmu pacienta dostatečně uspokojeny jeho potřeby.

H1: Zda byl respondent někdy sám při akutním příjmu pacienta souvisí s tím, zda si myslí, že jsou při příjmu pacienta dostatečně uspokojeny jeho potřeby.

Bohužel i po sloučení nebylo ještě pravidlo úplně splněno, takže výsledek Chí kvadrát testu nemusí být úplně validní. Testové kritérium představuje 1,3503. P hodnota je 0,7172. **Jelikož byla p hodnota větší než hladina významnosti 0,05, nezamítáme H0.** Neprokázala se závislost mezi tím, zda byl respondent někdy sám při akutním příjmu pacienta a tím, zda si myslí, že jsou při příjmu pacienta dostatečně uspokojeny jeho potřeby.

Místo chí kvadrát test lze ještě použít k ověření dat, Fisherův faktoriálový test. Kdy p value je 0,70909656.

Závěr by byl stejný, protože p hodnota je opět větší než 0,05. **Neprokázala se závislost mezi tím, zda byl respondent někdy sám při akutním příjmu pacienta a tím, zda si myslí, že jsou při příjmu pacienta dostatečně uspokojeny jeho potřeby.**

H3 b: Kolik sester by bylo podle Vás ideální mít v týmu při akutním příjmu?

Tabulka č. 6 Ideální počet sester

Ot. 9/ Ot. 18	Rozhodně ano	Spíše ano	Nevím/nedokážu posoudit	Ne	Celkový součet
1-3	12	41	22	4	79
4 a více	0	18	4	1	23
Celkový součet	12	59	26	5	102

Zdroj: Vlastní zdroj

Tuto kategoriální veličinu a její možnou závislost zjistíme pomocí testu chí kvadrát nezávislosti v kontingenční tabulce. Pro úplnou kontrolu výsledku byla podhypotéza podrobena Fisherovu faktoriálovému testu.

H0: Náзор na ideální počet sester v týmu při akutním příjmu nesouvisí s tím, zda si myslí, že jsou při příjmu pacienta dostatečně uspokojeny jeho potřeby.

H1: Náзор na ideální počet sester v týmu při akutním příjmu souvisí s tím, zda si myslí, že jsou při příjmu pacienta dostatečně uspokojeny jeho potřeby.

Protože nebylo splněno pravidlo o hodnotě očekávaných četností, bylo třeba provést sloučení kategorií a tím zmenšit rozměr kontingenční tabulky. Muselo dojít ke sloučení kategorií odpovědí Spíše ne a Rozhodně ne.

Výsledky Chí kvadrát testu, kterým byla podhypotéza testována, obsahoval Testové kritérium 6,4167. Hodnota p představovala 0,0930. I po sloučení nebylo pravidlo úplně splněno, takže výsledek Chí kvadrát testu nemusel být plně validní. Kontrolně byla podhypotéza ověřena ještě Fisherovým faktoriálový test. Kdy p hodnota: 0,072272981340878. Protože p hodnota je opět větší než 0,05. **Nezamítáme H0. Neprokázala se závislost mezi názorem na ideální počet sester v týmu a tím, zda si myslí, že jsou při příjmu pacienta dostatečně uspokojeny jeho potřeby.**

H3 c Cítíte se při zajištění akutního příjmu pacienta ve stresu či podtlakem?

Tabulka č. 7 Stres při akutním příjmu

Ot. 12/Ot .18	Ano	Nevím	Ne	Celkový součet
Ano	29	13	2	44
Nevím/nedokážu posoudit	3	4	0	7
Ne	39	9	3	51
Celkový součet	71	26	5	102

Zdroj: Vlastní zdroj

Podhypotéza byla testována pomocí Chí kvadrát testu, pokud nebudou splněny jeho předpoklady, tak třeba Fisherovým faktoriálovým testem.

H0: Názor na to, zda se respondent cítí při příjmu pacienta ve stresu nesouvisí s tím, zda si myslí, že jsou při příjmu pacienta dostatečně uspokojeny jeho potřeby.

H1: Názor na to, zda se respondent cítí při příjmu pacienta ve stresu souvisí s tím, zda si myslí, že jsou při příjmu pacienta dostatečně uspokojeny jeho potřeby.

Je nutné provést sloučení některých kategorií a tím zmenšit rozměr kontingenční tabulky. Sloučím odpovědi Spíše ne a Rozhodně ne.

Hodnota $p=0,05$. Testovým kritériem je 5,8717. P hodnota po výpočtu chí kvadrát testu je 0,2089. Jelikož je p hodnota větší než hladina významnosti 0,05, **nezamítáme H0.**

Neprokázala se závislost mezi názorem na to, zda se respondent cítí při příjmu pacienta ve stresu a tím, zda si myslí, že jsou při příjmu pacienta dostatečně uspokojeny jeho potřeby.

Pro úplnou validitu výsledku bylo proveden navíc Fisherův faktoriálový test. P-value je 0,210887038489553. Protože p hodnota je opět větší než 0,05, v podstatě dost podobná jako u chí kvadrát testu. **Neprokázala se závislost mezi názorem na to, zda se respondent cítí při příjmu pacienta ve stresu a tím, zda si myslí, že jsou při příjmu pacienta dostatečně uspokojeny jeho potřeby.**

H3 d Měl/a byste rád/a při akutním příjmu pacienta na saturaci jeho potřeb více času?

Tabulka č. 8 Více času při akutním příjmu

Ot 14 /Ot 18	Ano	Nevím	Ne	Celkový součet
Ano	54	18	4	76
Nevím/nedokážu posoudit	9	5	1	15
Ne	8	3	0	11
Celkový součet	71	26	5	102

Zdroj: Vlastní zdroj

Závislost těchto kategoriálních veličin a jejich možnou závislost jsme zjistili pomocí testu chí kvadrát. Pokud nebudou splněny jeho předpoklady, lze využít Fisherovův faktoriální test.

H0: Názor na to, zda by respondent měl rád na pacienta více času nesouvisí s tím, zda si myslí, že jsou při příjmu pacienta dostatečně uspokojeny jeho potřeby.

H1: Názor na to, zda by respondent měl rád na pacienta více času souvisí s tím, zda si myslí, že jsou při příjmu pacienta dostatečně uspokojeny jeho potřeby.

Protože nebylo splněno pravidlo o hodnotě očekávaných četností, bylo třeba provést sloučení kategorií a tím zmenšit rozměr kontingenční tabulky. Sloučili jsme kategorie Spíše ne a Rozhodně ne.

Výsledek Chí kvadrát testu nemusel být úplně validní. Testové kritérium činí 1,3648. P hodnota 0,8503. V rámci chí kvadrát testu měla p hodnota větší hladinu významnosti

0,05, proto **nezamítáme H0. Neprokázala se závislost mezi názorem na to, zda by respondent měl rád na pacienta více času a tím, zda si myslí, že jsou při příjmu pacienta dostatečně uspokojeny jeho potřeby.**

Podhypotéza byla ověřena pro validitu výsledku ověřena přes Fisherův faktoriálový test. Hodnota p-value činní 0,841048471222472. Protože p hodnota byla opět větší než 0,05. **Neprokázala se závislost mezi názorem na to, zda by respondent měl rád na pacienta více času a tím, zda si myslí, že jsou při příjmu pacienta dostatečně uspokojeny jeho potřeby.**

Jelikož v otázce č. 18, se kterou jsme pracovali v hypotéze č.3, ani v jednom případě nedošlo k zamítnutí H0, a tedy žádná z možných závislostí s otázkou 12 nebyla prokázána. Můžeme tedy v podstatě říci, že se neprokázalo, že nemožnost saturace potřeb pacienta by souvisela s pracovními podmínkami při akutním příjmu.

