



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Úloha sestry při příjmu pacienta na oddělení

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program:
OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Tereza Houřová

Vedoucí práce: Mgr. Ilona Lískovcová, Ph.D., MBA

České Budějovice 2020

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „**Úloha sestry při příjmu pacienta na oddělení**“ 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 bakalářské 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 bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalení plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 1. 6. 2020

.....

Tereza Houfová

Úloha sestry při příjmu pacienta na oddělení

Abstrakt

Běžná každodenní praxe ve zdravotnickém zařízení spočívá právě v příjmu pacienta k následné hospitalizaci. Příjem podléhá řadě podstatných kroků, které musí být ze strany sestry zabezpečeny. Sestra by měla disponovat celou škálou schopností, dokázat si práci uspořádat, být trpělivá a volit klidný přístup. Teoretická část této bakalářské práce popisuje odborné, administrativní a ostatní kroky sestry při příjmu nemocného k hospitalizaci.

Výzkumná část práce byla zpracována formou kvalitativního výzkumného šetření pomocí polostrukturovaného rozhovoru. První stanovený cíl představoval zmapování úlohy sestry při příjmu pacienta na ambulanci. Druhým cílem bylo zmapování komunikačních dovedností sestry s pacientem na příjmové ambulanci. K cílům byly stanoveny dvě výzkumné otázky. Jaké jsou role sestry při příjmu pacienta na ambulanci? Jakým způsobem mohou komunikační dovednosti sestry ovlivnit následnou spolupráci s pacientem?

Výzkumné šetření ukázalo, že ačkoliv probíhalo na dvou odlišných odděleních jedné vybrané nemocnice, výsledky se v podstatných věcech nelišily. Respondenti se v jednotlivých úlohách ztotožnily až na pár specifických odlišností obou pracovišť. Výsledky ukázaly, že úloha sestry spočívá v široké škále úkolů, kdy zajišťuje odběr krve, potřebná vyšetření atd. Zabezpečena je rovněž administrativní stránka, ověření údajů a informace do anamnézy. Šetření dále ukázalo, že správné komunikační dovednosti sestry vychází z trpělivého přístupu se schopností dokázat odhadnout chování jedince. Sestry poukázaly na skutečnost, že tato schopnost je úzce spjatá s délkou praxe.

Výsledky práce mohou být přínosné pro sestry působící na příjmových ambulancích, rovněž pak pro sestry nově příchozí a studenty zdravotnických škol. Zajímavé by mohlo být prezentování zjištěných výsledků v odborných časopisech,

jelikož existuje malé množství publikací, které by komplexně jednotlivé kroky popisovaly.

Klíčová slova

hospitalizace, příjem, role sestry, pacient, ošetrovatelská péče, komunikace

The main role of a nurse in admitting the patient to the ward

Abstract

The usual everyday practice in medical devices is consist in reception of the patient for subsequent hospitalisation. The patient admission is a subject to a number of essential steps which has to be secured by the nurse. The nurse should have a full range of skills like to have the ability to organize the work, be patient and select a calm approach. The theoretical part of this bachelor's thesis describes the professional, administrative and the other steps in the admission of a sick patient for its hospitalization.

The research part of the work was compiled in the form of a qualitative researching survey using a semi-structured interview. The first goal was to map the role of the nurse in admitting the patient to the A&E. The second goal was to map the communication skills of the nurse with the patient at the reception of A&E. To achieve the goal were set two research questions. What are the nurse's roles in admitting of a patient to the clinic? How can a nurse's communication skills affect a following collaboration with the patient?

The research investigation has shown that although it has been conducted in two different departments of the one selected hospital; the results did not differ significantly. The respondents have been identified in individual tasks except of a few specific differences between the two work places. The respondents have been identified in individual tasks except for a few specific differences between the two workplaces. The results have shown that the role of the nurse lies in a wide range of tasks like ensuring blood collection, necessary examinations, etc. The administrative aspect is also provided same as data verification together with information to the anamnesis. Furthermore, the investigation has shown that the correct communication skills of the nurse are based on a correct and patient attitude together with the ability to be able to estimate the individual's behaviour. Nurses have pointed out the fact that this ability is closely connected with the length of a practice.

The results of the work can be beneficial for nurses working on the reception of the A&E as well as for nurses newly coming and for students of medical schools. It could be very interesting to represent these results in professional journals because there are just a small amount of publications that comprehensively describe the individual steps.

Keywords:

hospitalisation, admitting, role of nurse, patient, nursing care, communication

Poděkování

Touto formou bych ráda poděkovala své vedoucí bakalářské práce Mgr. Iioně Lískovcové Ph.D., MBA. za cenné rady a trpělivost, spolu s odborným vedením při zpracování mé práce. Poděkovala bych také Mgr. Lucíí Hejdové za pomoc při zpracování. Ráda bych rovněž poděkovala sestřám, které byly velice ochotné a vstřícné v poskytování rozhovoru.

OBSAH

ÚVOD	10
1. SOUČASNÝ STAV	11
1.1. Příjem.....	13
1.1.1. Druhy příjmu	14
1.1.2. Charakteristika hospitalizace.....	14
1.1.3. Ošetrovací jednotka	15
1.1.4. Příjem nemocného na ošetrovací jednotku.....	16
1.2. Úloha sestry při příjmu	17
1.2.1. Charakteristika ošetrovatelské péče	18
1.2.2. Ošetrovatelské postupy v souvislosti s příjmem klienta.....	19
1.2.3. Zdravotnická dokumentace při příjmu pacienta	28
1.3. Komunikace	30
1.3.1. Sestra a specifika komunikace s vybranými skupinami pacientů	31
1.3.2. Spolupráce sestry a lékaře	32
2. CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	33
2.1 Cíle práce	33
2.2. Výzkumné otázky	33
2.3. Operacionalizace pojmů	33
3. METODIKA	34
3.1. Použité metody a techniky sběru dat	34
3.2. Charakteristika zkoumaného vzorku	35
4. VÝSLEDKY	35
4.1. Identifikační údaje respondentů.....	35
4.2. Kategorizace získaných dat	36
4.3. Kategorie 1: Úloha sestry při příjmu pacienta	36
4.3.1. Podkategorie: Kompetence sestry	41
4.4. Kategorie 2: Komunikace	41

5. DISKUZE	44
6. ZÁVĚR	52
7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	55
8. SEZNAM PŘÍLOH.....	62
9. SEZNAM ZKRATEK	65

ÚVOD

Bakalářská práce se zabývá tématem „úlohy sestry při příjmu pacienta na oddělení“. Před následnou hospitalizací je pacient přijímán přes ambulanci. Proces, kterým si jedinec před počátkem hospitalizace prochází není jednoduchý. Sestra tvoří podstatnou součást při jeho doprovázení.

Oblast teoretické části bakalářské práce objasňuje nejprve pojmy, jakým je hospitalizace, ošetrovací jednotka spolu s jejími složkami pro lepší představu o počáteční hospitalizaci jedince. Následující oblast specifikuje podstatu úlohy při procesu přijetí k hospitalizaci. Podstatná je charakteristika ošetrovatelské péče poskytovaná sestrou a ošetrovatelské postupy v souvislosti s příjmem k hospitalizaci. Zmapovány jsou zde jednotlivé kroky, která zabezpečuje v souvislosti s přijetím nemocného na ambulanci před převozem na ošetrovací jednotku. Příjem nemocného zahrnuje taktéž vyšetření celkového stavu, jak lékařem, tak sestrou, která se zaměřuje, na ošetrovatelskou anamnézu. Kapitola zdravotnické dokumentace představuje záznamy, které jsou pro počátek hospitalizace nezbytné. Další část tvoří komunikace, která představuje podstatnou součást úlohy sestry. Mnohdy je vystavena řadě nezvyklých situacím, které vyžadují specifický přístup, klientovi paralyzovaného bolestí či jiným faktorem. Praktická oblast práce mapuje jednotlivé kroky při příjmu ve vybrané interní a chirurgické ambulanci. Příjem nemocného k hospitalizaci probíhá na výše uvedených pracovištích. Dále pak komunikační dovednosti, které mohou ovlivnit následnou spolupráci.

1. SOUČASNÝ STAV

Světová zdravotnická organizace WHO charakterizuje pojem sestra jako „osobu, která byla formálně přijata do ošetrovatelského vzdělávacího programu, řádně uznaného členským státem, v němž je tento program zajišťován, úspěšně dokončila předepsaná studia ošetrovatelství a získala požadovanou kvalifikaci k tomu, aby se stala registrovanou sestrou anebo sestrou s právoplatnou licenci k výkonu ošetrovatelské praxe“ (Plevová et al., 2018b. s. 82). Oficiální server Ministerstva zdravotnictví ČR definuje všeobecnou sestru v dokumentu *Kvalifikační standard Všeobecná sestra* takto: „Všeobecná sestra bez odborného dohledu a bez indikace, v rozsahu své odborné způsobilosti poskytuje, případně zajišťuje, základní a specializovanou ošetrovatelskou péči v souladu s právními předpisy a standardy.“, *Profesní kompetence všeobecné sestry jsou rozděleny na základní, specializované a vysoce specializované podle základních funkcí, které všeobecná sestra plní a které vycházejí z platných právních předpisu ČR“* (Ministerstvo zdravotnictví ČR, © 2010). Pozici všeobecné sestry předchází studium bakalářského programu či vyššího odborného vzdělání (NSP, ©2017). Dingová Šliková et al. zmiňují ve své knize znění vyhlášky pro zdravotnické a jiné odborné pracovníky: „*Vyhláška č. 55/2011 Sb. „O činnostech zdravotnického pracovníků a jiných odborných pracovníků“*“ (Dingová Šliková et al., 2018. s. 65). Oficiální databáze povolání Ministerstvem práce a sociálních věcí ČR doplňuje další podstatnou legislativu v tomto odvětví: „*Nezbytné požadavky na kvalifikační způsobilost osoby k výkonu pracovní pozice – tj. požadavky upravující vstup do povolání/ specializace povolání tyto požadavky vycházejí z konkrétního legislativního předpisu. Odborná způsobilost podle zákona 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povolání.*“ (NSP, © 2017).

Kompetence představují tzv. přehled pravomocí a ručení svěřené konkrétnímu pracovnímu místu či instituci. Význam slova určuje rovněž způsobilost vykonávat stanovenou funkci neboli komplex činností (Veteška et al., 2008). Ošetrovatelský standard vybrané nemocnice definuje zakotvení kompetencí v náplni práce. Specifikace kompetencí vychází z aktivit, které jsou zaměstnanci svěřeny na základě vzdělání, osobních vědomostí, dovedností dle přesného pracoviště a platné legislativy. Náplň práce zaměstnance zahrnuje obecnou část a část stanovující kompetence zaměstnance. Ve sjednané pracovní smlouvě zaměstnanec odpovídá druh práce vždy pracovní náplni (Ošetrovatelský standard, 2018). Kompetenční nástroje k výkonu povolání všeobecné sestry zahrnují odbornou zručnost a znalost, všeobecné dovednosti a měkké kompetence.

Odborná zručnost je definována jakožto aplikování teoretických znalostí do praxe. Centrální databáze kompetencí kompetencí výkonům (CDK) vybrala řadu úkonů z této kategorie: „*Připravování pacientů k diagnostickým a léčebným výkonům nebo asistence u nich, manipulace s léčebnými přípravky a jejich podání pacientům atd.*“ Odborné znalosti jsou specifikovány teoretickými poznatky, které jsou nezbytné k výkonu povolání. Centrální databáze (CDK) zvolila řadu potřebných vědomostí: „*Anatomie, fyziologie a patologie pro zdravotnická nelékařská povolání, řízení zdravotní péče, včetně vedení dokumentace atd.*“ Všeobecné dovednosti, patří mezi další kompetenční požadavky, vyznačují se komplexem odborných nároků, které nejsou přímo závislé na danou profesi. Například počítačová zdatnost spolu s lingvální schopností či povědomí z hlediska právního aspektu atd. Mezi poslední kompetenční požadavky patří tzv. měkké kompetence. Jedná se o tzv. komplex nezbytných potřeb, zajišťující hodnotné provedení zaměstnání bez vazby na danou odbornost zároveň však v návaznosti na celistvost způsobnosti člověka. Měkké kompetence zahrnují: „*Efektivní komunikaci, výkonnost, kooperaci, samostatnost, celoživotní vzdělávání a zvládnání zátěže.*“ (NSP, © 2017). Zdravotní péče poskytovaná jakýmkoliv pracovníkem vyžaduje přesné vymezení škály kompetencí (Plevová, 2012c. s.36). Dingová Šliková et al. popisují ve své publikaci ošetrovatelský standard následovně: „*Podle Koncepce ošetrovatelství z roku 2004 je ošetrovatelský standard dohodnutou profesní normou kvality*“ (Dingová Šliková et al., 2018. s.80). Význam slova vymezuje stanovení nevyhnutelnou a potřebnou výchozí normou vyžadovanou pro zprostředkování kvalitní ošetrovatelské péče. Ošetrovatelské standardy vytvářejí pro pacienty pocit bezpečí a pro sestry při dodržení postupu ochranu před neoprávněným trestním řízením. Právní řízením ustanovení, metodická opatření MZ ČR vydané ve Věstníku MZ ČR spolu s vyhláškami a zákony patří mezi ošetrovatelské standardy. Povinností zdravotnického zařízení je vypracování a zároveň přijetí vlastních ošetrovatelských standardů pramenících ze standardů centrálních. Sestra nesplňuje pouze standardy, její práce vyžaduje souhrnný přístup péče (Dingová Šliková et al., 2018).

Příjmové ambulance zahrnují pracovny sester, ordinace lékařů, zázemí pro zdravotnický personál, sklady a administrativní složku pro případnou kartotéku (Dingová Šliková et al., 2018). Lokalizace příjmové části bývá nejčastěji situována v blízkosti diagnostického úseku, kde pacient podstupuje vyšetření, léčbu a rozhodnutí o přijetí k hospitalizaci. Vhodné je zvolení stavebního uspořádání v přízemí areálu dané

nemocnice, které umožňuje vozidlům RZP snadnější přístup. Chod příjmové ambulance představuje zpravidla nepřetržitý provoz (Burda, et al., 2015).

Příjmový úsek vyžaduje řadu rolí a povinností. Sestra úzce spolupracuje s lékařem zastává řadu specifických úkonů, které jsou nezbytné před počátkem hospitalizace. Jejich pořadí bývá determinováno časem v závislosti na naléhavost zdravotního stavu pacienta. Do specifických úkonů patří například měření fyziologických funkcí, zajištění žilního vstupu, odběry biologického materiálu spolu se zajištěním transportu klienta na potřebná vyšetření. Podstatnou vlastností sestry při přijetí klienta k hospitalizaci by měla být rovněž schopnost správně se zeptat na cílené otázky, které pomohou při následné spolupráci.

1.1. Příjem

Uskutečnění příjmu nemocného spolu se samotným pobytem zde a následným propuštěním jedince bývá vykonáváno podle vymezeného postupu předpokládané ošetrovatelské činnosti (Jirkovský et al., 2012). Kelnarová et al. udává, že příjem může pramenit hned z několika etiologií, které jsou podnětem k hospitalizaci – účel diagnostický je indikován v případě potřeby vyšetření a stanovení diagnózy, dále účel terapeutický, který je léčebný, a účel sociální (Kelnarová et al., 2015b). Kolektiv autorů Vetejšková, uvádí mezi nejčastější důvody k hospitalizaci například nezbytnost podrobnějšího vyšetření nemocného, plánované operace, úraz, porod či léčbu, která nelze vyřešit ambulantní formou. Přijetí k hospitalizaci vychází nejběžněji z doporučení praktického lékaře. V případě akutního stavu spolu s ohrožením života, zraněním nebo nenadálou změnou zdravotního stavu přiváží jedince rychlá záchranná služba nebo přichází pro své obtíže sám (Vetejšková et al., 2011b). Psychosociální hledisko vnímá pro léčbu příznivější aspekt domácí prostředí spolu s ambulantní kontrolou, proto je vnímáno pojetí délky hospitalizace na nezbytně nutnou. Ekonomické hledisko vidí podstatu v krátké době hospitalizace jedince ve snížených nákladech ze zdravotního pojištění (Kelnarová et al., 2015). Příjmovou ambulanci vlastní každé příslušné oddělení či klinika (např. chirurgické, interní, oční). Klient je zde přijímán k hospitalizaci na danou ošetrovací jednotku (Kelnarová et al., 2015b). Dalším potencionálním místem k příjmu pacienta je tzv. centrální příjem klientů, který funguje v řadě zdravotnických zařízení. Na centrálním příjmu, vystaví personál klientovi dokumentaci jako nezbytnou složku pro

přijetí k hospitalizaci dále doklad o uchování cenností a šatstva (Vetejčková et al., 2011b). Urgentní příjem lze charakterizovat jakožto speciální pracoviště, které je lokalizované v areálu rozlehlejších nemocnic (Kelnarová et al., 2015b). Nemocný je na rozdíl od plánovaného příjmu nejčastěji přivezen rychlou záchrannou službou. V mnohých případech přiváží RZP jedince bez osobních dokladů a věcí (Vetejčková et al., 2011b). Vstupní vyšetření spolu s dokumentací bývá zpracováno obvykle do 24 hodin (Workam et al., 2006).

1.1.1. Druhy příjmu

Příjem k hospitalizaci je možné rozdělit na základě doporučení nebo naléhavosti stavu. Oblast doporučení zahrnuje indikaci praktického lékaře, ale také lékaře specialisty či doporučení na podkladě plánovaného výkonu. Příjem v naléhavé situaci představuje okolnost, kdy nemocný je přivezen RZP na základě akutního stavu. Naléhavost případu rozděluje druhy příjmu na plánovaný, kdy pacient je k zákroku či vyšetření k hospitalizaci objednaný. Předem jsou provedena vyšetření, které lze absolvovat formou ambulantní, tak aby byla zkrácena doba hospitalizace na nezbytně nutnou. Druhý druh příjmu představuje tzv. příjem akutní, který je řazený mezi indikace podle naléhavosti případu (Vetejčková et al., 2011b). Přijetí k hospitalizaci probíhá bez jakéhokoliv doporučení lékaře praktického nebo ambulantního (Kelnarová et al., 2015b). Pacient nacházející se v život ohrožujícím stavu představuje rovněž vhodnou indikaci (Jirkovský et al., 2012). Urgentní příjem disponuje škálou pacientů, kteří se nacházejí ve stavu akutního ohrožení života. Při příjmu jedince není brán na etiologii žádný ohled (Kelnarová et al., 2015b).

