

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD
Ústav ošetřovatelství

Dominika Kosíková

**Problematika edukace všeobecné sestry na oddělení urgentního
příjmu**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: PhDr. Danuška Tomanová, CSc.

Olomouc 2015

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

Olomouc 30. dubna 2015

.....

podpis

Poděkování: Děkuji PhDr. Danuše Tomanové, CSc. za odborné vedení bakalářské práce a za její cenné rady. Dále děkuji svým blízkým, kteří mi byli při studiu a zpracování bakalářské práce velkou morální oporou.

ANOTACE BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

- Druh práce:** Přehledová bakalářská práce
- Téma práce:** Edukační činnost sestry
- Název práce v ČJ:** Problematika edukace všeobecné sestry na oddělení urgentního příjmu
- Název práce v AJ:** The issue of education of a nurse in the emergency department
- Datum zadání:** 2015-01-09
- Datum odevzdání:** 2015-04-30
- VŠ, fakulta, ústav:** Univerzita Palackého v Olomouci
Fakulta zdravotnických věd
Ústav ošetřovatelství
- Autor:** Kosíková Dominika
- Vedoucí:** PhDr. Danuška Tomanová, CSc.

Oponent:

Abstrakt v ČJ:

Přehledová bakalářská práce se zabývá problematikou edukačního procesu se zaměřením na všeobecnou sestru v pracovním prostředí urgentního příjmu. Předkládá publikované poznatky z jednotlivých úseků urgentního příjmu. Seznamuje čtenáře se specifickými činnostmi všeobecné sestry v této oblasti. Dále se věnuje požadavkům a nárokům kladených na všeobecnou sestru na pracovišti oddělení urgentního příjmu. V této souvislosti zahrnuje i problematiku stresu a syndromu vyhoření všeobecných sester. Zaměřuje se také na potřeby pacientů, které jsou vyžadovány v rámci ošetřovatelské a zdravotnické péče na oddělení urgentního příjmu. Všeobecná sestra zastává důležitou roli při uspokojování potřeb pacientů a tuto činnost realizuje zásadním způsobem v rámci plnění ošetřovatelské a zdravotnické péče na oddělení urgentního příjmu.

Abstrakt v AJ:

This survey thesis deals with the educational process focusing on a nurse in the working environment of emergency department. It presents published findings of individual emergency sections. It introduces the reader to the specific activities of a nurse in this area. The thesis furthermore discusses the requirements and demands placed on the nurse in the emergency site. In this context, this work comprehends the issues of stress and the burnout syndrome in nurses. It also focuses on the needs of patients, which are required within nursing and medical care in the emergency department. The nurse has an important role in meeting the needs of patients and this activity takes place substantially in the performance of nursing and medical care in the emergency department.

Klíčová slova v ČJ: sestra, urgentní příjem, pacient, edukace, komunikace, stres

Klíčová slova v AJ: nurse, emergency department, patient, education, communication, stress

Rozsah práce: 48 stran, 0 příloh

OBSAH

OBSAH.....	6
ÚVOD.....	7
ALGORITMUS REŠERŠNÍ ČINNOSTI.....	9
1 STRUKTURA URGENTNÍHO PŘÍJMU.....	10
1.1 MODEL Y URGENTNÍCH PŘÍJMŮ.....	12
2 PROFESNÍ IMAGE SESTRY NA ODDĚLENÍ URGENTNÍHO PŘÍJMU.....	13
3 TRIAGE PACIENTŮ.....	20
4 VZDĚLÁVÁNÍ VŠEOBECNÉ SESTRY.....	22
5 STRES A SYNDROM VYHOŘENÍ U SESTRY PRACUJÍCÍ NA ODDĚLENÍ URGENTNÍHO PŘÍJMU.....	25
6 EDUKACE PACIENTA NA URGENTNÍM PŘÍJMU.....	28
7 ASPEKTY VEDOUcí KE SPOKOJENOSTI PACIENTŮ.....	31
SHRNU TÍ TEORETICKÝCH VÝCHODISEK A JEJICH VÝZNAM.....	33
ZÁVĚR.....	36
BIBLIOGRAFICKÉ CITACE.....	37
SEZNAM ZKRATEK.....	48

ÚVOD

Přehledová bakalářská práce je zaměřena na edukační proces u všeobecné sestry vykonávající svoji profesi na pracovišti oddělení urgentního příjmu. Předkládá dohledané poznatky o systému urgentního příjmu, uvádí jeho specifika a požadavky, které jsou kladeny na všeobecnou sestru na tomto oddělení. V této souvislosti se dále zabývá i potřebami pacientů, které jsou vyžadované v rámci ošetrovatelské a zdravotnické péče na oddělení urgentního příjmu. Pro tvorbu bakalářské práce byly stanoveny tyto cíle:

- Cíl č 1: Předložit publikované poznatky o specifických profese všeobecné sestry na oddělení urgentního příjmu.
- Cíl č 2: Předložit publikované poznatky o edukaci všeobecné sestry a o nárocích kladených na výkon její profese.
- Cíl č 3: Předložit publikované poznatky zaměřené na vztah, komunikaci pacienta a sestry na pracovišti oddělení urgentního příjmu s důrazem na spokojenost a potřeby pacienta, včetně jeho edukace.

Vstupní studijní literatura:

HAŠKOVCOVÁ, Helena a PAVLICOVÁ, Jindra. 2013. *Ošetrovatelství: ideály a reality v ambulantní péči*. 1. vyd. Praha: Galén, 2013. ISBN 978-807492-063-9.

BRÁZDIL, Milan a FELLNEROVÁ, Ivana. 2011. *Urgentní medicína: záchrana lidského života, resuscitace*. 1. vyd. V Olomouci: Univerzita Palackého, 2011. ISBN 978-80-244-2725-6.

Sestra a urgentní stavy. 2008. 1. české vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2548-2.

BYDŽOVSKÝ, Jan. 2013. *Základy akutní medicíny: učební text pro navazující magisterské studium ošetrovatelství*. Vyd. 1. Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, 2013. ISBN 978-80-260-3847-4.

KRÁTKÁ, Anna. 2002. Edukace klientů v praxi sestry. In: *Multioborová, interdisciplinární a mezinárodní kooperace v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. ISBN 80-247-0536-2.

JONES, Gary J., ENDACOTT, Ruth a CROUCH, Robert. 2003. *Emergency Nursing Care: Principles and Practice*. London: Greenwich Medical Media, 2003. ISBN 9781841100814.

ALGORITMUS REŠERŠNÍ ČINNOSTI



VYHLEDÁVACÍ KRITÉRIA:

- **Klíčová slova v ČJ:** sestra, urgentní příjem, pacient, edukace, stres, komunikace
- **Klíčová slova v AJ:** nurse, emergency department, patient, education, stress, communication
- **Jazyk:** anglický, český
- **Období:** 2000 – 2015 (s výjimkou 1 článku z roku 1998, jehož začlenění odůvodňuje trvalá aktuálnost a skutečnost, že k tomuto tématu v rozhodném období nebyly publikovány relevantní poznatky)



DATABÁZE:
BMČ, EBSCO, PROQUEST, PUBMED



Nalezeno 230 článků



VYŘAZUJÍCÍ KRITÉRIA:

- duplicitní články
- kvalifikační práce
- články, které nesplnily kritéria



SUMARIZACE VYUŽITÝCH DATABÁZÍ DOHLEDANÝCH DOKUMENTŮ:

EBSO:	19 článků
PROQUEST:	4 článků
PUBMED:	31 článků
BMČ:	7 článků

Dále použity dokumenty jako je zákon č. 96/2004 Sb., Věstník Ministerstva zdravotnictví ČR, 2009, částka 6 a jiné (v celkovém počtu 5 dokumentů).



Pro tvorbu teoretických východisek bylo použito 66 dohledaných dokumentů.

1 STRUKTURA URGENTNÍHO PŘÍJMU

Pojem emergency se ztotožňuje s pojmem urgentní příjem, centrální příjem či pohotovost. Má charakter zdravotnického oddělení, které má sloužit pacientům, nikoliv nemocnici. Důvodem pro zrod urgentního příjmu bylo odstranění tzv. „příjmového vakua“ a snaha přispět k lepší spojitosti mezi přednemocniční neodkladnou péčí a neodkladnou péčí v nemocnici. Neodkladná péče musí být poskytnuta jakémukoliv pacientovi, který ji vyžaduje, neohledně na oborovou diagnózu onemocnění (Mareček, 2007, str. B3).

Péče na oddělení urgentního příjmu musí být k dispozici 24 hodin denně, neboť je určena jako základní složka poskytování zdravotní péče. Urgentní příjem zajišťuje přístup všem pacientům k neplánované, ale potřebné zdravotní péči. Pacienti vnímají potřebu akutní péče z důvodu její naléhavosti nebo nemožného přístupu k jiné zdravotní péči (Schneider et al, 1998, str. 348–351).

Struktura oddělení urgentního příjmu mezi jednotlivými pracovišti vykazuje určitá specifika, neboť každý urgentní příjem je jedinečný. Urgentní příjmy a modely jejich fungování se odvíjejí od systému zdravotní péče daných zemí (Meulemans, 2003, str. 12–20).

Hned na počátku zdravotnické péče lékařské i ošetrovatelské je třeba rozlišit závažnost a druh obtíží pacienta, a podle toho volit adekvátní zdravotní péči (Hubáček, 2005, str. 6–8).

Vysokoprahový příjem neboli emergency je oddělením, kde jsou pacienti v ohrožení života, kteří jsou přivezeni posádkou záchranné zdravotnické služby s již zajištěnými primárními životními funkcemi. Přístup na emergency má svůj vlastní vstup pro záchrannou zdravotnickou službu a je odlišným od přístupové cesty pro pacienty nízkoprahového oddělení urgentního příjmu. Na oddělení emergency je nutné, aby se v těsné blízkosti nacházel přístupný operační sál, diagnostický komplement a zásobní krevní deriváty pro případ nutnosti neodkladného podání pacientovi. Zajištěný pacient je po celkovém základním ošetření a diagnostice překládán na specializační jednotku nemocnice – JIP, ARO, sál. Na emergency se nachází dispečink, který koordinuje příjem pacientů s operačním střediskem záchranné zdravotnické služby. Pomocí rádiového spojení si předávají informace o vezeném pacientovi (Hubáček, 2005, str. 6–8).

Nízkoprahový příjem je na oddělení urgentního příjmu, kde jsou přijímáni a ošetřováni pacienti, kteří nejsou v ohrožení života. Skládá se ze základních oborových ambulancí, kterými jsou chirurgie, traumatologie, interní lékařství, neurologie a urologie. Gynekologie, oční lékařství a ORL bývají považovány za doplňkové ambulance (Hubáček, 2005, str. 6–8).

Bezprahový příjem na oddělení urgentního příjmu je lékařská první pomoc neboli všeobecná ambulance, která slouží k přijímání pacientů, kteří mají běžná onemocnění lehkého stupně. LSPP nahrazuje činnost praktického lékaře zejména v odpoledních hodinách. Recepce na oddělení urgentního příjmu je určena k evidenci a rozřídění na odpovídající ambulanci, podle příznaků, s kterými pacient přichází k vyšetření. Je nezbytné, aby chirurgický zákrokový sál byl složkou ambulantního traktu. Po vyšetření je pacient propuštěn do domácí péče nebo je indikován k hospitalizaci. Také je zde možnost využití ambulantní léčby na lůžkové části neboli expektačních lůžkách urgentního příjmu. Tato se využívají ke krátkodobé observaci či zaléčení pacienta do 24 hodin. Po propuštění z oddělení urgentního příjmu do domácí péče se následné kontroly pacienta vykonávají v chronických ambulancích či specializačních poradnách nemocničního zařízení. Vyšetřovací diagnostický komplement, který je součástí i nízkoprahového oddělení, by se měl nacházet v blízkosti do 50 metrů (Hubáček, 2005, str. 6–8).

Organizační provozní záležitosti urgentního příjmu musí být řízeny podle předem daných písemných koncepcí a standardů. Zdravotnickou a ošetrovatelskou péči o příchozího pacienta provádí lékař, všeobecná sestra, ošetrovatel či pomocný pracovník. Každý z nich má stanoveny své kompetence, odpovědnost a povinnosti. Za poskytnutou zdravotní péči na oddělení urgentního příjmu je zodpovědný lékař, který danému pacientovi poskytuje zdravotní péči. Za provedenou ošetrovatelskou péči zodpovídá všeobecná sestra pečující o pacienta. Oddělení urgentního příjmu musí zajistit snadný a bezpečný přístup pro každého pacienta, který vyhledává zdravotní péči. Laboratorní vyšetřovací služby zajišťující analýzu biologického materiálu musí splňovat kritéria snadné a včasné dostupnosti. K zajištění přesunu nemohoucích pacientů je oddělení urgentního příjmu vybaveno pojízdnými lehátky a pojízdnými sedačkami. Každá ošetrovatelská a zdravotní péče poskytnutá na oddělení urgentního příjmu musí být písemně a čitelně dokumentována. Dokumentace musí být archivována a v případě potřeby k dispozici. Doporučována je i forma elektronicky vedených záznamů. Bezpečnost a další aspekty v oblasti kvality poskytované zdravotní péče pacientům jsou průběžně monitorovány a vyhodnocovány (Emergency department planning and resource guidelines, 2014, str. 1–13).