Navíc z dotázaných 102 respondentů zvolilo 71 (necelých 70 %) odpověď "rozhodně ano" nebo "spíše ano" na to, zda si myslí, že jsou při příjmu saturovány potřeby pacienta. Pouze 5 respondentů (necelých 5 %) odpovědělo negativně na tuto otázku. Tudíž nižší saturace potřeb pacienta při akutním příjmu se nezdá ani býti nějakým problémem.

6 Diskuze

Hlavním záměrem této diplomové práce bylo přiblížit názory na saturaci potřeb akutně přijatého pacienta na oddělení chirurgického typu ze strany poskytovatelů péče, tedy sester, a příjemců péče, akutně přijatých pacientů. V případě, že se jedinec nachází ve stavu plného zdraví, je schopen své potřeby uspokojovat dle svých přání, a bez pomoci druhých. Moment vzplanutí a signálů nemoci funguje jako negativní zásah do autonomie a rutinní saturace potřeb. Každý jedinec je jedinečnou individualitou s rozdílným žebříčkem potřeb. Ačkoliv jsou fyziologické potřeby pro všechny bytosti nezbytné, vyšší potřeby se u každého liší (Trachtová, Šamánková, 2011). Funkcí ošetrovatelského personálu je v podstatě analyzovat a uspokojit potřeby pacienta, které mu navrátí zpět jeho autonomii, buďto částečnou nebo úplnou. Sestry využívají všechny části ošetrovatelského procesu, aby odhalily psychosomatické potřeby pacientů, a cílily tak na akutní či potencionální zdravotní potíže. Aby se činnost ošetrovatelského personálu mohla realizovat, musí probíhat vzájemná spolupráce s pacientem (Mastiliáková, 2014). Naše práce měla stanovené tři výzkumné cíle. Jedním z nich je: „**Zjistit, jakým způsobem dochází k upokojení potřeb při akutním příjmu pacienta na oddělení chirurgického typu?**“

Jednou z proměnných pro zodpovězení cíle představuje, do jaké míry personál jedná s pacientem jako s holistickou bytostí. Podle Trachtové (2018) je člověk komplexní bytost složená z bio – psycho – sociálních složek, které jsou v neustálé interakci. Tothová (2014) doplňuje, že biologické potřeby představovaly dříve hlavní zájem ošetrovatelského personálu, naopak psychosociální potřeby byly spíše bagatelizovány. V současné době moderního ošetrovatelství, holistický přístup vstupuje čím dál více do popředí.

Zpětnou vazbu, zda ošetrovatelský personál pracuje na bázi holistické filozofie, poskytla část dotazníkového šetření. V oblasti biologických potřeb respondenti v rámci své sebereflexe vnímají že tyto potřeby *spíše upřednostňují* (59 %), a *rozhodně upřednostňují* (35 %) *saturaci biologických potřeb*. Z naší zkušenosti jsme předpokládali odpověď, kdy při hodnocení priority potřeb ošetrovatelský personál označil potřeby biologické jako nejvýznamnější. Dle hierarchie jsou biologické potřeby vnímány jako základních stavební kámen v 38 %. Avšak druhou nejdůležitější skupinu potřeb představovaly, potřeby psychologické, jež byly zastoupeny v 28 %.

Ze zlomku těchto výsledků je patrné, že *biologické potřeby jsou ošetrovatelským personálem vnímány jako prioritní*. Souhlasíme s názorem Šamánkové a kol. (2011), která tvrdí, že ošetrovatelský personál přebírá povinnost nad zabezpečením a posouzením biologických potřeb pacienta, pakliže to bude k jeho prospěchu. Šamánková a kol. (2011) také uvádí, že základní (fyziologické) potřeby je nutné saturovat po velmi dlouhou dobu od vzplanutí nemoci. Tvrdí, že pacienti později ztrácejí o jejich saturaci zájem.

Náš výsledek, lze srovnat s výsledkem výzkumné práce „*Naplňování kritérií pro saturaci potřeb pacienta*“ od Štokrové (2014). Jeden z příspěvků její práce, který došel ke stejnému závěru v problematice saturace potřeb, zní: „*Sestry se zaměřují na prioritní potřeby, které se vztahují k aktuálnímu onemocnění či stavu. Respondentka, která pracuje na chirurgickém oddělení, uvedla, že se zaměřuje pouze na potřeby, které vyplývají z ošetrovatelského problému a potřeby, které akutně neohrožují člověka na životě, jsou pro ni spíše nedůležité, neboť na ně nemá čas.*“

Domníváme se, na základě výsledků z dotazníkového šetření (viz. graf č.16), že ošetrovatelský personál sice *hodnotí a naplňuje psychosociální a spirituální potřeby pacientů jako sekundární*. Avšak stále projevuje při akutním příjmu pacienta o tyto potřeby zájem. Naši domněnku, lze podpořit výsledky z dotazníkového šetření, kdy 47 % sester nemá problém ptát se akutně přijatých pacientů na jejich spirituální a psychologické potřeby (viz. graf č.21). Taktéž na základě vlastní sebereflexe 71 % sester uvádí, že se *spíše zajímá*, a ve 22 % se *rozhodně zajímá, o pocity a přání pacienta* (viz. graf č. 19). Souhlasíme s názorem Krátké (2018), která dodává, že naplní sesterské profese je systematické a cílené uspokojování potřeb člověka. Šamánková a kol. (2011) hovoří o nutnosti naplňovat aktuálně limitované potřeby pacienta. Popisuje proces, kdy po epizodě saturace potřeb, následuje modifikace žebříčku, aby mohlo dojít k dalšímu uspokojení.

Zjistili jsme, že příjemci ošetrovatelské péče popsali přístup sester na akutních ambulancích obecně jako *empatický a klidný*. Akutně přijímaní pacienti se opakovaně v rozhovorech vyjadřovali kladně o poskytnuté ošetrovatelské. Z výzkumného šetření vyplynulo, že *většina respondentů nebyla schopna zhodnotit odbornou činnost sester během realizace ošetrovatelských intervencí*. Pro sedm z osmi dotazovaných je hlavním indikátorem poskytnuté kvalitní ošetrovatelské péče: *komunikace personálu, dostatek informací, reakce na obavy, motivace, podpora, dotyk atd.* Pouze jeden dotazovaný pacient hodnotil činnost ošetrovatelského personálu jako nedostačující. P6 byl přijat přes

chirurgickou ambulanci, kdy hospitalizaci vyžadoval, i přes nedoporučení lékaře. Při jeho ošetření opakovaně projevoval suicidalní jednáním, pakliže nebude hospitalizován. Ošetrovatelskou péči hodnotil jako nedostačující, a saturaci potřeb v podobě základního fyzikální vyšetření, laboratorního vyšetření krve a analýzu jeho subjektivních potíží, ohodnotil negativně a devalvoval veškerou poskytnutou ošetrovatelskou péči.

