

**Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích**

**Zdravotně sociální fakulta**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**2011**

**Martina Netrvalová**



Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta

**Akutní příjem pacienta z pohledu sestry**

**Bakalářská práce**

Vedoucí práce  
Mgr. Ivana Chloubová

Autor  
Martina Netrvalová

2011

## **Abstract**

The nurse's approach to a patient who is being admitted at the emergency ward should be in all circumstances in compliance with the holistic philosophy. In the thesis we focused on the emergency admission of a patient from the nurse's point of view.

The emergency admission of a patient requires a quick and professional approach. It is important for each nurse to realize that communication with the patient, the doctor and other members of the medical team is the part of this professional approach. Another essential part is an active search of patient's current problems. In order to manage this, it is necessary to show the ability to cooperate with the patient, to know, how to proceed in a physical check-up, to be able to describe the deviations from the standard, and last but not least, to be able to communicate with the doctor about the findings.

The theoretical part of the thesis involves chapters dealing with holism, holistic philosophy, communication and physical check-up of a patient. Further this part deals with getting the anamnesis, the agreement with the admission to hospital and other formalities that belong to the procedure of admission of a patient. At the end of the theoretical part we characterize the surgical ward and the internal ward and describe abdomen aches and chest pains as typical examples of emergency admission reasons at these two wards.

The objective of this work is to find out whether nurses at these emergency wards (surgical and internal) during the process of admission provide a patient with care that is in compliance with principles of holistic philosophy and also to compare the holistic approach of nurses at the surgical and internal emergency wards.

4 questions were set before the research started. Research question No.1: How are biopsychosocial needs of a patient at the emergency admission saturated?  
Research question No.2: How can the communication of a nurse with a patient at the emergency admission ward, during the admission procedures, influence the following cooperation of the patient with the medical staff?

Research question No.3: What does the difference between the holistic care at the surgical and internal ward lie in?

Research question No.4: How can the circumstances during the emergency admission of a patient influence a nurse's respect of patient's needs?

Half-standardized interviews with 3 nurses from the surgical ward and with 3 nurses from the internal ward were used in the research part. Then, a concerned observation of those nurses was carried out, while they were taking care of a patient at the emergency admission ward.

On the grounds of the research results we can assume that the objective of the thesis was met. The objective was to describe different views and approaches of nurses to a patient who is being admitted at the emergency ward. The research results were used to compose an instruction manual called: What nurses at the Emergency Admission Ward should not forget.

**Prohlášení:**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Akutní příjem pacienta z pohledu sestry“ vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury. Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátu.

V Českých Budějovicích.....

.....

Podpis studenta

**Poděkování:**

Touto cestou bych chtěla poděkovat Mgr. Ivaně Chloubové R.N. za odborné vedení, cenné rady, připomínky a trpělivost při zpracování této bakalářské práce. V neposlední řadě patří poděkování mé rodině za psychickou podporu.

## Obsah

Obsah	1
Úvod	4
<b>1. Současný stav</b>	<b>6</b>
1.1 Holismus	6
1.1.1 Holistický pohled	6
1.1.2 Význam psychosomatické interakce v ošetrovatelství	7
1.2 Potřeby člověka	8
1.2.1 Hierarchie potřeb podle A. H. Maslowa	8
1.2.2 Nemocný člověk a jeho potřeby	9
1.3 Komunikace ve zdravotnictví	10
1.3.1 Druhy komunikace	10
1.3.2 Charakteristika efektivní komunikace	11
1.3.3 Krizová intervence u akutně přijímaných pacientů	12
1.3.4 Komunikace s rodinou	12
1.4 Fyzikální vyšetření	13
1.4.1 Fyzikální vyšetření – rozdělení	14
1.4.2 Fyzikální vyšetření celkového stavu	15
1.4.3 Fyzikální vyšetření hlavy	16
1.4.4 Fyzikální vyšetření krku	17
1.4.5 Fyzikální vyšetření hrudníku	17
1.4.6 Fyzikální vyšetření břicha	18
1.4.7 Fyzikální vyšetření končetin	18
1.5 Anamnéza a chorobopis	19
1.6 Souhlas s hospitalizací	20
1.6.1 Negativní reverz	21
1.7 Informovaný souhlas	22
1.7.1 Formy informovaného souhlasu	22



<i>1.7.2 Získání souhlasu s hospitalizací a informovaného souhlasu od cizince</i>	23
1.8 Charakteristika chirurgické ambulance	23
<i>1.8.1 Akutní příjem pacienta s bolestmi břicha</i>	24
1.9. Charakteristika interní ambulance	26
<i>1.9.1 Akutní příjem pacienta s bolestmi na hrudi</i>	26
<b>2. Cíle práce a výzkumné otázky</b>	28
2.1 Cíle práce	28
2.2 Výzkumné otázky	28
<b>3. Metodika</b>	30
3.1 Použité metody výzkumu	30
3.2 Charakteristika cílového souboru	30
<b>4. Výsledky</b>	31
<b>5. Diskuze</b>	47
<b>6. Závěr</b>	53
<b>7. Seznam použitých zdrojů</b>	55
<b>8. Klíčová slova</b>	58
<b>9. Přílohy</b>	59

## Úvod

Kvalifikovaná všeobecná sestra nečeká jen na pokyny lékaře. Rychlé tempo v nemocnicích od ní vyžaduje, aby posuzovala, předvíдалa i hodnotila stav pacientů a během několika minut na něj reagovala tak, aby péče o nemocné byla maximálně účinná a koordinovaná. Je to nelehký úkol i pro tu nejzkušenější sestru, zvláště jde-li o akutní stavy, kdy pochybení či zaváhání mohou mít fatální následky. Humanita je základním předpokladem pro povolání sestry, proto je důležité, aby sestry dokázaly pracovat v souladu s holistickou filozofií.

Pracovala jsem dříve na lůžkovém oddělení jak interním i chirurgickém, tak i na interní ambulanci. Nyní již několik let pracuji na ambulanci Chirurgického oddělení v Nemocnici Tábor, a.s. V této bakalářské práci bych se chtěla zaměřit na akutní příjem pacienta v ambulantní části interního a chirurgického oddělení. Téma akutního příjmu je součástí mého profesního života a může oslovit nejen zdravotníky, ale i laickou veřejnost.

Pro sestry na ambulancích, kde se provádí akutní příjem pacienta, je práce v týmu s lékaři a jinými zdravotnickými pracovníky samozřejmostí. Dobře sehrané týmy jsou elitou v poskytování této náročné péče. Při plnění náročných úkolů, které vyplývají z charakteru této práce, by sestra nikdy neměla zapomenout na to, že odborné ošetřovatelství tvoří základ její práce. Neopominutelnou složkou komplexní péče na příjmových ambulancích je komunikace nejen s nemocnými a spolupracovníky, ale i s rodinnými příslušníky nemocného. Práce na ambulancích, kde se provádí akutní příjem pacienta, si žádá nejen vzdělané a zkušené, ale především také flexibilní, předvídavé a pohotové sestry, které adekvátně reagují na aktuální situaci a konkrétní potřeby pacienta. Je potřeba si trvale uvědomovat, že sestru, lékaře a ostatní zdravotnické pracovníky pacienti hodnotí jako celek, přičemž ne vždy umí zhodnotit odbornost a dobře provedené výkony. Další součástí práce sestry u akutně přijímaného pacienta je aktivní vyhledávání aktuálních problémů způsobem, kterým vyšetřuje pacienta i lékař. K tomu je zapotřebí dokázat nemocného vyšetřit, vědět jak postupovat

a co vyhledávat, popsat odchylky od normy a umět s lékařem komunikovat o zjištěném nálezu.