1.1 MODEL Y URGENTNÍCH PŘÍJMŮ

Pro plnění funkcí urgentních příjmů byly vytvořeny následující modely:

U multidisciplinárního modelu urgentního příjmu se jedná o typ nemocnice, kde každá klinika zajišťuje ošetření akutního stavu pacienta. Má svůj vlastní přístup do zařízení. Zatímco v jiných modelech urgentních příjmů, kdy je k dispozici komplexní lékařský a ošetrovatelský personál trvale, v tomto modelu personál dané kliniky poskytuje ošetrovatelskou a zdravotnickou péči příchozím pacientům v urgentním stavu nad rámec svých dříve stanovených a plánovaných úkolů a činností (Meulemans, 2003, str. 12–20).

U multidisciplinárně integrovaného modelu se realizuje zdravotní péče přímo u pacienta týmem odborníků, kteří se věnují své dané specializaci a diagnostice (Meulemans, 2003, str. 12–20). Tento model je součástí tzv. francouzsko-německého modelu, kdy triage a ošetření pacienta probíhá již v terénu (Al-Shaqsi, 2010, str. 320–323). Své dominantní postavení má v zemích jako jsou Německo, Francie a jiných evropských krajinách včetně Ruska (Sakr, Wardrope, 2000, str. 314–319).

Monodisciplinární model (tzv. americký model nebo také tzv. anglo-americký model) je typem, kdy všichni pacienti jsou přijímáni na oddělení urgentního příjmu. Péči o každého pacienta provádí lékař se specializací na akutní medicínu. V případě potřeby žádá konzilium lékaře s odborností, která se vztahuje k diagnóze pacienta. Tento systém je užíván v USA (Meulemans, 2003, str. 12–20). Využívají ho také země, jakými jsou například Velká Británie, Irsko, Austrálie, Nový Zéland, Kanada, Japonsko, Taiwan, Jižní Korea a Izrael (Sakr, Wardrope, 2000, str. 314–319).

Pluridisciplinární model je urgentním příjmem, kdy pacient je ošetřován na odborné ambulanci dle jeho vstupních příznaků (Meulemans, 2003, str. 12–20).

Výše uvedené modely urgentních příjmů určují efektivitu a zodpovědnost na daném pracovišti. Liší se v poskytované komplexní péči pacientovi na daném urgentním příjmu (Meulemans, 2003, str. 12–20).

2 PROFESNÍ IMAGE SESTRY NA ODDĚLENÍ URGENTNÍHO PŘÍJMU

Sesterská péče je široce uznávaná jako základní prvek ošetřovatelství. Předpokládá se, že přístup sester v ošetřovatelské praxi zahrnuje podporu zdraví pacienta a zlepšení jeho zdravotní pohody. Baldursdottir, Jonsdottir (2002) ve své studii zmiňují Watsonovu teorii z roku 1999, která představuje péči jako morální ideál ošetřovatelství, ve kterém by mělo být jejím výsledkem obohacení lidské důstojnosti a její ochrana. V tomto ideálu jsou obsaženy hodnoty, které tvoří znalosti, vůli a odhodlání, ošetřování a jeho důsledky. Důležité je mít na mysli, že každý pacient má právo na vysoce kvalitní péči, bez ohledu na to, jak je vnímaná závažnost onemocnění pacienta zdravotnickým personálem (Baldursdottir, Jonsdottir, 2002, str. 67–75). Wiman, Wikblad (2004) se zmiňují o vztahu mezi pacientem a sestrou, kde ošetřovatelství je součástí dialogu zaměřeného především na blaho pacienta. Dialog mezi nimi je chápán jako více než prosté odesílání a přijímání informací, a to po verbální i neverbální stránce. V tomto vztahu je přikládán větší důraz osobnímu kontaktu s pacientem, než získaným znalostem o pacientovi. Toto nám napomáhá vidět pacienta jako jedinečnou osobnost. Pokud sestra chce docílit optimálního vztahu, musí k tomu mít všechny nezbytné schopnosti. Je důležité, aby sestra byla otevřená, vnímavá a naslouchala pacientovým potřebám (Wiman, Wikblad, 2004, str. 422–429).

Ferguson (2011) popisuje, že nově příchozí všeobecná sestra, která vstupuje do neznámého pracovního procesu, bývá provázena úzkostí, nejistotou a nedůvěrou. Jednou z možností, jak zmírnit tyto obavy, je poskytnutí mentorství profesně zkušenou všeobecnou sestrou, která jí může poskytnout rady, vzdělává jí, podporuje a je jejím zastáncem (Ferguson, 2011, str. 119–123). Zkušená všeobecná sestra uskutečňuje potřebné vedení příchozí sestry, předává jí své dovednosti a znalosti a tím zajišťuje její profesní rozvoj (Berezuik, 2010, str. 12–15). Odborné dohledy mentorů byly v ošetřovatelství ustanoveny k tomu, aby rozvíjely a podporovaly vztahy na pracovišti. Jejich cílem je usnadnit začlenění nových sester a udržet je v ošetřovatelské praxi (Ferguson, 2011, str. 119–123). Účelem mentorství je dosažení bezpečné, kvalitní a kompetentní ošetřovatelské praxe (Berezuik, 2010, str. 12–15). Adaptační proces vede ke snadnějšímu začlenění nové všeobecné sestry, a to z hlediska seznámení se s novou prací v neznámém pracovním prostředí, z hlediska vybudování vztahů mezi kolegy, včetně vztahů k nadřízeným, dále z hlediska správného porozumění organizaci práce a postupného získávání zkušeností a ověřování svých znalostí. Nový pracovník by si

měl uvědomit důležitost samostatnosti, solidárnosti a naučit se být zodpovědný ve vztahu ke svému zaměstnavateli. Adaptační proces by měl novému pracovníku nejen přinést nové poznatky a dovednosti, ale také zabezpečit jejich rozšíření a prohloubení. Adaptační proces může probíhat v rozmezí od tří měsíců až po jeden rok od nástupu nového pracovníka. Odvíjí se od schopností a dovedností nového člena pracovního týmu. Vedoucí pracovník sestavuje plán adaptačního procesu, určuje školícího pracovníka a ukončuje adaptační proces. Jeho ukončení probíhá za přítomnosti vedoucího pracovníka, školitele a zaškolovaného člena, a to provedením zápisu do dokumentace o ukončení adaptačního procesu. Poté vedoucí pracovník určí zaškolenému pracovníku náplň práce (Věstník Ministerstva zdravotnictví ČR, 2009, částka 6, str. 40–42). Práce sestry na oddělení urgentního příjmu je velmi všestranná, nepředvídatelná, náročná a vyžaduje týmové úsilí. Z tohoto vyplývá, že od sestry se vyžadují schopnosti jako je flexibilita, naplánování si činnosti podle jejich důležitosti, a to i pod tlakem, znalosti v oblasti ošetřovatelství, patofyziologie, psychologie, farmakologie. Schopnost hodnocení a pochopení odchylek od normy vedou sestru ke stanovení stupně naléhavosti případu. V péči o akutní pacienty je důležité mít vlastnost kritického myšlení a rychlého rozhodování (Manton, 2004, str. 23–25).

Důležité je, aby sestra na oddělení urgentního příjmu byla vstřícná a vnímavá vůči pacientům, kteří jsou často ovlivněni náhlou událostí, v níž ztrácejí kontrolu nad svou vlastní situací a jsou závislí na ostatních. Sestra pečující o tyto pacienty by měla umět předvídat potřeby pacientů. Dalším aspektem je, aby sestra byla přítomna v okamžicích, kdy pacient vyžaduje psychickou a fyzickou podporu. Od sestry se také očekávají dobré komunikační schopnosti, aby byla schopna pacientovi porozumět, naslouchat mu a adekvátně reagovat v závažných situacích. Pacient, který se dostaví na oddělení urgentního příjmu, svou návštěvu většinou neplánuje a není na ni připraven, proto by sestra měla jednat tak, aby udržovala a posilovala důstojnost pacienta, který se ocitl ve vážné situaci. Sestra pracující na oddělení urgentního příjmu by měla nahlížet na pacienta komplexně a očekávají se od ní projevy dobré vůle a schopnost vcítění se do situace, ve které se pacient vyskytuje (Wiman, Wikblad, 2004, str. 422–429).

Nezájem, necitlivost, odtaživost a nelidskost jsou aspekty, které by se u sestry pracující na oddělení urgentního příjmu neměly vyskytovat. Nezájem můžeme popsat jako nepozornost k pacientovi a nezájem o specifické potřeby pacienta. Sestra zde postrádá pozitivní přístup. Necitlivost sestry vede k destrukci vztahu mezi sestrou a pacientem. V případě, kdy sestra jedná mechanicky, chybí u ní laskavost a pacient její chování vnímá jako bezcitné, mluvíme o odtažitosti sestry. Nelidskost je považována za nejzávažnější

z negativních vlastností sestry. Ta je charakterizována negativním postojem vůči pacientovi, který se cítí jako oběť, trpí a vnímá, že je ignorován jako osobnost (Wiman, Wikblad, 2004, str. 422–429).

Sestra by měla být odborníkem v různých odvětvích a činnostech. Měla by zastat roli advokátky, která se snaží obhajovat zájmy pacienta a jeho rodiny. Patří sem například poskytnutí informací rodině a pacientovi, ochrana práv pacienta, pomoc pacientovi a rodině při jejich rozhodování, a to jak ve smyslu emoční podpory, tak i schopností kvalifikovaně zodpovědět případné dotazy. Mezi další schopnosti sestry nepochybně musí patřit její ošetrovatelské dovednosti, kritické myšlení, klinické hodnocení, respektování pacientovy kultury a důležitá je samozřejmě i spolupráce s multidisciplinárním týmem. Touto spoluprací se rozumí součinnost s týmem různých profesionálů, jako jsou lékaři různých oborů, specializované sestry, odborní asistenti, duchovní a další pracovníci ve zdravotnictví. Spolupráce v týmu přispívá k lepšímu pochopení různorodých potřeb každého pacienta a jejím cílem je zlepšení pacientova stavu na základě kvalitní holistické péče. Od sestry vykonávající práci na oddělení urgentního příjmu se zásadně vyžaduje, aby pacientovi poskytla co nejlepší péči a věnovala mu svou maximální pozornost (Sestra a urgentní stavy, 2008, str. 10–18, str. 24–26).

Ve spolupráci sester na oddělení urgentního příjmu by neměly hrát roli věkové rozdíly mezi nimi. Každá generační skupina může být zatížena mylnými představami o jiné generaci. Starší generace mohou být těmi mladšími vnímány jako staromódní a stereotypní. Starší sestry přitom očekávají od mladších sester, že budou respektovány. Naproti tomu mladší generace vyžadují, aby bylo k nim přistupováno jako k sobě rovným. V případě, kdy generační kultury a styly neprojevují navzájem vůči sobě dostatek pochopení, dochází mezi nimi ke konfliktům. Skutečností je, že na pracovišti tohoto druhu hraje významnou roli vysoká zátěž daná náročností prostředí. Proto je důležité, aby všechny generace sester spolu spolupracovaly, aby poskytovaly optimální péči o pacienty. Konflikty jsou součástí života na oddělení urgentního příjmu, a budou vznikat vždy tam, kde skupina lidí pracuje pod tlakem. Přesto konflikt může vést i k pozitivním výsledkům, když jeho překonání se odrazí na scelení týmu urgentního příjmu (Weingarten, 2009, str. 27–30).

Sestra na oddělení urgentního příjmu musí být všestranná a musí umět holisticky hodnotit fyzické, psychosociální, duchovní a emocionální potřeby pacientů. Musí být také schopna plánovat ošetrovatelskou péči a hodnotit ji (McCarthy et al., 2013, str. 50–57). Sestra nese odpovědnost za plnění ošetrovatelského procesu v urgentní péči. Patří sem posouzení, které probíhá stejně jako na jiném zdravotnickém pracovišti formou pozorování a

rozhovorem. V případě bezvědomí vycházíme pouze z objektivních příznaků. Do posouzení řadíme i fyzický a psychický stav pacienta. Další součástí ošetrovatelského procesu je diagnostika. V urgentní péči se liší v tom, že rozhodující diagnózou je lékařská diagnóza, od které se odvíjí terapie. Přesto sestra může stanovit diagnózu sesterskou, která bude souhrnnější a zaměřená k uskutečňování širších potřeb pacienta. Do ošetrovatelského procesu dále patří plánování. Zde je potřeba myslet na všechny fyzické a psychické potřeby, přes krátký časový limit, v němž je možno se pacientovi věnovat. Je nutné umět stanovovat krátkodobé cíle, kde můžeme předpokládat jejich splnění. Musíme vzít do úvahy a umět předvídat možné změny zdravotního stavu pacienta. Součástí ošetrovatelského procesu je i realizace. V urgentní péči provedená její realizace není dokumentována, samozřejmě je však považováno za vhodné informovat o jejím průběhu sestru, která bude následně zabezpečovat péči o pacienta, aby na dosud realizovanou péči mohla souvisle navázat (Sestra a urgentní stavy, 2008, str. 10–18, str. 24–26; Illés, 2010, str. 84–85). V ošetrovatelském procesu nelze pominout ani vyhodnocení ošetrovatelské péče. Důležité je nepřetržité hodnocení reakcí pacienta na léčebné výkony, při kterém dochází ke změnám v plánu péče, a tím se tato péče o pacienta zkvalitňuje. Vyhodnocujeme výsledky prováděné péče a splnění stanovených cílů. Rozdíl mezi urgentní péčí a péčí na jiných odděleních z hlediska dokumentace spočívá v tom, že na oddělení urgentního příjmu se dokumentují většinou pouze objektivní a měřené výsledky, i když péče samotná se poskytuje v celé maximální možné šíři (Sestra a urgentní stavy, 2008, str. 10–18, str. 24–26; Illés, 2010, str. 84–85). Co je to kompetence, bylo definováno mnoha autory. Gomez (2009) se ve své studii opírá o tvrzení, které definuje kompetenci jako schopnost plnit úkol s žádanými výsledky, a to za určitých okolností. Kompetencemi můžeme rozumět stav, kdy sestra umí provádět úlohu, má technické a interpersonální dovednosti a využívá kritického myšlení. U sestry se vyžadují různorodé znalosti a dovednosti zajišťující poskytnutí bezpečné a kvalitní péče pacientům, a to každodenně (Gomez, 2009, str. 476–478).