Souhlasíme tak s názorem Ayers (2015), která v knize psychologie v medicíně popisuje nutnost biopsychosociálního přístupu při diagnostice a léčbě. Nevyvrací důležitost biologických faktorů, avšak doporučuje zabývat se všemi aspekty biopsychosociálních oblastí jedince. Rovněž souhlasíme s tvrzení Toumové (2015): „*Kvalitní komunikace ze strany zdravotnického personálu do jisté míry zlepšuje nebo kladně ovlivňuje trvání, a úspěšnost léčby.*“ V našem případě zefektivňuje příjem akutně přijatých pacientů.

Druhým námi stanovený výzkumný cíl: ***Zjistit, s jakými problémy se nejčastěji sestry setkávají při akutním příjmu pacienta na oddělení chirurgického typu ve vztahu k zajištění organizace příjmu.***

Ošetrovatelský personál funguje během příjmu pacienta jako mediátor mezi mnoha stranami. Akutně přijímaní pacienti měli v rozhovorech možnost subjektivně vyjádřit svůj názor, k náročnosti práce sester na příjmových ambulancích, na základě jejich vlastních zkušeností.

Akutně přijatí pacienti P1, P2, P3, P4, P5, P8 *profesi sestry označili jako náročnou*, jak po stránce fyzické, tak psychické. Pacient P7 byl jediný, který nevěděl, jak má zhodnotit náročnost práce sester na příjmových ambulancích. Podotýkal však, že sestry jsou za svou práci dobře finančně ohodnoceny, což byl měl být podle něho předpoklad, že budou poskytovat kvalitní ošetrovatelskou péči. Pacienti P3, P4, P5 přijatí přes traumatologickou ambulanci popisují *práci sestry jako stresující a velmi dynamickou*. Ačkoliv jsme nebyly v průběhu výzkumného šetření svědky žádného intrapersonálního problému. Je vhodné zmínit zajímavost, o které hovoří Vévoda a kol. (2013), ve svém příspěvku popisuje provedenou studii IGA MZ ČR (č. NS /9604-3), která se zaměřovala na problematiku konfliktů ve vztahu lékař – sestra a naopak. Hovoří o zvýšeném výskytu konfliktů v operačních oborech a urgentní ošetrovatelské péči. Obecně udává předpoklad, že konflikt může být podmíněn, provedením více úkolů najednou. Kde tempo ošetrovatelské činnosti vyzařuje vysokou dynamiku. V rámci studie autor dále uvádí, citujeme: „*Sestry spatřují hlavní příčinu konfliktů v jejich přetížení. Sestry uvádí, že*

konflikt mezi lékařem a sestrou má v 1/10 případů vliv na ošetrovatelskou péči o pacienta. “

Při realizaci pozorování jsme si všimli, že ošetrovatelský personál S4, S5, S6, S7, S8 na traumatologických ambulancích, často inicioval intervence sám, a také prováděl činnosti mimo daný rámec kompetencí. Například příjem pacientů P3, P4 probíhal na emergenci boxech, kde informace ošetrovatelský personál přijímal většinou bez účasti lékaře. Sestry například vytvářely žádanky na vyšetření CT atd. Další činnost, kterou prováděly mimo své kompetence, bylo spravování pacientů o nutnosti hospitalizace. V případě pacientů P3 a P4 sestry S5, S6, S7, S8 podávaly informace o nutnosti hospitalizace a následně informovaný souhlas bez předchozího poučení lékařem. V tomto případě souhlasíme se Zacharovou (2017) a Bártlovou (2018), které uvádí, že povinností každého zdravotnického pracovníka je podávání informací, avšak pouze v rozsahu jejich kompetencí. V praxi má hlavní informativní působnost lékař, v případě hospitalizace ošetřující lékař, který by informace měl interpretovat do jistého komplexního celku odpovídajícího na otázky ohledně zdravotního stavu pacienta a horizont diagnostického a terapeutického dění.

Sledujeme i rozdíly ve spolupráci ve vztahu sestra – lékař na jednotlivých příjmových ambulancích, kde byl výzkum realizován. Pacienti přijati přes traumatologickou ambulanci P3, P4, P5 se shodli, že po většinu času příjmu edukaci vedly sestry. P3 a P4 dokonce uvádí, že si nejsou jisti, zda lékaře vůbec viděli či s ním alespoň hovořili. Ptáček (2013) uvádí *„Protiprávní by bylo plnit ordinace, které jdou nad rámec způsobilosti nelékařského pracovníka. Takový výkon by nebyla sestra nejen povinna vykonat, ale nebyla by ani oprávněna jej vykonat, jelikož by mohla nést právní následky za jeho provedení. Výjimkou jsou pouze stavy nouze, kde je nelékařský zdravotnický pracovník povinen provádět výkony mimo jeho způsobilost. “*

Pacienti v rozhovorech popsali odlišnou činnost personálu na chirurgické ambulanci. Dva ze tří pacientů, P7 a P8 v dotazování vypověděli, že převážně byli instruováni o následných postupech a důvodu hospitalizace lékařem. Sestra popisovala intervence, které u pacientů aktuálně vykonávala, a lékař byl na ambulanci po celou dobu přítomen. V rámci edukace pacientů při výkonu ošetrovatelských intervencí, souhlasíme s Bártlovou (2018) *„ačkoliv má lékař hlavní informativní působnost v oblasti sdělení*

diagnózy, terapie a vývoje zdravotního stavu, tento fakt neochuzuje sestry o poskytování informací při vykonávání dílčích činností u pacienta, které mohou provádět ony samy“.

Výsledky z dotazníkového šetření ozřejmily otázku, jak personál subjektivně vnímá svou činnost při akutním příjmu pacienta. Nastínily také jejich názor na počet personálu, a zda pociťují stres a tlak při zajištění pacienta. Souhrnně lze říci, že udává okrajové informace o jejich pracovních podmínkách. Zjistili jsme, že (64 %) sester ze všech příjmových ambulancí by stálo mít *spíše více času při akutním příjmu na pacienta*. Odpovědělo tak 65 dotazovaných sester ze 102 jedinců (viz. graf č. 16). Také jsme se dozvěděli, že 83 sester (81 %) má zkušenost se zajištěním pacienta v jedné osobě. Pouze 19 dotazovaných sester (19 %) uvedlo, že nemá zkušenost se zajištěním pacienta při akutním příjmu pouze v jedné osobě (viz. graf č.8) Nejvyšší počet sester, který má zkušenost se zajištěním akutního příjmu v jedné osobě, byl na *traumatologické ambulanci*. Kde 16 z 18 sester *traumatologické ambulance* (89 %) má zkušenost se zajištěním akutně přijatého pacienta bez dalšího člena ošetrovatelského personálu. Ačkoliv personál většinou uvedl, že má alespoň jednu zkušenost se zajištěním akutního příjmu v jedné osobě. V otázce, „*v jakém počtu zajišťují akutně přijatého pacienta*“, 44 sester (43 %) zvolilo počet, *ve dvou*. Druhou nejčetnější skupinou bylo 41 sester (40 %), hlásících se k odpovědi s počtem *jedna*. Ztotožňujeme se s příspěvkem Mastiliakové (2013), která hovoří o *nedostatku kvalifikovaných sester*. Uvádí, že trvalý trend nedostatku sester je způsoben mnoha důvody. Mimo jiné Mastiliakové (2013), uvádí: *finanční ohodnocení, míra stresu, osobní a profesní závazky, pracovní podmínky, dopad na zdraví jedince atd.*

Sestry v dotazníkovém šetření měly možnost vybrat několik faktorů, které by jim napomohly *snižít stres*, který při akutním zajištění pacienta cítí. Ačkoliv 47 sester (46 %) uvedlo, že se *spíše necítí ve stresu*. Druhou nejpočetnější skupinou, byly sestry, které se *spíše cítily pod tlakem* v počtu 33 (32 %). Sester, které se rozhodně cítí pod tlakem bylo 11 (11 %). Z dotazování tedy vyplývá, že skoro polovina dotazovaného ošetrovatelského personálu na příjmových ambulancích se cítí pod tlakem při akutním příjmu pacienta (viz. graf č.12) Souhlasíme s Vévodou (2013), který tvrdí, že aktivní spolupráce ve zdravotnickém prostředí napomáhá k vytvoření dobré pracovní atmosféry a má pozitivní vliv na kvalitu poskytované péče.