Cílem naší práce je zjistit, zda sestry na ambulancích poskytují u akutně přijímaného pacienta ošetrovatelskou péči v souladu se zásadami holistické filozofie a porovnat holistický přístup u akutně přijímaného pacienta na chirurgické a interní ambulanci.

## **1. Současný stav**

### **1.1. Holismus**

Holismus ( z řeckého holos – celek) je filosofický směr známý jako „filozofie celistvosti“.

Termín „holismus“ ve své knize zavedl v roce 1926 jihoafrický politik J. Ch. Smuts. Podle něho není celek jen pouhý souhrn jednotlivých částí, ale nehmotný, nepoznatelný, někdy až mystický činitel celistvosti. Celek jde rozdělit na jednotlivé části, ale tímto rozdělením celistvost zanikne.

Holistická teorie chápe živé organizmy jako jednotné celky, jejichž jednotlivé části jsou vzájemně v interakci. Porucha jedné části znamená poruchu celého systému. Sestry pečují o člověka jako o celek, tedy úplnou holisticky pojatou bytost, nikoli o jeho izolované části a funkce. (17, 30)

Pojem „holistické zdraví“ zahrnuje celou osobnost člověka a všechny stránky jeho životního stylu, primární prevenci negativních tělesných a emocionálních stavů, tělesnou zdatnost, zvládání stresu, sebekoncepci, citlivost k prostředí a duchovno. V období zdraví i nemoci pomáhá lidem holistická péče převzít zodpovědnost za své zdraví, zdravý způsob života, hledat alternativy, sebeuspokojení a mobilizaci vnitřních hojivých procesů. (3, 17)

#### ***1.1.1. Holistický pohled***

Holistický pohled na člověka především znamená jiný způsob myšlení. Pochopení a akceptování tohoto přístupu nejen sestrami, ale i ostatními zdravotnickými profesionály je způsob, jak změnit současnou praxi u nás a poskytovat lidem kvalitní péči o zdraví.

Psychická zátěž může být jedním z důvodů, popř. faktorem vyvolávajícím somatické onemocnění. Každá nemoc, i banální, je provázena negativními emocemi. Pokud člověk onemocní nebo se má podrobit operačnímu zákroku, ztrácí půdu pod

nohama, prožívá strach a úzkost. Tyto psychické stavy vedou k sociální izolaci a osamocení. Ve vystupňované formě i k vyhýbání se kontaktu s lidmi. Sociální izolace a opuštěnost člověka zase vedou ke vzniku negativních emocí, strachu, hněvu a úzkosti. Životní i sociální prostředí člověka ovlivňuje přímo, nebo zprostředkovaně jeho zdravotní stav. Je dokázáno, že lidé žijící osamoceni umírají dříve. (17, 20)

### ***1.1.2 Význam psychosomatické interakce v ošetrovatelství***

„Psychika a tělo jsou neustále v interakci. Jsou vzájemně spojeny a ne odděleny. Většina lidí vyhledávající zdravotní péči pro somatické symptomy má ve skutečnosti poruchy zahrnující komplexní interakci somato-psychosociálních faktorů.“(17, s. 24) Sestry mají mezi zdravotníky výjimečné postavení, protože mají prioritu v poskytování holistické péče. Základem ošetrovatelství je péče o celého člověka tím, že jsou brány na zřetel všechny jeho tělesné, sociální, emociální, intelektuální a duchovní součásti. Úspěšná holistická ošetrovatelská péče spočívá v interakci psychofyziologických potřeb. (30)

V životě člověka existuje mnoho fascinujících příkladů psychosomatické interakce, které nám ukazují, že naše vědomí, podvědomí a tělo fungují společně. Je to např. meditace, při které dochází k přirozenému způsobu relaxace. Fyziologicky způsobuje meditace významné měřitelné změny, které spočívají v poklesu srdečních stahů, poklesu počtu dechů, zpomalení metabolismu, snížení hladiny laktátu v krvi a snížení potřeby kyslíku.

Další příklad je lechtání. Už Darwin pozoroval, že lechtat musí jiná osoba, z lechtání sebe sama není takový tělesný prožitek. Druhá osoba způsobí tělesný dotek doprovázený různými psychickými a sociálními faktory. Také apatie, se kterou se ve zdravotnictví setkáváme velmi často, je živým důkazem psychosomatické interakce. Apatie je stav psychické rezignace, který je charakteristický nedostatkem emocí nebo citů a zájmu o okolí.

Přestože většina sester věří, že psychosomatická interakce existuje, prakticky se touto teorií neřídí a k člověku nepřistupují jako k celku. Pokud se na nemoc bude

pohlížet jako na fenomén na pouze tělesné nebo pouze psychické bázi, poskytnete se pacientům špatná péče. (2, 17, 25)

## **1.2. Potřeby člověka**

Lidská potřeba je něco, co lidská bytost nutně potřebuje pro svůj život a vývoj. Prožívání nedostatku ovlivňuje psychickou činnost člověka: pozornost, myšlení a volní procesy. Jednání zaměřené na uspokojení potřeby převádí potřebu na psychologickou úroveň. Každý jedinec vyjadřuje a uspokojuje své potřeby svým způsobem, určitý druh chování se projevuje u každého jedince jinak. V průběhu života se potřeby jedince mění z hlediska kvality i kvantity. Je důležité si uvědomit, že všichni lidé mají společné potřeby, ale tyto potřeby uspokojují nejrůznějšími způsoby. Význam potřeby je buď biologický, ekonomický, nebo psychologický. (2, 31)

U biologického významu potřeba vyjadřuje stav narušené fyziologické rovnováhy. Ekonomický význam obvykle vyjadřuje nutnost nebo žádost vlastnit a užívat určitou věc, což ukazuje spíše na to, že potřebou je míněn určitý prostředek k dosahování nějakého psychologického cíle. Psychologický význam je specifický a vyjadřuje psychický stav, který odráží nějaký nedostatek. Je spojen s významem sociálním, vyjadřujícím nedostatky v sociálním životě jedince. (31)

### ***1.2.1. Hierarchie potřeb podle A. H. Maslowa***

Americký psycholog Abraham H. Maslow byl organizátorem a prvním prezidentem společnosti pro humanistickou psychologii. Maslow vytvořil teorii motivace, ze které vychází jeho teorie potřeb. Zdůrazňuje v ní těsné propojení filozofie a psychologie a navrhuje, aby se předmětem zájmu psychologů stala také filozofie hodnot. Maslowova filozofie člověka je součástí jeho světového názoru, který nazývá názorem „holisticko-dynamickým“. Podle Maslowa má každý člověk individuální systém motivů, který je hierarchicky uspořádaný, protože některé motivy jsou silnější než jiné a některé z těch silných jsou nejsilnější.

„Člověk je bytost s potřebami a dosahuje zřídka stavu plnějšího uspokojení, vyjma krátké doby. Jakmile je jedna potřeba uspokojena, staví se na její místo druhá. Pro lidskou bytost v celém jejím životě je charakteristické, že prakticky stále něco vyžaduje.“ (31, s. 14.)

Hierarchické uspořádání potřeb vede k tomu, že neuspokojené „nižší“ potřeby převládají a zvítězí v konfliktu nad neuspokojenými „vyššími“ potřebami. Potřeba seberealizace je postavena nejvýše, vyžaduje uspokojení všech dalších potřeb. Teprve je-li nižší potřeba uspokojena, může dominovat potřeba vyšší. (31) Viz Příloha č. 1.