Sestra pracující na pracovišti oddělení urgentního příjmu provádí nejčastěji tyto činnosti – třídění pacientů dle jejich priorit a potíží, měření fyziologických funkcí, realizace odběrů biologického materiálu, objednávání diagnostických vyšetření (například rentgen), zaznamenání elektrické srdeční aktivity pacienta pomocí přístroje nazývaným elektrokardiogram, realizace farmakologické terapie, posuzování stavu vědomí pacienta podle stupnice Glasgow coma scale, zajištění žilního vstupu, odstraňování stehů z ran, asistence u ošetření ran a převaz ran, katetrizace močového měchýře u žen, monitorování pacienta, posouzení průchodnosti dýchacích cest, nasazování krčního límce a ostatních imobilizačních

ortéz, vedení dokumentace, práce v rámci interdisciplinárního týmu, rychlé reakce při zhoršení pacientova stavu a okamžité vyhledání pomoci, asistence při resuscitaci a zajišťování vitálních funkcí pacienta (McCarthy et al., 2013, str. 50–57, Hoyt et al., 2010, str. 439–449).

Role sestry v rámci urgentního ošetřovatelství se trvale rozvíjí a rozšiřuje. Dochází k nárůstu zodpovědnosti a významu její role při poskytování zdravotní péče (Hoyt et al., 2010, str. 439–449).

Sestry na oddělení urgentního příjmu mají řadu náročných úkolů, včetně řešení situací komplikovaných pacientů a jejich příbuzných. Řešení těchto případů je prováděno v krátkém časovém úseku a v rušném prostředí urgentního příjmu. Komunikační dovednosti lze definovat jako citlivost na verbální a neverbální sdělení, efektivní naslouchání a schopnost adekvátní reakce. Při nevhodné komunikaci může docházet k ovlivnění spokojenosti pacienta, která je důležitým článkem v léčebném procesu. Oproti častým názorům, které udávají, že komunikační dovednosti jsou vrozené, mnohé odborné studie prokázaly, že těmto dovednostem se lze naučit (Ak et al., 2011, str. 397–401).

Urgentní příjem je zařízením zdravotní péče, které zahrnuje složité vzájemné působení mezi pracovníky a organizování péče o pacienty. Lze jej charakterizovat jako prostředí s vysokým tlakem a intenzitou na pracovišti, které může být stresující. V případě špatné komunikace a spolupráce mezi pracovníky urgentního příjmu je kvalita péče ohrožena, neboť může docházet k nedostatečné výměně informací mezi členy týmu urgentního příjmu. To může vést k nízké kvalitě péče a k výskytu chyb, které mohou ovlivňovat nejen toto pracoviště, ale i výsledky činnosti dalších složek nemocnice. Efektivní komunikace a mezilidské interakce jsou tedy významné, a to především v pracovně náročných prostředích (Creswick, Westbrook, Braithwaite, 2009, str. 247).

Špatná komunikace se může stát pravděpodobnou příčinou systémové chyby ve zdravotním systému v 17 %, z čeho se dalo z 84 % chybám předejít. Ze studie Coiera et al. (2002) lze říci, že špatné komunikační schopnosti ohrožují péči o pacienta a mohou vést k nežádoucím událostem. Komunikace na oddělení urgentního příjmu může být napjatá vzhledem k zatížení personálu. Ze studie lze dospět k výsledku, že aktivní školení zaměřené na zlepšení týmové komunikace má potenciál zlepšit výsledky v komunikaci (Coiera et al., 2002, str. 415–418).

To, jak pracovníci urgentního příjmu komunikují s pacientem a příbuznými, hraje významnou roli v tom, jak se pacient bude zotavovat z nemoci. Pytel et al. (2009) udávají tyto problémy ve vztahu komunikace sestry – pacient: konflikt v průběhu péče, neinformovanost pacienta a příbuzných během poskytování zdravotní péče, nedostatek soukromí, hněv,

nedostatečná srozumitelnost při poskytování informací. Jako další bariéry v komunikaci jsou udávány hluk, úzkost a nedostatečná orientace pacienta ve věci dalších postupů zdravotní péče, jazykové bariéry a rozdíl v očekáváních mezi poskytovateli zdravotní péče a pacientem. Z této studie Pytel et al. (2009) lze shrnout, že za podstatné v komunikaci pacienti považují informace o tom, jaká vyšetření je čekají, následně, zda jsou již dokončena, dále průběžné informování o aktuálním zdravotním stavu a vysvětlení jejich diagnózy a výsledků vyšetření, edukace o okolnostech, za jakých je nezbytný návrat na oddělení urgentního příjmu a užívání prostého jazyka. Hlavními bariérami v komunikaci bylo nepochopení lékařských termínů, kulturní rozdíly a jazyk. Lze říci, že pacienti přikládají váhu v komunikaci mezi nimi a sestrou tomu, aby sestra naslouchala jejich starostem, respektovala je a byla k nim citlivá (Pytel et al., 2009, str. 406–411).

Jedná-li se o konfliktní situaci je významné nejen její vyřešení, ale i způsob, jak této situaci předcházet. Důležité je, jak se sestra chová v této situaci, neboť z jejího chování si pacient odvozuje i svůj způsob komunikace a přejímá vzorec jejího chování. Na straně jedné se nachází sestra, která nemá svoji profesní roli jednoduchou z důvodu náročného pracovního vytížení, zahrnujícího i vedení dokumentace, vykonávání více pracovních procesů paralelně, mnohokrát bez přestávky na oddech. Na straně druhé je pacient, který je trpící, neklidný, bezmocný, který očekává rychlé řešení svých potíží. Vzájemné vztahy mezi nimi jsou velmi emočně vypjaté. Emoce hrají důležitou roli, protože pacienti si je pamatují dlouho a velmi dobře. Schopnost zvládnutí emocí sestry může hrát důležitou roli při vypjatých situacích, abychom nedali prostor k výlevu pacientova vzteku. Je významné projevit v komunikaci zájem, čímž dáváme pacientovi najevo, že se k němu chováme lidsky a chápeme jeho aktuální situaci, ve které se vyskytuje. Mezi způsoby, jak zvládnout kontrolu nad svými emocemi se doporučuje odčítání či dělení čísel v mysli nebo uvolněné dýchání (Pekara, 2014, str. 23–25).

Ve studii, kterou uvádí Mills, McSweeney (2005) je uvedena klasifikace, týkající se nejčastějších důvodů návštěv pacientů na oddělení urgentního příjmu. První největší kategorií jsou zranění a úrazy, jejichž počet činí 27 % z celkového počtu přijatých pacientů. Jedná se především o zranění, kam patří tržné rány v místech obličeje a na horních končetinách. Mezi další zranění patří ty, které byly zapříčiněny dopravními nehodami a pády. Druhá kategorie zahrnuje 13 % návštěv pacientů s problémy pohybového aparátu. V ní jsou nejčastějšími příznaky bolesti zad, končetin, kloubů bez návaznosti na úraz. Třetí kategorií tvoří 12,5 % pacientů z celkového počtu návštěv, kam patří například bolest na hrudi, bolesti v boku, horečka a obdobné potíže. Další kategorií v této klasifikaci jsou symptomy dýchacího systému v objemu 12 %, jedná se o potíže s dýcháním, dušnost, kašel, bolesti v krku.

Z celkového počtu návštěv pacientů bylo 7,5 % přiřazeno poruchám trávicího traktu. Jedná se především o bolesti a křeče břicha, nevolnost a zvracení. Zbývající kategorii tvoří symptomy zahrnující bolest očí a uší, potíže urogenitálního systému a dále již nespecifikované obtíže, v rozsahu 27,8 % (Mills, McSweeney, 2005, str. 145–149).

McGee a Kaplan (2007) prezentují jako nejčastější důvody návštěv pacientů na oddělení urgentního příjmu bolesti břicha a žaludku, bolesti na hrudi, horečka, bolesti hlavy, kašel, dušnost, zvracení, bolesti, které nejsou lokalizované na konkrétní místo, tržné rány. Studie popisuje, že 37,8 % poskytované péče na oddělení urgentního příjmu je u pacientů klasifikována jako urgentní, 12,9 % návštěv jako emergentní, 21,8 % jsou semi-urgentní a 12,5 % návštěv je považováno za neurgentní. Zbýlých 15 % patří mezi nezatříděné dle triáže poskytované péče na oddělení urgentního příjmu (McGee, Kaplan, 2007, str. 441–446).

Budoucnost ošetrovatelství na oddělení urgentního příjmu směřuje ke stále vyšším technologickým nárokům. Problematika ošetrovatelství a orientace v emergency se bude více rozšiřovat ve školních osnovách odborných škol a bude docházet k zvyšování počtu stáží v dalších nemocnicích. Profesní role sestry by měla být více spjatá s činnostmi dalších pracovníků urgentního příjmu, především lékařů. Bude hrát větší roli v oblastech řízení, zlepšování kvality, zvládání rizik a zajištění bezpečnosti pacientů. Nadále budou pacienti a jejich příbuzní od sestry očekávat, že bude starostlivá, schopná podávat jim srozumitelné a dostatečné informace a poskytovat jim odpovídající péči. Ošetrovatelství na urgentním příjmu jako profese je na historickém rozcestí. Aktuálně je pod značným tlakem, daným společenskými a profesionálními zdroji. Pro budoucnost ošetrovatelství na urgentním příjmu byly již navrženy odpovídající strategie zaměřené na zlepšení prostředí na pracovišti ve smyslu dostatečného personálního zajištění a dostatku nemocničních lůžek. Jsou to zejména strategie zaměřené na přehodnocení popisu práce sestry na oddělení urgentního příjmu ve vztahu k pacientům a příbuzným, zdůrazňující jejich potřeby. Dále jsou to strategie zaměřené na podporu vzájemných vztahů mezi sestrou a lékařem, především na zlepšení jejich společné komunikace a vzájemný respekt. Dalšími strategiemi jsou vytvoření prostředí, které umožní zaměstnancům plánování a uspokojivé rozvržení práce na směny, zvýšení mezd v ošetrovatelské profesi s finančním ohodnocením vysokých nároků kladených na sestry pracujících na oddělných urgentního příjmu, rozvíjení stáží pro všeobecné sestry a investice do jejich vzdělávání (Schriver et al., 2003, str. 431–439).

3 TRIAGE PACIENTŮ

Pojem triage – proces třídění má svůj základ ve francouzštině, odvozením ze slova trier, které označuje vybrat si. Počátky tohoto procesu – triage, nastolil francouzský chirurg Dominique Jean Larrey, který nastínil postup, jak v krátkém čase roztrždit zraněné. Ke zkvalitnění tohoto systému vedly následné války, které vyžadovaly efektivnější třídění raněných (Poláková, 2013, str. 11–13).

Proces třídění pacientů na oddělení urgentního příjmu slouží k roztrždění a preferování pacientů podle závažnosti jejich zdravotního stavu. Cílem je určení procesu vzniku úrazu či charakter nemoci a především minimalizovat hrozící následné komplikace, právě pomocí rychlého posouzení zdravotního stavu pacienta a jeho roztrždění. Rozhodování lze popsat jako postup, ve kterém je nutné si umět vybrat ze dvou či více možností s využitím klinického posouzení situace. Třídění pacientů všeobecnou sestrou je proces rozhodování v relativně krátkém čase a to v náročných a emociálně vypjatých podmínkách. Z této studie Cone, Murray (2002) vyplývá, že kvalita procesu třídění je podmíněna zkušenostmi, vzděláním, ošetrovatelskou praxí a odborností všeobecné sestry. Pro nezkušenou všeobecnou sestru s malou praxí je proces rozhodování složitější. Ke kvalitě rozhodování je potřeba disponovat vlastnostmi kritického myšlení za současné aplikace hlubokých znalostí, klinického úsudku a dříve získaných zkušeností. V této studii jsou charakterizovány žádoucí vlastnosti všeobecné sestry nutné pro správné třídění pacientů. Jsou to flexibilita, samostatnost, komunikační schopnosti, asertivní chování, upřednostňování, schopnost naslouchání, rychlého rozhodování, využití kritického myšlení, organizační dovednosti, schopnost jednat pod stresem a v určitých případech i schopnost improvizace (Cone, Murray, 2002, str. 401–406).