Oddělení urgentního příjmu je definováno jako prostor, pro příjem a ošetření akutního onemocnění (Polák, 2016). Urgentní příjem disponuje škálou pacientů, kteří se nacházejí ve stavu akutního ohrožení života. Při příjmu jedince není brán na etiologii žádný ohled (Kelnarová et al., 2015b).

1.1.2. Charakteristika hospitalizace

Hospitalizaci lze charakterizovat jakožto proces přijetí klienta do nemocnice, kde stráví určitou dobu na lůžku, během které jsou prováděna konkrétní vyšetření, léčba či,

podstupuje hospitalizaci z důvodu pozorování. V porovnání s hospitalizovaným jedincem je pacient ošetřený pomocí ambulantní formy, léčen bez přijetí k hospitalizaci (Kolektiv autoru, 2007). Klientova adaptace na pobyt ve zdravotnickém zařízení nastupuje ihned po příchodu do nemocnice (příjem) (Dingová Šliková et al., 2018). Typické chování jedince se vlivem choroby mění hospitalizace změnu více zvýrazní, zpravidla proto, že je narušené soukromí, životní styl a samostatnost, ale také z hlediska finanční situace (Baroňová, 2010).

1.1.3. Ošetrovací jednotka

Základní součást lůžkové části nemocničního zařízení utváří ošetrovací jednotka (Vetejčková et al., 2011b). Ošetrovací jednotka je specifikována základní funkční, stavební i organizační složkou (Kelnarová et al., 2015b). Standardní kapacita lůžek na ošetrovací jednotce je odhadována kolem 25-30 míst. Odlišnost velikosti ošetrovací jednotky bývá stanovena podle specializace konkrétního pracoviště nižší počet lůžek na intenzivní jednotce ve srovnání se standardním oddělením. Ošetrovatelský tým složený z odlišných tříd zdravotnických pracovníků zajišťuje ošetrovatelskou péči na dané ošetrovací jednotce spolu s vyšetřením a léčbou (Vetejčková et al., 2011b). Kvalitní ošetrovatelská péče vyplývá účelně ze základních předpokladů správně zvoleného uspořádání ošetrovací jednotky. Jednostranná ošetrovací jednotka je jedním z mnoha typu jednotek. Základní charakteristiku vyznačují pokoje a komplementy, které se nacházejí na jedné straně chodby. Klade se zde vyšší nárok na fyzickou práci personálu, neboť na úkor stavebního uspořádání bývají příliš dlouhé chodby. Oboustranná ošetrovací jednotka je druhým typem stavebního uspořádání ošetrovací jednotky. Pokoje jsou lokalizovány na jedné straně, druhá strana disponuje pomocnými a funkčními místnostmi. Kruhová ošetrovací jednotka patří mezi další způsob stavebního uspořádání. Pracovna se nachází ve středu půdorysu a po svém obvodu má pokoje a komplementy. Posledním typem je ošetrovací jednotka do „U“, kdy kolem chodby jsou situované pokoje pro klienty a jiné místnosti, přesně tak, že připomínají písmeno „U“. V jádru ošetrovací jednotky, tedy uprostřed, se nachází úklidové místnosti spolu se sociálním zařízením (Kelnarová et al., 2015b).

1.1.4. Příjem nemocného na ošetrovací jednotku

Klientovo přijetí do nemocnice lze uskutečnit na ambulanci daného oddělení kde bude hospitalizován, či na centrálním příjmu (Vetejčková et al., 2011b). Podstatou, centrálního příjmu je sběr základních identifikačních údajů od klienta (Kelnerová et al. 2015b). Nemocnému je vystavena dokumentace při nástupu k hospitalizaci a potvrzení o uchování cenností a oblečení. V případě nezpůsobilosti k výkonu zaměstnání vystaví praktický lékař nebo příjmová ambulance průkaz práce neschopného. Daný doklad slouží k zpětnému vyplácení dávek pro pacienta. Potvrzení o přijetí k hospitalizaci obsahuje veškeré identifikační údaje vypsané příjmovým lékařem. Klient je umístěn na ošetrovací jednotku, kde je informován o dalším postupu (Vetejčková et al., 2011b).

V průběhu příjmu na ošetrovací jednotce, sestra připevní na zápěstí jeho ruky identifikační náramek. Podle konkrétních specifik pracoviště obsahuje příjmení, křestní jméno, ale také rok narození, nebo má náramek připevněn štítek, který má navíc i rodné číslo (Kelnarová et al., 2015b).

Sestra konající službu na dané ošetrovací jednotce přichází do prvního kontaktu s nemocným při odevzdání veškeré dokumentace (výsledky jednotlivých vyšetření, občanský průkaz a kartu pojištěnce). Zdravotnický personál doprovodí pacienta na stanovený pokoj, kde ho obeznámí s lůžkem a jeho příslušným vybavením. Součástí je seznámení klienta s jeho povinnostmi a právy, ale také s řádem daného pracoviště. Klientovo osobní oblečení je uchováno podle možností ošetrovací jednotky v centrální šatně nebo skříni, která lze uzamknout a nachází se na pokoji klienta. Sestra v případě uschování cennějších předmětů (šperky, větší hotovosti atd.) uloží předměty do ústavního trezoru, proti podpisu pacienta jako základ ztvrzení o uschování cenností. Na ošetrovací jednotce lékař provede fyzikální vyšetření pacienta, sběr lékařské části anamnézy a stanoví nezbytné ordinace, které sestra provede (aplikace ordinované polohy, odběru biologického vzorku, zajištění ordinované diety a potřebná vyšetření). Do chorobopisu se při přijetí klienta zaznamenávají údaje základní, dále pak výsledky vyšetření fyzikálního a lékař stanoví diagnózu při přijetí (Kelnarová et al., 2015b).

1.2. Úloha sestry při příjmu

Práce v příjmovém úseku vyžaduje od lékaře a sestry vstřícný projev, ale také jisté porozumění vůči klientovu vystupování, které může být přijetím k hospitalizaci determinováno (Kelnarová et al., 2015b). Podle zákona o poskytování zdravotních služeb vyplývá pro sestru povinnost sdělit své jméno a příjmení klientovi, který má být plně informován o těch, kteří mu péči poskytují (Haškovcová et al., 2013). Klient předloží průkaz, kterým lze ověřit jeho osobu (např. občanský průkaz) a kartu pojištěnce. V případě doporučení hospitalizace rozhodnutím obvodního lékaře, či jiného specialisty pacient předkládá příslušné písemné vyjádření (Vetejšková et al., 2011b). Jedinec přivezený RZP bývá zpravidla již monitorován a opatřen žilním vstupem k substituci tekutin (Janíčková et al., 2013). V příjmové ordinaci provádí lékař za asistence sestry základní vyšetření pacienta. Oblast základního vyšetření zahrnuje vyšetření fyzikálních a fyziologických funkcí. Dále potřebná specifická vyšetření k upřesnění výsledků (ECHO, EKG, RTG, odběr biologického vzorku na vyšetření) (Kelnarová et al., 2015b). V nenadálých akutních případech lze předpokládat, že jednotlivé kroky budou probíhat součinně (Dobiáš, 2013). Při orientaci lékaře na nemocného je úvodním krokem v komunikaci sběr osobních dat, neboli tvorba datových informací (Polák, 2016). Pomocí řízeného rozhovoru lékař provádí sběr základních informací od pacienta nebo rodinných příslušníků k potřebným anamnestickým údajům (Nejedlá, 2015a). Příjem na příslušnou ošetrovací jednotku zahrnuje patřičnou identifikaci hospitalizované osoby (Vetejšková et al., 2011b). Fyzikální vyšetření sestrou a sběr ošetrovatelské anamnézy přichází na řadu, až po uložení klienta na dané lůžko. (Kelnarová et al., 2015b). Sestra změří fyziologické funkce a zhodnotí fyzikální stránku při které se pečlivě zaměří na patologické změny na pokožce klient (Vetejšková et al., 2011b). Vztah sestry a pacienta obvykle započiná rozhovorem o zhodnocení, kdy se jedná se o proces, který vyžaduje, aby sestra komunikovala a efektivně spolupracovala s nemocným (Sherry Keithly et al., 2011). Za pomoci pacienta je vypsána dotazovaná ošetrovatelská administrativa potřebná k počáteční hospitalizaci spolu s měřicími nástroji pro posouzení nebezpečí pádů klienta, rizika v tvorbě dekubitu, výživového zhodnocení a test základních běžných aktivit dle Barthelové (přehledově informuje zdravotnický personál o míře sebepéče pacienta) (Kelnarová et al., 2015b). Posouzení zahrnuje zhodnocení bolesti, zda má momentální charakter, či déletrvající přítomnost a zhodnocení nastává například pomocí škály (Boroňová, 2010). Sestra poskytuje dostatečné soukromí pro pacienta v průběhu sběru

údajů do ošetrovatelské anamnézy (Vetejšková et al., 2011b). Zapsán je záznam o evidenci příjmu a odchodů daného oddělení a současný stav o množství příjmu. Prostřednictvím písemné formy sestra zajistí podle ordinace lékaře danou dietu. Hlášení sester vykonávajících směnu obsahuje vyjádření podrobností o nově příchozí hospitalizované osobě (Kelnarová et al., 2015b).

1.2.1. Charakteristika ošetrovatelské péče

V dnešním pojetí poukazuje termín ošetrovatelská péče na odbornou činnost podporující a udržující zdraví, ale také schopnost v případě potřeby zdraví navrátit (Dingová Šliková et al., 2018). Ošetrovatelská péče je poskytována jednotlivcem či celým týmem prostřednictvím komplexní, základní a specializované péče (Boroňová, 2010). Činnosti jsou orientovány na uspokojování pacientova základních potřeb (Vetejšková, et al., 2011b). Do oblasti příjemců ošetrovatelské péče je zahrnován jednotlivec, ale také rodiny či skupiny osob žijící ve stejném sociálním zařízení s podobnými zdravotními obtížemi (Dingová Šliková et al., 2018). Ošetrovatelská profese, která patří mezi profese pomocné, požaduje interdisciplinární vzdělání ošetrovatelů a pozitivně ovlivňuje přístup k pacientovi spolu se zprostředkováním individuální ošetrovatelské péče a komplexního přístupu (Bártlová, 2018).

Význam slova pacient

V současné době se jedná o označení každé fyzické osoby, které je poskytována zdravotní péče, bez ohledu na skutečnost zda se jedná o prevenci, diagnostiku nebo léčení. Rovněž bez otázky toho, kým je péče uhrazena, či jaké má daná osoba pohlaví (Vondráček et al., 2011). Autorka jiné publikace Zachová et al. naopak popisuje pacienta jako jednotlivce, který se nachází v rukou lékařské terapie, v roli nemocné osoby, která podstupuje léčbu (Zacharová et al., 2007). Postavení pacienta získává osoba ve chvíli, kdy onemocní. Prožívání onemocnění představuje pro člověka jisté restriktce v běžném životě a je zcela individuální (Janáčková, 2008).

1.2.2. Ošetřovatelské postupy v souvislosti s příjmem klienta

Vyšetření celkového stavu pacienta

Potencionální možné riziko ohrožení života jedince, poukazuje na skutečnost naprosté nezbytnosti provést první krok prohlídkou celkového stavu nemocného pro okamžité zareagování na záchranu života (Nejedlá, 2015a). Sesterská oblast vyšetření zahrnuje mimo jiné také změření hmotnosti a výšky (Plevová et al., 2018b). Celkové posouzení zahrnuje oblasti stavu vědomí, výživy, chůze nemocného, stav pokožky, ale také oblast dýchání, krevního tlaku, pulzu, tělesné teploty. (Nejedlá, 2015a). Posouzení vědomí, výživy, rizika pádu, dekubitů, měřítka bolesti a měření fyziologických funkcí aplikuje sestra přídatnou metodou za pomoci měřících prostředků (hodnotící stupnice, testů, škál a otázek) pro rozšíření zhodnocení fyzického stavu a nezbytnosti charakteristických potřeb (Bóriková et al., 2007). Měřící prostředky pomohou stanovit rizikového pacienta a posoudit potencionální deficit (Plevová et al., 2018b).

Vědomí je stav percepce a uvědomování si vlastní osoby i svého okolí (Veverková et al., 2019). Stav vědomí lze zhodnotit dvěma způsoby, které se mohou vzájemně propojovat, stanovením druhu poruchy bdělosti (kvantitativní, kvalitativní) nebo zhodnocením škály Glasgow Coma scale, které hodnotí součet tří kategorií – otevírání očí, motorikou a slovní odpověď (Nejedlá, 2015a). Škála GCS hodnotí patnácti body jako maximum plné vědomí, opakem je součet tří bodů, který stanovuje hluboké bezvědomí (Veverková et al., 2019). Během rozhovoru ověří sestra pacientovu orientaci ve své osobě položením otázek kde se právě nachází, jaký je dnes datum (Nejedlá, 2015a). Pacient lucidní je označení pro jedince plně orientovaného ve své osobě, místě, čase a okolnostech (Bydžovský, 2010). V případě nemocného nezareagování na hlasový podnět je použit hlasitější ton nebo je otázka položena znovu. Nedostaví-li se žádná odpověď, jedinec je osloven za pomoci doteku znovu nebo je aplikován bolestivý podnět. Bezpodmínečně by měla být věnována pozornost skutečnosti, zda pacient v průběhu rozhovoru neusíná a lze probudit (Nejedlá, 2015a). Posouzení nutričního stavu nemocného orientuje pozornost na oblast dysfunkce polykání klienta, zažívacích obtíží a stavu dentice. Zhodnocení nutričního stavu lze za pomoci výpočtu BMI (poměr váhy/výšky) a Nottinghamského screeningového dotazníku, kde hodnotíme úbytek hmotnosti, jaké množství představuje váhový úbytek, pokles chuti k jídlu za uplynulé tři měsíce a výsledek BMI. V případě vyhodnocení výsledků vyššího, než tří bodů hrozí potencionální

riziko malnutrice (Veverková et al., 2019). Chůze je hodnocena orientačně sestrou, kdy je odlišen pacient chodícího samostatně bez komplikací, s komplikací popřípadě s kompenzační pomůckou, a pacient imobilní. Vyšetření kůže zaměřuje pozornost na její zbarvení, možné vyrážky, případné krvácení do pokožky, kožní turgor, křečové žíly a jizvy (Nejedlá, 2015a). Fyziologické funkce lze charakterizovat jakožto proces výsledné hodnoty, který svědčí o celistvém stavu pacienta zahrnující zhodnocení pěti oblastí: vědomí, pulz, tělesná teplota, tlak krevní a dechová frekvence (Veverková et al., 2019). Interval monitorace stanovuje lékař podle stavu nemocného nejčastěji probíhá při příjmu jedince k hospitalizaci a před invazivním výkonem. Dýchání, jedná se o proces mechanické aktivity, jednoduše lze ovlivnit z vlastní vůle nebo duševním rozpoložením (Dingová Šliková et al., 2018). Zhodnocení posuzuje oblast dechové frekvence, jakosti, pravidelnosti, rytmu a vedlejších zvukových jevů (Veverková et al., 2019). Sestra měří palpačně na radiální tepně pulz se souběžným sledováním činnosti hrudníku, bez informovanosti jedince o okamžiku zhodnocování. Posouzení tempa dechu znázorňuje interval jedné minuty. Dýchání ovlivňuje řada činitelů, jakým je věk, medikace a aktivita. Zápis výsledné hodnoty je zapisován do ošetrovatelské dokumentace následovně: D= 18/min. Odborný termín pro fyziologické dýchání je latinsky označen jako eupnoe, dospělý člověk vykoná 12 až 18 dechů za minutu. Mezi patologické stavy dechu patří například bradyapnoe označující hodnotu nižší než fyziologickou, dále tachykardie, kdy hodnota je vyšší, než je hodnota fyziologická, apnoe, které vyznačuje zastavení činnosti dýchání. Pulz patří mezi další fyziologický parametr a nastává úderem krevního toku na stěnu arterie. Tepovou frekvenci lze sledovat prostřednictvím pohledu, pohmatu nebo prstu, který je doporučen zmáčknout mírně na tepně oproti kosti na přístroji na specializovaných pracovištích nebo přímé měření invazivně v tepně. Zhodnocení tepové frekvence pomocí auskultační metody aplikuje vyšetřovatel prostřednictvím fonendoskopu přiloženým na srdeční hrot. Vřetenní či krční tepna představuje příklady míst pro zhodnocení tepové frekvence. Klasifikována je oblast rytmu pulzu (tvrdý, měkký, nitkovitý, paradoxní), tepová frekvence, kdy jsou posuzovány údery mezi samotnými intervaly. Pacient musí být před počátkem měření deset až patnáct minut bez fyzické zátěže. Frekvence znázorňuje tempo pulzu za uplynulou minutu. Mezi potencionální činitele zkreslující výsledky patří například věková kategorie, krvácivost, zátěž, přítomnost bolesti, TT. Fyziologická hodnota dospělého jedince nachází rozmezí 70 až 80 pulzů za uplynulou minutu. Patologické výsledky označují termíny, jakým je například tachykardie, kdy naměřená hodnota představuje více než 90 pulzů/min. Bradykardie vyznačuje tepovou