### ***1.2.2 Nemocný člověk a jeho potřeby***

Zda jsou uspokojeny fyziologické potřeby pacienta, může sestra zhodnotit pouze objektivně. Nezbytnou součástí vyhledávání potřeb nemocného je vzájemná komunikace sestry a pacienta. Pokud není žádná komunikace možná, je pacient zcela závislý na zdravém úsudku a pečlivé práci ošetřovatelského personálu. Existuje celá řada faktorů, které narušují, znemožňují a znesnadňují způsob uspokojování potřeb člověka. Patří mezi ně: nemoc, individualita člověka, mezilidské vztahy, vývojové stadium člověka a okolnosti, za kterých nemoc vzniká.

Nemoc brání často lidem v uspokojování jejich potřeb. Svoji roli také hraje individualita, která ovlivňuje způsob vyjadřování a uspokojování potřeb. Narušená sebekoncepce člověka snižuje schopnost uspokojit základní potřeby, ale i schopnost si uvědomit, zda byly potřeby uspokojené, nebo neuspokojené. Pacienti s narušenou sebekoncepcí nejsou schopni uspokojit svoje potřeby samostatně, a budou pravděpodobně vyžadovat vždy pomoc sestry. Vztahy, nejčastěji k příbuzným a blízkým, narušují uspokojování potřeb. Sestry často vstupují do těchto vztahů, protože jsou v kritickém období v blízkosti nemocného.

Vývojové stadium člověka ovlivňuje signalizaci a způsob uspokojování potřeb. Je nutné brát v úvahu, v období kojeneckém a batolecím, někdy i v dalších obdobích, že dítě nemá dostatečné výrazové prostředky k signalizaci potřeb. Obdobné potíže s vyjádřením jsou i u starého člověka.

Dalším aspektem jsou okolnosti, za kterých nemoc vzniká, ty velice ovlivňují potřeby a jejich psychickou odezvu. Při hospitalizaci v nemocničním prostředí nemocný mnohem hůře vyjadřuje a uspokojuje svoje potřeby než-li v domácím prostředí. (16, 31)

Velmi důležitou složkou v práci sestry je využití poznatků o potřebách lidí. Pochopením potřeb pacientů sestra lépe posoudí a porozumí příčinám jejich chování. Poznatky o potřebách tvoří teoretický podklad pro ošetrovatelský proces a jeho aplikaci v domácím prostředí i v nemocnici. Teoretické poznatky také umožňují sestře přiměřenou intervenci u vystrašeného pacienta. Sestra také využije znalosti lidských potřeb k edukaci a podpoření nemocného. Pomůže mu lépe najít způsob, jak čelit situaci, pomáhá mu udržovat jeho identitu a sebeúctu, přijímat nevyhnutelné a uklidnit se. (26, 31)

### **1.3 Komunikace ve zdravotnictví**

Komunikace s člověkem, který je nemocný a měl by se v určitých situacích přizpůsobit nebo se rozhodnout, je často velmi obtížná. Je potřebné se s tímto pacientem domluvit, získat a předat informace a zároveň ho i povzbudit. Ošetrovatelská praxe klade schopnost vzájemné interakce s nemocnými i ostatními členy multidisciplinárního týmu na významné místo. Sestra využívá dovednosti komunikace s pacientem jako součást svého profesionálního vybavení. Nemocný pacient, který je odloučený od rodiny a nemůže pracovat, může mít zhoršené komunikační dovednosti. Každý druh komunikace má své zákonitosti i význam. V praxi rozlišujeme tři druhy profesionální komunikace. (23, 32)

#### **1.3.1 Druhy komunikace**

Sociální komunikace, ve které se jedná o běžný hovor při kontaktu s nemocným, vytváří vztah nemocného k osobám, které o něho pečují. Mezi situace vhodné pro rozvoj sociální komunikace patří na oddělení hygiena a úprava lůžka, pomoc při jídle, volné okamžiky v denním režimu oddělení. Sestra může s nemocným promluvit



na pokoji nebo nabídnout rozhovor na denní místnosti atd. U akutně přijímaných pacientů na ambulancích není čas na vyhledávání vhodně zvolené situace k rozhovoru, dochází většinou rovnou ke komunikaci specifické.

Specifická komunikace je oblast komunikace, kdy sdělujeme důležitá fakta, informujeme nemocného nebo ho motivujeme k léčbě. Jsou zde zvýšené nároky na srozumitelnost sdělení a formu přijatelnou vzhledem k aktuálnímu stavu nemocného. K tématům specifické komunikace řadíme informace o možných rizicích, sdělování postupu vyšetření, objasnění způsobu stravování při onemocnění.

Terapeutická komunikace je nejčastěji ve formě rozhovoru s nemocným, kdy mu poskytujeme oporu a pomoc v těžkých chvílích rozhodování, přijímání nepříjemných, i velmi závažných skutečností nebo při pomoci k adaptaci na změnu. (32)

### ***1.3.2 Charakteristika efektivní komunikace***

Mluvčí i příjemce dostávají od sebe vzájemné informace, které musí být ve srozumitelné formě. Na obou stranách je zachována důstojnost, je prostor pro dotazy a zopakování. Obě strany mohou vyjádřit svůj názor a komunikace je na verbální i neverbální úrovni.

Pro rozvoj komunikace je významná spolupráce nemocného, je důležité, aby se pacient na vše, co je mu nejasné a nesrozumitelné, zeptal. Dále je podstatné, aby sestře řekl všechny nutné informace. Bez těchto informací sestra neví, jaké má pacient obtíže a starosti. Je především v zájmu nemocného dodržovat léčebný režim. Pacient by také měl zvážit své nepřiměřené nároky na čas zdravotníků, některé oblasti v péči o své zdraví by mohl zvládnout sám nebo s pomocí rodiny. Upřímnost a důvěra ke zdravotníkům je v neposlední řadě.

Každá sestra by měla mít stále na paměti, že komunikace a rozhovor jsou pro nemocného stejně důležité jako ošetrovatelská péče a lékařská pomoc. Pro sestru je téměř nevyhnutelné, aby dokázala pacientům naslouchat, a to nejen jejich slovům, ale také pacienty vnímat zrakem, a především srdcem. To znamená lépe jim rozumět a efektivněji pomáhat. (4, 32)

### ***1.3.3 Krizová intervence u akutně přijímaných pacientů***

Náhlá a nečekaná situace vytrhuje člověka z normálního života. V řadě případů si však člověk v prvních chvílích nemusí závažnost svého stavu uvědomovat. Snažíme se proto nebagatelizovat problémy, které mohou nemocného tížit. (8)

Krizová intervence je způsob strategie, která umožní okamžité a efektivní zacházení s aktuálními reakcemi při nadměrně náročných životních situacích. Tato situace může být jakákoliv, např. ztráta partnera, domova, ale i akutní příjem do nemocnice. Krizová intervence nabízí patřičnou pomoc s cílem usnadnit situaci, umožnit správný odhad problému, pomoci při vyjadřování emocí, zajistit návrat k sebedůvěře, ale také mobilizuje podporu a účelně řeší problémy. (14)

Zároveň je toto řešení časově omezené, zahrnuje nejen pacienta, ale i jeho rodinu. Je orientováno na konkrétní problém, podporuje spoléhání se na sebe sama. Jedná se tedy o řešení akutní situace. Příkladem mohou být takové situace, kdy je onemocnění nebo úraz náhlý. Pacient může mít po převozu do nemocnice nezaopatřené děti, nezajištěnou péči o jeho blízké na něm závislé osoby, zvířata, nezajištěný dům apod. Jeho psychický stav se zhorší, pokud se setkává s nepochopením, nezájmem a odmítáním ze strany zdravotníků. Náhlé onemocnění nebo úraz mohou pacientovi způsobit právní, finanční nebo pracovní problémy. Pacient je touto situací velmi stresován a sestra pracující v souladu se zásadami holistické filozofie mu může účinně pomoci konkrétním činem. Například kontaktováním policie, oznámením obecnímu úřadu, kontaktováním rodiny apod. Ve většině případů se zjistí, že sociální síť funguje velice dobře, o vše je postaráno a pacienta může alespoň v tomto směru uklidnit. (1, 8)

### ***1.3.4 Komunikace s rodinou***

Komunikace s příbuznými je nejúčinnější prevencí celé řady nedorozumění a konfliktů mezi zdravotníky a rodinou. Od té doby, kdy vešel v platnost informovaný souhlas, se komunikace lékařů a sester s pacienty výrazně zlepšila. Problémem je ale

přetrvávající pasivita příbuzných i pacientů, kteří se málo ptají, a když se ptají, tak na nesprávném místě.