Andersson, Omberg, Svedlund (2006) ve své studii popisují třídění pacientů jako postup, ve kterém se pacienti třídí podle priorit daných závažností a druhem onemocnění. Všeobecná sestra se rozhoduje, kam pacienta zařadí podle zdravotního stavu pacienta, jeho fyziologických parametrů, klinické anamnézy, komplexního pohledu na pacienta, příznaků, které pacient sdělí, a získaných údajů od příbuzných pacienta. Je důležité, aby sestra byla objektivní, spravedlivá, aby vzbudila v pacientovi důvěru, byla soucitná a schopna se poučit z vlastních chyb (Andersson, Omberg, Svedlund, 2006, str. 136–145).

Systém třídění není všeobecně daný, ale v každé zemi existují různorodé systémy, které se využívají k roztrždění pacientů a určení jejich priorit. V některých zemích, jako je například Německo, Švýcarsko, třídění provádí pouze specializovaně vyškolený personál určený k této činnosti (Ak et al., 2011, str. 397–401). V řadě dalších zemí je proces třídění prováděn

registrovanou všeobecnou sestrou, avšak v některých zemích, jako je například Švédsko, provádí proces třídění i méně kvalifikovaný personál. Požadavky jsou odlišné, neboť se k této činnosti nedostává potřebné množství vhodných vzdělávacích standardů a pravidel optimálních předpokladů k této činnosti (Göransson et al., 2006, str. 83–88).

Nástrojem pro třídění pacientů jsou stanovené stupnice. Využití pětistupňové úrovně je doporučovaným standardem po celém světě a je doporučován i Mezinárodní společností pro urgentní medicínu. Avšak pětistupňového systému triage úrovně se nevyužívá ve všech státech, například v USA i ČR je využívána spíše tří- nebo čtyřstupňová úroveň triage systému (Poláková, 2013, str. 11–13).

PĚTISTUPŇOVÁ ÚROVEŇ TRIAGE

1 priorita – ošetření ihned

2 priorita – emergentní, ošetření lékařem do 1–14 minut

3 priorita – urgentní, ošetření lékařem do 15–60 minut

4 priorita – semi-urgentní, ošetření lékařem do 1–2 hodin

5 priorita – neurgentní, ošetření lékařem do 2–24 hodin

Třídění je hlavním pilířem činností všeobecné sestry na oddělení urgentního příjmu. V jeho průběhu je nezbytné umět přehodnocovat zdravotní stav pacienta, aby se zamezilo rizikům, která by mohla vést k poškození pacienta. Cílem je určení priority pacientova zdravotního stavu a posouzení jeho závažnosti, kterým se určuje, jak až dlouho může čekat, než mu bude poskytnuta zdravotní péče a bude ošetřen lékařem, respektive stanovení pacientovi priority v ošetření lékařem (Poláková, 2013, str. 11–13).

Ze studie CTSA National Institute of Health se můžeme dozvědět, že urgentní příjmy v rámci USA se odlišují a také, že péče není poskytována podle doporučených časů systému triage. V roce 2006 byla poskytována péče u závažných nemocných oproti žádoucímu stavu oddálena v poměru o 17 minut. V ostatních případech poskytované péče došlo k oddálení až na dvojnásobek žádoucího času. Celková doba pobytu pacienta vzrostla až na trojnásobek žádoucího času. Tyto poznatky vedly ke schválení standardů kvality péče, které mají přispět ke zkvalitnění poskytované zdravotní péče (Poláková, 2013, str. 11–13).

Vyškolенý zdravotnický personál k strukturovanému třídění na oddělení urgentního příjmu přispívá k lepší a přesnější identifikaci pacientů, které vede k vyšší bezpečnosti pacientů a lepší organizaci práce (Christ et al., 2010, str. 892–898).

4 VZDĚLÁVÁNÍ VŠEOBECNÉ SESTRY

Zákon číslo 96/2004 Sb., Zákon o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), stanovuje činnosti zdravotnických pracovníků. Definuje, za jakých podmínek se dosahuje a uznává způsobilost k výkonu nelékařských zdravotnických povolání. Stanovuje podmínky k vykonávání a k provádění činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče. Tento zákon také určuje pravidla celoživotního vzdělávání zdravotnických pracovníků (zákon č. 96/2004 Sb.).

ODBORNÁ KVALIFIKACE BEZ ODBORNÉHO DOHLEDU

K získání profese všeobecné sestry a dosažení nezbytné způsobilosti je nutné úspěšně ukončené tříleté studium akreditovaného bakalářského programu všeobecná sestra nebo úspěšné ukončené tříleté studium vyšší odborné školy programu diplomovaná všeobecná sestra, případně úspěšně ukončené středoškolské studium zdravotnické školy programu všeobecná sestra, které bylo zahájeno nejpozději ve školním roce 2003/2004. Dále bylo možno tuto způsobilost získat úspěšným ukončením tříletého studia programu diplomovaná dětská sestra, diplomovaná sestra pro psychiatrii či diplomovaná porodní asistentka na vyšších zdravotnických školách, kde studium bylo zahájeno nejpozději ve školním roce 2003/2004. Také studijními programy, jako byly zdravotní sestra, dětská sestra, sestra pro psychiatrii či intenzivní péči, ženská nebo porodní asistentka středních zdravotnických škol zahájeným studiem nejpozději ve školním roce 1996/1997. A také této odbornosti dosáhli studenti, kteří zahájili studium nejpozději ve školním roce 2003/2004 a úspěšně studium ukončili, ve studijních programech oborů psychologie – péče o nemocné, pedagogika – ošetřovatelství, pedagogika – péče o nemocné v rámci vysokoškolských škol, či úspěšně ukončili studijní programy v oboru péče o nemocné nebo učitelství odborných předmětů na středních zdravotnických školách, zahájené nejpozději ve školním roce 2003/2004 (§ 5 zákon č. 96/2004 Sb.).

Odbornou způsobilost k výkonu činnosti bez odborného dohledu získá sestra po ukončení vysokoškolského studia ošetřovatelských programů nebo po dosažení specializačních způsobilosti podle § 96 odstavce 3 zákona č. 96/2004 Sb. V ostatních případech vykonává sestra po dosažení daného studijního programu ošetřovatelskou péčí pod odborným dohledem po dobu tří let vykonávání své profese všeobecné sestry. Všeobecná

sestra, která je způsobilá k profesi bez odborného dohledu, poskytuje vykonávání ošetrovatelské péče, když zákonem jsou stanoveny činnosti, které může provádět bez indikací lékaře. Dále se podílí na činnostech v oblastech preventivní, léčebné, diagnostické, rehabilitační, neodkladné a dispenzární péče ve spolupráci s lékařem (§ 5 zákon č. 96/2004 Sb.).

K dosažení pozice zdravotnického záchranáře bez odborného dohledu je nutné mít úspěšně ukončené studium akreditovaného bakalářského programu zdravotnický záchranář nebo je třeba úspěšně ukončeného studia na vyšší odborné zdravotnické škole programu diplomovaný zdravotnický záchranář či úspěšně ukončeného studia střední zdravotnické školy programu zdravotnický záchranář, které bylo zahájeno nejpozději ve školním roce 1998/1999, a to po tříleté praxi v profesi zdravotnický záchranář, která byla vykonávaná pod odborným dohledem. Kompetence k povolání zdravotnického záchranáře má také absolvent, který dosáhne úspěšného ukončení studia programu všeobecná sestra se specializací intenzivní péče a byl v předešlých šesti letech příslušníkem zdravotnické záchranné služby, a to v rozsahu alespoň poloviny týdenní pracovní doby v období pěti let. Zdravotnický záchranář je určený k výkonu činností především v oblastech ošetrovatelské péče jak v neodkladné, anesteziologicko-resuscitační péči a na oddělení urgentního příjmu (§ 18 zákon č. 96/2004 Sb.).

Formami dalšího vzdělávání sester bez odborného dohledu jsou akreditované kvalifikační kurzy, celoživotní vzdělávání a specializační vzdělávání.

Akreditovaný kvalifikační kurz poskytuje akreditační instituce a jeho obsahem je praktické a teoretické vzdělávání. Zakončení probíhá závěrečnou zkouškou realizovanou před zkušební komisí, jejíž složení je dané právním předpisem. Absolvent získá o úspěšně zakončené zkoušce osvědčení odborné způsobilosti k výkonu zdravotnické profese. Osvědčení v akreditovaných kvalifikačních kurzech se započítává jako zvýšení kvalifikace podle právního předpisu (§ 51 a § 52 zákon č. 96/2004 Sb.). V rámci zvýšení kvalifikace sestry na oddělení urgentního příjmu je dána možnost absolvování akreditovaného kurzu anesteziologie, resuscitace a intenzivní péče nebo možnost absolvování certifikovaných kurzů jako jsou kurzy zajištění dýchacích cest, katetrizace močové měchýře u mužů, operační řízení přednemocniční neodkladné péče (NCO NZO, 2014).

Celoživotní vzdělávání je považováno za rozvoj profesních dovedností v rámci prohlubování zdatností a znalostí v daném oboru zdravotnického pracovníka. Souvisí s kreditním systémem, který je nezbytný k osvědčení vykonávání profese bez odborného dohledu či k zápisu na atestační zkoušku. Sem se řadí vzdělávání typu specializačního,

certifikované kurzy, kurzy v akreditačních institucích, školení, konference, kongresy, e-learningové kurzy, stáže v akreditovaných institucích, publikační, vědecké a výzkumné působení, navazující studijní programy zdravotnických oborů a programy s nimi související, po předchozím dosažení odborné způsobilosti bez dohledu. O dané účasti v rámci celoživotního vzdělávání se uskutečňuje zápis do průkazu odbornosti sestry nebo se vydává doklad o její účasti (§ 53 a § 54 zákon č. 96/2004 Sb.).

Specializační vzdělávání je zaměřeno na určitou vymezenou odbornost zdravotnické profese. Předpokladem absolvování akreditačního kurzu je získaná odborná způsobilost k výkonu povolání. Zakončeno je atestační zkouškou před atestační komisí ustanovenou právním předpisem a absolvent tímto získá specializaci určitého směru zdravotnické profese (§ 58 a § 60 zákon č. 96/2004 Sb.).

Ve Spojených státech amerických potřebuje sestra ucházející se o profesi sestry na oddělení urgentního příjmu registraci k výkonu na základě úspěšně ukončeného akreditovaného studijního ošetrovatelského programu. Upřednostňovány jsou sestry, které mají alespoň dva až tři roky zkušeností v ošetrovatelské profesi. V rámci vysoké školy pro bakalářské ošetrovatelské programy mohou absolvovat kurz, zaměřený na urgentní ošetrovatelství, obsahující témata týkající se neodkladné péče, za podmínky splněné předchozí praxe na oddělení urgentního příjmu. Sestra má možnost získat specializaci zaměřenou na urgentní ošetrovatelství získáním certifikace – Certified emergency nurse, kterou poskytuje asociace sester (Education Portal, 2003–2015). Národní státní zkouška z ošetrovatelství určuje kompetence všeobecné sestry. Klinické kompetence a požadavky na další vzdělávání sestry jsou v rámci států rozdílné a také souvisejí s požadavky různých zaměstnavatelů, které jsou také odlišné (Bolin et al., 2011, str. 96–99).

5 STRES A SYNDROM VYHOŘENÍ U SESTRY PRACUJÍCÍ NA ODDĚLENÍ URGENTNÍHO PŘÍJMU

Ke stresu dochází při nadměrných fyzických či psychických nárocích, které vedou k fyziologickým problémům jedince. Z tohoto vyplývá, že stres je škodlivý v případě, kdy dochází k nadměrnému tlaku. V opačném případě, kdy stres je v malé míře, může být prospěšný. Při dlouhodobém stresu, únavě a frustraci v pracovním prostředí může docházet k syndromu vyhoření daného jedince (Gillespie, Melby, 2003, str. 842–851). Syndrom vyhoření je stav, při kterém dochází k výskytu příznaků, jako jsou například dlouhodobá únava, vyčerpání, podrážděnost, opakující se bolesti hlavy, bolesti břicha, poruchy související s gastrointestinálním traktem, poruchy spánku, abnormální kolísání váhy (Adriaenssens et al., 2011, str. 1317–1328). Syndrom vyhoření vede ke snížené sebeúctě, pracovní nespokojenosti, nedůvěře, neschopnosti relaxovat, neschopnost pohlížet na věci kolem sebe reálně. Syndrom vyhoření se může projevovat od určité míry dysfunkce až po úplné vyčerpání organismu (Gillespie, Melby, 2003, str. 842–851). V této souvislosti lze také zmínit fenomén posttraumatické stresové reakce, kde se jedná o úzkostný stav, který je důsledkem prožití traumatické události. Zde dochází ke zpětnému výskytu vtíravých myšlenek a představ traumatické události připomínající určitou událost (Laposa, Alden, Fullerton, 2003, str. 23–28).