frekvenci nižší než fyziologickou 60 pulzů/min. Ošetrovatelská dokumentace zaznamenává tep zkratkou P s výsledným číslem P= 68/ min. Tělesná teplota (TT) patří mezi fyziologické funkce, jedná se o výsledný produkt tvorby a výdeje tepla. Měření TT vyžaduje přípravu teplotní tabulky a digitálního teploměru. Vhodná místa pro zhodnocení TT se nachází například v podpažní jamce, konečniku, ústech a třísele. Nejvíce využívaným typem teploměru je tzv. digitální, ten dokáže stanovit teplotu v axile, třísele, ústech a konečniku. Po umístění teploměru do středu axilární jamky přitlačí pacient končetinu k oblasti hrudníku. Jakmile zazní zvukový signál teploměru hodnota je změřena (Dingová Šliková et al., 2018). Podle místa aplikace odečteme po změření uvedenou hodnotu (konečník o 0,5 vyšší, ústa o 0,3 vyšší hodnota než v podpažní jamce) (Nejedlá, 2015b). Způsobilá osoba by měla být přítomna při měření teploty v případě osoby neklidné či v bezvědomí. Tělesnou teplotu může ovlivnit celá řada faktorů, mezi které patří například zátěž, hormonální tvorba, věková kategorie, fyzická aktivita (Dingová Šliková et al., 2018). Fyziologická hodnota tělesné teploty je uváděna v rozmezí 36 až 37 stupni celsia. Řada odborných termínů označují odchylky od fyziologie jako například hypotermie hodnotu nižší než 36,2 stupňů celsia, subfebrilie rozmezí 37 až 38 stupni celsia. Horečka (febris) představuje hodnotu 38 až 40 stupňů celsia. TT nad 40 stupňů celsia je označována termínem hyperpyrexie. (Nejedlá, 2015b). Výslednou hodnotu zaznamená sestra do ošetrovatelské dokumentace značkou TT. Krevní tlak (TK) je výsledným procesem tlaku krve v arteriálním cévním řečišti. Rozlišeny jsou dva způsoby měření krevního tlaku, kdy první, nazván jako invazivní, měří aplikací bezprostředně v tepně pro kontinuální, monitoraci a neinvazivní, probíhající nepřímo za pomoci poslechu a pohmatu (prokazatelný jedině systolický TK). Pro měření tlaku je vhodné zvolení končetiny, která nemá zavedený vstup a není ochrnutá (Dingová Šliková et al., 2018). Zvolena je vhodná šířka manžety o 20% širší než představuje obvod pacientovy paže. Měření by mělo být provedené dvě až tři minuty po fyzické námaze (Bulava, 2017). Standard stanovuje všeobecnou sestru, praktickou sestru a porodní asistentku pověřenými osobami k neinvazivnímu měření krevního tlaku (Ošetrovatelský standard, 2018). K činitelům, které mohou potencionálně ovlivnit následnou hodnotu krevního tlaku patří například některá onemocnění, medikace, věková kategorie, zátěž a bolest. Dospělý jedinec prezentuje fyziologicky naměřenou hodnotu označenou jako normotenze 120/80 mm Hg. Mezi odchylky od fyziologie patří termín označený jako hypertenze, jedná se o vysoký krevní tlak, nad hranici 140/90 mm Hg. Hypotenze vyjadřuje krevní tlak nízký se systolickým tlakem pod hranici 100 mm Hg. Pomůcky pro

auskultační měření jsou fonendoskop a tonometr. Klient je obeznámen s výkonem spolu se zvolením vhodné polohy vzhledem k jeho zdravotnímu stavu. Sestra ovine prázdnou manžetu okolo paže přibližně 2,5 cm nad kubitální jamkou. Ověří si správné zapojení manžety do tonometru a zavře uzávěr balonku. Palpačně vyhledá v kubitální jamce tepnu a přiloží fonendoskop na dané místo. Ošetrovatelský standard vybrané jihočeské nemocnice uvádí oproti autorovi odborné publikace pro přiložení fonendoskopu rozdílné místo, konkrétně nad arteria brachialis. Kompetentní osoba zahájí napouštění manžety vzduchem za podpory balonku. Nafoukne o 30 mm Hg než je údajné rozhraní systolického tlaku, povolí uzávěr balonku a zvolna upouští vzduch v manžetě. V ošetrovatelském standardu vybrané nemocnice je uvedena rozdílná hodnota nafouknutého balonku: „Přiložte a upevněte manžetu, nafoukněte tonometr na hodnotu o 20 mm Hg vyšší než při které vymizí tep na arteria brachialis“ (Ošetrovatelský standard, 2018). Počáteční kvalitně slyšitelný úder je stanovený jako horní hodnota tlaku (systolický) a závěrečný výrazně slyšitelný určuje hodnotu spodního tlaku (diastolický). Do ošetrovatelské anamnézy je výsledná hodnota tlaku zaznamenána takto: TK= 125/ 80 mm Hg společně s datem, časem a podpisem (Dingová Šliková et al., 2018). Ošetrovatelský standard vybrané nemocnice poukazuje na možné příčiny vzniku komplikací např. špatný technický stav tonometru nebo záměna klienta (Ošetrovatelský standard, 2018). Saturace krve kyslíkem je neinvazivní transkutánní metody pro zhodnocení oxygenace v oblasti periferií (Zadák et al., 2017). Značí zkratkou SP02 zhodnocené za pomoci pulzního oxymetru umístěného na prst horní končetiny. Výsledná fyziologická hodnota představuje 95 až 100 % (Veverková et al., 2019).

Vyšetřovací metoda - fyzikální

Podstatou fyzikálního vyšetření je prohlídka pacienta za pomoci pohledu, poslechu, pohmatu a poklepu (Dingová Šliková et al., 2018). Sestra obeznámí klienta o záměru prohlídky a informuje ho o skutečnosti standartního vyšetření spolu již s vyšetřením lékaře. Správně zvolená komunikace napomáhá zmírnění strachu nemocného. Každý chystaný krok musí být klientovi předem sdělen. Nevyhnutelnou podstatou pro případný ostych pacienta v průběhu vyšetřování je odhalování výlučně a pouze vyšetřované části těla. V průběhu vyšetření nesmí být sestrou sdělováno konečné rozhodnutí, výsledky vyšetření, diagnóza či prognóza léčby. Informace z oblasti postupu vyšetření a následné terapie zaznamenané již v dekurzu mohou být klientovi sděleny. Pro vypracování ošetrovatelské dokumentace je důležité věnovat v průběhu vyšetření

pozornost skutečností, které by mohly být pro zpracování přínosné, například vyšetření kůže. Fyzikální vyšetření lze rozlišit způsobem 5P tedy poslechem (auskultace), pohmatem (palpace), pohledem (inspekce), poklepem (perkuse) a vyšetřením konečníku (per rectum). Pomocí posledního smyslu, tedy čichu, může být vyšetřen zápach z dutiny ústní, který specifikuje řadu onemocnění. Vhodnou pomůckou k vyšetření je tzv. fonendoskop, který napomáhá k zvýšení akustických vjemů. Správné vyšetření vychází ze schopnosti vyšetřovatele orientovat se v oblasti fyziologických a patologických jevů lidského těla, které pomohou k cílenému zaměření (Nejedlá, 2015a).

Inspekci, tedy pohled, provádí sestra za pomoci vlastního zraku. Denní světlo představuje pro úkon nejvhodnější podmínky. Fyzikální vyšetření začíná vždy od vyšetření celistvého pohledu pacienta napříč hlavou, krkem, hrudníkem, břichem, končetinami a kůží. Pohmat, latinsky palpace, je aplikována pomocí prstu hmatového smyslu za asistence prstů či celé ruky. Zásadou vyšetřovatele při realizaci palpace jsou krátké upravené nehty a zahřáté dlaně. Prostřednictvím hmatu je možné vyšetřit pokožku, povrch orientovaný na specifika její teploty, pružnosti a vlhkosti. Palpačně lze vyšetřit v oblasti břicha orgánů, které jsou zde uloženy, a tedy i hmatovou rezistenci v kůži jako potencionální patologii. Vyšetření zahrnuje morfologii dutiny břišní a její bolestivost. Správnost lokalizace pacientovo bolesti vyplývá z dodržování pravidla začít palpační vyšetření od nejvzdálenějšího místa určení bolestivosti (Nejedlá, 2015a). Akutní stavy a specifické problémy nemocného vyžadují orientaci pouze na vyšetření konkrétní oblasti těla, orgánu či souboru příznaků (Plevová et al., 2018b). Poklep, latinsky nazýván jako perkuse, patří také mezi základní fyzikální metody. Vyžaduje aplikaci kolmo na prsty ruky přiložené na pokožce ve stále intenzitě a intervalu dvou poklepu za sebou. Prsty musí být lehce roztáhlé od sebe a přitlačené na kůži vyšetřované lokace. Poslední článek prsteníčku na pravé horní končetině (výběr podle dominanty ruky vyšetřovatele) provádí poklep pomocí středního článku prostředníčku na levé ruce aplikované na pokožce. Prostřednictvím poklepu je možné slyšet mnoho odlišných charakteristických typů (např. plný, temný atd.) Auskultace, z latinského překladu poslech je řazena mezi typy základních fyzikálních metod. Pojem nepřímý poslech lze charakterizovat jako auskultaci za pomoci fonendoskopu. Před vyšetřením by měl být zkontrolován stav pomůcky, olivky nasazené na vidlicích fonendoskopu musí být nasazeny tak, aby těsně doléhaly na zvukovod vyšetřovatele. Během prohlídky dbá sestra na správné přitlačení membrány fonendoskopu, která se nachází na naslouchátku. Poslechem vyšetřujeme činnost dutiny

břišní, plic a srdce pozornost věnujeme také zvukům či šelesti. Vyšetření, konečníku (per rectum) zhodnotí lokaci svěrače a rekta za pomoci pohmatu a následně pohledu na charakteristiku stolice. Mezi potřebné pomůcky patří gumové rukavice a vazelína, kterou sestra aplikuje na prst rukavice. Nemocný zaujme polohu na zádech nebo levém boku s pokrčenými končetinami (Nejedlá, 2015a).

Vyšetřovací metoda – laboratorní

Podstatou laboratorního vyšetření je odběr biologického materiálu (moč, stolice, mozkomíšni mok, krev) Biologický vzorek bývá podrobně vyšetřen v laboratoři (Nejedlá, 2015a). Existuje celá řada odlišných laboratoří, které manipulují se vzorky odebrané od klienta (cytologická, histologická, biochemická, hematologická, mikrobiologická) (Burda et al., 2016). Laboratorní vyšetřovací metoda představuje pro lékaře velice zásadní podstatu ke stanovení přesné diagnózy (Dingová Šliková et al., 2018). Vzorek pro laboratorní zhotovení rozdělujeme podle naléhavosti jeho výsledků na běžný, kdy výsledky jsou znány v průběhu jednoho až tří dnů dle obtížnosti na zpracování, nebo je výsledek tzv. statim, kdy lékař chce znát výsledek ihned (Nejedlá, 2015a). Tento vzorek má neúprosná pravidla, kdy odstup od přebrání materiálu do zprávy výsledků nesmí překročit 2 hodiny (Dingová Šliková et al., 2018). Autoři Dingová Šliková a kolektiv zmiňují vedle těchto dvou druhů zaslání vzorků ještě tzv. z vitální indikace, kdy výsledky laboratorního vyšetření mají přímý vliv na záchranu pacientova života, a proto jsou zpracovány neprodleně. Laborant oznamuje výsledek nejprve prostřednictvím telefonu (Dingová Šliková et al., 2018). Urgentní příjem realizuje pouze jen zásadní laboratorní vyšetření, které představují důležitost pro pohotovostní určení diagnózy (Polák, 2016). Významné předpoklady pro zabezpečení kvalitního vzorku spočívají v ověření totožnosti nemocného před odběrem a řádném označení zkumavky s identifikačními údaji klienta (oddělení, rodné číslo, jméno, datum, čas zajištění vzorku). Na žadance zajištěného materiálu musí být v případě skutečnosti užívání léku, které by mohly výsledky zkreslit, tato podstata uvedena. Sestra dbá při odběru vzorku na doporučená opatření dané laboratoře, zajištění stanovené teploty převozu materiálu a také správně zvolený druh zkumavky (Dingová Šliková et al., 2018).

Zavedení periferního žilního katétru

Periferní žilní katétr je charakterizován jako invazivní vstup aplikovaný do periferního cévního řečiště. Uvádí se celá řada příčin k aplikaci, příkladem může být podání krevních složek a aplikace medikace určené k intravenóznímu podání (Dingová Šliková et al., 2018). Ošetrovatelský standard vybrané nemocnice stanovuje všeobecnou sestru a porodní asistentku jako kompetentní osoby pro kanylaci periferních žil (Ošetrovatelský standard, 2018). Periferní žíly nacházející se na horní končetině představují vhodné místo k aplikaci. V případě špatného stavu žilního systému lze zvolit aplikaci dospělému jedinci například na hřbetu nohy dolní končetiny (Ševčík et al., 2014). Standard zmiňuje skutečnost volby končetiny dle dominanty ruky pacienta (Ošetrovatelský standard, 2018). Správný předpoklad sestry vychází ze skutečnosti, že dialyzovaný pacient s AV shuntem nemůže mít zavedený periferní žilní katétr na totožné končetině (Dingová Šliková et al., 2018). V případě podezření na hypovolemického pacienta, by mělo být zavedeno více intravenózních vstupů. (Ševčík et al., 2014) Periferní žilní katétr se skládá z transparentní komůrky, umělohmotné části katétru, ochranného obalu, punkční kovové jehly s hrotem a zátky. Velikost průměru kanyly označuje jednotka gauge, kdy jednotlivé barvy odlišují rychlost průtoku (Vasofix, © 2019). Geriatrický pacient, dospělý jedinec s nepříznivým žilním systémem představuje vhodné doporučení pro zvolení aplikace modrého označení katétrů. Kvalitní žilní systém pacienta, podání krevních derivátů nebo kontrastní látky umožňují volbu kanyly označenou růžovou barvou vyplývající z doporučení (Kelnarová et al., 2016a). Mezi pomůcky pro kanylaci patří turniket, dezinfekce určená pro pokožku, sterilní periferní žilní katétr, ochranné rukavice, sterilní krytí vhodné k žilní kanylaci, emitní miska, čtverečky, injekční stříkačka s obsahem 5 až 10 ml fyziologického roztoku, spojovací hadička, zátky či mandren k uzavěru žilního vstupu a náplast. Doporučovaný postup zavedení začíná ověřením identifikace nemocného s následným obeznámením klienta o průběhu výkonu, sestra má vydezinfikované ruce a vybere vhodné místo vpichu. Turniket je umístěn na vybranou končetinu okolo 5 cm nad předpokládaným místem zavedení. Obleče si rukavice a plochu pro aplikaci důkladně vydezinfikuje. Komunikuje s nemocným a informuje ho o okamžiku provedení vpichu (Dingová Šliková et al., 2018). Učiní vpich do žíly, s následným ověřením aspirace krve v průsvitném rezervoáru, který signalizuje správnost provedení po kterém lze vyjmout jehlu a zavést plastovou část kanyly (Krška et al., 2011). Standard poznamenává : „*Po úspěšně provedené kanylaci –*

uvidíte krev v komůrce kanyly povytáhněte kovový mandrén, povolte turniket. “ tento údaj představuje rozlišnost v tvrzení o okamžiku rozpojení turniketu v průběhu výkonu od autora odborné publikace (Ošetřovatelský standard, 2018). Spojovací hadička s obsahem fyziologického roztoku je připojena na katétr. Sestra uvolní turniket pro následnou aplikaci, která ověří žilní návrat. Sledována je pokožka nad místem aplikace spolu s odezvou pacienta. Žilní vstup je uzavřen zátkou na konci spojovací hadičky. Místo okolí kanyly zaopatrí sterilní krytí označené datumem aplikace a podpisem. Výkon musí být náležitě zapsán v ošetřovatelské části dokumentace (Dingová Šliková et al., 2018). Ke zhodnocení okolí místa vpichu dochází každý den podle Maddonovy klasifikace (Kelnarová et al., 2016a). Ošetřovatelský standard vybrané nemocnice uvádí odlišnou škálu zhodnocení periferního žilního vstupu tzv. VIP score (Visual Infusion Phlebitis Scale) (Ošetřovatelský standard, 2018). Autoři akademického článku upozorňují na fakt o neexistenci uskutečnitelného a spolehlivého nástroje pro pozorování kvality, který by zhodnotil všechny aspekty (Lydersen et al., 2019). Mezi možné komplikace patří například nabodnutí nervů. Pro aplikaci není vhodné volit oblast kloubů, kde dochází k flexi, která může kanylu přenesením poškodit a způsobit vyšší riziko mechanické flebitidy (Ševčík et al., 2014). Místní katérová infekce jeví několik známek projevů – otok, zčervenání a tromboflebitidu (Streitová et al., 2015). Standard jihočeské nemocnice zařadil do možných komplikací aplikaci mimo žílu s následným vznikem podlitiny, alergickou reakci na dezinfekční roztok. (Ošetřovatelský standard, 2018). Možnou kontraindikací periferního žilního katétrů je uveden předpoklad z oblasti zdravotního stavu pacienta (Vetejčková et al., 2015a).