Členové rodiny předpokládají, že je lékař bude automaticky informovat o zdravotním stavu jejich blízké osoby. V případě, že narazí na odmítání lékařů i sester, zjišťují, že je vše jinak. Pacient by měl v tomto případě již při příjmu uvést, že si přeje, aby byla telefonicky informována např. jeho manželka. Vzhledem k tomu, že tuto informaci pacienti neznají, měli by být sestry i lékaři iniciativní a s touto možností je při přijetí k hospitalizaci seznámit. (10, 32)

#### **1.4. Fyzikální vyšetření**

Před fyzikálním vyšetřením se pacientovi sestra vždy představí a vysvětlí účel svého postupu. Při vyšetření se musí dbát na to, aby byla zachována důstojnost pacienta; pokud je při vyšetření přítomno více nemocných, je nutno oddělit vyšetřovanou osobu zástěnou. Důležité je při tomto vyšetření neuvádět žádné závěry, diagnózy nebo prognózy, i když je sestra předpokládá. Pacient se při vyšetření oslovuje jménem nebo titulem. Sestra s ním hovoří vlídně, vysvětlí, co bude následovat dále. Nonverbální komunikace je součástí fyzikálního vyšetření, tvář sestry by měla vyjadřovat laskavost. (21)

Cílem fyzikálního vyšetření je zaznamenat, co sestra zjistila u pacienta prostřednictvím svých smyslů. Zvládnout fyzikální vyšetření znamená umět se dívat, hmatat, slyšet a cítit. Pro to, aby bylo vyšetření přínosem a lékař se na sestru mohl spolehnout, je třeba, aby si zautomatizovala postup a vycvičila svoje smysly tak, aby se staly citlivějšími a vnímavějšími pro odchylky od normy. Úspěch a rutinu lze očekávat teprve po několika stovkách vyšetření. V momentě, kdy si sestra osvojí postupy, začíná se zamýšlet nad příčinami příznaků. Tím přesahuje rámec fyzikálního vyšetření a začne si sestavovat mozaiku naučených příznaků z teoretických oborů do obrazu určitých ošetřovatelských diagnóz. (21, 23)

### 1.4.1 Fyzikální vyšetření – rozdělení

Mezi způsoby fyzikálního vyšetření patří: pohled, pohmat, poklep, poslech, čich a vyšetření konečníkem. Tato vyšetření v praxi provádí lékař. Sestra by měla znát postupy, adekvátně lékaři asistovat a pomáhat pacientovi při zaujímání polohy při fyzikálním vyšetření. Při vyšetření pohledem se používá vlastní zrak. Nejlépe je vyšetřovat při denním světle. Pokud je pacient vyšetřován v noci při umělém osvětlení, hrozí např. přehlédnutí ikteru. Vždy se postupuje od celkového pohledu přes vyšetření hlavy, krku, hrudníku, břicha po končetiny a kůži. K vyšetření je nutné, aby se pacient svlékl, ale není potřeba, aby se svlékal hned celý. Odhalujeme jen tu část těla, která je vyšetřována. Stále je nutné mít na paměti ohleduplný a taktní přístup k pacientovi při vyšetření. Bez pečlivé znalosti postupů při vyšetření, fyziologie a patologie nálezu sestra nic nezjistí. Nejčastější rizika při vyšetření přináší spěch, umělé nebo nedostatečné osvětlení a vyšetřování oblečeného pacienta. (21)

Vyšetření pohmatem provádíme prsty, nebo rukama. Je důležité mít ohřáté ruce a krátké nehty. Když položíme ruku na kůži pacienta, získáváme informace o její teplotě, vlhkosti a napětí. Při prohmatnutí kůže a podkoží na břiše vyšetřujeme orgány a útvary v kůži a dutině břišní, jejich tvar, konzistenci, velikost a bolestivost. Při vyšetření platí zásada, že postupujeme od nejbližšího místa bolesti, kterou nemocný udává. Pokud se začne od bolestivého místa, nemocný stáhne břišní stěnu, nebo se bolest rozšíří do okolí a nepodaří se ji lokalizovat. Nejčastějšími chybami při vyšetření pohmatem jsou studené ruce, dlouhé nehty a nesystematická hluboká palpace.

Při vyšetření poklepem se položí na vyšetřovanou oblast ruka, prsty se přitlačí na kůži a mírně roztáhnou. Poklep se provádí tak, že se posledním článkem třetího prstu pravé ruky klepe na střední článek prostředníčku druhé ruky přiložené na kůži. Je důležité, aby intenzita poklepů byla stálá, pro vzájemné srovnání. Zvuky, které vznikají při poklepu, se nazývají: plný, zkrácený, temný, hypersomní a bubínkový. Chyby při vyšetřování poklepem vznikají nejčastěji při nedostatečném přitlačení prstů na kůži, různé intenzitě úderů a nevyšetření všech poklepových míst. (13, 21)

Při poslechovém vyšetření se využívá buď vlastní smysl, nebo metoda nepřímého poslechu prostřednictvím fonendoskopu, který zesiluje poslouchané zvuky. Toto vyšetření je v praxi prováděné spíše lékařem. Pokud sestra nedokáže správně pojmenovat slyšené zvuky, není to chyba, záleží opět jen na získaných zkušenostech.

Vyšetření per rectum nebo-li konečníkem je v praxi pouze v kompetenci lékaře, sestra při tomto výkonu asistuje. Je to jedno ze základních screeningových vyšetření. Hodnotí se zde pohmatový nález v oblasti svěrače a ampuly, ale také k tomu patří hodnocení stolice, která ulpí na rukavici. (21, 26)

Vyšetření čichem se používá především při hodnocení dechu neboli zápachu z úst. Při nepříjemném zápachu nesmí pacient z tváře sestry vnímat nelibost, neboť se nemusí jednat o důsledek nedostatečné hygieny, ale o příznak vážného onemocnění. (21)

#### ***1.4.2 Fyzikální vyšetření celkového stavu***

Vyšetření celkového stavu je vždy rozhodující pro rozpoznání život ohrožujícího stavu a pro případný okamžitý zásah. Do hodnocení se řadí i zjištění fyziologických funkcí. Úloha sestry zde opět spočívá v asistenci lékaři a dopomoci pacientovi. Znalosti ohledně zhodnocení celkového stavu pacienta jsou u sestry při práci u akutních příjmů nezbytné.