Všeobecné sestry a ostatní personál vykonávající práci ve zdravotnictví, a zejména personál pracující na pohotovosti, je ohrožen působením těchto jevů, neboť je vystaven velkému množství psychosociálních rizikových faktorů. K vystavení těmto faktorům dochází z důvodu výkonu práce pod vysokým tlakem, kvůli nedostatečné sociální podpoře, odpovědnosti vyplývající ze samostatnosti práce, konfliktnosti pacientů, častého výskytu nepředvídatelných situací na pracovišti. Autoři ze studie Escribà-Agüir, Martín-Baena, Pérez-Hoyos (2006), se domnívají, že zmíněné rizikové faktory mohou vést nejen k ovlivnění fyzického a duševního zdraví zdravotnického personálu, ale také k nezanedbatelnému ovlivnění kvality poskytované péče pacientům (Escribà-Agüir, Martín-Baena, Pérez-Hoyos, 2006, str. 127–133). Ze studie Bezerra, Silva, Ramos (2012) lze shrnout, že sestry pracující na oddělení urgentního příjmu považovaly nedostatek lidských a materiálních zdrojů, přesčasovou práci, konflikty v mezilidských vztazích a rozdílnost mezi teorií a praxí za nejvíce významné stresory (Bezerra, Silva, Ramos, 2012, str. 151–156). Všeobecná sestra s malou pracovní zkušeností vnímá jako zásadní stresový faktor nedostatek svých odborných

znalostí. Z tohoto důvodu setra očekává větší podporu při řešení stresových situací od svých starších kolegů (Healy, Tyrrell, 2011, str. 31–37).

Výsledky studie Adeb-Saeedi (2002) ukazují, že stresujícím faktorem pro všeobecné sestry je také kontakt s pacientem, který trpí bolestí, jelikož u sestry může docházet k pocitu zoufalství a nedostatečnosti z vykonané práce. Vysoké pracovní zatížení všeobecné sestry je dalším stresujícím faktorem, který zahrnuje nedostatečné personální vybavení a nedostatek zdrojů. To vše může mít za následek postupné vyčerpání sestry. Také výskyt vysoké míry verbální a fyzické agrese, vede k vypětí sestry (Adeb-Saeedi, 2002, str. 19–24). Autoři Adriaenssens et al. (2011) došli k závěru, že u všeobecné sestry na oddělení urgentního příjmu dochází k vyššímu emocionálnímu vyčerpání, než u sestry pracující na standardním oddělení. Na oddělení urgentního příjmu dochází k situacím, které vyžadují okamžitá řešení a rozhodnutí, a to vede ke zvýšenému pracovnímu stresu sestry (Adriaenssens et al., 2011, str. 1317–1328).

Ve zvládání stresových situací a syndromu vyhoření hrají roli především osobnostní rysy u jednotlivých jedinců, kdy jsou určité skupiny jedinců schopné se lépe vyrovnávat se stresem a následným syndromem vyhoření. I když nelze změnit osobnostní rysy jedince, lze se naučit zvládat zátěžové situace pomocí zlepšení kontroly nad danou situací, úpravou organizace práce, efektivnějším využitím pracovního času (Fearon, Nicol, 2011, str. 35–39). Je důležité, aby všeobecná sestra pracující na oddělení urgentního příjmu dokázala rozpoznat a předcházet stresorům ve svém pracovním prostředí a v případě potřeby dokázala hledat prostředky k jejich zmírnění a nacházela řešení stresové situace (Bezerra, Silva, Ramos, 2012, str. 151–156). Podstatné také je, aby členové ošetrovatelského týmu měli dobré pracovní vztahy, usilovali o zvyšování vzájemné podpory (Gillespie, Melby, 2003, str. 842–851). Pro všeobecné sestry je nápomocné příznivé pracovní prostředí, dostatek uznání a podpory od jejího nadřízeného pracovníka, platové ohodnocení a dostatečné fyzické a emociální zotavení po stresující události (Adriaenssens et al., 2011, str. 1317–1328). Je vhodné také užití poradenských služeb po proběhlých stresujících situacích, realizace supervizí či školení zaměřených na zvládání stresu. Tyto prostředky mohou být prospěšné pro snižování stresu sestry (Adeb-Saeedi, 2002, str. 19–24). Všeobecné sestry by měly mít prostor k možnému sdílení svých zážitků a zkušeností, které prožily během pracovní doby (Bezerra, Silva, Ramos, 2012, str. 151–156).

Povolání všeobecné sestry nese s sebou riziko nadměrného stresu a syndromu vyhoření, které mohou vést k trvalému poškození (Gillespie, Melby, 2003, str. 842–851).

Loke (2001), popisuje uspokojení z práce jako stav doprovázený příznivým emocionálním rozpoložením mysli, které vyplývá z naší vykonané práce (Loke, 2001, str. 191–204).

6 EDUKACE PACIENTA NA URGENTNÍM PŘÍJMU

Edukace pacienta je poskytována v různých prostředích zdravotní péče. Szpiro et al. (2008) ve své souhrnné studii uvádí, že v ambulantní péči edukace vede ke zlepšení výsledků u pacienta; toto tvrzení opřel o práce autorů Deakin, McShane, Cade a Williams (2005) a Gibson et al. (2007). Urgentní příjem nabízí možnost účinného vzdělávání, během kterého mohou být pacienti motivováni k získání informací od poskytovatelů zdravotní péče. Edukace pacientů o jejich akutním či chronickým onemocnění je významnou složkou v péči (Szpiro et al., 2008, str. 34–39). Podle Shors (2004) jsou případy, kdy mírný stres zvyšuje schopnost jedince učit se, zejména v případech, že poskytované informace nejsou příliš náročné (Shors, 2004, str. 137–144).

Edukace ve zdravotnictví se zaměřuje na výchovu ke zdraví, kdy je sestra a pacient v aktivním vztahu. Jedná se o důležitou činnost zdravotní péče, která vede ke zdokonalení kvality života pacienta. Je nezbytné, aby informace, které sdělujeme pacientovi, byly výstižné a pomohly mu utvořit si vlastní názor. Edukátor by měl mít na mysli, že pacient se může nacházet v krizové situaci, se kterou se musí vyrovnat (Drlíková, 2008, str. 49).

Pacient po propuštění z oddělení urgentního příjmu obdrží ústní a písemné (ve formě lékařské zprávy) doporučení, jak se má chovat ve vztahu ke svému onemocnění. Pacient a doprovázející rodina by měli odcházet domů s pochopením pokynů, které by měly zejména obsahovat doporučený postup domácí péče, a informace, kde a kdy bude realizovaná následná zdravotní péče. Schopnost správně realizovat a pochopit pokyny po propuštění do domácí péče je nezbytná pro zotavovací proces pacienta. Pro poučení pacienta je nezbytné zvolit vhodné prostředí a jeho načasování. Mělo by se jednat o klidné zázemí, které umožní soustředění. Nedoporučuje se hlučné, rušné prostředí, které by mohlo být pro některé pacienty traumatizující. Ke zvýšené spokojenosti pacientů přispívá poskytnutí informací v celém spektru péče a nabídnutý prostor pro pacientovy otázky. Kvalitní výměna informací mezi pacientem a zdravotnickým personálem by měla být důležitým faktorem v ošetrovatelské péči. Dostatek poskytnutých informací by měl vést ke snížení opakovaných návštěv pacienta (Gozdzialski, Schlutow, Pittiglio, 2012, str. 293–295).

Primární poskytovatelé péče a další zdravotníci mají významnou roli v edukaci pacientů mimo nemocnice. Urgentní příjem je vhodný pouze pro individuální nebo dílčí typ vzdělávání pacienta. Přesto nabízí významnou možnost v ohledu procesu výchovy prevencí nemocí. Edukace na urgentním příjmu je zvláště významná pro pacienty, kteří využívají urgentní příjem jako jejich primární zdroj zdravotní péče (Wei, Camargo, 2000, str. 710–717).

Při propuštění pacienta z ošetření na oddělení urgentního příjmu by mělo docházet ke sdělení důležitých informací pacientovi, k ověření toho, že jim porozuměl, a dále k jeho dostatečnému zaučení v oblasti domácí péče. Každý pacient má různé množství informací a zkušeností. Pacienti také čerpají informace z okolního prostředí, z plakátů, prospektů, internetu a dalších zdrojů. Pacientovi by měl být vzdělávací proces poskytován během celého jeho pobytu na oddělení urgentního příjmu. Vzdělávací proces by měl začít už při úvodním vyšetření pacienta a konverzací s jeho rodinou. Pacient by měl odcházet domů na základě splněného vzdělávacího procesu, ve kterém by měly být obsaženy všechny důležité informace a to srozumitelně (Samuels-Kalow, Stack, Porter, 2012, str. 152–159). Irvin (2000) uvádí, že zdravotnický personál tráví mnoho času screeningem pacienta, přestože poskytnutí alespoň krátké intervence ve vzdělávání může mít velmi pozitivní a významný vliv na stav pacienta (Irvin, 2000, str. 1421–1423). Ze studie McCarthy et al. (2012) můžeme zjistit, že je vhodné při tvorbě dokumentačního materiálu pro vzdělávání pacienta užití jednoduchých jazykových termínů, odstranění negativně působících formulací, které pacient přijímá obtížněji. Je důležité vyhnout se zahlcením informacemi, podat a zachovat přehledné zpracování dokumentace formou otázek. Například termín „diagnóza“ nahradit slovním spojením „Co se s Vámi děje“. Další příklad edukace můžeme vidět v situaci, kdy dojde k úrazu, zvrtnutí kotníku, kde termín „vaz“ můžeme nahradit slovním spojením „silný pás“, který drží kosti pohromadě. V případě, že pacienta edukujeme, aby si kotník zaledoval, je vhodnější ho ponaučit ve smyslu, jak dlouho a intenzivně pečovat o poraněný kotník přikládáním sáčku s ledem. Bylo zjištěno, že 78 % pacientů odchází domů s tím, že neúplně porozumělo podaným informacím a instrukcím od zdravotnického personálu. To má důsledky jak na zdraví pacienta, tak na systém zdravotní péče, neboť dochází ke zvýšení následného využití zdravotní péče (McCarthy et al., 2012, str. 1–7). Proto je důležité se snažit poskytnout pacientovi soubor doporučení a poznatků z oblasti prevence, screeningu a poradenských činností, vztahujících se k danému pacientovi (Irvin, Wyer, Gerson, 2000, str. 1042–1054). Hlavním cílem je zlepšení pacientova zdraví a jeho komfortu (Rhodes, Gordon, Lowe, 2000, str. 1036–1041).

Studie Llovera et al. (2003) ukazuje, že pacienti mají potřebu vzdělávání v rámci prevence a opatření zdravotní péče, které jsou poskytovány na oddělení urgentního příjmu. To se týká především těch pacientů, kteří využívají urgentní příjem jako primární zdroj zdravotní péče. Ideálním místem pro preventivní výchovu ke zdraví je čekárna pacientů, ve které tráví nečinně svůj čas. Vhodnou formou, jak předávat pacientům tyto znalosti, mohou být letáky v čekárnách, plakáty, informační videa a jiné. Pacienti měli největší zájem o preventivní

zdravotní opatření, týkající se problematiky jako je rakovina prsu (40 %), rakovina prostaty (33 %), krevní tlak (42 %), cvičební programy (51 %) a mnohé další (Llovera et al. 2003, str. 155–160).

I když je výuka, a následné poradenství na oddělení urgentního příjmu přínosem, přesto je náročné motivovat pacienty k dalšímu prohlubování vzdělání. Cílem edukace je efektivně poskytovat optimální vzdělání s využitím času a prostředí dostupných na oddělení urgentního příjmu (Szpiro et al., 2008, str. 34–39).

7 ASPEKTY VEDOUcí KE SPOKOJENOSTI PACIENTŮ

Spokojenost pacientů s poskytnutou lékařskou a ošetrovatelskou péčí se stává stále důležitějším determinantem ve zdravotnických zařízeních. Kvalita lékařské a ošetrovatelské péče se skládá z technické složky a z kvality poskytovaných služeb. Cílem zdravotnického personálu, by mělo být dosažení co nejkvalitnější zdravotnické péče, neboť spokojenost pacientů má vliv na dosažení lepších zdravotních výsledků, vede ke snižování konfliktů a stížností a také může mít vliv pro výběr budoucí poskytnuté zdravotní péče na pohotovosti (Tran et al., 2002, str. 506–509).

Spokojenost pacienta je podmíněna jeho vlastním očekáváním, které je důležitým faktorem, neboť základem pro vnímání kvality poskytnuté zdravotní péče je pacientovo vnitřní porovnání toho, co on očekával ve srovnání se skutečně poskytnutou lékařskou a ošetrovatelskou péčí. Pacientovo vnitřní očekávání ošetrovatelské péče se skládá z okolností, jako jsou doporučení a zkušenosti jeho rodinných příslušníků, z vlastních potřeb pacienta a osobních zkušeností (Blank et al., 2014, str. 317–322). Pacient přichází na oddělení urgentní péče s řadou očekávání ohledně budoucí péče. Očekává, že k němu bude přistupováno starostlivě, profesionálně a s komplexním přístupem personálu (Sun et al., 2000, str. 426–434). Mezi aspekty dalšího očekávání pacienta patří i čekací doba během poskytování zdravotní péče (Bernstein et al., 2009, str. 1–10).