Odběr krve

Zpracovaná krve je nejčastěji odesílána k laboratornímu vyšetření z důvodu terapeutického či diagnostického (Šimánková, 2006). Vyskytuje se celá řada vyšetření, která zkoumají rozbor krevního vzorku, například serologické, biochemické, imunologické, mikrobiologické, a hematologické vyšetření (Dingová Šliková et al., 2018). Krev lze odebrat z žilního, kapilárního a tepenného řečiště (Krška et al., 2011). Analýza krve oznamuje lékařům velmi spolehlivě o přeměnu struktury vnitřního prostředí v organismu daného jedince (Nejedlá, 2015a). K vázanosti na stravě v průběhu dne se výše hladiny některých látek mění, mnohdy je proto doporučováno odebírat vzorek ráno tzv. nalačno (Šimánková, 2006). Laboratorní vyšetření, označené jako statim, signalizuje skutečnost odebrání vzorku neprodleně druhou skupinu, tzv. běžné, kdy výsledky jsou

dle obtížnosti znány v řádu jednoho až tří dnů (Nejedlá, 2015b). Dingová Šliková a kolektiv doplnili k laboratorním vyšetření z vitální indikace odběr krve na tzv. statim. Sestra jej uskuteční neprodleně, bez zřetele na pacientovo lačnění nebo dobu odběru. Odběr žilní krve je možné uskutečnit z jakékoliv pozorovatelné a hmatatelné periferní žíly, která se jeví jako dobře přístupná. Mezi doporučená místa odběru žilní krve patří například vena mediana, vena basilica, lokalizované v kubitální jamce (Dingová Šliková et al., 2018). Žíly lokalizované na hřbetu ruky či předloktí představují další vhodná místa, jak uvádí ošetrovatelský standard konkrétní jihočeské nemocnice. Vymezeny jsou zde osoby, které představují pro tento odborný výkon kompetentnost – všeobecná sestra, praktická sestra a porodní asistentka (Ošetrovatelský standard, 2009). Odběr žilní krve rozděluje kolektiv autorů na systém odběru otevřený a uzavřený. Otevřený systém je dnes využíván v ojedinělých případech, specifikuje ho aplikace jehly s nataženou krví do injekční stříkačky či zkumavky. Odběr krve tzv. uzavřený rozlišuje vakuový a pístový systém. Vakuový, označený jako Vacutainer, se skládá z jehly, násady a zkumavky obsahující pouze vakuum. Pístový systém odběru nazván Sarstedt je složen s jehly spolu s nástavcem a stříkačkou, jenž po ulomení pístu představuje zkumavku. Odběr žilní krve vyžaduje řadu navrhovaných pomůcek, jakým je tác, emitní misky, dezinfekce, čtverečky, turniket, náplast, gumové rukavice, zkumavky, sterilní jehla a žádanka ke vzorku krve. Odběr vyžaduje orientaci v doporučeních dané laboratoře, správný výběr vhodné zkumavky, znalost o požadovaném množství vzorku, vhodné uložení odebraného materiálů a čas přepravy. Pístový systém žilního odběru Sarstedt má následovné barevné odlišení uzávěru. Bílá barva označuje sérologické a imunohematologické vyšetření bez protisrážlivého prostředku. Biochemické a serologické vyšetření, má označení hnědé zkumavky a vyžaduje okolo 5 až 10 ml krve s přítomností separačního gelu. Červený uzávěr představuje hematologii s roztokem K^3EDTA , pro který je nezbytné 5 ml vzorku. Doporučená volba jehly pro hematologické vyšetření má širší průsvit. Pro minimalizaci hemolýzy je vhodné nepatrné zaškrncení zvolené končetiny. Žlutý uzávěr zkumavky diagnostikuje laktátovou a glukózou koncentraci s roztokem fluoridu sodného + K^3EDTA . Zelená barva vyznačuje odběr koagulačních faktorů spolu s doporučeným množstvím odlišné pro dané vyšetření v průměru odhadováno okolo 1,8 ml. Odběr koagulačních faktorů vyžaduje zvolení širší jehly pro zamezení hemolýzy. Zkumavka obsahuje roztok citrátu sodného. Prvním navrhovaným krokem v postupu je nachystání a označení zkumavek spolu s žádankami dle stanovené ordinace lékaře (Dingová Šliková et al., 2018). Ošetrovatelský standard podotýká nezbytnost v ověření pacienta před

samotným výkonem v porovnání s výše uvedeným kolektivem autoru publikace (Ošetrovatelský standard, 2009). Venepunkce vyžaduje aplikaci u nemocného v naprostém klidu, spolu s nataženou končetinou bez výrazných podlitin a zavedené infuze. Doporučená místa představují oblast předloktí a kubitální jamky. Pro venepunkci je nejvhodnější poloha pacienta vsedě (Krška et al.,2011). Standard uvádí ve srovnání k odborné literatuře: „*vyzvěte klienta k sevření pěsti, opakované „pumpování“ se nedoporučuje*“ (Ošetrovatelský standard, 2009). Místo vpichu se vydezinfikuje a na končetinu je přiložení škrtidlo (Krška et al.,2011). Standard doplňuje v porovnání s Krška et al. nechat dezinfekci na místě vpichu zaschnout a nikdy neuskutečňovat další palpaci na daném místě (Ošetrovatelský standard,2009). Proveďte se vpich, při kterém v momentě proudění krve do zkumavky turniket se povolí. Podstatná je znalost správného pořadí zkumavek při odběru. Pro správný odběr je vhodné zvolit nejprve zkumavky bez přísad a následně ty, které obsahují uvedené roztoky. pořadí zkumavek, kdy první jsou odebrány zkumavky bez přísad a následně. Oblast místa vpichu by po dobu dvou minut po odběru měla být stlačená (Krška et al., 2011). Ošetrovatelský standard zmiňuje možné komplikace v souvislosti s žilním odběrem, například prasknutí žíly, nesprávné zvolení místa vpichu, kolaps pacienta, nedodržení sterility a alergická reakce na dezinfekční prostředek (Ošetrovatelský standard, 2009).

1.2.3. Zdravotnická dokumentace při příjmu pacienta

Zdravotnická dokumentace představuje souhrn evidence o zdravotním stavu klienta, vedena odborným zdravotnickým pracovníkem podle stanovených pravidel (Krišková, 2010). Evidence pacienta tvoří právní doklad, který lze využít pro prokázání v soudním šetření, vedení je proto nezbytné vést s obezřetností (Boroňová, 2010). Veškeré údaje shromážděné o pacientově zdravotním stavu má právo nemocný znát. Platí také skutečnost, že lékař musí respektovat jedince v případě rozhodnutí nebýt s informacemi obeznámen (Ptáček et al., 2011). Chorobopis představuje druh zdravotnické dokumentace vedený lékařem, který zprostředkovává vzájemnou komunikaci v týmu a záznam údajů o klientovi. Veškeré vedené záznamy jsou na závěr ztvrzeny podpisem (Krišková, 2010). Chorobopis obsahuje osobní údaje v nezbytném rozsahu pro ověření totožnosti a určení diagnózy, poznatky o onemocnění, vývoji a výsledku vyšetření a léčby (Boroňová, 2010). Záznamy zdravotnické dokumentace

představují elektronickou, ale také tištěnou podobu. Autor Policar zmiňuje skutečnost mlčenlivosti zdravotnického zaměstnance ve spojitosti s fakty zjištěnými ve výkonu své profese (Policar, 2010). Ošetrovatelskou dokumentaci je možné definovat jakožto souhrn záznamů o činnosti sestry uskutečněné k užítku nemocného (rodiny, společenství) (Krišková, 2010). Dokumentace patří mezi jednu z částí zdravotnické dokumentace. (Policar, 2010) Sestra spravuje danou část samostatně (Krišková,2010). Cílem vedení ošetrovatelské části dokumentace je potvrzení aplikace ošetrovatelské péče dle ordinace lékaře, stanovených postupů, ale také právní obrana sestry (Boroňová, 2010). Realizace ošetrovatelské anamnézy probíhá za pomoci rozhovoru. Význam slova rozhovor spočívá v předem připravené a vedené komunikaci, kdy je cílem sběr anamnestických údajů nynějších potíží od jedince či blízkých (Plevová et al., 2018 b). Autor odborné publikace Dobiáš uvádí důležitost vhodného prostředí, času a zájmu jako podstatné aspekty pro sběr anamnézy (Dobiáš, 2013). Při příjmu se odehrává sběr vstupních informací, který vyžaduje pečlivé zahrnutí široké škály veškerých pacientových potřeb (Kelnarová et al., 2015b). Počáteční sběr informací zahrnuje oblast sociální, rodinou pracovní dle charakteru oddělení je volen nutný formulář (např. plán ošetrovatelské péče) (Boroňová, 2010) Veškerá ošetrovatelská činnost probíhá současně se sběrem dalších dat (Kelnarová et al., 2015b). Mezi jednotlivé složky ošetrovatelské části patří ošetrovatelská anamnéza, potencionální deficit/ diagnóza, plán, realizace a jeho zhodnocení. Dále se sem řadí ošetrovatelský záznam, který představuje arch pro laboratorní výsledky, jednotlivá vyšetření, informované souhlasy a překladové nebo propouštěcí zprávy. Obsahuje také formuláře, jakým je například záznam zhodnocení bolesti, pádů, nutriční screening, ošetření rány, edukace. Veškeré formuláře jsou opatřené příjmením a jménem pacienta, identifikačním štítkem, označením příslušného oddělení, číslem pojišťovny a diagnózy. Zápisy v dokumentaci jsou z bezpečnostního a právního aspektu vybaveny datumem a časem (Boroňová, 2010).

Ve velké míře většina nemocnic požaduje po klientovi přijatého k hospitalizaci podpis pro stvrzení souhlasu k hospitalizaci. Svolení nepředstavuje jakoukoliv spojitost se souhlasem ke zdravotnímu výkonu. Podpisem je klient zavazován ke skutečnosti dodržovat provozní řád daného oddělení. Souhlas s přijetím do ústavní péče představuje bezvýhradně písemnou podobu. Negativní revers znázorňuje pro zdravotnického pracovníka ochranu, listina vyjadřuje skutečnost, že za poškození zdraví jedince nezodpovídá zdravotnický pracovník (Boroňová, 2010). Každá právně odpovědná osoba

má ze zákona právo odepřít léčbu a následně na vlastní požadavek hospitalizaci ukončit. (Richards et al., 2004) Informovaný souhlas definuje autorka procesem, během kterého by měl lékař informovat nemocného s veškerými údaji o doporučeném zákroku za účelem získat nemocného souhlas k uskutečnění předmětného ošetření (Boroňová, 2010). Každý pacient má právo znát nezbytné informace od ošetřujícího lékaře pro vyjádření souhlasu o následném postupu (Ptáček et al., 2013). Odmítnutí vyslovení souhlasu má své náležitá pravidla, musí být patřičně písemně vyjádřeno (reverz) (Plevová et al., 2018b). Souhlas není vyžádán v případně nutnosti bezprostřední péče, při poruše vědomí, kdy neumožňuje zdravotní stav jeho souhlas, ale také v případě jedince s přenosnou chorobou, či duševním onemocněním, kdy je nebezpečný pro své okolí. Odpovídající formulář je zaslán do 24 hodin k obvodnímu soudu k detekčnímu řízení. Nezletilý pacient nedisponuje oprávněním souhlas udělit (Boroňová, 2010). Součástí informovaného souhlasu je také možná skutečnost, do jaké míry a jaké osoby mohou do dokumentace jedince nahlížet (Šupšáková, 2017).

1.3. Komunikace

„Psychologie definuje pojem komunikace jakožto proces přenosu myšlenek, emocí, postojů a jednání od jedné osoby ke druhé.“ (Vybíral, 2009 s. 12). Autor Barringer specifikuje komunikaci jako proces přenášení myšlenek, údajů a pocitů nebo dalších informací, spolu s verbálním sdělením a neverbálním chováním (Barringer, 2006). Cílem tohoto děje je tvorba jakékoliv odpovědi (Boroňová, 2010). Komunikace představuje praktický základ lidského vztahu (Pokorná, 2010a). Odlišit lze dva typy komunikace, verbální, kdy prostředkem pro dorozumívání je jazyk, a komunikaci neverbální probíhající za pomoci výrazu obličeje, polohy těla, rukou či vzdáleností mezi jedinci. Rozhovor vytváří formu interpersonální komunikace, kdy za pomoci otázek a odpovědí dosahují dva lidé svého cíle (DeVito, 2001). Interpersonální komunikaci lze specifikovat jako komunikaci dvou osob, které pojí jakýkoliv vztah a vzájemně na sebe působí svým sdělením (DeVito, 2008). Článek z elektronické databáze poukazuje na komunikaci jakožto proces, který vytváří vztahy mezi jednotlivci. Interpersonální proces sdělení je stěžejním prvkem v ošetrovatelství při rozvíjení vztahů mezi pacienty a sestrami (Arslan et al., 2019). Komunikace má v přirozeném prostředí pevně vymezené hranice, které se ve zdravotnictví mohou posouvat (Dingová Šlíková et

al., 2018). Efektivní komunikace představuje otevřený způsob komunikace, kdy nedochází k překroucení informací a dorozumívající se jedinci si rozumí (Pokorná, 2008b). Zdravotnictví vyzdvihuje empatický postoj k nemocnému, který je řazen mezi komponenty efektivní komunikace (Kutnohorská, 2013a). Významné je zaujmout postup zaměřený na pacienta, ten může být sestřám dále užitečný (Partnell, 2014). Zkreslení informací, komunikační přesycení či nemístná forma předání informací zřetelná k posluchači vytváří komunikační překážky (Pokorná, 2008b).

1.3.1. Sestra a specifika komunikace s vybranými skupinami pacientů

Špatenková et al. specifikuje komunikaci s pacienty jako zřetelně různorodou v mnoha směrech charakteristickou. Podstatou poskytování kvalitní ošetrovatelské péče je vzájemná komunikace mezi sestrou a pacientem, rovněž však mezi zdravotnickými pracovníky (Špatenková et al., 2009). Úroveň komunikace v ošetrovatelské péči determinuje z pohledu nemocného například věk, zdravotní stav nebo pohlaví (Pokorná, 2010a). Sestra by měla dbát na důvěryhodné prostředí s dostatečným prostorem pro vyjádření pacientova dotazu. Nemocný nikdy nesmí trpět dojmem, že zdravotník má pro komunikaci nepříliš času, či jeho problémy bagatelizuje (Dingová Šliková et al., 2018). Pro rozhovor sestry s nemocným jedincem by sestra měla mít vymezené cíle rozhovoru a stanovený čas (Plevová et al., 2019a). Dialog sestry a nemocného má hlavním záměrem získat poznatky z oblasti životního stylu o objektivních a subjektivních příznacích choroby, doplnit a vymežit údaje stanovené v dokumentaci, ale také jedince poučit nebo uklidnit prostřednictvím zabezpečení potřeb bezpečí a jistoty (Boroňová, 2010). Počátek rozhovoru by měl obsahovat pozdrav a patřičné představení své osoby. V průběhu dialogu je podstatné zachovat přiměřený oční kontakt a usilovat o eliminaci bariér při vzájemném dorozumívání se. Sběr podstatných informací vyžaduje zabezpečení soukromí (Špatenková et al., 2009). Rozhovor lze charakterizovat jakožto připravované a řízené dorozumívání se v tomto případě s cílem sběru anamnestických údajů (Plevová et al., 2018b). Rozhovor je veden od obecnějších otázek k více specifickým, sestra podpoří dotazování prostým souhlasem pokývnutí hlavy a snaží se zorientovat pacienta ve velké škále potencionálních odpovědí. Opakována je část celku, co nemocný již sdělil, sestra se dotazuje věcně ke konkrétním podrobnostem a rovněž dbá na projev pozornosti a zájmu. Závěr dialogu nastává ve chvíli odhalení podstaty rozhovoru. Pacient by měl

nabýt dojmu uklidnění, ale také zřejmého poznatku o společném cíli. Bolest je udávána jako jeden z nejčastějších etiologií pro vyhledání zdravotní péče (Špatenková et al., 2009). Při kontaktu sestry s jedincem paralyzovaným bolestí je vhodné zvolit citlivý postoj (Plevová et al., 2019a). Zdravotnický personál by měl vždy věřit jedinci přítomnost bolesti a jeho stížnosti nezlehčovat. Při popisu pacientova obtíží je nezbytné vyjádřit svou empatii a na klienta při vyjadřování nespěchat (Plevová et al., 2019a). Komunikace s pacientem trpícím úzkostí má také jistá specifika. Stav úzkosti má rozmanitou intenzitu a dobu trvání. Zahájení sdělování je velice náročné. Sestra podpoří vhodnou komunikaci udělením poučení a podpory za pomoci klidného hlasu. Mezi případná doporučení patří například odpoutání pozornosti klienta od předpokladu negativního prožitků, rozpoznání fyzických symptomů úzkosti, rozvážnost při sdělování informací. Agresivní pacient představuje pro zdravotnický personál ohromnou zátěž ve způsobu volby vhodné komunikace (Špatenková et al., 2009). Literatura uvádí několik doporučení, podle projevu agresora. Rovněž také upozorňuje, že sestra by měla hovořit klidně a přenést klidné jednání na daného jedince. Agresor by měl být vyslechnut a upozorněn, co jeho chování vyvolalo v personálu za pocity. V pokračování další konverzace je nezbytné vyčkat na zklidnění nemocného (Dingová Šliková et al., 2018).

1.3.2. Spolupráce sestry a lékaře

Hierarchické postavení ve zdravotnictví vyplývá z rozdílné úrovně zodpovědnosti za zdraví, či dokonce život pacienta, které je vnímáno jako společný cíl (Boroňová, 2010). Spolupráci mezi oběma profesními skupinami popisují autoři polské studie jakožto problém narušený komunikačními nedostatky, které je potřeba zlepšit (Sakowski et al., 2015). Sestra spolupracuje s lékařem při vizitě, zná aktuální plán léčby a také má možnost intervenovat za nemocného v případě nesouhlasu s cílem léčby. Pozice podřízené vůči lékaři nemá dopad na naslouchání bez vlastního úsudku například v situaci, kdy je potřeba rychlé pomoci (Boroňová, 2010).

2. CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zmapovat úlohy sestry při příjmu pacienta na ambulanci.

Cíl 2: Zmapovat komunikační dovednosti sestry s pacientem v příjmové ambulanci.

2.2. Výzkumné otázky

Výzkumná otázka 1: Jaké jsou role sestry při příjmu pacienta na ambulanci?

Výzkumná otázka 2: Jakým způsobem mohou komunikační dovednosti sestry ovlivnit následnou spolupráci s pacientem?

2.3. Operacionalizace pojmů

Zdravotní sestra: „Osobu, která byla formálně přijata do ošetrovatelského vzdělávacího programu, řádně uznaného členským státem, v němž je tento program zajišťován, úspěšně dokončila předepsaná studia ošetrovatelství a získala požadovanou kvalifikaci k tomu, aby se stala registrovanou sestrou anebo sestrou s právoplatnou licenci k výkonu ošetrovatelské praxe.“ (Plevová et al., 2018b. s. 82).

Ošetrovací jednotka: Základní součást lůžkové části nemocničního zařízení utváří ošetrovací jednotka (Vetejšková et al., 2015).

Hospitalizace: Hospitalizaci lze charakterizovat jakožto proces přijetí klienta do nemocnice, kde stráví určitou dobu na lůžku (Kolektiv autoru, 2007).

Kompetence: Kompetence pojednává o tzv. přehledu pravomocí a ručení svěřené konkrétnímu pracovnímu místo nebo instituci (Vetejška et al., 2008).