Definice vědomí je velmi nesnadná, protože má mnoho významů. Užívá se pro označení stavu, jehož opakem je bezvědomí, spánek nebo hypnóza. Lze ho také chápat i ve smyslu sebeuvědomování. (21)

U zdravého člověka nazýváme stav bdění s aspekty orientace místem, časem a osobou termínem „orientován“. Stačí tedy vyšetřovanému položit otázku, jak se jmenuje, zeptat se na datum a místo, kde se právě nachází. Odpověď na otázku po datu je třeba hodnotit v kontextu s ostatními kritérii, i zdravý člověk si občas nemůže vzpomenout. Poruchy vědomí můžeme dělit na ty, které můžeme rovnou pojmenovat jako kvalitativní a kvantitativní, a ty, které bodujeme a sčítáme do kategorií. Tento systém hodnocení vědomí se nazývá Glasgow Coma Scale (GCS). Při tomto skóre se

bodují a sčítají tři kategorie: otevírání očí, nejlepší slovní odpověď a nejlepší motorická odpověď. Maximální počet bodů je 15, nejhorší je 0. (6, 8)

Do vyšetření celkového stavu zahrnujeme i sledování dýchání, polohy a postoje, stability ve stoji, chůze, hybnosti, abnormálních pohybů, konstituce; hodnocení kůže, vlasů a řas, stavu výživy, výrazu tváře. Sledujeme také stav čítí, řeči a hlasu a v neposlední řadě i hodnoty krevního tlaku, srdečního tepu a tělesné teploty. (21)

### ***1.4.3 Fyzikální vyšetření hlavy***

Nezbytnou součástí fyzikálního vyšetření jsou znalosti z anatomie a fyziologie všech částí těla. Je nutné si všimnout velikosti a tvaru lebky, držení a třesu hlavy. Po úrazu hlavy se pátrá po bolestivosti, zjišťují se zdroje krvácení, zejména z uší. Vyšetření se provádí krátkými poklepy prsty postupně po celé lebce i tvářích. Bolestivý poklep nad vedlejšími dutinami nosními může znamenat jejich zánět. Bolestivý pohmat po předchozím úrazu hlavy zase svědčí pro podezření na frakturu obličejového skeletu. U vyšetření očí si všímáme jejich pohybů, symetrie a šířky očních štěrbin, barvy a tvaru očních víček a krvácení pod kůži víček. Dalším průvodním příznakem, kterého si sestra všimá, je rozšíření či zúžení zornic. Mióza neboli zúžení zornic signalizuje poškození sympatických krčních vláken léky nebo drogami. Mydriáza, kterýmžto pojmem označujeme rozšířené zornice, svědčí o poškození parasympatických krčních vláken. Při vyšetření zevního zvukovodu se na interní a chirurgické ambulanci hodnotí pouze krvácení či výtok z ucha a orientačně zkouška sluchu pomocí řeči. Ostatní vyšetření se provádí na ORL ambulanci. Nos se vyšetřuje pohledem a pohmatem, hodnotíme velikost, zbarvení, sekreci, krvácení a deformity. Vyšetření dutiny ústní se provádí opět pohledem, hodnotí se stav sliznice, vyhledává se případný zdroj krvácení. Důležitý ukazatel při poranění hlavy je nález při plazení jazyka, symetrie. (21, 26)

#### ***1.4.4 Fyzikální vyšetření krku***

Nejvhodnější poloha při vyšetření krku je vsedě. Pokud se ale vyšetřuje pacient po úrazu hlavy či krku a vyšetřuje se krční páteř, je nutná poloha pacienta vleže na zádech. Dále se vyšetřuje velikost štítné žlázy, náplň krčních žil a pulzace na artériích carotis. Patologická může být jen zvýšená náplň krčních žil, která vzniká následkem městnání v povodí horní duté žíly, jehož příčinou bývá akutní i chronické pravostranné srdeční selhání, stenóza a insuficience srdeční chlopně, tamponáda perikardu nebo přetlakový pneumotorax. Zvýšená náplň krčních žil může být také způsobena tlakem na játra. Totiž pokud se zvýší hepatojugulární reflux, který má stejné příčiny jako trvale zvýšená náplň krčních žil. (5, 21)

#### ***1.4.5 Fyzikální vyšetření hrudníku***

K vyšetření hrudníku je zapotřebí znalost orientačních čar na hrudníku, které se užívají pro snazší popis a orientaci. Pacient se vyšetřuje svlečený do půl těla, tak aby k němu byl přístup zepředu i zezadu. Rozlišení šelestů je pro sestru velice náročné, proto jejím úkolem je pouze při tomto vyšetření asistovat.

Dále se hodnotí tvar hrudníku a vybočení páteře. Pro sestru je nejvýznamnějším fenoménem dýchání. Důležité je povšimnout si, zda jsou dýchací pohyby symetrické; pokud jsou dýchací pohyby asymetrické, je nutné ihned informovat lékaře, neboť mohou svědčit pro výpotek nebo pneumotorax. (26, 19)

Mnohem častěji se v dnešní době objevuje onemocnění prsní žlázy i u mužů. Je tedy důležité nepodcenit vyšetření prsů i u mužů. Hodnotíme symetrii, vpáčení, popř. sekreci z bradavek. Pokud se vyskytne hmatná rezistence, posuzuje se její velikost, tvar, konzistence, pohyblivost nebo fixace k okolí. Při vyšetření prsů se zároveň vyšetřují i lymfatické uzliny. K vyšetření hrudníku nezbytně patří poklep, poslech, hrudní chvění a bronchofonie. (21)

Základním vyšetřením zejména na interní ambulanci je vyšetření srdce. Pohledem se vyšetřuje srdeční krajina, pohledem a pohmatem úder srdečního hrotu, poslechem ozvy a srdeční akce. (26)

#### **1.4.6 Fyzikální vyšetření břicha**

Břicho se vyšetřuje vždy u pacienta ležícího na zádech při mírném pokrčení kolen, které umožní relaxaci břišních svalů. U dětí je vhodnější ponechat nohy natažené, protože děti napínají břišní stěnu tím, jak se snaží nohy pokrčit. Břišní stěna se pro snadnější popis nálezu dělí na čtyři kvadranty nebo na devět ploch. Vyšetřují se tak všechny orgány, které jsou zde uloženy.

Vyšetření pohledem je významné pro zjištění ve vztahu k hrudníku. Břicho v úrovni hrudníku je norma. Břicho výrazně pod úrovní nacházíme u kachektických pacientů nebo u pacientů s difúzní peritonitidou. U pacientů s ascitem, s přítomností většího množství plynu a ileem nacházíme břicho nad úrovní hrudníku. Pátrá se po souměrnosti, vyklenutí či velikosti břicha. Při vyklenutí se podle lokalizace rozděluje na pupeční, tříselnou, scrotální či labiální kýlu a kýlu v jizvě. Dále se sleduje přítomnost kolaterálního oběhu tzv. caput medusae. Jedná se o rozšíření podkožních žil, ke kterému dochází u portální hypertenze, např. z důvodu jaterní cirhózy. Pátrá se po jizvách po operacích či úrazech. Typický obraz obstrukce střev způsobené stenózou pyloru nebo ileu je rýsování střevních kliček. Vypadá jako plazení hada po břiše.