Z nabídky *faktorů snižujících stres*, nebo jen sestrám zpříjemní pracovní atmosféru, bylo nejčastěji označováno: *Více personálu*, s počtem 55 odpovědí (26 %). V 50 případech (23

%) *Lepší zajištění od RZP*. Třetí možnost – *Lepší spolupráce a pomoc lékařem*, která byla označena (19 %). *Více času na ošetrovatelské intervence* vybralo 29 sester. *Klidnější přístup lékaře* vybral personál z příjmových ambulancí ve 13 % (viz. graf č.13) V příspěvku Špirudové (2015) jsou uvedeny výpovědi sester, jak vnímají jejich převažující profesní role: „*Sestry jsou vzdálené roli pečovatelky a ošetrovatelky kvůli povinnosti administrátorky. Sestra je univerzálně využitelná. Plní práci za nižší ošetrovatelský personál, ale i za lékaře*“.

Třetí výzkumný cíl zní: ***Zjistit, s jakými problémy se nejčastěji sestry setkávají při akutním příjmu pacienta na oddělení chirurgického typu ve vztahu k signalizaci jeho potřeb.***

V rozhovorech s pacienty sledujeme, že šest z osmi informantů před personálem své *obavy nevyslovilo*, vyjádřili je pouze pacienti P1a P6. Na otázku, zda by se pacienti někomu z personálu se svými obavami svěřili, nejčastěji odpovídali, že *nechtějí obtěžovat personál*. Respondenti ve svých výpovědích také uváděli, že *cítí pocity nejistoty a ponížení, při myšlence sdílení jejich obav*.

Dozvěděli jsme se, že právě jedním z dalších faktorů, který napomáhá k růstu obav u řady dotazovaných pacientů, jsou *negativní zkušenosti spojené s předchozí hospitalizací*. Další uvedené těžkosti pacientů se týkaly např.: *zachování jejich dosavadní soběstačnosti, odtržení od rodiny či strachu z neznámé situace*. Domníváme se, že personál může mít někdy problém se saturací potřeb pacienta, jelikož většina pacientů nedokáže či nechce uvádět své obavy. Avšak sestra by z pohledu profesionálního přístupu měla předpokládat nepříjemné pocity a prožívání pacientů v akutních situacích, vyzorovat je z jejich chování a přizpůsobit svoji aktivní komunikaci a reagovat na ně. Takový přístup jsme zaznamenali ve dvou následujících případech.

Při realizaci pozorování jsme si všimli, že se sestry jsou také vystaveny problematické spolupráci s pacienty. V případě pacienta P6 sestra S9 řešila problematiku suicidálního jednání. S9 využívala po celou dobu zajištění pacienta první terapeutické komunikace. Sestra S9 při poskytování péče nebagatelizovala subjektivní projevy bolesti pacienta, nýbrž se snažila dozvědět, jaký druh bolesti pacient prožívá. Na druhou stranu na výhrůžky suicidem nijak významně nereagovala, a v tom to ohledu se pacienta nesnažila nijak výrazně uklidnit. Avšak pacienta P6 motivovala, k brzkému zjištění příčiny potíží a vybízela P6 ke spolupráci. S9 pro nabuzení pocitu důvěry P6 vysvětlovala všechny své

úkony. Souhlasíme s Vévodou a kol. (2013), který hovoří o zdravotnických profesích jako nejvíce stresujících. Jsou vystaveny vysoké dávce tlaku s nároky na vhodnou komunikaci a vysoký výdej fyzické a psychické energie. Vystavuje zdravotníka krizovým situacím, kde musí dělat zodpovědná rozhodnutí, které jsou v interakci se zdravím a životem druhých lidí.

Ačkoliv signalizace bolesti nebyla pro ošetrovatelský personál natolik problematická, v naší práci jsme se zaměřovali, zda iniciuje na příjmových ambulancích častěji tišení bolesti sestry, nebo lékaře. V rozhovorech sedm z osmi dotazovaných pacientů při rozhovoru uvedlo, že *pocívali bolest v souvislosti s jejich zdravotními obtížemi*. Pouze pět pacientů: P1, P3, P4, P5, P6, z osmi při dotazování uvedlo, že *pocívalo bolest akutní*, která je v momentě příjmu na ambulancích omezovala. Ptáček (2015) uvádí, že bolest je nepříjemná sensorická a emocionální zkušenost. Bolest je brána jako subjektivní příznak, avšak v některých případech se promítá do somatické oblasti pacienta.

Pacienti, kteří bolest cítili, popsali *reakce personálu většinou jako automatické*. Toto tvrzení je založeno na odpovědích pacientů z urologické P1, P2 a traumatologické ambulance P3, P4, P5. Zde se sestry ptaly pacientů na přítomnost bolesti, aniž by ji museli jakkoli začít verbalizovat atd.

Při rozhovorech pacienti s akutní bolestí potvrdili, že jich *ošetřující personál monitoroval přítomnost bolesti a také její intenzitu*. Jediný informant, jenž hodnotil jednání personálu negativně a jako nedostačující, byl pacient přijatý přes chirurgickou ambulanci P6. Pět pacientů z osmi se vyjádřilo shodně, že při jejich akutním příjmu na ambulanci se o přítomnost bolesti zajímaly především sestry.

Z rozhovorů vyplývá, že sestry z *chirurgické ambulance* se neptaly na bolest automaticky, avšak zřejmě *čekaly na verbalizaci, jiný podnět pacienta či ordinaci lékaře*. Všichni tři dotazovaní pacienti P6, P7, P8 uvedli, že *lékař měl hlavní roli v iniciaci tišení bolesti*. Ovšem sestra po jeho ordinaci bolest již dále monitorovala po celou dobu přítomnosti pacienta. S tímto tvrzením nesouhlasil jediný z pacientů přijímaných přes chirurgickou ambulanci pacient P6.

Pozorování přineslo srovnatelné výsledky jako rozhovory s pacienty. Sestry na příjmových ambulancích, *se na pocit bolesti ptaly všech přijímaných pacientů*, aniž by sami vykazovali její přítomnost. Na traumatologické ambulanci po aplikaci analgetik zjišťovaly jejich účinek, k měření intenzity používaly skórovací škálu VAS. Na

chirurgické a urologické ambulanci se u P2 a P5 dotazovaly také na charakter bolesti, a kam bolest vyzařuje.