Komunikace: Proces přenášení myšlenek, údajů a pocitů nebo dalších informací, spolu s verbálním sdělením a neverbálním chováním (Barringer, 2006).

3. METODIKA

3.1. Použité metody a techniky sběru dat

Empirická část bakalářské práce byla zpracována formou kvalitativního výzkumného šetření pomocí polostrukturovaného rozhovoru. Největší prioritu při výběru výzkumného vzorku představovaly sestry pracující v interní a chirurgické ambulanci, kde přijetí k hospitalizaci probíhá. Výzkum proběhl ve vybrané nemocnici v Jihočeském kraji. První krok pro výzkumné šetření spočíval v oslovení hlavní sestry zdravotnického zařízení. Hlavní sestře jsem zaslala výzkumné otázky a cíle práce spolu s otázkami k polostrukturovanému rozhovoru. Následně bylo šetření písemně schváleno. Oslovila jsem staniční sestry vybraných pracovišť, které byly o výzkumném šetření již informovány. Požádala jsem o spolupráci při výběru respondentů. Všichni účastníci byli obeznámeni s účelem a etiologií výzkumu, spolu s informací o naprosté anonymitě všech získaných dat. Vybrané sestry souhlasily s využitím veškerých získaných dat do mé bakalářské práce. Před počátkem rozhovoru byly seznámeny s možností neodpovídat na všechny mnou položené otázky a ujištěny o naprosté anonymitě všech získaných dat. Souhlas představoval ústní i písemnou podobu. Z důvodu zachování anonymity jednotlivých osob, které se na rozhovoru podíleli, nebyly k práci jejich souhlasy přiloženy. Veškeré souhlasy jsou k dispozici u autorky práce. Realizace sběru dat probíhala v průběhu února a března 2020. Polostrukturovaný rozhovor proběhl za pomoci audiovizuální nahrávky. Respondenti S2, S5, S7 a S8 vyslovily přání, aby průběh rozhovoru proběhl bez diktafonu. Z tohoto důvodu byla zvolena forma doslovného písemného přepisu uděleného k opětovnému podpisu se souhlasem použití do této práce. Doslovný přepis byl následně přepsán v počítačovém programu Word. Rovněž jsou k dispozici audiovizuální nahrávky současně s tištěným doslovným přepisem. Vytvořeno bylo šestnáct předem připravených otázek, které by měly dokázat odpovědět na výzkumné otázky (viz Příloha 1 – Otázky pro rozhovor). Námětem otázek bylo mapování rolí sestry při příjmu pacienta k hospitalizaci a otázka komunikace ve spolupráci s pacientem. Jednotlivé rozhovory probíhaly v nemocničním zařízení, kde sestry zprostředkovaly klidné prostředí. Po uskutečněných rozhovorech bylo nezbytné posoudit, zda jsou data ke zpracování výzkumu dostatečná a nastala tzv. teoretická saturace. Opětovné odpovědi značí právě teoretické nasycení. V první řadě nastala teoretická saturace v odborných výkonech, kdy se odpovědi respondentů v jednotlivých

postupech nelišily. Oblast komunikace naplnila teoretické uspokojení až při větším počtu zúčastněných osob. Pro zpracování byla zvolena metoda kódování, kdy jsem jednotlivá data rozebrala a následně skládala do jednotlivých kategorií. Zvolila jsem metodu tzv. kódování v ruce, kdy jsem si pro lepší přehlednost informace zvýraznila (viz. Příloha 2), a tím údaje sumarizovala, ke stanoveným výzkumným otázkám. Vytyčila jsem si dvě kategorie, z nichž první je úloha sestry při příjmu a druhou je komunikace. Obě jsou směřovány k výzkumným otázkám spolu s jednotlivými podotázkami, které se týkají délky praxe ve zdravotnictví a kompetence sestry. Do úvodu výsledků výzkumu byla zařazena délka praxe sester a zároveň jejich dosažené vzdělání.

3.2. Charakteristika zkoumaného vzorku

Výzkumný vzorek představoval kvótní výběr, tedy sestry pracující ve vybrané nemocnici na chirurgické a interní ambulanci. Pro zkoumaný vzorek bylo vymezené kritérium, které představovalo pozici všeobecné sestry dle odborné způsobilosti podle zákona 96/ 2004 Sb. O nelékařských zdravotnických povoláních.

4. VÝSLEDKY

4.1. Identifikační údaje respondentů

Dotazovala jsem se sester na délku praxe ve zdravotnictví spolu s dosaženým vzděláním. Na rozhovoru se podílely sestry s rozdílnou délkou své praxe. Do tabulky byly tyto informace zaznamenány (viz. Příloha 3). Účelově byla seřazena podle posloupnosti uskutečnění jednotlivých rozhovorů. Pro větší orientaci a zachování anonymity jsou jednotlivé sestry v šetření následně uvedené pouze pod zkratkou S. S1, S2, S5, S6 vystudovaly střední zdravotnickou školu ve čtyřletém oboru všeobecná sestra. Respondentka S3 má vysokoškolské vzdělání s magisterským titulem ve specializaci ARO – JIP. S4 má rovněž vysokoškolské vzdělání s titulem Bc., obor radiologický asistent. V předchozím studiu absolvovala střední zdravotnickou školu v oboru praktická sestra. Ve své odpovědi uvedla respondentka označená zkratkou S8 ukončené studium čtyřletého oboru praktická sestra na střední zdravotnické škole. Respondentka S1 má středoškolské vzdělání na střední zdravotnické škole a specializaci ošetřovatelství

v chirurgii. Sestra označena zkratkou S7 má vysokoškolské bakalářské vzdělání oboru *všeobecná sestra*

4.2. Kategorizace získaných dat

Vytvořila jsem si délku praxe ve zdravotnictví jednotlivých sester a jejich dosažené vzdělání. Dále jsem postupovala vytvořením dvou kategorií. První kategorií představovala Úlohu sestry při příjmu pacienta, kam jsem zařadila jednotlivé úkony jako celkové vyšetření nemocného, sběr anamnézy a podkapitolu kompetence sestry. Další vytvořenou kategorizaci představovala komunikace. Do komunikace jsem začlenila její kladné ovlivnění v následné spolupráci, dopad nesprávně zvoleného sdělování a vhodné zásady pro rozhovor.

4.3. Kategorie 1: Úloha sestry při příjmu pacienta

V první kategorii má být zodpovězena výzkumná otázka: „*Jaké jsou role sestry při příjmu pacienta na ambulanci?*“ K rozhovoru byly vypracovány polostrukturované otázky, které sestry mohly svými odpověďmi rozvést. Po samotných rozhovorech jsem vše doslovně přepsala a poté zvolila metodu kódování v ruce. V textu jsem hledala podstatné informace pro první položenou výzkumnou otázku. Ukázalo se obrovské množství podstatných pojmů, například posouzení fyziologických funkcí, zavedení periferního žilního katétru, odběry krve, zajištění transportu na EKG, RTG, CT, ověření údajů pacienta a předložení občanského průkazu, karty pojištěnce atd. Nejprve zde zjišťuji, jaké základní činnosti vykonává příjmová sestra. S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7 a S8 do činností zahrnuly zhodnocení fyziologických funkcí konkrétně tlaku, pulzu a tělesné teploty. S6 dodala k fyziologickým funkcím navíc zhodnocení saturace krve kyslíkem. S1, S3, S4, S5, S7 a S8 posuzují tělesnou váhu a výšku jedince. Převážná většina nich uvedla, že zavedení periferního žilního vstupu je rovněž příležitostí k odběru žilní krve podle ordinace lékaře. Odběr žilní krve je proveden přes tzv. „spojku“. S1, S2, S3, S4, S5, S7, S8 zahrnuly do náplně práce sestry při příjmu pacienta zajištění periferního žilního vstupu. S7 pro úplnost ke své odpovědi dodala: „*Pacient se zavedenou kanylou pro nás představuje zvládnutí situace v případě kolapsu jedince*“. Shoda informací nastala

rovněž v oblasti zajištění převozu pacienta na potřebná vyšetření. Opakovaly se odpovědi jako RTG, EKG. S2 spolu s S7 dodaly k ostatním respondentek CT vyšetření. S1, S2, S4, S5, S6, S7 a S8 uváděly velmi podobně shodné údaje, které běžně u pacienta přijatého k hospitalizaci ověřují. Uveden byl rodinný stav, adresu trvalého bydliště, praktického lékaře a zaměstnavatele. Respondenti S1, S5, S7 a S8 ve své odpovědi zmínily k pracovní anamnéze vystavení pracovní neschopnosti. Totožnost nemocného je ověřena předložením občanského průkazu nebo karty pojištěnce. S1, S4, S5, S6, S7 a S8 sdělily při rozhovoru důležitost ověření kontaktu na blízké osoby klienta v případě zhoršení zdravotního stavu. S1, S7, S8 uvedly nutnost souhlasu pacienta s ošetřením žáky středních zdravotnických škol a pracovníky připravující se na výkon povolání během hospitalizace. S1 závěrem upozornila na ztvrzení veškerých souhlasů písemným podpisem pacienta. Respondentka označená zkratkou S7 jako jediná ze všech účastníků uvedla souhlas s hospitalizací jako jednu z nevyhnutelností před počátkem hospitalizace. Připevnění identifikačního náramku zahrnula do náplně práce příjmové sestry respondentka S1, S5, S7 a S8. S1 zkonkretizovala vhodnost levé končetiny pro identifikační náramek. S7 stanovila osobní údaje pacienta a oddělení, na kterém bude hospitalizován, jako nezbytné údaje pro identifikační náramek. S5 a S8 poznamenaly, že úlohou příjmové sestry je zapsat pacienta do stavu daného oddělení již na ambulanci. Respondenti S1 a S8 zmínily, že plánované příjmy přicházejí do jejich chirurgické ambulance již s hotovými výsledky vyšetření. V porovnání s S7 z interního pracoviště, kdy v případě plánovaného příjmu podstupuje pacient odběry a vyšetření až zde. V této kategorií se dále orientují na skutečnost, čemu věnuje sestra pozornost při celkovém posouzení jeho stavu při přijetí k hospitalizaci. S2, S3, S7 posuzují celkový stav nemocného již před příchodem do ambulance. S2 uvedla: „*Před vstupem pacienta do ambulance mě na pacientovi zaujme v čekárně jeho postoj, který ve velké míře souvisí s vyhledáním lékařské péče.*“ S5, S7 a S8 se s odpovědí S2 ztotožňují. Respondentky sdělily, že při celkovém posouzení zaměřují svoji pozornost na pacientův vzhled jako objektivní příznaky a dále také na příznaky subjektivní. Celkové posouzení sestrou ukázalo podobné odpovědi. S2 a S7 posuzují na jedinci nejčastěji oblast objektivních příznaků jako chůzi, sluchové a zrakové deficity, možné bércové vředy, dekubity a opocené čelo. S7 na základě své praxe poznamenala: „*Během natáčení EKG kontrolojuji při přiložení svodů končetiny, zda nemá bércové vředy, otoky atd.*“ S3 doplnila navíc schvácenost. Barva kůže byla zmíněna velkou převahou sester. Respondentky S3, S4, S6 doplnily k barvě kůže fialové a žluté zbarvení. S3 upozornila: „*Skutečnosti, které sestra*

podchytí při prvním kontaktu dokážou být užitečné.“ S5, S6, S7 a S8 zhodnocují schopnost nemocného zvládnout polohu vsedě při vyšetření. S7 dále doplňuje: *„Při mém zavolání na oddělení, kde pacient bude hospitalizován, zajímá sestry celková soběstačnost pacienta, zda si přejde k lůžku sám či nikoliv.*“ S3 hodnotí měření fyziologických funkcí, kde posuzuje různé patologie (vysoký krevní tlak a horečka). S6 poznamenala k fyziologickým funkcím navíc dýchání. Z objektivních příznaků podotkla S5 posouzení zevnějšku, kdy úprava pacienta vypovídá o sociálním statusu a zázemí. S4 upozornila ke své kolegyni na důležitost ve zhodnocení věkové kategorie, která bude spolupráci směřovat. Při celkovém vyšetření uvádí S1, S2, S5 a S8 posouzení psychického stavu. S2 zmínila na souvislost psychického stavu s pacientovým subjektivním sdělením. Z oblasti subjektivních příznaků S3 a S7 zmínily bolest na hrudi. S6 dodala, že ji zajímá, zda pacient netrpí pocitem na zvracení či bolesti. S7 se s nevolností v odpovědi ztotožnila. S1 ověřuje při posouzení nemocného stavu, zda jednotlivé dokumenty souhlasí s pacientovo sdělením. V první položené výzkumné otázce jsem se dotazovala na odborné úkony, které sestra při příjmu pacienta zajišťuje. Na základě studia odborných publikací k dané problematice jsem do základních úkonů začlenila zavedení žilního vstupu, odběr krve, měření krevního tlaku. Nejprve se dotazuji na samotný postup při aplikaci periferní žilní kanyly, zda sestry znají vhodný postup podle ošetrovatelský standardů svého pracoviště a vybrané odborné publikace. S1 upozornila, že akutní příjem vyžaduje nezbytné zavedení vstupu. S8 rovněž zmínila důležitost zavedení kanyly v případě ohrožení pacientova stavu, řekla: *„Napíchnutí kanyly pro nás představuje jeden z prvotních kroků, který musí být zajištěn, hodně se to odráží od stupně ohrožení pacientova života.*“ S se ztotožnily v odpovědi, kdy kanyla představuje vhodnou příležitostí pro odběr krve, který lékař indikuje. Před samotným výkonem zmínila řada S psychickou přípravu pacienta. S3, S5 a S7 sdělily k psychické přípravě například kladení otázky na pacienta ohledně předchozích zkušeností s výkonem. S2 dodala: *„Mám dobré zkušenosti s tím, že nejprve pacientovi vysvětlím, co budu dělat, místo toho, abych na něj ihned naběhla s pomůckami a zvyšovala tak jeho obavy.*“ Pro zavedení kanyly preferuje většina S spíše polohu vleže. S3, S5, S7 a S8 se shodly v odpovědi, před samotným zavedením se dotazují kvůli případné alergii na dezinfekční prostředky. S7 uvedla možnou alergií na fixační náplast. Na samotném postupu se S téměř shodly. Respondentky S1, S5, S6, S7, S8 používají rukavice jako nepostradatelnost k samotnému výkonu. S6 spolu s S7 doplnily vhodnost podložení končetiny, například rouškou. Dále se odpovědi v postupu výkonu téměř ztotožňovaly.

Postup byl následovný – končetina se zatáhne pomocí škrtidla, aplikuje se dezinfekce na místo vpichu a kanyla se zavede. S7 upozornila na zjistitelnost správného zavedení, sdělila: „*V momentě, kdy vidím krev v komůrce jsem, správně v žíle*“. Nasazena je spojovací hadička s fyziologickým roztokem a škrtidlo se rozpojí. S5, S7, S8 poznamenaly, že škrtidlo je rozpojeno před aplikací roztoku do žíly. Žilní vstup je uzavřen tzv. zátkou nebo infuzí podle ordinace lékaře. Kanyla je fixována náplastí. S1, S2, S5, S7 a S8 uvádějí na náplast datum a čas aplikace. S3 na závěr položené otázky připojila vhodnost edukace pacienta. Obeznámit ho o nutnosti zavedení a správnosti manipulace při běžných úkonech. Mapovala jsem rovněž vědomosti sester v možných komplikacích a kontraindikacích periferního žilního katétru. Výsledky ukázaly totožné odpovědi v možných komplikacích, například perforace žíly, zánět žíly nebo aplikace mimo žílu. S1 přidala ke své odpovědi reakci na zavedený materiál. Kontraindikace pro zavedení kanyly ukázala ve výsledcích další shodnost. Nevhodnost představuje končetina s dialyzačním vstupem, portem nebo ochrnutím. S5, S7 a S8 přidaly úraz jako možnou kontraindikaci. S6 poukázala navíc na nevhodnost aplikace u malých dětí. Položila jsem další otázku v odborných úkonech. Zajímal mě samotný postup sester při odběru žilní krve. Porovnávala jsem rozdílnost postupu ve srovnání s odbornou publikací a ošetrovatelskými standardy. Znovu nastala shoda. Psychická příprava před výkonem byla uvedena respondentkami S5 a S7. Nasazení rukavic při samotném odběru provádí většina respondentů konkrétně S1, S5, S6, S7 a S8. Při samotném postupu respondenti popsaly postup výkonu následovný: končetina je zatáhnuta škrtidlem a dezinfekce se aplikuje na předpokládané místo vpichu. S3 dodala: „*Vyčkám než dezinfekce zaschne*.“ Dále je nasazena zkumavka na jehlu a odběr se provede. S2 spolu s S7 upozornily na rozpojení škrtidla po odběru poslední zkumavky, škrtidlo se rozpojí a jehla se vyndá. S4 k odpovědi poznamenala nutnost ve správném zvolení pořadí zkumavek. S8 s odpovědí S4 ve svém rozhovoru koresponduje. S5 na závěr přidala ke své odpovědi bezprostřednost, vytvořit po výkonu kompresi v podobě tamponu na místě vpichu. S7 se s odpovědí S5 ztotožnila. V rozhovoru mě dále zajímala vhodná místa pro odběr a možné komplikace. Výsledky vhodných míst ukázaly takřka totožné odpovědi. Vhodné je zvolení oblasti kubitální jamky, předloktí a hřbetu končetiny. S2 poukázala na fakt: „*V krajních případech odebíráme z dolní končetiny*.“ S7 koresponduje s poznámkou o vhodnosti odběru na dolní končetině. Do možných komplikací byly zařazeny dotazovanými bezmála stejné odpovědi: perforace žíly a s tím související hematoma a zánět žíly. S6 doplnila k ostatním odpovědím možný výskyt mdloby při odběru. skutečnost. Položena byla otázka vhodných