Vyšetření pohmatem, poklepem, poslechem a per rectum je rovněž zásadní v diagnostice bolestí břicha. Vyšetření břicha provádí lékař, sestra mu pouze asistuje a napomáhá pacientovi. (13, 21, 26)

#### **1.4.7 Fyzikální vyšetření končetin**

Je nutné si při vyšetření všimnout otoků, tvaru a barvy prstů, nehtů a kůže, pulzace periferních tepen, žil, svalů, šlach cév a nervů, hybnosti kloubů a svalového tonu. Na končetinách se může jako první objevit příznak celkového onemocnění nebo život



ohrožujícího stavu. Úrazy na končetinách jsou jedním z nejčastějších důvodů pro fyzikální vyšetření pohmatem a pohledem. V tento moment je důležité cílené fyzikální vyšetření, na jehož základě je pacient vyslán na rentgenový snímek. Toto vyšetření provádí lékař. (1, 21)

## **1.5 Anamnéza a chorobopis**

Anamnéza je získání informací od pacienta potřebných ke stanovení lékařské i ošetrovatelské diagnózy. Při správném a důsledném získání anamnézy je vyšší šance rozpoznat a stanovit správnou diagnózu. Anamnézu dělíme na osobní, alergickou, farmakologickou, rodinnou, gynekologickou, epidemiologickou, pracovní a sociální. Do anamnestických údajů řadíme i dotazy na užívání alkoholu, drog, kouření a pití kávy. Těmito údaji začíná lékař vyplňovat zdravotnickou dokumentaci, jestliže přijímá pacienta do nemocnice. Pokračuje pátráním po nynějších potížích, která jsou subjektivním pocitem pacienta. Ptá se pacienta, jak dlouho jeho potíže trvají. Je nutné, aby pacient tyto potíže co nejlépe popsal. Aby též uvedl, co těmto potížím předcházelo, při jaké činnosti začaly a jak se vyvíjely. Důležitá je informace, jak tyto obtíže nemocného obtěžují. Zaznamenává se poslední příjem potravy, tekutin nebo léků. (6, 27)

Častým příznakem u akutně přijímaných pacientů je bolest. Lékař tuto bolest podrobně popisuje do chorobopisu: od kdy trvá a odkud začala, provokující a potlačující faktory bolesti, charakter bolesti, vyzařování bolesti, její síla a jak ji pacient snáší, zda ovlivňuje spánek; a ptá se na dosavadní řešení bolesti pacientem. (6, 13)

Typickou bolestí u pacientů přijímaných na interní ambulanci je bolest na hrudi. Lékař zjišťuje, zda pacient kašle, vykašlává, má horečku, potí se a zda pacient zaznamenal nějaké poruchy vědomí. Ptá se na chuť k jídlu, hmotnostní výkyvy v poslední době, poruchy vylučování, spánku a nálad. Při získání anamnézy je ideální mít prostor a dostatek času k vyslechnutí pacienta. Je vhodné nezasahovat do jeho líčení obtíží, neklást sugestivní otázky a nepodbízet odpovědi. (28)

Dále se do chorobopisu podrobně vypisuje status praesens, který popisuje současný stav. Je to objektivní nález, který zjišťuje lékař celkovým fyzikálním vyšetřením. Toto vyšetření provádí pohledem, pohmatem, poklepem, poslechem a také zahrnuje informace o výšce, hmotnosti, BMI indexu, aktuální hodnotě krevního tlaku, tělesné teploty a tepové a dechové frekvence. (6)

Všechny získané nálezy pozitivní i negativní lékař pečlivě dokumentuje z důvodů forezních, ale zejména pro podrobnější představu o vývoji stavu. Např. u bolestí břicha zaznamená, že břicho není peritoneálně drážděno. Nesnadná úloha lékaře je v diferenciální diagnostice, přemýšlí nad všemi možnými variantami. Pokud lékař stanoví diagnózu nemoci, přiřazuje jí kód tzv. mezinárodní klasifikace nemocí. S diagnózou úzce souvisí prognóza, chápána jako prognóza přežití aktuálního akutního stavu. Její vyslovování musí být vždy velmi uvážlivé, zejména pokud chybí potřebná vyšetření. Po celou dobu získávání anamnézy a sepisování chorobopisu lékařem sestra vykonává ordinace lékaře, připravuje potřebné dokumenty a neustále sleduje celkový stav pacienta. (6, 30)

## **1.6 Souhlas s hospitalizací**

V případě, že lékař stanoví diagnózu a zhodnotí vyšetřovaného jakožto nemocného, přichází na řadu ústní domluva ohledně souhlasu s hospitalizací. Je to zásadní moment v celém procesu, kdy nastává rozhodování ze strany pacienta a argumentace ze strany lékaře. Pokud pacient souhlasí, podepíše k tomuto účelu vytvořený formulář obecného souhlasu s hospitalizací a poskytováním informací. Každá nemocnice má vytvořený svůj vlastní formulář, který obsahuje: jméno, rodné číslo, zdravotní pojišťovnu a bydliště pacienta. Dále obsahuje formule, které poučují o právech souvisejících s poskytováním informací o zdravotním stavu a nahlížením do zdravotnické dokumentace včetně pořizování opisů, výpisů a kopií. Pacient se také podepisuje pod to, že souhlasí s poskytováním informací níže uvedené osobě a bere na vědomí, že jiným osobám tyto informace poskytnuty nebudou. Zpravidla udává pacient maximálně dvě osoby. To samé platí pro nahlížení do jeho zdravotnické dokumentace

druhou osobou. Má také možnost uvést, aby nebyly informace o jeho zdravotním stavu a nahlížení do dokumentace přístupné nikomu. Dále zde prohlašuje, že byl informován o rozsahu zdravotní péče a že jsou mu známy důvody hospitalizace. Je poučen, že na oddělení, kde bude hospitalizován, probíhá výuka studentek ze zdravotnické školy, popř. studentů medicíny. Má možnost zaškrtnout, zda souhlasí, či nesouhlasí, aby se podíleli na jeho ošetřování a nahlíželi do jeho dokumentace. Tato poučení zabezpečuje lékař a sestra je tomuto přítomna. (10, 30)

V případě, že přijímaný pacient nemůže obecný souhlas s hospitalizací a poskytováním informací podepsat, a to z důvodu zdravotního stavu, nebo protože pacient není způsobilý, tuto skutečnost lékař na formulář zapíše a sestra potvrdí svým podpisem své svědectví. Každé přijetí pacienta bez jeho písemného souhlasu do nemocnice je zdravotnické zařízení povinno oznámit do 24 hodin soudu. Oznámení se odvádí soudu, pod jehož obvod zdravotnické zařízení spadá. Pokud pacient do 24 hodin po příjmu podepíše souhlas, tato povinnost nemocnici odpadá. (30)

### ***1.6.1 Negativní reverz***

Současný právní stav vychází ze základního principu svobody rozhodování v oblasti práva na tělesnou integritu a její nedotknutelnost. Pacient má proto právo potřebnou péči odmítnout, což musí být ze strany zdravotníků respektováno. (30, 7)

Při odmítnutí péče, tedy i hospitalizace, si musí ošetřující lékař nechat od pacienta podepsat písemné prohlášení o tom, že nemocný i přes náležité vysvětlení potřebnou péči odmítá. Toto prohlášení označujeme jako negativní reverz, který obsahuje: údaj o zdravotním stavu a potřebném zdravotním výkonu, popř. nutnosti hospitalizace, možné následky odmítnutí, záznam vyjádření pacienta a písemné prohlášení, že i přes poskytnuté vysvětlení výkon či hospitalizaci odmítá. V závěru se vedle uvedeného místa, data a hodiny podepíše lékař, který poučení provedl, a nakonec se přidá podpis pacienta. Nemůže-li nebo nechce-li pacient podepsat, opatří se záznam jménem a podpisem svědka, který byl u projevu odmítnutí přítomen. Pokud pacient

přichází s odstupem času na kontrolu a opět výzvu lékaře k potřebnému zákroku či hospitalizaci odmítá, musí s ním lékař znovu podepsat negativní reverz. (10, 11, 27)

## **1.7 Informovaný souhlas**

Informovaný souhlas se stal důležitým nástrojem k poskytování informací a je brán jako projev pacientovy vůle. Jeho informační, psychologický a právní význam je mimořádný proto, že bez informovaného souhlasu nelze pacienta léčit. Předkládání informovaného souhlasu je pouze v kompetenci lékaře. (9, 10)

„Jakýkoliv zákrok v oblasti péče o zdraví je možno provést pouze za podmínky, že k němu dotčená osoba poskytla svobodný a informovaný souhlas.“ (10, s. 26)