V případě traumatologické ambulance u P3, P4 sestry iniciovaly jako první podání analgetik. Na urologické ambulanci přítomnost bolesti uvedla P1 sama, na tuto informaci reagoval jak lékař i sestra podáním analgetik. P2 byla po předání na nemocniční lůžko dotazována na přítomnost bolesti, avšak dále po dobu příjmu již monitorace neprobíhala.

Z dotazníkového šetření vyplývá, že tišení bolesti pacienta dle názoru ošetřovatelského personálu z příjmových ambulančí iniciují v 62 případech sestry (61 %). 40 dotazovaných sester (39 %) naopak označilo lékaře jako iniciátory v tišení bolesti pacienta při akutním příjmu (viz. graf č. 31).

Závěrem diskuze je vhodné zmínit, že ošetřovatelský personál saturoval primárně potřeby biologické, avšak neopomíjel potřeby psychosociální. Vyšší potřeby byly naplňovány až po stabilizaci fyziologických funkcí. Sestry v mnoha případech suplují při náplni své profese ostatní členy zdravotnického a lékařského multidisciplinárního týmu. Na jistých pracovištích sestry jednaly mimo své kompetence. Zjistili jsme, že sestry se nejčastěji potýkají s problémem nejasné signalizace v oblasti obav pacientů, proto by měly být zběhlé ve verbální i neverbální komunikaci.

7 Závěr

V diplomové práci jsme se soustředili na saturaci potřeb pacientů při akutním příjmu na oddělení chirurgického typu. V práci jsme chtěli přiblížit prožívání a zkušenosti pacientů jako holistických bytostí v průběhu jejich příjmu a v akutní zdravotní situaci. Práce obsahuje komplexní pohled obou účastníků zapojených do ošetrovatelského procesu. Zaměřuje se také na pohled ošetrovatelského personálu v oblasti saturaci potřeb akutně přijatých pacientů.

Práce měla stanovené tři cíle, čtyři výzkumné otázky a tři hypotézy. První výzkumná otázka *„Jak pacient vnímá upokojujání potřeb při akutním příjmu na oddělení chirurgického typu?“* Z výzkumného šetření vyplynulo, že pacienti během příjmu nedokázali posoudit validitu ošetrovatelských intervencí, které se týkaly zajištění jejich biologických potřeb. Avšak zásadní pro ně byla komunikace personálu, informovanost, empatie, klidný přístup atd. Jako druhou výzkumnou otázku jsme stanovili, *„Do jaké míry jsou pacientovy potřeby saturovány při akutním příjmu na oddělení chirurgického typu?“* Míru saturace potřeb jsme sledovali pomocí rozhorů, skrytého pozorování a dotazníkového šetření. Sestry zajišťující akutně přijaté pacienty, saturovaly primárně biologické potřeby, a až po jejich stabilizaci vyšší potřeby. Třetí výzkumná sledovala *„Do jaké míry sestry vnímají, že mohou uspokojovat potřeby pacienta při akutním příjmu na oddělení chirurgického typu?“* a čtvrtá výzkumná otázka *„Jak sestry vidí péči orientovanou na pacienta při akutním příjmu na oddělení chirurgického typu?“*, do jisté míry se tyto dvě otázky prolínaly. Ošetrovatelský personál v rámci sebereflexe vyjádřil, že dává přednost saturaci biologických potřeb. Většina sester uvedla, že při poskytnutí své ošetrovatelské péče dostatečně saturují potřeby akutně přijatých pacientů. V souvislosti se saturací potřeb u pacientů ošetrovatelský personál ve většině souhlasil, že by uvítal více času na pacienty. Sestry v mnoha případech plnily výkony mimo jim příslušné kompetence.

Jednou z hlavních dovedností představuje flexibilita v komunikaci s pacienty. Ošetrovatelský personál, tak dokáže validně reagovat, ale také poznat mnohdy nevyřčené signály, které mohou napomoci rozvíjet kvalitu péče při saturaci potřeb akutně přijatých pacientů. Výsledky diplomové práce by mohly přispět ke zkvalitnění péče při akutním příjmu pacienta, a sloužit jako možný algoritmus při příjmu pacienta v podobě brožury. Brožura by mohla obsahovat shrnutí a jasné body, na které mají sestry při akutním příjmu

pacienta dbát. Lze ji zpracovat do podoby výukového materiálu a zapojit ji do celoživotního vzdělávání pro zdravotnický personál nejen na příjmových ambulancích.

8 Seznam použité literatury

1. AYERS, S., DE VISSER, R., 2015. *Psychologie v medicíně*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5230-3.
2. BÁRTLOVÁ, S., 2018. *Zdravotní gramotnost u vybraných skupin obyvatelstva Jihočeského kraje*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2201-1.
3. BARTŮNĚK, P. a kol., 2016. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4343-1.
4. BEDNAŘÍK, A., ANDRÁŠIOVÁ, M., 2020. *Komunikace s nemocným: sdělování nepříznivých informací*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-2288-2.
5. BERKOVÁ, J., 2019. *Pacient s bolestí břicha na urgentním příjmu*. Urgentní medicína [online]. (2), 110-113 [cit. 2023-03-27]. Dostupné z: https://urgentnimedicina.cz/casopisy/UM_2019_2.pdf
6. BLAŽEK, M., 2012. *Předoperační vyšetření a příprava chirurgického pacienta*. Interní medicína pro praxi [online]. 14(11), 422–428 [cit. 2022-04-23]. Dostupné z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2012/11/06.pdf>
7. BUJŇÁK, J. a kol., 2022. *Obecná traumatologie pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-3128-0.
8. BURDA, P. a kol., 2016. *Ošetrovatelská péče: pro obor ošetrovatel*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5333-1.
9. CORONADO-VÁZQUEZ, V., ET AL., 2020. *Intervence k usnadnění sdíleného rozhodování pomocí rozhodovacích pomůcek s pacienty v primární zdravotní péči: systematický přehled*. *Medicína (Baltimore)*. DOI: 10.1097/MD.00000000000021389
10. DELGADO, D. A., ET AL., 2018. *Validation of Digital Visual Analog Scale Pain Scoring With a Traditional Paper-based Visual Analog Scale in Adults*. *J Am Acad Orthop Surg Glob Res Rev*. doi: 10.5435/JAAOSGlobal-D-17-00088
11. DINGOVÁ ŠLIKOVÁ, M. a kol., 2018. *Základy ošetrovatelství a ošetrovatelských postupů pro zdravotnické záchranáře*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0717-9.
12. DUŠKOVÁ, M., 2009. *Úvod do chirurgie: učební text pro studenty 3. LF UK*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 3. lékařská fakulta. Klinika plastické chirurgie 3. LF a FNKV. ISBN 978–80–254–4656–0.