zásad při měření krevního tlaku. Opět jsem porovnávala znalosti sester s odbornou publikací a standardy. S se shodly, že krevní tlak by měl být měřen po vyčkání při fyzické námaze. S2, S4, S6, S7 zmínily důležitost správného postavení končetiny, která by měla být při měření volně položená. S2 poznamenala levou končetinu jako vhodnější pro tento úkon. S2, S7 a S8 levou končetinu taktéž uvedly. S8 upozornila nevhodnost měřit krevní tlaku přes oděv. S3 a S4 uvedly pevné postavení končetiny k podlaze v průběhu měření. Výsledky ukázaly, že převážná většina respondentek, upozorňuje pacienty na nevhodnost hovořit a hýbat se v průběhu samotného měření. S6 ze své praxe doplnila poznámku: „*V případě pacientovo slabosti rozhodně pacienta položit na lehátko a tlak změřit poté.*“ S1 závěrem položené otázky dodala, že tonometr je vhodné při měření umístit do úrovně srdce pacienta. Dále jsem se orientovala na sběr ošetřovatelské anamnézy sestrou. Šetření rovněž potvrdilo převážnou většinu shodných odpovědí. Sestry uváděly pracovní anamnézu, kdy S1, S5, S7 a S8 přidaly vystavení pracovní neschopnosti. Dále osobní údaje, rodinnou a farmakologickou anamnézu. S1 a S2 zajímá při sběru užívání psychotropních látek nebo drog pacientem pro možný výskyt hepatitidy nebo jiného infekčního onemocnění. S7 souhlasí s důležitostí být informován o výskytu infekční nemoci. Téměř polovina z nich, uvedla důležitost dotazu na onkologické onemocnění, choroby ledvin, srdce, cukrovku a možnou dietu. S6 a S7 se dotazují na výskyt alergií. S5 a S7 připojily posouzení orientace pacienta především toho geriatrického. S5, S7 a S8 souhlasí s posouzením orientace jedince. S7 poznamenala ze své dosavadní praxe skutečnost: „*U staršího pacienta ověřuji hned v počátku jeho orientaci, od toho jako sestra usoudím, zda se mám v anamnéze dotazovat.*“ S3 zajímají subjektivní a objektivní pocity nemocného spolu s naměřenými hodnoty i výslednou EKG křivkou. S dále uváděly sociální anamnézu ke které S2 doplnila: „*Ze své praxe vím, že vše o pacientovi se většinou odráží od sociální a pracovní anamnézy. Domov s kým doma žije a koho máme z rodiny kontaktovat.*“ S1, S5, S6 a S7 s pátráním o zázemí nemocného ve své odpovědi rovněž souhlasí. S6 ve své odpovědi dodala ze své dlouholeté praxe nezbytnost, sdělila: „*Zaměřuji se na takové to zázemí, zda se bude mít pacient po hospitalizaci kam vrátit nebo bude nutné další řešení spolu se sociální pracovníci, to vidím jako hodně podstatné*“ S2 a S5 posuzují možné kompenzační pomůcky pacienta, jako například brýle či naslouchátko. S8 v odpovědi koresponduje s dotazem kompenzačních pomůcek. Uvedené S se ztotožnily v nepatrně odlišné komunikaci u jedince se zrakovým a sluchovým postižením. S1 a S6 obsáhly ve své odpovědi cestovatelskou anamnézu, kterou označily v nynější době jako přínosnou.

4.3.1. Podkategorie: Kompetence sestry

V podkategoriích jsem se zaměřila na kompetence zdravotní sestry, které s její úlohou úzce souvisí. Orientovala jsem se na povědomí sester o ošetrovatelských standardech, charakteristice svých kompetencí a jejich nalezení. Šetření ukázalo, že doporučené postupy jsou k nalezení v elektronické podobě na portálu vybrané nemocnice. Z rozhovoru vyplynulo, že S2, S3 a S7 uvedly k elektronické podobě rovněž tištěný ošetrovatelský standard. Pouze jedna S z osmi zúčastněných uvedla odlišnou odpověď. Pojem kompetence vyjadřuje činnosti, které sestra může vykonat. S8 navíc poznamenala souvislost možných kompetencí s úrovní dosaženého vzdělání. S2 k charakteristice doplnila: „*Předešané a stanovené rozmezí toho, co můžu dělat. Například bez lékaře či jiného dohledu.*“ S1, S4, S5 a S7 rovněž souhlasí s S2. Respondentka S6 uvedla v jádru podobnou odpověď, popsala ji však na konkrétním příkladu možných kompetencí před příchodem lékaře. Poslední položenou otázkou jsem chtěla ověřit vědomosti sester o uložení svých kompetencí. Všechny zúčastněné osoby kromě S6 odpověděly totožně. Své kompetence by našly ve své pracovní náplni. V porovnání s tím uvedla S6 odlišnou odpověď, rozepsané úkony by našla na nemocničním webu.

4.4. Kategorie 2: Komunikace

Otázkou komunikace bych měla získat odpověď na další položenou výzkumnou otázku: „*Jakým způsobem mohou komunikační dovednosti sestry ovlivnit následnou spolupráci s pacientem?*“ Dotazovala jsme se sester z jejich praxe, jak dokážou prostřednictvím komunikace kladně ovlivnit následnou spolupráci s pacientem. Velká převaha z nich se shodla, že kladná komunikace vyžaduje klidný přístup ze strany sestry. S3 a S7 podotkly schopnost empatie. S3 neopomenula poznámku ze své dosavadní praxe, uvedla: „*Pokud sestra přistupuje v klidu a empaticky, vždy je situace lépe ovladatelná.*“ S2, S4, S5, S6, S7 a S8 poznamenaly podstatu obeznámit klienta o každém svém plánovaném kroku. S8 vyčkává současně na zpětnou vazbu sdělení pacienta. S2, S4, S5, S7 a S8 upozornily na vhodnost správného tónu jejich hlasu při rozhovoru s pacientem. Každý zúčastněný respondent zaměřil ton hlasu do odlišné oblasti. S2 poznamenala:

„V tónu sestřině hlasu by neměl být žádný náznak arogance či zlehčování jeho problému, které by si pacient mohl špatně vyložit a vznikla by špatná spolupráce.“ S7 a S8 koresponduje s odpovědí S2. S4 směřovala otázku vhodného tónu hlasu spíše ke sluchovým a zrakovým deficitům v komunikaci. Pátrala jsem dále po zkušenostech sester, kdy nesprávně zvolená komunikace ovlivnila následnou spolupráci s pacientem. S2, S5, S6, S7 a S8 zaměřily své zkušenosti na nesprávně zvolený tón, kdy se začala stupňovat pacientova agrese, ať již verbálně či neverbálně. S5, S7 a S8 doplnily ze své praxe zkušenost spíše s pacienty pod vlivem alkoholu či jiných látek. S5 poznamenala podstatu stupňované agrese v momentě opakováním úkonů sestrou, které po jedinci požaduje. Zdůraznila správnou komunikaci v odhadnutelnosti jedince vystupování, které sestru orientuje. S6 a S7 se s S5 ztotožnily. S7 přidala ve své odpovědi důležitost praxe ze strany komunikace, řekla: „*Odhadnut náležitý postup komunikace je v tomto případě velice náročná věc vyžadující podle mého názoru hlavně praxi spolu s trpělivostí.*“ S3 uvedla důležitost v psychickém rozpoložení a společenské zařazení osoby, které má ryze individuální charakter. S1 jako jediná nemá osobní zkušenost s nesprávným zvolením své komunikace. Ze své praxe má zkušenost pouze se situací, která se stala mladším kolegyním. V této kategorii jsem položila sestrám otázku, jaké vnímají dopady s nespolečnickým pacientem. Opakovaly se odpovědi psychického důsledku spolu s časovým tlakem na zdravotní sestru. S6 ke své odpovědi připojila: „*Pak takový ten stres a rozrušení pro sestru v její následné práci, které musí dokázat skrýt, aby se neodráželo na jejím chování k dalšímu pacientovi.*“ K časovému tlaku upozornila S3 na pracovní dopad, sdělila: „*Vše se prodlouží, vyžaduje to hlavně trpělivost při jednotlivých úkonech.*“ S5 doplnila ze své praxe poznámku: „*Sestře nezbyvá nic jiného než trpělivost a schopnost si práci zorganizovat.*“ S2, S7 a S8 zmínily pacienta ve zhoršeném stavu jako nespolečnického jedince. Do kategorie komunikace byly začleněny zásady vhodné pro vedení rozhovoru s pacientem, sestry vycházely převážně ze své dosavadní praxe. Účastníci výzkumného šetření se na odpovědi téměř shodly. Správně vedený rozhovor je za pomoci cílených otázek. S8 ke své odpovědi řekla: „*Schopnost záměrně se dotazovat pacienta na otázky, které mě zajímají do ošetřovatelské anamnézy.*“ Vhodné je zvolit klidný, trpělivý a empatický přístup k jedinci. S6 doplnila: „*Snažit se být milá a trpělivě mu jednotlivé kroky vysvětlit, jaké vyšetření a ošetření ho čeká, co se s ním bude dále provádět.*“ S7 se s odpovědí ztotožnila. S2 a S6 naopak doplnily schopnost orientovat se orientovat se na oblast správného tónu hlasu při rozhovoru s nemocným. S2 neopomenula důležitost sestry být seznámena se sluchovým a zrakovým postižením. Upozornila na

nezbytnost součinnosti s rodinou pacienta, uvedla: „*Důležitá je také spolupráce s rodinou pacienta, která otázky může doplňovat.*“ S7 s odpovědí souhlasí, poukázala však na fakt jistého stresu při spolupráci s rodinou, kdy je potřebné dokázat rozhovor cíleně vést. Dovednost řízení rozhovoru sestrou uvedly všichni účastníci výzkumného šetření. S6 dodává ze své dosavadní praxe nezbytnost být k jedinci při rozhovoru čelem a nehovořit za zády k pacientovi. S tímto tvrzením se identifikovaly respondentky S7 a S8.

5. DISKUZE

Téma mé bakalářské práce Úloha sestry při příjmu pacienta na oddělení je konkretizováno na mapování úkonů sestry v roli při příjmu pacienta k hospitalizaci. Do úlohy sestry jsem zahrnula řadu základních úkonů s dotazem sběru anamnézy a možnými kompetencemi, které jsou s rolí úzce spjaty. V poslední kategorii byly otázky směřovány ke komunikaci, která představuje pro sestru nezbytnost v její profesi. Zajímavá byla otázka komunikace a její ovlivnitelnost ve spolupráci s pacientem v praxi. Odpovědi respondentů vycházely z jejich dosavadních zkušeností z praxe. Zpracování výsledků výzkumného šetření poukázalo v dané kategorii více k obecným zásadám komunikace. Pro práci byly vytyčeny dva cíle. První stanovený cíl byl zmapovat úlohy sestry při příjmu pacienta na ambulanci. K prvnímu cíli práce byla stanovena výzkumná otázka, jaké jsou role sestry při příjmu pacienta na ambulanci. Druhý cíl představoval zmapování komunikačních dovedností sestry s pacientem v příjmové ambulanci. K druhému cíli byla položena výzkumná otázka, jakým způsobem mohu komunikační dovednosti sestry ovlivnit následnou spolupráci s pacientem. Zvolena byla metoda kvalitativního výzkumu za pomoci polostrukturovaného rozhovoru složeného z šestnácti otázek (viz. Příloha 3). Polostrukturované rozhovory proběhly celkem s 8 respondenty pracujícími na pozici zdravotní sestry na interní a chirurgické ambulanci. První položená otázka měla zmapovat činnosti, které sestra zastává. Zpracování dat výzkumného šetření ukázalo značné zastání mnoha úkonů na pozici příjmové sestry. Výzkum upozornil na značnou všestrannost role, kdy jsou zastávány jak odborné úkony, tak velké množství administrativy při sběru anamnézy a vystavení pracovní neschopnosti. Autorka Tóthová ve své publikaci upozorňuje na rozdílnost a separaci lékařské péče s nezávislými rolmi sestry v souvislosti s rozsahem zdravotní péče (Tóthová, 2009). Výsledky potvrdily velice shodné odpovědi respondentů s odbornou publikací na danou problematiku. Odpovědi S skýtaly ověření pacientovo osoby, informace do ošetřovatelské anamnézy a uvedení kontaktní osoby nemocného. Přípevněn je identifikační náramek s jménem a příslušným oddělením. Řada z nich doporučila vhodnost levé končetiny k přípevnění tohoto náramku. Rozdílnost obou pracovišť nastala v otázce zápisu pacienta do stavu oddělení. Jedno z dvou vybraných pracovišť zapisuje pacienta do stavu již na ambulanci. Výzkumný vzorek sester z druhého pracoviště zápis pacienta do stavu nezmínil, pátrala jsem proto po možné příčině. Po

skončených rozhovorech jsem se dotazovala na zápis pacienta do stavu oddělení. Dozvěděla jsem se, že standardem pracoviště je zápis pacienta po příchodu na oddělení. Vydaná publikace Kelnarová et al. potvrzuje výše uvedený postup, kdy zápis pacienta do stavu oddělení probíhá na ošetrovací jednotce oddělení (Kelnarová et al., 2015). Při počáteční hospitalizaci nemocný podepisuje souhlas s případným ošetřením žáky středních zdravotnických škol v průběhu hospitalizace. Po sumarizaci výzkum upozornil na skutečnost, že pouze jedna z osmi zúčastněných zahrnula do náplně své práce udělení písemného souhlasu pacienta s hospitalizací. Tento fakt je však v rozporu s vydanou literaturou k dané problematice. Autor Policar ve své publikaci uvádí, že podpisem souhlasu s hospitalizací se jedinec rovněž zavazuje ke skutečnosti, že jeho osobou bude respektován ústavní řád. Forma souhlasu pacienta do ústavní péče představuje písemnou podobu (Policar, 2010). Po bádání literatury k vybrané problematice vnímám souhlas s hospitalizací jako velmi zásadní právní a etický aspekt v nynější době. Výsledky výzkumu poukázaly na velké množství úkonů, které sestra při příjmu zastává. Širokou škálu činností rovněž potvrzuje odborná literatura. Kelnarová et al. ve své publikaci uvádí, že sestra ověřuje totožnost jedince za pomoci karty pojištěnce nebo občanského průkazu. Dále asistuje lékaři, zprostředkovává potřebná vyšetření a obstarává vzorek biologického materiálu, např. krev a moč (Kelnarová et al., 2015). Odpovědi S uváděly s výše uvedenou publikací takřka shodné úkony. Nemocný je identifikován již po příchodu do ambulance za pomoci karty pojištěnce nebo občanského průkazu, zajištěn je převoz pacienta na potřebná vyšetření a odběr biologického materiálu. Výsledky výzkumu, poukázaly v porovnání s odbornou literaturou na aplikaci žilního vstupu jako jeden z nezbytných úkonů při počáteční hospitalizaci. Zavedení žilního vstupu představuje zabezpečení v případě zhoršení pacientova zdravotního stavu. Nezbytnost v zajištěném žilním vstupu rovněž potvrzuje odborná publikace, která upozorňuje na skutečnost, že v případě podezření na hypovolemického pacienta je nevyhnutelné aplikovat vstupů více (Ševčík et al., 2014). Hledání relevantní literatury k teoretické části práce poukázalo na značně limitované množství zdrojů k dané problematice. Při celkovém posouzení se velká převaha z nich shodla, na rozdělení objektivních a subjektivních příznaků při vyšetření jedince. Zhodnocen je deficit sluchu a zraku. Dále chůze, postoj, kdy sestru zajímá celková mobilita a schopnost pacienta vydržet sedět. Posuzována je barva kůže, kdy některá zbarvení značí řadu příznaků konkrétního onemocnění. S uvedly fialové a žluté zbarvení jako příznak patologie kůže. Autorka Nejedlá ve své vydané literatuře souhlasí s posouzením žlutavého zbarvení pokožky, odborně nazvaného jako ikterické (Nejedlá,