Výjimkou je stav krajní nouze, při kterém nelze získat konkrétní souhlas a současně je lékařský zákrok pro záchranu zdraví a života pacienta nutné provést bezodkladně. V takových případech se pacientův souhlas předvídá a lékař koná dle svého nejlepšího vědomí a svědomí. Souhlas nemocného musí splňovat tři základní náležitosti. Musí být poučený, kvalifikovaný a svobodný. Toto tvrzení je ale sporné a vyvolává spoustu otázek. Informovaný souhlas je požadován proto, aby se nemocný mohl kvalifikovaně rozhodnout pro navrhovanou léčbu. Poučení pacienta je specifické, protože laikova kvalifikace se nikdy nemůže vyrovnat lékaři. (10, 15)

### **1.7.1 *Formy informovaného souhlasu***

Právo na informovaný souhlas se realizuje těmito způsoby: ústně, konkludentně, nebo písemně. V běžných situacích se na ambulancích nebo ordinacích praktických lékařů setkáváme nejen s ústním souhlasem, ale také s konkludentní formou. To znamená, že souhlas pacienta vyplynul ze situace a je udělen mlčky, ovšem za jasného vyjádření souhlasným gestem. Příkladem může být natáhnutí paže k odběru krve či otevření úst na výzvu. U vážnějších diagnostických a léčebných úkonů je vždy nutné požadovat písemný informovaný souhlas, jemuž musí předcházet ústní vysvětlení poskytované informace. Zdravotník tak podává informace volnějším způsobem, který je

pro nemocného srozumitelnější. Písemná forma je psaná odborným jazykem, jelikož slouží i jako forenzní doklad. (15, 30)

### ***1.7.2 Získání souhlasu s hospitalizací a informovaného souhlasu od cizince***

Pokud potřebujeme získat souhlas s hospitalizací a informovaný souhlas od cizince, který nerozumí česky, je nutné ho poučit v jazyce, kterému rozumí, popř. využít česky mluvící rodinné příslušníky nebo jeho doprovod. Další variantou je využít příslušným jazykem hovořícího člena personálu nemocnice. Ve většině nemocnic je tento seznam již zpracován. (10, 1)

Některé nemocnice mají smlouvu s tlumočnickou společností, která je dostupná 24 hodin na telefonu. Tato možnost je i v Nemocnici Tábor, a.s., kde tuto službu poskytuje společnost Sophia nebo některá z ambasad, jejichž seznam je rovněž dostupný na nemocničním intranetu. (12)

## **1.8 Charakteristika chirurgické ambulance**

Chirurgický obor se zabývá prevencí, diagnostikou a operační léčbou onemocnění různých orgánů včetně poranění. Na chirurgické ambulanci se provádí příjem pacientů k plánovaným i k akutním výkonům, kontrolní vyšetření a převazy ambulancních pacientů. Provádějí se zde drobné operační výkony, ošetření menších poranění a poskytuje se zde odborná lékařská první pomoc. (25)

Akutní příjem pacientů se na chirurgické ambulanci provádí velice často. Jsou to pacienti s nejrůznějšími obtížemi, které do chirurgického oboru spadají. Rozhodujícím faktorem při rozhodování, zda je pacienta nutné hospitalizovat, je charakter a závažnost onemocnění či úrazu. Zpravidla to jsou komplikace nebo zhoršení nějakého chronického onemocnění, jako je například diabetická gangréna, akutní žilní nebo tepenný uzávěr nebo náhle vzniklé a zhoršující se bolesti břicha nejasné i zřejmé etiologie a nejrozmanitější škála úrazů, které vyžadují nemocniční péči nebo přímo pacienta ohrožují na životě.

Ambulantní část chirurgického oddělení by měla být stavebně dostupná pro vozy záchranné služby. Pro nemocné handicapované a takové, kteří přicházejí s bolestmi či úrazem, by měla mít bezbariérový přístup. Je rozdělena na několik místností a podle charakteru úrazu či ošetření jsou pacienti ze základní příjmové ambulance vysláni zpátky do čekárny a zváni buď na septický nebo aseptický sálek a sádrovnu. (25, 27)

Sestra na chirurgické ambulanci asistuje lékaři, reguluje společně s lékařem pořadí pacientů, vyhledává dokumentaci v kartotéce. Provádí základní vyšetření, jako odběry biologického materiálu a převazuje rány, defekty a popáleniny. Aplikuje léky, připravuje sterilní stolek k malým chirurgickým výkonům, udržuje čistotu a úklid ambulancí, doplňuje zdravotnický materiál a zhotovuje sádrové obvazy dle ordinace a asistence lékaře. (18)

### ***1.8.1 Akutní příjem pacienta s bolestmi břicha***

Bolest břicha je vedle úrazových stavů jedním z nejčastějších důvodů akutního příjmu pacienta na chirurgické ambulanci. V případě, že je bolest břicha častá a obvykle nevýrazná, může být příznakem závažného a někdy i život ohrožujícího onemocnění. Stav pacienta se může postupně zhoršovat. Stěžuje-li si nemocný na náhle vzniklou intenzivní bolest v břiše, je třeba jednat okamžitě. Takový postup vyžaduje znalost charakteru břišních bolestí.

Hluboká bolest vzniká při poškození dutých břišních orgánů, bolest začíná obvykle jako tupá neohraňovaná a přerušovaná bolest ve střední břišní čáře. Do oblasti, odkud je bolest původem, se přesunuje později.

Nástěnná bolest je důvodem zánětu nebo podráždění pobřišnice. Může být varováním, že došlo k proniknutí krve nebo střevního obsahu do dutiny břišní. Pacienti ji často popisují jako palčivou a stálou bolest. Pohmatem tato bolest zesiluje. (19, 26)

Přenesená bolest je pacientem pocíťována v kožním okrsku vzdáleném od postiženého orgánu. Příkladem je bolest slinivky břišní, která může vyzařovat do levého ramene, nebo bolest při podbráničním abscesu, která se často promítá do pravé lopatky.

Sestra si musí uvědomit, že bolest břicha je vždy subjektivní. Je třeba, aby počítala s tím, že nemocný přesné místo, odkud bolest vychází, nedokáže určit. (23)

U pacienta s bolestmi břicha je sestra velice ostražitá a musí umět dobře vyhodnotit pořadí ošetření pacientů v případě, že je na ambulanci více pacientů s akutními potížemi. V první řadě pacienta položí na transportní lůžko, a pokud není lékař přítomen, ihned ho přivolá. Jejím úkolem je rychlé zhodnocení pacientova stavu, charakteru bolestí a změření základních fyziologických funkcí, které monitoruje po celou dobu pobytu pacienta na ambulanci. Pomáhá pacientovi do příchodu lékaře zaujmout úlevovou polohu a přitom získává anamnestické údaje. Dalším krokem je nutná administrativa, která obsahuje: zadání pacienta a jeho osobních údajů do počítače, tzn. rodné číslo, jméno, příjmení, bydliště, kód zdravotní pojišťovny, nejbližšího příbuzného, který je uváděn jako kontaktní osoba, jméno praktického lékaře a, pokud je nemocný zaměstnaný, celou adresu zaměstnavatele. (24, 26)

Po příchodu lékaře sestra předává stručně svoje zjištění a stává se asistentkou jak lékaře, tak i pacienta. Lékaři podává potřebné pomůcky, k poslechu, k vyšetření per rectum, a plní jeho ordinace. Zajišťuje permanentní žilní vstup, odběry biologického materiálu, vypisování žádanek k požadovaným vyšetřením, jak elektronicky, tak ručně. Pokud je pacient indikován urgentně na operační sál, zavádí sestra nasogastrickou sondu a permanentní močový katétr.