Nairn et al. (2004) uvádí, že čekací dobu pacienti považují za jeden z důležitých faktorů jejich spokojenosti. Dlouhé čekací doby vedou k nespokojenosti pacientů, neboť mají pocit nedostatečné pozornosti ze strany zdravotnického personálu a taky mají pocit nižší efektivitv služeb (Nairn et al., 2004, str. 159–165). Efektivní řízení, jehož cílem je optimalizace čekací doby pacienta, je vnímáno pacientem pozitivně a vede ke zvýšení jejich uspokojení. Pacienti tolerovali čekací doby během poskytování zdravotní péče v případě, kdy k nim bylo přistupováno profesionálně a láskyplně. Pacienti oceňovali na personálu oddělení urgentního příjmu okamžitou pozornost a poskytnutí pohodlí (Watt, Wertzler, Brannan, 2005, str. 12–16). Dalším důležitým aspektem očekávání je komunikace a podávání informací pacientovi a jeho rodinným příslušníkům. Autor Tran et al. (2002) uvádí, že v celkovém čase stráveném na oddělení urgentního příjmu má velký význam pro spokojenost pacienta, pokud jsou mu podávány informace každých 15 minut (Tran et al., 2002, str. 506–509). Byrne et al. (2000) popisují, že spokojenost pacientů může sestra ovlivnit využitím komunikativních dovedností a výchovou pacienta ke zdraví (Byrne et al., 2000, str. 83–92). Při nedostatku informací dochází k nejistotě a zvýšení psychického utrpení pacienta (Watt, Wertzler,

Brannan, 2005, str. 12–16). Mezi další aspekty spokojenosti pacienta patří vnímání bolesti pacientem. Aby zdravotnický personál poskytující péči dosáhl spokojenosti pacienta, je důležité myslet na to, že pacient nevyžaduje úplné odstranění bolesti, ale žádá, aby bolest byla na zvládnutelné úrovni. Analgetická terapie a léčba je nezbytným faktorem v péči a pohodlí pacienta. V neposlední řadě má vliv na spokojenost pacienta prostředí oddělení urgentního příjmu, kam lze zahrnout kvalitu prostorového vybavení, minimalizaci jazykových a kulturních bariér či dostatek lůžkové kapacity oddělení (Nairn et al., 2004, str. 159–165).

Wagley a Newton (2010) doporučují, aby všeobecná sestra na oddělení urgentního příjmu předávala pacientům užitečné psychosociální ošetrovatelské intervence, které vedou k vytvoření důvěry, naděje a vedou pacienta ke snížení jeho strachu a úzkosti. Důležitým aspektem psychosociální ošetrovatelské intervence je verbální a neverbální komunikace s pacientem a rodinnými příslušníky. Komunikaci lze provádět pomocí empatických rozhovorů, kdy se pacientovi dostává informací, které vyžaduje, což vede k uklidnění pacienta (Wagley, Newton, 2010, str. 415–419). Pacienti očekávají kvalitní ošetření a zdravotní péči, která je poskytnuta v krátkém časovém rozmezí a holistickým způsobem (Johansen, 2014, str. 13–19).

Ve studii Muntlin, Gunningberg, Carlsson (2006) byli pacienti urgentního příjmu rozdělení do dvou skupin. První skupinu tvořili pacienti vyžadující urgentní ošetření, druhá skupina obsahovala pacienty vyžadující neurgentní ošetření. Větší důraz byl kladen na skupinu vyžadující neurgentní ošetření, přičemž tato skupina tvoří většinu pacientů na oddělení urgentního příjmu. Výsledným zjištěním bylo, že neurgentní pacienti vyžadují stejnou kvalitu a spokojenost s ošetrovatelskou a lékařskou péčí, jako skupina pacientů, která požaduje urgentní ošetření (Muntlin, Gunningberg, Carlsson, 2006, str. 1045–1056).

Studie Blank et al. (2014) se zabývala otázkou, jak by z pohledu všeobecných sester bylo možné zlepšit spokojenost pacientů. Podle tohoto výzkumu sestry uváděly, že by chtěly mít více času na pacienty k poskytování kvalitní ošetrovatelské péče. Všeobecné sestry by se chtěly zaměřit více na pohodlí pacienta, jeho emocionální oporu a sdělování informací. Jelikož na oddělení urgentního příjmu je realizována zdravotní péče v rámci týmu, je nezbytné, aby se všichni členové podíleli na péči poskytované pacientům v nejvyšší možné kvalitě (Blank et al., 2014, str. 317–322).

SHRNUTÍ TEORETICKÝCH VÝCHODISEK A JEJICH VÝZNAM

Oddělení urgentního příjmu v systému zdravotnické péče má svá specifika daná jeho účelem, kterým je zabezpečení spojitosti mezi přednemocniční neodkladnou péčí a neodkladnou péčí v nemocnici (Mareček, 2007, str. B3; Schneider et al., 1998, str. 348–351; Meulemans, 2003, str. 12–20; Sakr, Wardrope, 2000, str. 314–319; Al-Shaqsi, 2010, str. 320–323; Hubáček, 2005, str. 6–8). Všeobecná sestra na tomto typu pracoviště je nositelem výlučné zodpovědnosti za provedenou ošetrovatelskou péčí (Emergency department planning and resource guidelines, 2014, str. 1–13; Sestra a urgentní stavy, 2008, str. 10–18, str. 24–26; Illés, 2010, str. 84–85; Hoyt et al., 2010, str. 439–449). Výkon činnosti všeobecné sestry na oddělení urgentního příjmu je podmíněn osobnostními i kvalifikačními předpoklady (Gomez, 2009, str. 476–478; Wiman, Wikblad, 2004, str. 422–429; Sestra a urgentní stavy, 2008, str. 10–18, str. 24–26; McCarthy et al., 2013, str. 50–57; Illés, 2010, str. 84–85; Ak et al., 2011, str. 397–401; Cone, Murray, 2002, str. 401–406). Podstatným aspektem je i kvalita týmu, v němž sestra spolupracuje (Sestra a urgentní stavy, 2008, str. 10–18, str. 24–26; Manton, 2004, str. 23–25; Weingarten, 2009, str. 27–30; Creswick, Westbrook, Braithwaite, 2009, str. 247; Gillespie, Melby, 2003, str. 842–851) a kvalita adaptačního procesu (Věstník Ministerstva zdravotnictví ČR, 2009, částka 6, str. 40–42; Ferguson, 2011, str. 119–123; Berezuk, 2010, str. 12–15). Vzdělávání všeobecné sestry v České republice vymezuje zákon č. 96/2004 Sb. V jiných zemích jsou kompetence a požadavky odlišné (Bolin et al., 2011, str. 96–99; Educaion Portal, 2003–2015; Göransson et al., 2006, str. 83–88; Ak et al., 2011, str. 397–401).

Prvním tématem bakalářské práce byly otázky specifčnosti profese všeobecné sestry na oddělení urgentního příjmu. V dohledaných člancích autoři uvádějí specifika vyplývající z účelu pracoviště urgentního příjmu (Mareček, 2007, str. B3; Schneider et al., 1998, str. 348–351; Meulemans, 2003, str. 12–20; Sakr, Wardrope, 2000, str. 314–319; Al-Shaqsi, 2010, str. 320–323; Hubáček, 2005, str. 6–8; Emergency department planning and resource guidelines, 2014, str. 1–13). Každý pacient má právo na vysoce kvalitní péči (Baldursdottir, Jonsdottir, 2002, str. 67–75; McCarthy et al., 2013, str. 50–57; Gomez, 2009, str. 476–478; Pytel et al., 2009, str. 406–411). K tomu je zapotřebí vysoce kvalifikovaného personálu, jak po profesní, tak i lidské stránce (Wiman, Wikblad, 2004, str. 422–429; Sestra a urgentní stavy, 2008, str. 10–18, str. 24–26; Illés, 2010, str. 84–85; Ak et al., 2011, str. 397–401; Pekara, 2014, str. 23–25; Christ et al., 2010, str. 892–898). Uvedení autoři definují nejčastější

činnosti všeobecné sestry na pracovišti oddělení urgentního příjmu: třídění pacientů dle jejich priorit a potíží, měření fyziologických funkcí, realizace odběrů biologického materiálu, objednávání diagnostických vyšetření (například rentgen), zaznamenávání elektrické srdeční aktivity pacienta, pomocí přístroje nazývaným elektrokardiogram, realizace farmakologické terapie, posuzování stavu vědomí pacienta podle stupnice Glasgow coma scale, zajištění žilního vstupu, odstraňování stehů z ran, asistence u ošetření ran a převaz ran, katetrizace močového měchýře u žen, monitorování pacienta, posouzení průchodnosti dýchacích cest, nasazování krčního límce a ostatních imobilizačních ortéz, vedení dokumentace, práce v rámci interdisciplinárního týmu, rychlé reakce při zhoršení pacientova stavu a okamžité vyhledání pomoci, asistence při resuscitaci a zajišťování vitálních funkcí pacienta (McCarthy et al., 2013, str. 50–57; Hoyt et al., 2010, str. 439–449; Cone, Murray, 2002, str. 401–406). Primární proces třídění pacientů je podmíněn vysokou kvalifikovaností všeobecné sestry (Cone, Murray, 2002, str. 401–406; Andersson, Omberg, Svedlund, 2006, str. 136–145). Stanovené stupnice úrovně třídění a systém třídění se v různých zemích i jednotlivých zdravotnických zařízeních liší (Poláková, 2013, str. 11–13; Ak et al., 2011, str. 397–401; Göransson et al., 2006, str. 83–88).

Druhým tématem bakalářské práce byly poznatky o edukaci všeobecné sestry, o jejich profesních potřebách a nárocích a o její complianci. Po splnění dosaženého vzdělání přichází všeobecné sestry na pracoviště do neznámého prostředí a je nezbytné zabezpečit co nejefektivnější adaptační proces (Ferguson, 2011, str. 119–123; Berezuik, 2010, str. 12–15; Věstník Ministerstva zdravotnictví ČR, 2009, částka 6, str. 40–42). Adaptační proces je v České republice založen Věstníkem ministerstva zdravotnictví České republiky (Věstník Ministerstva zdravotnictví ČR, 2009, částka 6, str. 40–42). Po zvládnutí adaptačního procesu sestra vstupuje do systému celoživotního vzdělávání zdravotnických pracovníků, jehož pravidla a formy jsou určeny zákonem č. 96/2004 Sb. Kompetentní sestra má schopnost plnit úkoly s žádanými výsledky (Gomez, 2009, str. 476–478; zákon č. 96/2004 Sb.; Education Portal, 2003–2015; Bolin et al., 2011, str. 96–99; NCO NZO, 2014). Významnou roli hraje týmová spolupráce na pracovišti (Sestra a urgentní stavy, 2008, str. 10–18, str. 24–26; Manton, 2004, str. 23–25; Weingarten, 2009, str. 27–30; Creswick, Westbrook, Braithwaite, 2009, str. 247; Gillespie, Melby, 2003, str. 842–851). U sestry na oddělení urgentního příjmu se důvodně předpokládá všestrannost a schopnost celostně vyhodnotit komplexní potřeby pacientů. V tom je zahrnuta i schopnost vhodně plánovat ošetrovatelskou péči a vyhodnocovat její výsledky (McCarthy et al., 2013, str. 50–57; Wiman, Wikblad, 2004, str. 422–429; Sestra a urgentní stavy, 2008, str. 10–18, str. 24–26; Baldursdottir, Jonsdottir, 2002, str. 67–75; Illés,

2010, str. 84–85; Poláková, 2013, str. 11–13). Urgentní příjem je prostředí, které z povahy svého zaměření vytváří vysoký tlak na pracující personál (Creswick, Westbrook, Braithwaite, 2009, str. 247; Manton, 2004, str. 23–25; Weingarten, 2009, str. 27–30; Schriver et al., 2003, str. 431–439; Escribà-Agüir, Martín-Baena, Pérez-Hoyos, 2006, str. 127–133; Bezerra, Silva, Ramos, 2012, str. 151–156; Healy, Tyrrell, 2011, str. 31–37; Adeb-Saeedi, 2002, str. 19–24; Adriaenssens et al., 2011, str. 1317–1328). V této souvislosti autoři také zdůrazňují dopady stresu v profesním prostředí (Gillespie, Melby, 2003, str. 842–851; Adriaenssens et al., 2011, str. 1317–1328; Laposa, Alden, Fullerton, 2003, str. 23–28), které při výkonu činnosti sestry mohou vést ke zhoršení péče o pacienty (Escribà-Agüir, Martín-Baena, Pérez-Hoyos, 2006, str. 127–133; Wiman, Wikblad, 2004, str. 422–429).