13. FERKO, A. a kol., 2015. *Chirurgie v kostce*. 2. vyd. Praha: Grada. 512 s. ISBN 978- 80-247-1005-1.
14. GURKOVÁ, E., 2017. *Nemocný a chronické onemocnění: edukace, motivace a opora pacienta*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0461-1.
15. HAKL, M., 2018. *Symptomatická léčba bolesti*. Zdravotnické noviny [online]. s. 209-212 [cit. 2023-03-27]. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/neu/2018/03/11.pdf>
16. HANUŠ, T., MACEK, P., 2015. *Urologie pro mediky*. V Praze: Univerzita Karlova. Nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-3008-3.
17. HERDMAN, T. H., KAMITSURU S., 2020. *Ošetrovatelské diagnózy: definice & klasifikace*. Praha: Grada. 11. vydání. ISBN 9788027107100.
18. HUBÁČEK, P., Labonková, M., 2018. *MTS – efektivní metoda třídění zraněných a nemocných*. Medicína pro praxi [online]. 15(2), 110-113 [cit. 2023-03-27]. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2018/02/06.pdf>
19. JANÍKOVÁ, E., ZELENÍKOVÁ R., 2013. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4412-4.
20. JAROŠOVÁ, D., MAJKUSOVÁ, K., 2015. *Klinické doporučené postupy v ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5426-0.
21. JOCHMANNOVÁ, L., a kol., 2021. *Psychologie zdraví: biologické, psychosociální, digitální a spirituální aspekty*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2569-2.
22. KABELKA, L., CHVÍLOVÁ-WEBEROVÁ, M., 2022. *Syndrom křehkosti: indikace péče, podpora života v nemoci, komunikační dovednosti*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-3178-5.
23. KAPOUNOVÁ, G., 2020. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0130-6.
24. KELNAROVÁ, J. a kol., 2016. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy - 2. ročník*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5330-0.
25. KLEVETOVÁ, D., 2017. *Motivační prvky při práci se seniory*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0102-3.
26. KONCEPCE OŠETŘOVATELSTVÍ, VĚSTNÍK Č. 6/2021. [cit. 2022-11-23]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/vestnik/vestnik-6-2021/>

27. KOOL, D. R., BLICKMAN, J. G., 2007. *Advanced Trauma Life Support. ABCDE from a radiological point of view*. Emerg Radiol 14(3). 135-41. doi: 10.1007/s10140-007-0633-X.
28. KRÁTKÁ, A., 2018. *Hodnoty a potřeby člověka v ošetrovatelské praxi*. Zlín: Nakladatelství Univerzity Tomáše Bati. ISBN 978-80-7454-764-5.
29. LABRAGUE, L. J., ET AL., 2016. *Organizational politics, nurses' stress, burnout levels, turnover intention and job satisfaction*. Int Nurs Rev 64(1). 109-116. DOI: 10.1111/INR.12347
30. LÉGARÉ, F., ET AL., 2012. *Patients' perceptions of sharing in decisions: a systematic review of interventions to enhance shared decision making in routine clinical practice*. 1-19. DOI: 10.2165/11592180-000000000-00000
31. LIBOVÁ, L., 2022. *Ošetrovatelský proces v chirurgii II*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-3514-1.
32. MASTILIAKOVÁ, D., 2014. *Posuzování stavu zdraví a ošetrovatelská diagnostika: v moderní ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5376-8.
33. Metodický pokyn pro zřízení a vedení urgentních příjmů poskytovateli akutní lůžkové péče v ČR., 2020. Věstník č. 9/2020 [online]. 152-161 [cit. 2023-03-27]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2020/08/Vestnik-MZ_9-2020.pdf
34. NAVRÁTIL, L., 2017. *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0210-5.
35. NEJEDLÁ, M., 2015. *Fyzikální vyšetření pro sestry*. 2. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4449-0.
36. ODEHNALOVÁ, V., HUBÁČEK, P., 2017. *Psychologické aspekty třídění nemocných a zraněných*. MEDICÍNA PRO PRAXI [online] 14(1). 40-41. [cit. 2023-03-27]. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2017/01/10.pdf>
37. O'HARE, A. M., ET AL., 2018. *Emocionální dopad nemoci a péče na pacienty s pokročilým onemocněním ledvin*. Clin J Am Soc Nephrol 13(7). 1022-1029. DOI: 10.2215/CJN.14261217
38. ONDRIOVÁ, I., 2021. *Etické problémy a dilemata v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-1696-6.

39. PÁRAL, J., 2020. *Chirurgická propedeutika: základy chirurgie pro studenty lékařských fakult*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-1235-7.
40. PAULÍK, K., 2017. *Psychologie lidské odolnosti*. 2. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5646-2.
41. PEŘAN, D., MLYNÁŘOVÁ, D., 2020. *Odmítnutí převzetí pacienta z přednemocniční péče cílovým poskytovatelem akutní lůžkové péče*. *Anesteziologie A Intenzivní Medicína*, s. 233–237. ISSN 1214-2158.
42. PLEVOVÁ, I., 2019. *Ošetrovatelství II*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0889-3.
43. PLEVOVÁ, I., KACHLOVÁ, M., 2022. *Postupy v ošetrovatelské péči*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-3032-0.
44. POKORNÁ, A., a kol., 2019. *Management nežádoucích událostí ve zdravotnictví: metodika prevence, identifikace a analýza*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0720-9.
45. POKORNÝ, V., 2002. *Traumatologie*. Praha: Triton. ISBN 80-7254-277- X.
46. POLÁK, M., 2016. *Urgentní příjem: nejčastější znaky, příznaky a nemoci na oddělení urgentního příjmu*. 2. vydání. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-3939-0.
47. POLÁK, M., 2018. *Jaký „prototyp“ lékaře je vhodný pro práci na „pohotovosti“? Zdravotnické noviny [online] 67(38)*. [cit. 2023-03-27]. Dostupné z: http://www.emergencycare.cz/userfiles/prototyp/ZN38_2018_Martin_Polak_Prototyp_lekare_vhodny_pro_praci_na_pohotovosti.pdf
48. PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P., 2014. *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. Praha: Grada. ISBN 9788024754710.
49. PTÁČKOVÁ, H., PTÁČEK, R., 2021. *Psychosociální adaptace ve stáří a nemoci*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0876-3.
50. PTÁČEK, R., a BARTŮNĚK, P., 2015. *Lékař a pacient v moderní medicíně: etické, právní, psychologické a klinické aspekty*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5788-9.
51. REMEŠ, R., 2013. *Příručka přednemocniční urgentní medicíny*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4530-5.
52. ROKYTA, R., a kol., 2017. *Léčba bolesti v primární péči*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0312-6.

53. SCHNEIDEROVÁ, M., 2014. *Perioperační péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4414-8.
54. SIMBAWA, J. H., ET AL., 2021. *Souvislost mezi abnormálními vitálními funkcemi a úmrtností na pohotovostním oddělení*. Cureus 13(12). DOI: 10.7759/cureus.20454
55. SLEZÁKOVÁ L. a kol., 2021. *Ošetrovatelství v chirurgii. 2. vydání*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2900-8.
56. SLEZÁKOVÁ L. et kol., 2019. *Ošetrovatelství v chirurgii. I. 2. vydání*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-2861-7.
57. STASKOVÁ, V., TÓTHOVÁ V., 2019. *Odkaz Joyce E. Travelbee pro ošetrovatelství 21. století*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-2206-6.
58. ŠAMÁNKOVÁ, Marie., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3223-7.
59. ŠEBLOVÁ, J. a kol., 2018. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře. 2. vydání*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0596-0.
60. ŠEVČÍKOVÁ, B., 2019. *Kapitoly z ošetrovatelské péče v chirurgii a traumatologii*. Olomouc: vydavatelství upol. 978-80-244-5631-7.
61. ŠPIRUDOVÁ, L., 2015. *Doprovázení v ošetrovatelství I: pomáhající profese, doprovázení a systém podpor pro pacienty*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5710-0.
62. T. LEMONE, P., 2011. *Medical-Surgical Nursing: Critical Thinking in Patient Care*. University of Missouri & Columbia: Pearson. ISBN 9780135075944.
63. TOMOVÁ, Š., KŘIVKOVÁ, J., 2016. *Komunikace s pacientem v intenzivní péči*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0064-4.
64. TÓTHOVÁ, V., 2014. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace. 2. vyd.* Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-785-9.
65. TRACHTOVÁ, E., 2018. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu: učební texty pro vyšší zdravotnické školy, bakalářské a magisterské studium, specializační studium sester. 4. vyd.* Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 9788070135907.
66. VÉVODA, Jiří., 2013. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4732-3.
67. Věstník č. 8/2019. *Minimální podmínky pro spolupráci provozovatele vrtulníku letecké záchranné služby a poskytovatele zdravotnické záchranné služby. [online]. ministerstva zdravotnictví české republiky [cit. 2023-03-27]. Dostupné*

z:https://www.mzcr.cz/wpcontent/uploads/wepub/17742/38419/Vestnik%20MZ_8-2019.pdf