2015). Sestry posuzují také bércové vředy nebo otoky. S7 ze své praxe hovořila o vhodném okamžiku pro posouzení vzhledu končetin, sdělila: „*Při natačení EKG kontroluji přiložení svodů končetiny, zda nemá bércové vředy, otoky atd.*“ Ze strany dalších sledovaných příznaků je na jedinci posuzována schvácenost, nevolnost, pocit na zvracení, bolest konkrétněji například bolest na hrudi. Řada z nich specifikovala posouzení naměřených patologií na naměřené EKG křivce, krevním tlaku, dechu či tělesné teplotě. Výzkum poukázal zaměření pozornosti také k úpravě zevnějšku jedince, která mnohdy může svědčit o jejich sociálním zázemí. Zhodnocen je rovněž psychický stav jedince, kdy jedna z S poznamenala nutnost posouzení věkové kategorie, které bude spolupráci správně směřovat. K první položené otázce jsem orientovala odborné úkony, které sestra při příjmu zabezpečuje, bez jakékoliv zaměření na daný obor. Zařadila jsem do odborných úkonů zavedení periferního žilního katétru, odběr krve a zásady měření krevního tlaku. Jednotlivá pracoviště jsem požádala o nahlédnutí do ošetrovatelského standardu, který sestram stanovuje předepsané postupy k výkonům. Odpovědi jsem porovnávala se standardy a odbornou publikací. Výzkum poukázal téměř na jednotný postup v zavedení periferní žilní kanyly v porovnání s vybranou odbornou literaturou a vydaným standardem daného oddělení. Několik S zmínilo nepostradatelnost psychické přípravy a dotazu předchozí zkušenosti s výkonem. Obě tyto skutečnosti korespondují s vydaným ošetrovatelským standardem příslušných pracovišť. Dingová Šliková et al. potvrzuje ve své publikaci nezbytnost seznámení klienta s výkonem (Dingová Šliková et al., 2018). Sestry upozornily na vhodnost polohy vleže pro samotný výkon. Výsledky výzkumu prokázaly téměř totožný postup výkonu. Několik S upozornilo na vhodnost dotázat se na potencionální výskyt alergií, který by mohl nastat po aplikaci dezinfekce na pokožku. Autorka Dingová Šliková et al. souhlasí ve své literatuře s potřebou tázat se pacienta na možné alergie před samotným výkonem (Dingová Šliková et al., 2018). Sestra, umístí škrtidlo nad místem vpichu. Ošetrovatelský standard uvádí vhodnost provedení komprese škrtidlem 5 cm nad předpokládaným místem zavedení (Ošetrovatelský standard, 2018). Vybraná odborná publikace potvrzuje pravidlo umístění škrtidla (Dingová Šliková et al., 2018). Nasadí si rukavice, končetinu podloží jednorázovou podložkou a místo vpichu vydezinfikuje, nakonec provede samotný vpich. Výsledky ukázaly ověření správnosti zavedení kanyly pohledem do průsvitného rezervoáru, kde lze spatřit krev. Vydaný standard, potvrzuje výše uvedené tvrzení o rozeznání vhodnosti zavedení (Ošetrovatelský standard, 2018). Odborná literatura koresponduje s tvrzením o správném momentu ověření aspirace krve v průsvitném

rezervoáru, po které lze vyjmout jehlu a zavést plastovou část kanyly (Krška et al., 2011). Výzkum prokázal skutečnost, že zvyklostí obou pracovišť je provedení odběru žilní krve současně se zavedením periferního žilního katétru. S se shodly že před napojením spojovací hadičky s fyziologickým roztokem může být aplikován odběr krve přes tzv. „spojku“. Domnívám se, že tato možnost představuje menší riziko infekce, které je opakovanými vpichy znatelnější. Po odběru je nasazena spojovací hadička s fyziologickým roztokem. Šetření poukázalo na rozdílnost tvrzení S spolu s ošetrovatelským standardem a literaturou. Ošetrovatelský standard uvádí rozpojení škrtidla po vyjmutí jehlové kovové části kanyly. Odpovědi respondentek byly ztotožněny s výrokem odborné literatury, rozpojení škrtidla nastává po napojení spojovací hadičky, před samotnou aplikací roztoku do žíly. Literatura potvrzuje vhodnost momentu rozpojení škrtidla po napojení spojovací hadičky před samotnou aplikací fyziologického roztoku do žíly (Dingová Šliková et al.,2018). Kanyla je uzavřena zátkou nebo infuzí ordinovanou lékařem. Pomocí určené náplasti, kde je napsán datum a čas kanylu zafixujeme. Na závěr edukuje pacienta o manipulaci běžných úkonů v průběhu dne se zavedenou kanylou. Mezi možné komplikace byla zařazena aplikace mimo žílu, zánět žíly a perforace žíly. Veverková et al. potvrzuje fakt, že mezi nejčastější komplikace patří zánět žíly (Veverková et al.,2019). Zmíněna byla reakce na zavedený materiál. Mezi možné kontraindikace pro aplikaci periferního žilního katétru se opakovaly odpovědi jako dialyzační katétr nebo port, paralyzovaná končetina například úrazem a nevhodnost zavedení u malých dětí. Literatura prokazuje ve své literatuře na možnou kontraindikaci při zranění v údajném místě zavedení nebo celé končetiny v případě zlomeniny (Vetejčková et al., 2015a). Mapovala jsem odběr žilní krve jako jeden z dalších odborných úkonů. Stejně jako předchozí zákrok, i zde jsem porovnávala odpovědi zkoumaného vzorku s ošetrovatelským standardem a odbornou publikací. S popsaly téměř totožný postup, poznamenána byla psychická příprava spolu s fyzickou pro možné mdloby. Sestra si nandá rukavice, provede kompresy za pomoci škrtidla. Místo vpichu vydezinfikuje, poté by měla vyčkat, než dezinfekce zaschne. Chvilkové vyčkání před samotným vpichem uvádí rovněž ošetrovatelský standard. Důležitost vyčkání před aplikací potvrzuje literatura. Po aplikaci dezinfekce je nezbytné ponechat zaschnout přibližně třicet sekund (Dingová Šliková et., 2018). Zkumavku připojí k jehle a následně provede vpich. Škrtidlo rozpojí až po vyndání poslední zkumavky, kdy po rozpojení lze jehlu vytáhnout. Odborná publikace potvrzuje správnost postupu stanoveného z šetření. Škrtidlo rozpojíme před vysunutím jehly, kdy požádáme pacienta o uvolnění pěsti

(Dingová Šliková et al. 2018). Výsledky výzkumného šetření jsou v rozporu s vydaným ošetrovatelským standardem, který upozorňuje na vhodný moment rozpojení po zjištění přítomnosti krve ve zkumavce. Sestra místo vpichu přelepí čtverečkem v podobě komprese. V rozhovoru bylo upozorněno na vhodné pořadí zkumavek. Praktická část bakalářské práce ukázala, že sestry se shodují ve vhodných místech a komplikacích při odběru žilní krve. Mezi vhodná místa byla uvedena oblast loketní jamky, hřbet a předloktí končetiny. Několik ze zúčastněných uvedlo dolní končetinu jako vhodné místo pro odběr v případě špatného žilního stavu. Vydaný ošetrovatelský standard potvrzuje rovněž výše uvedená místa jako vhodná k odběru (Ošetrovatelský standard, 2009). Mezi možné komplikace byla zařazena perforace žíly, v důsledku, kterého vznikne hematoma, zánět žíly nebo slabost spolu s možnými mdloby. Dále jsem se dotazovala respondentek na správné zásady při měření krevního tlaku. Sestry zahrnuly do zásad vyčkání na samotné měření při fyzické námaze jedince. Literatura souhlasí s tvrzením vyčkat před samotným měřením, detailněji uvádí časový horizont dvou až tří minut (Bulava, 2017). Vhodnost představuje levá horní končetina, která by měla být volně položená spolu s dolními končetinami položené pevně k podlaze. Výsledek výzkumu o vhodnosti levé končetiny je v rozporu s popisem, uvedeným v odborné literatuře. Dingová Šliková et al. uvádí, že obvyklé je měření na pravé horní končetině, kdy při nárustu naměřené hodnoty by měla být zvolena i levá končetina (Dingová Šliková et., 2018). Jedinec by se neměl pohybovat ani mluvit. Doplněna byla technická poznámka, tonometr by měl být položen v úrovni srdce pacienta. K první výzkumné otázce jsem se dotazovala, jaké podstatné údaje ověřuje sestra u nemocného při počátku hospitalizace. Posuzovány jsou osobní údaje a farmakologická anamnéza. Autor Bydžovský potvrzuje podstatu farmakologické anamnézy, kdy by mělo být dotazována medikace dlouhodobá i příležitostná (Bydžovský, 2010). Sestry zahrnuly do sběru anamnézu rodinnou, cestovatelskou a pracovní spolu s vystavením pracovní neschopnosti. Dále anamnézu významných chorob srdce, ledvin, onkologickou či výskyt diabetes mellitus. Dotazovány jsou možné alergie a dietní omezení. Posuzován je deficit zraku a sluchu, zároveň však přítomnost různých kompenzačních pomůcek. Převážná většina upozornila na důležitost být obeznámena s užíváním psychotropních látek jedincem s možným výskytem infekční choroby. Posuzována je orientace jedince osobou, místem a časem. Autorka Nejedlá zahrnuje zhodnocení vědomí do celkového vyšetření nemocného, zároveň její tvorba koresponduje s výsledky výzkumu, nemocný je dotazován na své jméno a skutečnost, kde se nachází

(Nejedlá, 2015a). Výsledky výzkumu ukázaly, že sestra by měla již v počátku posoudit orientaci u staršího jedince, pro případné dotazování do ošetřovatelské anamnézy.

Pro lepší představu o jednotlivých respondentech jsem zjišťovala délku praxe ve zdravotnictví spolu s dosaženým vzděláním. Zkoumaný vzorek představoval široké rozmezí délky praxe v rozmezí 2 až 36 let (viz Příloha 3). Z rozhovoru bylo zřejmé, že sestry, působící ve zdravotnictví déle, zaměřovaly své odpovědi více ze své dosavadní praxe. Vzdělání sester tvořilo z velké části absolvování střední zdravotnické školy. Ke středoškolskému vzdělání doplnila jedna z respondentek specializaci ošetřovatelství v chirurgických oborech. Tři respondentky mají dosažené vysokoškolské vzdělání, kdy jedna z nich dokončila magisterské studium ve specializaci ARO – JIP. Pojem úloha sestry znamená rovněž její kompetence. Z tohoto důvodu jsem k první výzkumné otázce kompetence zařadila. V ošetřovatelství tvoří kompetence nezbytnou kvalifikaci k výkonu profese sestry (Mastiliaková, 2004). Pátrala jsem po skutečnosti, jaký mají sestry přehled o dostupnosti předepsaných ošetřovatelských postupů na jejich pracovišti. Výzkum ukázal, že nynější doba převažuje spíše elektronickou podobou doporučených postupů. Řada z nich však upozornila na možný náhled v tištěné podobě. Sestry se v charakteristice kompetence až na jednu respondentku shodovaly. Pojem kompetence vnímají jako úkony, ke kterým je sestra oprávněná bez jiného odborného pracovníka, či samotného lékaře. Odborný článek poukazuje na skutečnost, že ošetřovatelský tým je složený z jednotlivých členů, kteří uskutečňují své úlohy v rozsahu svých odborných způsobilostí, které nabyli svou schopností, spolu s předpoklady v rozsahu svého příslušného vzdělání a pravomocí na podkladě nařízení odpovídajících právních předpisů a vytyčení zaměstnavatelem (Mikšová et al., 2014). Dotazovala jsem se dále, kde mohou výpis svých kompetencí nalézt. Odpověď byla takřka totožná, své kompetence mohou nalézt ve své náplni práce. Po předložení ošetřovatelských standardů byl tento fakt ověřen. Standard uvádí, že náplň práce zaměstnance zahrnuje obecnou část a část stanovující kompetence zaměstnance. Ve sjednané pracovní smlouvě zaměstnance odpovídá druh práce vždy pracovní náplni (Ošetřovatelský standard, 2018). Ověřila jsem si tento fakt ve vydané odborné publikaci. Ta koresponduje s výše uvedeným tvrzením, kdy rozpětí svých povinností mají zaměstnanci dané v právoplatné pracovní smlouvě (Joint Commission International, 2005).

Vytyčila jsem si druhý cíl práce: zmapovat komunikační dovednosti sestry s pacientem v příjmové ambulanci. K druhému cíli byla položena výzkumná otázka:

jakým způsobem mohu komunikační dovednosti sestry ovlivnit následnou spolupráci s pacientem. V oblasti komunikace jsem hledala odpověď na položenou otázku. Dotazovala jsem se sester na zkušenosti z jejich dosavadní praxe, jak mohou pomocí komunikace kladně ovlivnit následnou spolupráci s pacientem. Výzkum ukázal, že sestry vnímají podstatu správné komunikace především v klidném a empatickém přístupu k jedinci. Literatura pojednává o pojmu empatie, jakožto schopnosti vžít se do druhého, která napomáhá určit dojmy jedince spolu s hodnotami a potvrdit si skutečnost jejich shody s projevem jedince (Porvazník et al., 2008). Publikace potvrzuje důležitost empatie, která ve zdravotnictví představuje důležitý komponent efektivní komunikace pro správné vcítění do pocitů nemocného (Kutnohorská, 2013a). Řada z nich zmínila nezbytnost informovat pacienta o každém svém plánovaném kroku, spolu s vyčkáním na zpětnou vazbu pacienta. Pro pacienta by měl být vytvořený prostor pro sdělování svých pocitů a kladení otázek, které jsou pro něho významné (Dingová Šliková et al., 2018). Uvedena byla také podstata zvoleného tónu hlasu, který může kladnou spolupráci s nemocným podpořit. Poznamenána byla skutečnost, špatně zvolený ton hlasu, může dát jedinci pocit, že sestra problémy například bagatelizuje, nebo působí arogantně. Nevhodný ton hlasu sestry byl v odpovědích spjatý taktéž se sluchovým či zrakovým deficitem. Literatura souhlasí s důležitostí volby adekvátní tonů, barvy, tempa a intonace mluvy (Dingová Šliková et al., 2018). Dotazovala jsem se dále, zda se sestry setkaly s případem, kdy nesprávně zvolená komunikace ovlivnila následnou spolupráci s pacientem. Převážná většina odpovědí vycházela z dosavadních zkušeností. Sestry poukázaly na etiologii špatně zvoleného tonu hlasu se stupňováním pacientova agrese, nejčastěji u nemocného pod vlivem alkoholu, či jiných návykových látek. Agrese byla nejčastěji doprovázena verbálním a neverbálním projevem. Odpovědi ukázaly skutečnost, že agrese je stupňována v momentě opakování sestrou toho, co po jedinci vyžaduje. Literatura uvádí několik způsobů, jak situaci zvládnout například technika „ zaseknuté gramodesky“ poukazuje na opětovné a jasné požadování dané věci, bez ospravedlňování, z jakého důvodu, vyžaduje se po nemocném, aby danou věcí vykonal bez odporu, neboť za danou okolnost nemůže (Dingová Šliková et al., 2018). Výsledek šetření poukázal také na skutečnost, že odhadnutelnost chování jedince je spojena s délkou praxe sestry. Situace vyžaduje klidný přístup spolu s trpělivostí. Zacharová upozorňuje ve své tvorbě na jisté osobnostní dispozice pro zdravotnického pracovníka jednání by mělo být klidné bez degradování s rychlou odpovědí, obezřetností a trpělivostí (Zachová,2017). Zaměřila jsem se dále na otázku, jak může nespolupracující pacient

ovlivnit následnou spolupráci. Výsledky šetření ukázaly, že sestry vnímají dopad nespolupracujícího pacienta v jistém časovém presu a jednotlivé úkony se pro zdravotní sestru prodlužují. Dochází rovněž k psychickému dopadu na ni, kdy je obtížné skrýt své rozrušení před dalším pacientem. Sestry upozornily na fakt, že nespolupracující pacient může představovat pacienta ve vážném stavu zdravotním stavu. Výsledky ukázaly, že na sestru je vyvíjen jistý nátlak, aby při špatném zdravotním stavu nemocného bylo vše zabezpečeno. Odpovědi ukázaly, že sestrám se ze své praxe osvědčil trpělivý přístup spolu se schopností dokázat si svojí práci zorganizovat. V neposlední řadě jsem se dotazovala na správné zásady pro vedení rozhovoru s pacientem. Výzkumné šetření poukázalo, že vedený rozhovor spočívá v cíleně kladených otázkách. Literatura koresponduje s výsledkem výzkumu, uvádí, že sestra by si měla předem stanovit cíle spolu s obsahem rozhovoru (Plevová, 2019a). Sestra by měla disponovat schopností dokázat se tázat na podstatné informace do ošetrovatelské anamnézy. Dingová Šliková et al. ve své odborné publikaci tento fakt potvrzuje, v příležitostném okamžiku jsem již zmíněné informace sumarizovány pro oboustranné objasnění toho, kam konverzace vede (Dingová Šliková et al., 2018). Sestra by měla pacienta obeznámit s jednotlivými kroky s empatickým a trpělivým přístupem. Při rozhovoru se orientuje na vhodný ton hlasu, spolu s pátráním po různých sluchových a zrakových vadách klienta, které konverzaci ovlivní. Autorka Plevová popisuje ve své tvorbě pacienta se sluchovým postižením jako jedince podrobeného komunikační překážce, je proto nutné při rozhovoru zachovat oční kontakt a uchovat ho po celou dobu rozhovoru. Komunikace se zrakově postiženým jedincem vyžaduje zachování prostředí bez přílišného hluku a švezení (Plevová, 2019a). Podstatná je součinnost rodiny při sběru ošetrovatelské anamnézy. Sestry rovněž upozornily, že někdy představuje rodina spíše faktor stresu. Poukázáno bylo rovněž na dodržování obecných zásad při rozhovoru, udržování očního kontaktu, nestát jedinci za zády. Autorka Tóthová poukázala ve své tvorbě na fakt, že sestry doposud nepříliš využívají rodinu a přátele jako podstatu údajů o jedinci, zapomínají na skutečnost, že styk s rodinou a přáteli jsou velmi podstatné, nejen jako pramen informací, ale rovněž jako psychická posila spolu se zdrojem součinnosti pro ošetrovatelskou péči, rehabilitaci a preparaci na navrácení do domácího opatrování (Tóthová, 2009).

6. ZÁVĚR

Bakalářská práce se orientovala na mapování úloh sestry při příjmu pacienta k hospitalizaci a ovlivnitelnost komunikačních dovedností sestry při následné spolupráci s pacientem. Vymezila jsem si k vypracování dané problematiky dva cíle, ke kterým byly zvoleny dvě výzkumné otázky. Pro dosažení cílů výzkumného šetření byl zvolen kvalitativní výzkum za pomoci rozhovoru formou polostrukturovaných otázek. Rozhovory proběhly ve vybrané nemocnici v Jihočeském kraji.

Teoretická část bakalářské práce se částečně shodovala s výsledky výzkumného šetření. Sestry se v jednotlivých krocích a odborných výkonech, které musí být před hospitalizací zabezpečeny, téměř ztotožnily. Výzkum ukázal, že sestry se v dané problematice nad míru orientují, jelikož přijetí pacienta k hospitalizaci vnímají jako každodenní činnost. Ze své dosavadní praxe ale znají řadu situací, kdy se „běžný příjem“ k hospitalizaci může vlivem řady faktorů změnit na psychickou nebo časovou zátěž.

Praktická část práce poukázala na značné množství úkolů, které sestra před počáteční hospitalizací zabezpečuje s potřebnou trpělivostí, klidným přístupem k jedinci a schopností dokázat si práci zorganizovat. Po příchodu pacienta je ověřena jeho totožnost kartou pojištěnce či občanským průkazem. Zhodnoceny jsou fyziologické funkce, a to tlak, pulz, tělesná teplota a saturace krve kyslíkem. Zaveden je žilní vstup a provedeny odběry krve. Sestra zajistí transport na potřebná vyšetření. V průběhu rozhovoru provede sběr ošetřovatelské anamnézy, kde se zaměří na výskyt možných alergií, dietní omezení, farmakologické, pracovní a sociální anamnézy atd. Z administrativní stránky zapíše pacienta do stavu oddělení, připevní identifikační náramek na levou horní končetinu a podepíše s nemocným souhlas s hospitalizací a ošetřením žáky zdravotnických školy v průběhu jeho hospitalizace. S nemocným jsou projednány osoby, které mohou být informovány o zdravotním stavu jedince. Šetření ukázalo, že zdravotnický personál má dostatečné vědomosti o svých kompetencích a doporučených ošetřovatelských postupech.