Třetím tématem bakalářské práce byly publikované poznatky zaměřené na vztah, komunikaci pacienta a sestry na pracovišti oddělení urgentního příjmu s důrazem na spokojenost a potřeby pacienta, včetně jeho edukace. Prvek komunikace s pacientem je velmi významnou a nedílnou součástí činnosti sestry (Wiman, Wikblad, 2004, str. 422–429; Creswick, Westbrook, Braithwaite, 2009, str. 247; Coiera et al., 2002, str. 415–418; Wagley, Newton, 2010, str. 415–419). Pro pacienty je komunikační citlivost sestry a její schopnost sdělit jim podstatné informace zcela klíčová (Pytel et al., 2009, str. 406–411; Pekara, 2014, str. 23–25; Tran et al., 2002, str. 506–509; Byrne et al., 2000, str. 83–92; Watt, Wertzler, Brannan, 2005, str. 12–16). Odborné studie prokázaly, že komunikační schopnosti nejsou zásadně vrozené, ale lze se jim naučit (Ak et al., 2011, str. 397–401; Pekara, 2014, str. 23–25; Schriver et al., 2003, str. 431–439; Fearon, Nicol, 2011, str. 35–39; Wiman, Wikblad, 2004, str. 422–429). Součástí komunikačních dovedností sestry je i edukace pacienta, jako zvlášť významný prvek celkového ošetření (Wei, Camargo, 2000, str. 710–717; Szpiro et al., 2008, str. 34–39; Drlíková, 2008, str. 49; Samuels-Kalow, Stack, Porter, 2012, str. 152–159; Irvin, Wyer, Gerson, 2000, str. 1042–1054). Průběžně a efektivně poskytnuté informace během péče by měly vést k žádoucímu stavu. Vhodná forma edukace pacienta vede k efektivnějšímu zotavování z nemoci a jeho komfortnosti, kde se snižuje riziko pacientovy opakované návštěvy do zařízení oddělení urgentního příjmu (Goździalski, Schlutow, Pittiglio, 2012, str. 293–295; Shors, 2004, str. 137–144; McCarthy et al., 2012, str. 1–7; Rhodes, Gordon, Lowe, 2000, str. 1036–1041). Kvalitní informovanost a empatická komunikace má vliv na dosažení lepších zdravotních výsledků a snižuje míru potencionálních konfliktů mezi pacientem a zdravotnickým zařízením (Tran et al., 2002, str. 506–509; Pytel et al., 2009, str. 406–411; Pekara, 2014, str. 426–434; Wagley, Newton, 2010, str. 415–419; Johansen, 2014, str. 13–19).

ZÁVĚR

Téma své bakalářské práce jsem zvolila zejména z důvodu, že edukace všeobecné sestry na oddělení urgentního příjmu považuji za téma vysoce aktuální a v českém odborném prostředí dosud málo reflektované. Cílem bakalářské práce bylo shromáždit poznatky o nárocích kladených na výkon profese všeobecné sestry na oddělení urgentního příjmu a proces její edukace.

Tento hlavní cíl byl rozdělen do třech podoblastí, a to se záměrem předložit publikované poznatky, které se zaobírají:

- 1) specifíčností profese všeobecné sestry na oddělení urgentního příjmu,
- 2) procesem edukace všeobecné sestry na oddělení urgentního příjmu, včetně souvislostí jejích profesních potřeb a její compliance,
- 3) komunikací mezi všeobecnou sestrou a pacientem na oddělení urgentního příjmu, jeho potřebami a edukací pacienta, kterou zabezpečuje všeobecná sestra.

Tyto cíle bakalářské práce byly splněny. Práce reflektuje dosaženou úroveň odborného poznání a společenského vědomí o výše uvedených tématech.

Kvalitní začlenění všeobecné sestry do komplexu všech činností, které ji v rámci výkonu profese na oddělení urgentního příjmu očekávají, je přitom nezbytné jak pro úspěšnou péči o pacienta, tak i pro uspokojivý pocit všeobecné sestry z odvedené práce. Společně s principem týmové práce nezbytným na tomto úseku, pak realizace těchto principů vede k poskytnutí nejvhodnější možné péči o pacienta, což je hlavní cíl a funkce zdravotního systému.

Výsledky studií zabývající se nároky tohoto specifického pracovního prostředí a zejména studie, které zkoumají a doporučují konkrétní edukační procesy, mohou přispět ke zkvalitnění poskytované zdravotnické péče. Jak z přehledu dohledaných dokumentů vyplývá, původních českých pramenů není mnoho a odborně je toto téma zpracováváno převážně v zahraničí. Širší výzkum v této oblasti a publikace výsledků takového výzkumu by mohly být přínosem zdravotnickému personálu i pacientům. Domnívám se, že seznámení odborné zdravotní veřejnosti s touto prací může být přínosem v této problematice.

BIBLIOGRAFICKÉ CITACE

ADEB-SAEEDI, J. Stress amongst emergency nurses. *Australian Emergency Nursing Journal* [online]. 2002, **5**(2), 19–24. [cit. 2014–09–23]. ISSN 1574-6267. Dostupné z:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1328274302800153>

ADRIAENSSENS, J., De GUCHT, V., VAN DER DOEF, M. a MAES, S. Exploring the burden of emergency care: predictors of stress – health outcomes in emergency nurses. *Journal of Advanced Nursing* [online]. 2011, **67**(6), 1317–1328. [cit. 2014–11–24]. ISSN 1365-2648. Dostupné z:

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2010.05599.x/pdf>

AK, M., CINAR, O., SUTCIGIL, L., CONGOLOGLU, E. D., HACIOMEROGLU, B., CANBAZ, H., YAPRAK, H., JAY, L. a OZMENLER, K. N. Communication skills training for emergency nurses. *International Journal of Medical Sciences* [online]. 2011, **8**(5), 397–401. [cit. 2014–07–23]. ISSN 1449-1907. Dostupné z:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3133844/>

AL-SHAQSI, S. Models of International Emergency Medical Service (EMS) Systems. *Oman Medical Journal* [online]. 2010, **25**(4), 320–323. [cit. 2015–02–26]. ISSN 2070-5204. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3191661/>

ANDERSSON, A. K., OMBERG, M. a SVEDLUND, M. Triage in the emergency department – a qualitative study of the factors which nurses consider when making decisions. *Nursing in Critical Care* [online]. 2006, **11**(3), 136–145. [cit. 2014–09–28]. ISSN 1478-5153. Dostupné z:

<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=87c2f5d2-1f33-450a-8fbb-44e15cffc4e2%40sessionmgr111&hid=118>

BALDURSDOTTIR, G. a JONSDOTTIR, H. The importance of nurse caring behaviors as perceived by patients receiving care at an emergency department. *Heart Lung* [online]. 2002, **31**(1), 67–75. [cit. 2014–10–10]. ISSN 1527-3288. Dostupné z:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S014795630292491X>

BEREZUIK, S. Mentoring in emergency care: „growing our own“. *Emergency nurse* [online]. 2010, **18**(7), 12–15. [cit. 2014–12–02]. ISSN 2047-8984. Dostupné z:

<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=16&sid=a2b64f3b-81a3-4566-944e-5b07851e92a6%40sessionmgr115&hid=123>

BERNSTEIN, S. L., ARONSKY, D., DUSEJA, R., EPSTEIN, S., HANDEL, D., HWANG, U., MCCARTHY, M., MCCONNELL, K. J., PINES, J. M., RATHLEV, N., SCHAFERMEYER, R., ZWEMER, F., SCHULL, M. a ASPLIN, B. R. The effect of emergency department crowding on clinically oriented outcomes. *Academic Emergency Medicine* [online]. 2009, **16**(1), 1–10. [cit. 2014–08–30]. ISSN 1553-2712. Dostupné z:

<http://onlinelibrary.wiley.com/enhanced/doi/10.1111/j.1553-2712.2008.00295.x/>

BEZERRA, F. N., SILVA, T. M. Da a RAMOS, V. P. Occupational stress of nurses in emergency care: an integrative review of the literature. *Acta Paulista de Enfermagem* [online]. 2012, **25**(2), 151–156. [cit. 2014–09–22]. ISSN 1982-0194. Dostupné z:

<http://www.scielo.br/pdf/ape/v25nspe2/24.pdf>

BLANK, F. S., TOBIN, J., JAOUEN, M., SMITHLINE, E., TIERNEY, H. a VISINTAINER, P. A comparison of patient and nurse expectations regarding nursing care in the emergency department. *Journal of Emergency Nursing* [online]. 2014, **40**(4), 317–322. [cit. 2014–08–30]. ISSN 1527-2966. Dostupné z:

<http://search.proquest.com/docview/1555704561/fulltext/63F6C5433EE04A23PQ/1?accountid=16730>

BOLIN, T., PECK, D., MOORE, C. a WARD-SMITH, P. Competency and educational requirements: perspective of the rural emergency nurse. *Journal of Emergency Nursing* [online]. 2011, **37**(1), 96–99. [cit. 2014–08–06]. ISSN 1527-2966. Dostupné z:

<http://search.proquest.com/docview/1498389008/fulltextPDF/EF4750F073C64A3FPQ/1?accountid=16730>

BYRNE, G., RICHARDSON, M., BRUNSDON, J. a PATEL, A. Patient satisfaction with emergency nurse practitioners in A & E. *Journal of Clinical Nursing* [online]. 2000, **9**(1), 83–92. [cit. 2014–08–30]. ISSN 1365-2702. Dostupné z:

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2702.2000.00351.x/pdf>

COIERA, E. W., JAYASURIYA, R. A., HARDY, J., BANNAN, A. a THORPE, M. E. C. Communication loads on clinical staff in the emergency department. *Medical Journal of Australia* [online]. 2002, **176**(9), 415–418. [cit. 2014–10–07]. ISSN 1326-5377. Dostupné z: <https://www.mja.com.au/journal/2002/176/9/communication-loads-clinical-staff-emergency-department>

CONE, K. J. a MURRAY, R. Characteristics, insights, decision making, and preparation of ED triage nurses. *Journal of Emergency Nursing* [online]. 2002, **28**(5), 401–406. [cit. 2014–09–28]. ISSN 1527-2966. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S009917670200034X>

CRESWICK, N., WESTBROOK, I. J. a BRAITHWAITE, J. Understanding communication networks in the emergency department. *BMC Health Services Research* [online]. 2009, **9**(1), 247. [cit. 2014–09–02]. ISSN 1472-6963. Dostupné z: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-9-247.pdf>

DRLÍKOVÁ, K. Reeducace jako nedílná součást edukace. *Sestra*. 2008, **18**(5), 49. ISSN 1210-0404.

Emergency department planning and Resource Guidelines [online]. Dallas: *American College of Emergency Physicians*, © 2014, 1–13. [cit. 2014–12–10]. Dostupné z: <http://www.acep.org/workarea/DownloadAsset.aspx?id=99138>

Emergency room nursing training programs and requirements. *Education Portal* [online]. © copyright 2003– 2015 EducationPortal. [cit. 2014–11–11]. Dostupné z: http://education-portal.com/emergency_room_nursing.html

ESCRIBÀ-AGÜIR, V., MARTÍN-BAENA, D. a PÉREZ-HOYOS, S. Psychosocial work environment and burnout among emergency medical and nursing staff. *International Archives of Occupational and Environmental Health* [online]. 2006, **80**(2), 127–133. [cit. 2014–09–23]. ISSN 1432-1246. Dostupné z: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=4ab6f825-d515-47b3-a998-e38c641f7923%40sessionmgr115&hid=118>

FEARON, C. a NICOL, M. Strategies to assist prevention of burnout in nursing staff. *Nursing standard* [online]. 2011, **26**(14), 35–39. [cit. 2014–11–06]. ISSN 0029-6570. Dostupné z:

<http://rcnpublishing.com/doi/pdfplus/10.7748/ns2011.12.26.14.35.c8859>

FERGUSON, L. M. From the perspective of new nurses: what do effective mentors look like in practice? *Nurse Education in Practice* [online]. 2011, **11**(2), 119–123. [cit. 2014–12–02]. ISSN 1471-5953. Dostupné z:

<http://search.proquest.com/docview/1034995492/fulltext/D27BA334A4D47A6PQ/1?accountid=16730>

GILLESPIE, M. a MELBY, V. Burnout among nursing staff in accident and emergency and acute medicine: a comparative study. *Journal of Clinical Nursing* [online]. 2003, **12**(6), 842–851. [cit. 2014–09–22]. ISSN 1365-2702. Dostupné z:

<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=66097b40-44b1-4527-abf2-134c5ac38287%40sessionmgr114&hid=118>

GOMEZ, B. T. Assessing competency with the use of human patient simulation in the emergency department. *Journal of Emergency Nursing* [online]. 2009, **35**(5), 476–478. [cit. 2014–09–23]. ISSN 1527-2966. Dostupné z:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0099176709002906>

GÖRANSSON, K. E., EHRENBORG, A., MARKLUND, B. a EHNFORSS, M. Emergency department triage: is there a link between nurses' personal characteristics and accuracy in triage decisions? *Accident and Emergency Nursing* [online]. 2006, **14**(2), 83–88. [cit. 2014–08–30]. ISSN 0965-2302. Dostupné z:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0965230205001128>

GOZDZIALSKI, A., SCHLUTOW, M. a PITTIGLIO, L. Patient and family education in the emergency department: how nurses can help. *Journal of Emergency Nursing* [online]. 2012, **38**(3), 293–295. [cit. 2014–09–29]. ISSN 1527-2966. Dostupné z:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0099176711006854>

HEALY, S. a TYRRELL, M. Stress in emergency departments: experiences of nurses and doctors. *Emergency nurse* [online]. 2011, **19**(4), 31–37. [cit. 2014–11–06]. ISSN 2047-8984.