68. VLADIMÍR, Š., 2019. *Nestabilní nemocný při prvním kontaktu s lékařem v nemocnici: jak rozpoznat riziko?* Vnitřní lékařství 65(3). 166–16. ISSN 1801–7592.
69. VÖRÖSOVÁ, G., et al., 2015. *Ošetrovatelská diagnostika v práci sestry*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5538-0.
70. VYMAZAL, T., a kol., 2021. *Anesteziologie (nejen) k atestaci*. Praha: Grada Publishing. ISBN 9788027112302.
71. WENDEROTT, K., ET AL., 2023. *Job demands at the patient's bedside and their effects on stress and satisfaction of nurses*. BMJ Open Qual 12(1). DOI: 10.1136/BMJQ-2022-002025
72. WRAY, F., ET AL., 2022. *Rizikové faktory pro projevy křehkosti u hospitalizovaných starších dospělých: Kvalitativní studie*. J Adv Sestry 78(6). 1688-1703. DOI: 10.1111/Jan.15120
73. ZACHAROVÁ, E., 2017. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0155-9.

9 Seznam příloh

Příloha č. 1 Schválení žádosti o provedení výzkumu v nemocničním zařízení pro zpracování diplomové práce

Příloha č. 2 Podklad s dotazníkovým šetření pro ošetrovatelský personál

Příloha č. 3 Podklad s otázkami k rozhovorům s akutně přijatými pacienty

Příloha č. 4 Záznamový arch pro pozorování

Příloha č. 1 Schválení žádosti o provedení výzkumu v nemocničním zařízení pro zpracování diplomové práce

Vyjádření vedoucí/ho diplomové práce:

Jméno: doc. PhDr. Marie Trešlová, Ph.D.

Podpis:

Vyjádření kompetentní osoby zdravotnického zařízení:

S provedením výše uvedeného výzkumu souhlasím.

V Českých Budějovicích dne 16.2.2023

prof. MUDr. Mgr. Alan Bulava, Ph.D.



Příloha č. 2 Podklad s dotazníkovým šetření pro ošetrovatelský personál

1) Kolik je Vám let?

- a) 19-25
- b) 26-35
- c) 36-45
- d) 46-55
- e) 56-65
- f) 65 a více

2) Jaké je Vaše pohlaví?

- a) Žena
- b) Muž

3) Jaké je Vaše nejvýše dosažené vzdělání?

- a) Středoškolské s maturitou
- b) Vyšší odborné (VOŠ)
- c) Vysokoškolské

4) Jak dlouho již vykonáváte tuto profesi?

- a) Méně jak 5 let
- b) 6-10 let
- c) 11-15 let
- d) 16-20 let
- e) 21 a více let

5) Na jakém oddělení pracujete?

- a) Chirurgická ambulance/ Chirurgické oddělení
- b) Traumatologické oddělení
- c) Urologické oddělení

6) Jak dlouho pracujete na stávajícím oddělení?

- a) Méně jak 5 let
- b) 6-10 let
- c) 11-15 let
- d) 16-20 let
- e) 21 let a více

7) Kolik osob z řad ošetrovatelského personálu zajišťuje pacienta při akutním příjmu na vaše oddělení?

- a) Jedna
- b) Dvě
- c) Tři
- d) Čtyři a více

8) Byla jste někdy na zajištění pacienta při akutním příjmu sama (z oblasti ošetrovatelského personálu)?

- a) Ano
- b) Ne

9) Kolik sester by bylo podle Vás ideální mít v týmu při akutním příjmu?

- a) 1
- b) 1-2
- c) 2-3
- d) 3-4
- e) 4 a více

10) Kolik sester je běžně ve službě na denní službu?

- a) 1
- b) 1-2
- c) 2-3
- d) 3-4
- e) 4 a více

11) Kolik sester je běžně ve službě noční službu?

- a) 1
- b) 1-2
- c) 2-3
- d) 3-4
- e) 4 a více

12) Cítíte se při zajištění akutního příjmu pacienta ve stresu či podtlakem?

- a) Rozhodně
- b) Spíše ano
- c) Nevím/nemohu posoudit
- d) Spíše ne
- e) Rozhodně ne

13) Pokud prožíváte stres, co by Vám pomohlo jej snížit? Možnost vybrat více odpovědí.

- a) Více personálu
- b) Lepší spolupráce a pomoc lékaře
- c) Klidnější přístup lékaře
- d) Lepší zajištění pacienta od RZP (v přednemocniční péči)
- e) Více času na výkon
- f) Jiné

14) Měl/a byste rád/a při akutním příjmu pacienta na saturaci jeho potřeb více času?

- a) Rozhodně ano
- b) Spíše ano
- c) Nevím/ nedokážu posoudit
- d) Spíše ne
- e) Rozhodně ne

15) Očíslujte jednotlivé potřeby dle důležitosti, přičemž (č. 1- je nejvíce důležité, č. 4.- nejméně důležité).

	Biologické
	Spirituální
	Sociální
	Psychologické

16) Upřednostňujete podle Vás, při akutním příjmu pacienta primárně zajištění biologických (základních) potřeb?

- a) Rozhodně ano
- b) Spíše ano
- c) Nevím/ nedokážu posoudit
- d) Spíše ne
- e) Rozhodně ne

17) Při zajištění biologických potřeb pacienta kladete důraz na: (Možnost vybrat více odpovědí).

- a) Poskytnutí kvalitní ošetrovatelské péče
- b) Přání pacienta
- c) Na ordinace lékaře
- d) Zvyky pacienta
- e) Spokojenost pacienta
- f) Jiné:.....

18) Myslíte, že jsou při vašem příjmu pacienta dostatečně uspokojeny všechny jeho potřeby?

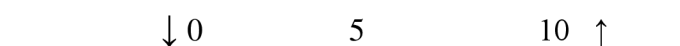
- a) Rozhodně ano
- b) Spíše ano

- c) Nevím/nedokážu posoudit
- d) Spíše ne
- e) Rozhodně ne

19) Zajímáte se o pocity a přání pacienta při akutním příjmu?