Zmapování komunikačních dovedností sestry v příjmové ambulanci ukázalo, že otázka správné komunikace vychází z velké části z jejich dosavadní praxe. Sestry mohou pozitivně ovlivnit komunikaci s pacientem za pomoci trpělivého, klidného a empatického

přístupu, kdy své jednotlivé plánované kroky nemocnému vždy předem oznámí. Sestra by měla zároveň vyčkat na zpětnou vazbu. Vhodné je využití tónu hlasu bez jakékoliv ironie či zlehčování. Na správný tón hlasu musí být brán zřetel také v případě pacienta se sluchovým či zrakovým postižením. Negativně ovlivněná spolupráce s pacientem pocházela nejčastěji z přítomnosti alkoholu a omamných látek. Poznamenána byla také agrese, kterou sestra opakovaním svých požadavků u pacienta stupňuje. Jedinec se stává fyzicky či verbálně útočným. Důležité je zachování klidného přístupu spolu s trpělivostí. Odhadnutelnost chování jedince bylo spojené s dosavadní délkou praxe ve zdravotnictví. Nespolupracující pacient představuje pro sestru delší časový horizont práce, spolu s časovým nátlakem, které zabezpečení jednotlivých kroků představuje. V případě nespolupracujícího pacienta ve zhoršeném zdravotním stavu je na sestru kladen psychický tlak, kdy se očekává, že sestra jakékoliv případné rozrušení dokáže skrýt. Zásady správného rozhovoru s pacientem vychází z podstaty dotazovat se cíleně na potřebné otázky do ošetřovatelské anamnézy. Sestra by měla volit klidný, trpělivý a empatický přístup spolu se seznámením nemocného o každém svém kroku s jeho osobou. Zvolen by měl být správný tón hlasu, bez jakéhokoliv negativismu spolu s obecnými zásadami komunikace.

První cíl práce představoval zmapování úloh sestry při příjmu pacienta na ambulanci. Výsledky výzkumu ukázaly totožné zmapování jednotlivých úkolů ve srovnání s teoretickou částí práce a vybranou odbornou publikací. Zmapovány byly jednotlivé kroky od identifikace pacienta, sběru anamnézy, odběru krve až do zapsání hospitalizovaného do stavu oddělení. První stanovený cíl bakalářské práce byl splněn. Druhý vymezený cíl práce spočíval ve zjištění komunikačních dovedností sestry s pacientem v příjmové ambulanci. Výsledky ukázaly řadu doporučení o správném přístupu k pacientovi. Sestry také zdůraznily spjatost délky praxe ve zdravotnictví s odhadnutelností chování jedince. V rozhovorech neopomenuly dodržování obecných zásad sestrou v komunikaci. Druhý stanovený cíl byl z části splněn. Komunikace je však sama o sobě rozsáhlé téma, které ve zdravotnictví představuje hlavní nástroj pro sestru. Teoretická část práce proto nebyla zcela totožná s výzkumným šetřením. Domnívám se, že otázka komunikace při příjmu pacienta k hospitalizaci by mohla být sama o sobě námětem pro práci.

Zpracování dané problematiky vnímám jako významný přínos pro mou práci ve zdravotnictví. Jedná se o běžný každodenní úkon v náplni práce sestry v nemocničním

zařízení. Sestra by měla disponovat ne jenom manuální dovedností v odborných výkonech, ale také ve schopnost seřadit si jednotlivé kroky, aby příjem pacienta k hospitalizaci představoval pouze nezbytný čas. Myslím si, že správně zvolená komunikace dokáže být značným přínosem ke kladnému vztahu sestry s pacientem. Zároveň si však uvědomuji, že značný psychický a časový nápor je pro zvládnání správné komunikace mnohdy obtížný.

Zmapování práce sestry představuje velké množství námětu pro další odborné práce. Domnívám se, že zajímavým námětem by bylo zpracování základních běžných úkolů, které nejsou vázány na specializaci daného oddělení. Problém však shledávám ve zvyklostech jednotlivých pracovišť. Zpracování vybrané problematiky ukázalo zanedbatelné množství informací o plánovaném příjmu ve srovnání s příjmem urgentním či akutním. Pozoruhodným a přínosným námětem by proto bylo danou oblast zmapovat. Výsledky výzkumu mohou být přínosem pro nově příchozí sestry. Rovněž také pro sestry, které již na ambulanci pracují. Mnohdy je obtížné zahrnout do náplně práce nově příchozí sestru a zároveň neopomenout jednotlivé kroky. Zpracované téma může taktéž pomoci žákům připravujících se na výkon povolání. Výsledky šetření lze použít na odborných sesterských konferencích. Pro zdravotní sestry je vydávána řada odborných časopisů, které se dostávají do zdravotnických zařízení. Vydaný odborný článek z výsledků mého výzkumu by jistě představoval jistý přínos.

7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. ARSLAN, B. et al., 2019. "How do you prefer to be addressed?": The relationship between forms of address in nurse-patient communication and nursing care. *Journal of Psychiatric Nursing / Psikiyatri Hemsireleri Dernegi* [online]. 10(2), 89-95 [cit. 2019-11-15]. DOI: 10.14744/phd.2019.95867. ISSN 13093568.
2. BÁRTLOVÁ, S., 2018. *Helping from the nursing perspective. Kontakt.*, Pages e1-e2. DOI: 10.1016. ISSN 1212-4117.
3. BOROŇOVÁ, J., 2010. *Kapitoly z ošetrovatelství I.* Plzeň: Maurea, 193 s. ISBN 978-80-902876-4-8.
4. B.Braun Medical s.r.o. © *Pasivní bezpečnost s vysokým výkonem. Introcán safety* [online]. V parku 2335/ 20: Divize hospital care, 2019 [cit. 2019-12-21].
Dostupné z:
<https://www.bbraun.cz/content/dam/catalog/bbraun/bbraunProductCatalog/S/AE/M2015/cs-cz/b2/vasofix-safety-introcansafety.pdf.bb-.34654267/vasofix-safety-introcansafety.pdf>.
5. BULAVA, A., 2017. *Kardiologie pro nelékařské zdravotnické obory.* Praha: GRADA Publishing, ISBN 978-80-271-0468-0.
6. BURDA, P. et al., 2015. *Ošetrovatelská péče: pro obor ošetrovatel. 1. díl.* Praha: Grada Publishing, ISBN 978-80-247-5333-1.
7. BYDŽOVSKÝ, J., 2010. *Tabulky pro medicínu prvního kontaktu: záchranná služba, praktický lékař, lékařská služba první pomoci, urgentní příjem.* Praha: Triton, Lékařské repetitorium. ISBN isbn978-80-7387-351-6.

8. DINGOVÁ ŠLIKOVÁ, M. et al., 2018. *Základy ošetrovatelství a ošetrovatelských postupů: pro zdravotnické záchranáře*. Praha: GRADA Publishing. ISBN 978-80-271-0717-9.
9. DOBIÁŠ, V., 2013. *Klinická propedeutika v urgentní medicíně*. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-4571-8.
10. GLATZOVÁ, I., 2018. *Standartní ošetrovatelský postup č. 057. Název SOP: Náplň práce, kompetence, zapracování a hodnocení zaměstnance. Sledování spokojenosti zaměstnanců*. Nemocnice Tábor, a.s.
11. HAŠKOVCOVÁ, H. et al., 2013. *Ošetrovatelství: ideály a realita v ambulantní péči*. Praha: Galén, ISBN 978-80-7492-063-9.
12. JANÁČKOVÁ, L., 2008. *Základy zdravotnické psychologie*. Praha: Triton, ISBN 978-80-7387-179-6.
13. JANÍKOVÁ, E. et al., 2013. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada, Sestra. ISBN 978-80-247-4412-4.
14. JIRKOVSKÝ, D. et al., 2012. *Ošetrovatelské postupy a intervence: učebnice pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Fakultní nemocnice v Motole, ISBN isbn978-80-87347-13-3.
15. SHERRY, K. et al., 2011. *The preadmission packet: a strategy that benefits patients and nurses during the admission process*. Baylor University Medical Center Proceedings (BAYLOR UNIV MED CENT PROC), Oct2011; 24(4): 299-301. (3p), ISSN 0899-8280.
16. KELNAROVÁ, J. et al., 2016.a. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy – 2. ročník. 2., přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada Publishing, Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5331-7.
17. KELNAROVÁ, J. et al., 2015. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy – 1. ročník. 2., přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada Publishing, Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5332-4.

18. KRŠKA, Z. et al., 2011. *Techniky a technologie v chirurgických oborech: vybrané kapitoly*. Praha: Grada, ISBN isbn978-80-247-3815-4.
19. KRIŠKOVÁ, A., 2010. *Opatrovateľstvo. Profesionálne opatrovateľstvo: úvod do teórie*. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 10-15. ISBN 978-80-8063-330-1.
20. KUTNOHORSKÁ, J., 2013.a. *Multikulturní ošetrovateľství pro praxi*. Praha: Grada, Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4413-1.
21. KUTNOHORSKÁ, J., 2009.b. *Výzkum v ošetrovateľství*. Praha: Grada, Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2713-4.
22. LYDERSEN, S. et al., 2019. *Monitoring quality of care for peripheral intravenous catheters; feasibility and reliability of the peripheral intravenous catheters mini questionnaire (PIVC-miniQ)*. *BMC Health Services Research* [online]. 19(1), 1-10 [cit. 2019-12-14]. DOI: 10.1186/s12913-019-4497-z. ISSN 14726963.
23. MASTILIAKOVÁ, Dagmar. 2004. *Úvod do ošetrovateľství: systémový prístup. I. díl*. Praha: Karolinum, Učební texty pro vysokoškolský studijní program ošetrovateľství. ISBN 80-246-0429-9.
24. MEZINÁRODNÍ AKREDITAČNÍ STANDARDY PRO ZDRAVOTNICKÝ TRANSPORT. 2005. *komentovaný oficiální překlad*, Praha: Grada, Zlepšování kvality a bezpečí zdravotní péče. ISBN 80-247-1002-1.
25. MIKŠOVÁ, Z. et al., 2014. *Naplňování kompetencí členů ošetrovateľského týmu*. *Kontakt*. 2014, 16(2), 130-142. ISSN 1212-4117. Dostupné také z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/>.
26. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍ VĚCÍ ČR. © 2017. *Národní soustava povolání*. [online]. [cit. 2020.4.1.] Dostupné z: <https://nsp.cz/jednotka-prace/vseobecna-sestra-0359.html>.

27. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. © 2010. *Kvalifikační standard Všeobecná sestra*. [online]. [cit. 2020.4.1.] Dostupné z: https://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/kvalifikacni-standard-vseobecna-sestra_16448_947_3.html.
28. NEJEDLÁ, M., 2015. a. *Klinická propedeutika pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada Publishing, ISBN 978-80-247-4402-5.
29. NEJEDLÁ, M., 2015.b. *Fyzikální vyšetření pro sestry*. 2., přeprac. vyd. Praha: Grada, Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4449-0.
30. PARNELL, T., 2014. *Health literacy in nursing: providing person-centered care*. New York, NY: Springer Publishing, ISBN isbn978-0-8261-6172-7.
31. PLEVOVÁ, I. et al., 2019.a. *Ošetrovatelství II*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0889-3.
32. PLEVOVÁ, I. et al., 2018. b. *Ošetrovatelství I*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0888-6.
33. PLEVOVÁ, I., 2012. c. *Management v ošetrovatelství*. Praha: Grada, Sestra. ISBN 978-80-247-3871-0.
34. POKORNÁ, A., 2010.a. *Komunikace se seniory*. Praha: Grada, Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3271-8.
35. POKORNÁ, A., 2008.b. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. Vyd. 2., přeprac. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, ISBN 978-80-7013-466-5.
36. POLÁK, M., 2016. *Urgentní příjem: nejčastější znaky, příznaky a nemoci na oddělení urgentního příjmu*. Druhé, přepracované a doplněné vydání. Praha: Mladá fronta, Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-3939-0.

37. POLICAR, R., 2010. *Zdravotnická dokumentace v praxi*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2358-7.
38. PORVAZNÍK, J. et al., 2008. *Management I*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, ISBN 978-80-7318-692-0.
39. PTÁČEK, R. et al., 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-3976-2.
40. RICHARDS, A. et al., 2004. *Repetitorium pro zdravotní sestry*. Vyd. 1., české. Praha: Grada, ISBN 80-247-0932-5.
41. NOVOTNÁ, H., 2009. *Standardní ošetrovatelský postup č.16. Název SOP: Odběr krve*. Nemocnice Tábor, a.s.
42. NOVOTNÁ, H., 2018. *Standardní ošetrovatelský postup č. 19. Název SOP: Kanylace periferních žil*. Nemocnice Tábor, a.s.
43. STREITOVÁ, D. et al., 2015. *Septické stavy v intenzivní péči: ošetrovatelská péče*. Praha: Grada Publishing, Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5215-0.
44. SAKOWSKI, P., 2015. *Cooperation within physician-nurse team in occupational medicine service in Poland – Knowledge about professional activities performer by the team-partner*. *Medycyna Pracy* [online]. 66 (5), 625-633 [cit. RRRR-MM-DD]. Dostupné z: <https://www.medvik.cz/link/access.do?source=ebsco&url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=26647981&lang=cs&site=ehost-live&scope=site>.
45. ŠAMÁNKOVÁ, M., 2006. *Základy ošetrovatelství*. Praha: Karolinum, ISBN 80-246-1091-4.

46. ŠEVČÍK, P. et al., 2014. *Intenzivní medicína*. 3., přeprac. a rozš. vyd. Praha: Galén, ISBN 978-80-7492-066-0.
47. ŠPATENKOVÁ, N. et al., 2009. *Základní otázky komunikace: komunikace (nejen) pro sestry*. Praha: Galén, ISBN 978-80-7262-599-4.
48. ŠUPŠÁKOVÁ, P. et al., 2017. *Řízení rizik při poskytování zdravotních služeb: manuál pro praxi*. Praha: Grada Publishing, ISBN 978-80-271-0062-0.
49. ŠVAŘÍČEK, R. et al., 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, ISBN 978-80-7367-313-0.
50. TÓTHOVÁ, V., 2009. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. Praha: Triton, ISBN 978-80-7387-286-1.
51. VETEŠKA, J. et al., 2008. *Kompetence ve vzdělávání*. Praha: Grada Pedagogika. ISBN 978-80-247-1770-8.
52. VEVERKOVÁ, E. et al., 2019. *Ošetrovatelské postupy pro zdravotnické záchranáře I*. Praha: GRADA Publishing, ISBN 978-80-247-2747-9.
53. VONDRÁČEK, L. et al., 2011. *Základy praktické terminologie pro sestry: příručka pro výuku a praxi*. Praha: Grada, Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3697-6.
54. VYTEJČKOVÁ, R. et al., 2015. a. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné III: speciální část*. Praha: Grada Publishing, Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3421-7.
55. VYTEJČKOVÁ, R. et al., 2011.b. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I: obecná část*. Praha: Grada, Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3419-4.
56. DI CARA V. et al., 2007 *Výkladový ošetrovatelský slovník*. Praha: Grada, Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2240-5.
57. WORKMAN, B. et al., 2006. *Klíčové dovednosti sester*. Vyd. 1. české. Praha: Grada, Sestra (Grada). ISBN 80-247-1714-x.

58. ZADÁK, Z. et al., 2017. *Intenzivní medicína na principech vnitřního lékařství*. 2., doplněné a přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, ISBN 978-80-271-0282-2.
59. ZACHAROVÁ, E. 2017. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0155-9.

8. SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 Otázky pro rozhovor

Příloha 2 Tabulka délka praxe ve zdravotnictví, dosažené vzdělání

Příloha 3 Přepis rozhovoru (CD)

Příloha 1 Otázky pro rozhovor

1. Jaké základní činnosti vykonáváte v roli příjmové sestry?
2. Čemu věnujete jako sestra pozornost při celkovém vyšetření/ posouzení jeho stavu?
3. Jakým způsobem zajišťujete žilní vstup?
4. Jaké jsou možné komplikace a kontraindikace periferní žilní kanyly?
5. Jakým způsobem postupujete při odběru žilní krve?
6. Jaká jsou vhodná místa pro odběr žilní krve a možné komplikace?
7. Vybavíte si některé vhodné zásady pro měření krevního tlaku?
8. Jak se začleňujete do procesu sběru informací do anamnézy pacienta?

1. Jaké je vaše dosažené vzdělání a délka praxe ve zdravotnictví?
2. Víte, kde byste hledal(a) doporučený postup k výkonu?
3. Jak byste charakterizoval(a) kompetence sestry?
4. Kde můžete své kompetence najít?

1. Jak může sestra prostřednictvím komunikace kladně ovlivnit spolupráci s pacientem?
2. Setkal(a) jste se ve své praxi se skutečností, kdy nesprávně zvolená komunikace negativně ovlivnila následnou spolupráci s pacientem?
3. Jaké vidíte pro sestru dopady v její následné práci s nespolupracujícím pacientem?
4. Jaké jsou podle vás vhodné zásady pro vedení rozhovoru s pacientem?

Zdroj: Vlastní výzkum

Příloha 2 Tabulka délka praxe ve zdravotnictví a dosažené vzdělání

Respondenti	Délka praxe
S1	25
S2	27
S3	36
S4	7
S5	30
S6	29
S7	9
S8	2

Zdroj: Vlastní výzkum

9. SEZNAM ZKRATEK

ARIP – anesteziologicko resuscitační intenzivní péče (specializace)

atd. – a tak dále

BMI – body mass index

cm – centimetr

ČR – Česká republika

D – dech

ECHO – echokardiografické vyšetření

EKG – elektrokardiogram

GCS – glasgow coma scale, stupnice hloubky bezvědomí

ml – mililitr

mmHg – stupeň rtuťového sloupce

P – pulz

RTG – rentgenové vyšetření

RZP – rychlá záchranná služba

S – sestra

SPO₂ – označení nasycení krve kyslíkem

TK – tlak krevní

TT – tělesná teplota

tzv. – takzvaný

WHO – World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)