Dostupné z:

<http://planetreegrove.com/wp-content/uploads/2012/07/Stress-in-emergency-departments.-experiences-of-nurses-and-doctors.pdf>

HOYT, K. S., COYNE, E. A., RAMIREZ, E. G., PEARD, A. S., GISNESS, C. a GACKI-SMITH, J. Nurse practitioner Delphi study: competencies for practice in emergency care. *Journal of Emergency Nursing* [online]. 2010, **36**(5), 439–449. [cit. 2014–11–24].

ISSN 1527-2966. Dostupné z:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0099176710002205>

HUBÁČEK, P. Poslání a činnost oddělení urgentního příjmu – Emergency. *Urgentní Medicína*. 2005, **8**(3), 6–8. ISSN 1212-1924.

CHRIST, M., GROSSMANN, F., WINTER, D., BINGISSER, R. a PLATZ, E. Modern triage in the emergency department. *Deutsches Ärzteblatt International* [online]. 2010, **107**(50), 892–898. [cit. 2014–09–28]. ISSN 1866-0452. Dostupné z:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3021905/>

ILLÉS, T. J. Aplikace ošetrovatelského procesu v urgentní medicíně. *Sestra*. 2010, **20**(7–8), 84–85. ISSN 1210-0404.

IRVIN, C. B. Public health preventive services, surveillance, and screening: the emergency Department's potential. *Academic Emergency Medicine* [online]. 2000, **7**(12), 1421–1423.

[cit. 2014–08–04]. ISSN 1553-2712. Dostupné z:

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1553-2712.2000.tb00501.x/pdf>

IRVIN, C. B., WYER, P. C. a GERSON, L. W. Preventive care in the emergency department, part II: clinical preventive services – an emergency medicine evidence – based review. Society for academic emergency medicine public health and education task force preventive services work group. *Academic Emergency Medicine* [online]. 2000, **7**(9), 1042–1054.

[cit. 2014–08–22]. ISSN 1553-2712. Dostupné z:

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1553-2712.2000.tb02098.x/pdf>

JOHANSEN, M. L. Conflicting priorities: emergency nurses perceived disconnect between patient satisfaction and the delivery of quality patient care. *Journal of Emergency Nursing* [online]. 2014, **40**(1), 13–19. [cit. 2014–07–23]. ISSN 1527-2966. Dostupné z: <http://search.proquest.com/docview/1477833767/fulltext/D1AE8A8630D943B6PQ/1?accountid=16730>

LAPOSA, J. M., ALDEN, L. E. a FULLERTON, L. M. Work stress and posttraumatic stress disorder in ED nurses/personnel (CE). *Journal of Emergency Nursing* [online]. 2003, **29**(1), 23–28. [cit. 2014–09–22]. ISSN 1527-2966. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0099176702699106>

LLOVERA, I., WARD, M. F., RYAN, J. G., LaTOUCHE, T. a SAMA, A. A survey of the emergency department population and their interest in preventive health education. *Academic Emergency Medicine* [online]. 2003, **10**(2), 155–160. [cit. 2014–10–20]. ISSN 1553-2712. Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1197/aemj.10.2.155/pdf>

LOKE, J. C. F. Leadership behaviours: Effects on job satisfaction, produktivity and organizational commitment. *Journal of Nursing Management* [online]. 2001, **9**(4), 191–204. [cit. 2014–10–13]. ISSN 1365-2834. Dostupné z: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&sid=49bf85d6-b661-452d-ad99-8ef931f2413b%40sessionmgr110&hid=118>

MANTON, A. Emergency nursing. *Journal of Emergency Nursing* [online]. 2004, **51**(1), 23–25. [cit. 2014–10–07]. ISSN 1527-2966. Dostupné z: http://www.nсна.org/portals/0/skins/nsna/pdf/imprint_jan04_manton.pdf

MAREČEK, V. Potřebujeme na odděleních specialisty non-stop? *Medical tribune*. 2007, **3**(3), B3. ISSN 1214-8911.

MCCARTHY, G., CORNALLY, N., O'MAHONEY, C., WHITE, G. a WEATHERS, E. Emergency nurses: Procedures performed and competence in practice. *International Emergency Nursing* [online]. 2013, **21**(1), 50–57. [cit. 2014–12–02]. ISSN 1878-013X. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1755599X12000043>

McCARTHY, D. M., ENGEL, K. G., BUCKLEY, B. A., FORTH, V. E., SCHMIDT, M. J., ADAMS, J. G. a BAKER, D. W. Emergency department discharge instructions: lessons learned through developing new patient education materials. *Emergency Medicine International* [online]. 2012, **2012**(1), 1–7. [cit. 2014–08–22]. ISSN 2090-2859.

Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3361996/>

McGEE, L. A. a KAPLAN, L. Factors influencing the decision to use nurse practitioners in the emergency department. *Journal of Emergency Nursing* [online]. 2007, **33**(5), 441–446. [cit. 2014–11–24]. ISSN 1527-2966. Dostupné z:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0099176707003443>

MEULEMANS, A. Urgentní medicína a urgentní příjmy – management poptávky versus poskytování akutní péče. *Urgentní medicína*. 2003, **6**(3), 12–20. ISSN 1212-1924.

MILLS, A. C. a McSWEENEY, M. Primary reasons for ED visits and procedures performed for patients who saw nurse practitioners. *Journal of Emergency Nursing* [online]. 2005, **31**(2), 145–149. [cit. 2014–11–26]. ISSN 1527-2966. Dostupné z:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0099176705000036>

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. Metodický pokyn k realizaci a ukončení adaptačního procesu pro nelékařské zdravotnické pracovníky. *Věstník Ministerstva zdravotnictví ČR* [online]. 2009, částka 6, s. 40–42. [cit. 2014–11–11]. ISSN 1211-0868.

Dostupné z:

http://www.mzcr.cz/dokumenty/metodicky-pokyn-k-realizaci-a-ukonceni-adaptacniho-procesu-pro-nelekarske-zdravotnicke-pracovniky_2340_930_3.html

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR, *Zákon č. 96/2004 Sb.*, o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních) [online]. [cit. 2014–11–23]. Dostupné z:

<http://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?page=0&idBiblio=57523&fulltext=96~2F2004&nr=96~2F2004&rpp=100#local-content>

MUNTLIN, A., GUNNINGBERG, L. a CARLSSON, M. Patients' perceptions of quality of care at an emergency department and identification of areas for quality improvement. *Journal of Clinical Nursing* [online]. 2006, **15**(8), 1045–1056. [cit. 2014–09–22]. ISSN 1365-2702. Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2006.01368.x/pdf>

NAIRN, S., WHOTTON, E., MARSHAL, C., ROBERTS, M. a SWANN, G. The patient experience in emergency departments: a review of the literature. *Accident and Emergency Nursing* [online]. 2004, **12**(3), 159–165. [cit. 2014–09–22]. ISSN 0965-2302. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0965230204000311>

Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů [online]. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. Aktualizováno 28. 3. 2014. [cit. 2015–01–05]. Dostupné z: <http://www.nconzo.cz/web/guest/arippadult>

PEKARA, J. Význam komunikace při prevenci násilných incidentů. *Florence*. 2014, **10**(3), 23–25. ISSN 1801-464X.

POLÁKOVÁ, R. Systémy třídění pacientů dle priorit na oddělení urgentního příjmu. *Urgentní medicína*. 2013, **16**(3), 11–13. ISSN 1212-1924.

PYTEL, C., FIELDEN, N. M., MEYER, K. H. a ALBERT, N. Nurse – patient/visitor communication in the emergency department. *Journal of Emergency Nursing* [online]. 2009, **35**(5), 406–411. [cit. 2014–07–25]. ISSN 1527-2966. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0099176708005114>

RHODES, K. V., GORDON, J. A. a LOWE, R. A. Preventive care in the emergency department, Part I: Clinical preventive services – are they relevant to emergency medicine? Society for academic emergency medicine public health and education task force preventive services work group. *Academic Emergency Medicine* [online]. 2000, **7**(9), 1036–1041. [cit. 2015–01–04]. ISSN 1553-2712. Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1553-2712.2000.tb02097.x/pdf>

SAKR, M. a WARDROPE, J. Casualty, accident and emergency, or emergency medicine, the evolution. *Journal of Accident & Emergency Medicine* [online]. 2000, **17**(5), 314–319. [cit. 2015–02–26]. ISSN 1351-0622. Dostupné z:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1725462/pdf/v017p00314.pdf>

SAMUELS-KALOW, M. E., STACK, A. M. a PORTER, S. C. Effective discharge communication in the emergency department. *Annals of Emergency Medicine* [online]. 2012, **60**(2), 152–159. [cit. 2015–01–04]. ISSN 1097-6760. Dostupné z:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0196064411017628>

Sestra a urgentní stavy. Praha: Grada, 2008, 549 s. Sestra. ISBN 978-802-4725-482.

SHORS, T. J. Learning during stressful times. *Learning & Memory* [online]. 2004, **11**(2), 137–144. [cit. 2014–08–06]. ISSN 1549-5485. Dostupné z:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3364672/>

SCHNEIDER, S. M., HAMILTON, G. C., MOYER, P. a STAPCZYNSKI, J. S. Definition of emergency medicine. *Academic Emergency Medicine* [online]. 1998, **5**(4), 348–351. [cit. 2014–09–22]. ISSN 1553-2712. Dostupné z:

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1553-2712.1998.tb02720.x/pdf>

SCHRIVER, J. A., TALMADGE, R., CHUONG, R. a HEDGES, J. R. Emergency nursing: historical, current, and future roles. *Journal of Emergency Nursing* [online]. 2003, **29**(5), 431–439. [cit. 2014–07–27]. ISSN 1527-2966. Dostupné z:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0099176703003465>

SUN, B. C., ADAMS, J., ORAV, E. J., RUCKER, D. W., BRENNAN, T. A. a BURSTIN, H. R. Determinants of patient satisfaction and willingness to return with emergency care. *Annals of Emergency Medicine* [online]. 2000, **35**(5), 426–434. [cit. 2014–08–30]. ISSN 1097-6760. Dostupné z:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0196064400700035>

SZPIRO, K. A., HARRISON, M. B., VAN DEN KERKHOF, E. G. a LOUGHEED, M. D. Patient education in the emergency department: a systematic review of interventions and outcomes. *Advanced Emergency Nursing Journal* [online]. 2008, **30**(1), 34–49.

[cit. 2014–08–06]. ISSN 1931-4493. Dostupné z:

<http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=8&sid=f55e0968-8b27-456a-bf3b-3b9aa353b5c4%40sessionmgr111&hid=125&bdata=Jmxhbmc9Y3Mmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=a9h&AN=31273618>

TRAN, T. P., SCHUTTE, W. P., MUELLEMAN, R. L. a WADMAN, M. C. Provision of clinically based information improves patients' perceived length of stay and satisfaction with EP. *American Journal of Emergency Medicine* [online]. 2002, **20**(6), 506–509.

[cit. 2014–08–30]. ISSN 1532-8171. Dostupné z:

http://ac.els-cdn.com/S0735675702000554/1-s2.0-S0735675702000554-main.pdf?_tid=178f6b1e-a481-11e4-a019-0000aab0f6c&acdnat=1422183688_878cb852d7e7e50476bec246f468e1c2

WAGLEY, L. K. a NEWTON, S. E. Emergency nurses' use of psychosocial nursing interventions for management of ED patient fear and anxiety. *Journal of Emergency Nursing* [online]. 2010, **36**(5), 415–419. [cit. 2014–07–25]. ISSN 1527-2966. Dostupné z:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0099176709003869>

WATT, D., WERTZLER, W. a BRANNAN, G. Patient expectations of emergency department care: phase I – a focus group study. *CJEM: Canadian Journal of Emergency Medicine* [online]. 2005, **7**(1), 12–16. [cit. 2014–08–30]. ISSN 1481-8035. Dostupné z:

<http://www.cjem-online.ca/v7/n1/p12>

WEI, H. G. a CAMARGO, C. A. Jr. Patient education in the emergency department. *Academic Emergency Medicine* [online]. 2000, **7**(6), 710–717. [cit. 2014–09–22].

ISSN 1553-2712. Dostupné z:

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1553-2712.2000.tb02052.x/pdf>

WEINGARTEN, R. M. Four generations, one workplace: a gen X-Y staff nurse's view of team building in the emergency department. *Journal of Emergency Nursing* [online]. 2009, **35**(1), 27–30. [cit. 2014–09–02]. ISSN 1527-2966. Dostupné z:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19203677>

WIMAN, E. a WIKBLAD, K. Caring and uncaring encounters in nursing in an emergency department. *Journal of Clinical Nursing* [online]. 2004, **13**(4), 422–429. [cit. 2014–09–24]. ISSN 1365-2702. Dostupné z:

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2004.00902.x/pdf>

SEZNAM ZKRATEK

ARO	Anesteziologicko-resuscitační oddělení
CTSA	Clinical and Translational Science Awards (Cena za klinickou a translační vědu)
ČR	Česká republika
JIP	Jednotka intenzivní péče
LSPP	Lékařská služba první pomoci
NCO NZO	Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů
ORL	Otorhinolaryngologie
tzv.	takzvaný
USA	United States of America (Spojené Státy Americké)