- a) Rozhodně ano
- b) Spíše ano
- c) Nevím/nedokážu posoudit
- d) Spíše ne
- e) Rozhodně ne

20) Považujete spirituální a psychosociální potřeby ve chvíli akutního příjmu pacienta za důležité? (Vyberte číslo od 0-10, které by charakterizovalo, v jaké míře považujete spirituální a psychosociální potřeby pacienta při akutním příjmu za důležité. Přičemž 0 je nedůležité a 10 velmi důležité).



21) Je Vám nepříjemné se ptát na spirituální a psychologické potřeby akutně přijímaného pacienta?

- a) Rozhodně ano
- b) Spíše ano
- c) Nevím/ nedokážu posoudit
- d) Spíše ne
- e) Rozhodně ne

22) Myslíte na zachování intimity pacienta během akutním příjmu?

- a) Rozhodně ano
- b) Spíše ano
- c) Nevím/nedokážu posoudit
- d) Spíše ne
- e) Rozhodně ne

23) Zbývá Vám při zajištění akutního příjmu čas na komunikaci s nemocným?

- a) Rozhodně ano
- b) Spíše ne
- c) Nevím/nedokážu posoudit
- d) Spíše ne
- e) Rozhodně ne

24) Podáváte pacientovi během akutního příjmu informace o tom, co se s ním bude dít?

- a) Rozhodně ano
- b) Spíše ano
- c) Nevím/nedokážu posoudit
- d) Spíše ne
- e) Rozhodně ne

25) Podáváte pacientovi během akutního příjmu informace, jaké intervence u něj právě děláte?

- a) Rozhodně ano
- b) Spíše ano
- c) Nevím/nedokážu posoudit
- d) Spíše ne
- e) Rozhodně ne

26) Je podle Vás reálné věnovat komunikaci s pacientem při akutním příjmu více času?

- a) Rozhodně ano
- b) Spíše ano
- c) Nevím/nedokážu posoudit
- d) Spíše ne
- e) Rozhodně ne

27) Podával/a jste někdy k podpisu informovaný souhlas (s hospitalizací či o provedení výkonu) pacientovi při akutním příjmu?

- a) Ano
- b) Ne

28) Reagujete nějak na vyslovené obavy nemocného (související s následnou hospitalizací, strachem, úzkostí, či jeho aktuálním zdravotním stavem) při akutním příjmu na oddělení?

- a) Rozhodně ano
- b) Spíše ano
- c) Nevím/ nedokážu posoudit
- d) Spíše ne
- e) Rozhodně ne

29) Jak reagujete na projevy bolesti pacientem během prováděné ošetrovatelské intervence (např. při ošetřování rány, zavádění PŽK atd.)? *Lze vybrat z více možností.*

- a) Verbálně se ho snažím povzbudit a utišit
- b) Monitoruji intenzitu bolesti a při silné intenzitě podám analgetika
- c) Nevšímám si toho

- d) Pacient musí bolest v akutní situaci vydržet
- e) Jiné.....

30) Kontrolujete intenzitu bolesti u pacienta během akutního příjmu na oddělení?

- a) Rozhodně ano
- b) Spíše ano
- c) Nevím/ nedokážu posoudit
- d) Spíše ne
- e) Rozhodně ne

31) Kdo iniciuje tišení bolesti při akutním příjmu pacienta?

- a) Sestra
- b) Lékař

32) Všímate si reakcí na bolest u pacienta během akutního příjmu na oddělení?

- a) Rozhodně ano
- b) Spíš ano
- c) Nevím/nedokážu posoudit
- d) Spíše ne
- e) Rozhodně ne

Příloha č. 3 Podklad s otázkami k rozhovorům s akutně přijatými pacienty

Rozhovory s pacienty při akutním příjmu na oddělení chirurgického typu

1. Získání osobních údajů-věk, pohlaví, dosažené vzdělání, zaměstnání, den hospitalizace
2. Kvůli jakým potížím jste musel/a vyhledat zdravotní péči?
3. Jaké jsou Vaše dosavadní zkušenosti s nemocničním ošetřením či hospitalizací?
4. Jaké byly Vaše pocity při prvním kontaktu s nemocničním prostředím? *(Jak na Vás působí prostředí příjmové ambulance/oddělení?)*
5. Kdo Vám podával během přijímání nejvíce informací? *(Jak Vám byly podávány informace během příjmu?)*
6. Jak jste byl/a seznámen/a s vaším zdravotním stavem a následnou hospitalizací? *(Byly Vám objasněny všechny výkony, které u vás byly prováděny v příjmové ambulanci?)*
7. Jak hodnotíte dobu čekání na ošetření jako adekvátní, nebo Vám přijde, že jste musel/a dlouho čekat na ošetření?
8. Jak hodnotíte komunikaci ze strany personálu jako dostatečnou? *(Přál/a byste si, aby s Vámi personál při příjmu komunikoval více?)*
9. Jak jste se cítil při příjmu na oddělení? *(Měl jste nějaké obavy a z něčeho strach, pokud ano, reagoval personál na vaše obavy a jakým způsobem? Svěřil jste se při příjmu někomu z personálu o svých obavách, souvisejících s aktuální situací?)*
10. Jak vnímáte náročnost práce sestry na příjmové ambulanci/oddělení? *(Myslíte, že práce sestry na příjmové ambulanci/oddělení je stresující? Jak hodnotíte sestry při vykonávání odborných výkonů při Vašem příjmu?)*
11. Jak myslíte, že o Vás bylo z odborného hlediska „dobře“ postaráno při příjmu na oddělení?
12. Jak se personál zajímal o Vaši psychickou a sociální pohodu, stejně jako o tu fyzickou? Pokud ne, co Vám chybělo? *(Myslíte, že dbal personál na Vaše soukromí a intimitu v dostatečné míře? Vyjádřil personál ochotu informovat Vaši rodinu (příbuzné) o Vašem zdravotním stavu, pakliže jste k tomu dal souhlas?)*
13. Zajímal se personál, zda vyžadujete nějaké výjimky související s Vašimi životními hodnotami (spiritualitou, vírou)?
15. Pokud jste měl při příjmu bolesti, jak je personál vnímal, jak reagoval? *(Inicioval otázku na bolest spíše lékař nebo sestra?)*
16. Jaká jsou Vaše očekávání z nadcházející hospitalizace

Příloha č. 4 Záznamový arch pro pozorování

Zdravotnické zařízení:
Oddělení:
Téma pozorování:
Jméno pozorovatele:
Datum a čas pozorování:

Sestry:	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10
Zajištění biologických potřeb <i>(Anamnestická data, sestra si všímá změn při 5 F atd.)</i>										
Saturace psychosociální potřeb, reakce na jeho přání										
Komunikace s P/k <i>(Edukace, domluva o postupu a při výkonech)</i>										
Informovaný souhlas od oše. personálu <i>(Sestra vs. lékař)</i>										
Reakce na obavy pacienta										
Ptání se a monitorace bolesti během příjmu, reakce na bolest u oše. péče a výkonu. <i>(Sestra iniciuje a monitoruje tlášení bolesti vs. lékař)</i>										

Příloha č. 5 Marlowa pyramida potřeb



Zdroj: Maslowova_pyramida_potreb_-_černobíle.jpg (2181×2009) (wikimedia.org)

10 Seznam zkratk

ARO- Anesteziologicko-resuscitační oddělení

CT- Výpočetní tomografie

UP- Urgentní příjem

OUP – Oddělení urgentního příjmu

ZZ-Zdravotnické zařízení

RZP- Rychlá záchranná pomoc