Sestra též telefonicky informuje sanitáře o nutnosti převézt pacienta na rentgenové vyšetření a nutnosti transportu biologického materiálu do laboratoře. Při návratu pacienta z potřebných vyšetření pátrá po změnách jeho stavu. Nyní by měl být prostor pro rozhovor s pacientem. Lékař všechna vyšetření zhodnotí, provede podrobnější fyzikální vyšetření a popíše pacientovi svá zjištění. Na těchto základech pacientovi doporučí hospitalizaci.

Pokud pacient souhlasí, přichází na řadu administrativní část akutního příjmu. Sestra připraví chorobopis a stručně telefonicky informuje sestry na oddělení o pacientovi. Lékař zaznamenává všechny informace do dokumentace, tzn. sepisuje akutní příjem. Vedle administrativních povinností musí být sestra všímavá k pacientovi a plnit požadavky lékaře. Po sepsání chorobopisu a všech potřebných náležitostí, jako je

souhlas s hospitalizací, sepsání cenností, a po základním informování příslušníků rodiny, pokud se zajímají, je pacient odvážen sanitářem na příslušné oddělení.

Okolnosti práce sestry na chirurgické ambulanci jsou různé a nepředvídatelné. Nelze proto uniformně popsat přesné postupy činností sestry u akutního příjmu. (25, 26, 27)

## **1.9 Charakteristika interní ambulance**

Interní obor léčí pacienty s onemocněním vnitřních orgánů. Léčba probíhá zpravidla konzervativně bez chirurgického zásahu. Onemocnění vnitřních orgánů může postihnout člověka v různém období, ale nejvíce se vyskytuje ve stáří, a proto je nutné přihlížet při ošetřování i ke specifickým příznakům a potřebám těchto pacientů.

Ambulantní část interního oddělení je většinou umístěna v přízemí budovy. Nemocný přichází na základě písemného doporučení jiného ambulantního lékaře, nebo bez doporučení lékaře, jestliže jde o akutní příhodu. Ambulance se může dělit na ordinaci pro pacienty s onemocněním gastrointestinálního traktu a na ambulanci s onemocněním kardiovaskulárního systému. Sestra na příjmové ordinaci rozesílá pacienty do příslušné ordinace. (28)

Práce sestry je na interní ambulanci různorodá: reguluje příjem a pořadí pacientů, zakládá a vyhledává dokumentaci v kartotéce, asistuje lékaři při vyšetřování, měří fyziologické funkce a natáčí a hodnotí EKG záznam. Provádí základní fyzikální vyšetření, aplikuje léky, komunikuje s pacienty, jejich příbuznými a s ostatními spolupracovníky. U intoxikovaného pacienta provádí výplach žaludku. Odebírá vzorky biologického materiálu na vyšetření a vypisuje žádanky. Udržuje ordinace v čistotě a doplňuje zdravotnický materiál. (25, 32)

### ***1.9.1 Akutní příjem pacienta s bolestmi na hrudi***

Bolest na hrudi je nepříjemný pocit, který se projevuje pícháním, tlakem, svíráním nebo pálením, která pronikají do oblasti hrudníku. Bolest na hrudi často



znamená předzvěst nebo příznak stavu velmi závažného, až bezprostředně ohrožujícího život. Mezi nejzávažnější stavy, které se projevují bolestí na hrudi, patří akutní infarkt myokardu, embolizace plicnice a disekující aneurysma aorty. Mezi další příčiny, poněkud méně závažné, patří zhmoždění hrudníku, angina pectoris, zánět osrdečníku nebo spontánní pneumotorax. (18)

Sestra na interní ambulanci musí správně zhodnotit intenzitu a charakter bolesti na hrudi, se kterými pacient přichází. Vyzve pacienta k popsání bolesti, zda je tlaková nebo ostrá a kde je nejsilnější. Pacient se položí na transportní lehátko, sestra ihned volá lékaře a natáčí mu 12svodové EKG. Ještě před zahájením léčby je nutné změřit hodnoty základních životních funkcí. Dále sestra jedná dle ordinací lékaře, podává kyslík brýlemi nebo maskou, aplikuje léky tišící bolest a nitroglycerin, nabírá krev a zavádí permanentní žilní katétr, vypisuje žádanky a ihned posílá po sanitáři do laboratoře. Za stálé kontroly fyziologických funkcí připravuje chorobopis a všechny dokumenty potřebné k příjmu pacienta. Během celého procesu akutního příjmu je pacient v naprostém klidu na lůžku. Sestra na nemocného po celou dobu pobytu na ambulanci působí uklidňujícím dojmem a vysvětluje následující kroky, které jsou nezbytné pro diagnostiku a léčbu. Po sepsání chorobopisu a podepsání potřebných náležitostí je pacient vleže předán sestrou na oddělení. (29)

## **2. Cíl práce a výzkumné otázky**

### **2.1 Cíle práce**

#### Cíl 1

Zjistit, zda sestry na ambulancích u akutně přijímaného pacienta poskytují ošetrovatelskou péči v souladu se zásadami holistické filozofie.

#### Cíl 2

Porovnat holistický přístup sester u akutně přijímaného pacienta na chirurgické a interní ambulanci.

### **2.2 Výzkumné otázky**

#### Výzkumná otázka 1

Jakým způsobem jsou u pacienta při akutním příjmu saturovány jeho biopsychosociální potřeby?

#### Výzkumná otázka 2

Jakým způsobem může komunikace sester s pacientem při akutním příjmu na ambulanci ovlivňovat následnou spolupráci pacienta a zdravotnického personálu?

#### Výzkumná otázka 3

V čem spočívá rozdíl v poskytované holistické péči u pacienta při akutním příjmu na chirurgické a interní ambulanci?

Výzkumná otázka 4

Jakým způsobem mohou okolnosti akutního příjmu pacienta ovlivnit sestru při respektování pacientových potřeb?

### **3. Metodika**

#### **3.1 Použité metody výzkumu**

Pro naplnění uvedených cílů bylo zvoleno kvalitativní výzkumné šetření. Před zahájením výzkumného šetření byl vyjádřen souhlas vedení Nemocnice Tábor, a.s., k provádění tohoto šetření. Výzkumné šetření a sběr dat probíhal u všeobecných sester na chirurgické a interní ambulanci Nemocnice Tábor a.s.

Sběr dat byl prováděn formou polostandardizovaného rozhovoru a zúčastněného pozorování. Rozhovory se sestrami byly uskutečněny v měsících únoru a březnu 2011 a následně bylo provedeno zúčastněné pozorování těchto sester. Pozorování bylo zaznamenáno do pozorovacího archu. Rozhovor obsahoval 14 otázek, a z toho první 3 otázky byly identifikační. K získání dat z rozhovoru byl použit diktafon. S nahráváním rozhovoru respondentky souhlasily.

#### **3.2 Charakteristika cílového souboru**

Výzkumný soubor tvořily 3 všeobecné sestry pracující na chirurgické ambulanci a 3 všeobecné sestry pracující na interní ambulanci. Jsou různého věku od 36 let do 53 let. Všechny jsou registrované. Délka jejich praxe na příjmové ambulanci je od 7 do 34 let.

„Následující pasáž o rozsahu 22 stran obsahuje utajované skutečnosti a je obsažena pouze v archivovaném originále bakalářské práce uložené na Zdravotně sociální fakultě JU.“

## 6. Závěr

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, zda sestry na ambulancích u akutně přijímaného pacienta poskytují ošetrovatelskou péči v souladu se zásadami holistické filozofie, a porovnat holistický přístup sester u akutně přijímaného pacienta na chirurgické a interní ambulanci.

Výsledky ukazují, že i přes neznalost sester pojmů „holismus a holistická filozofie“, jsou schopny poskytovat ošetrovatelskou péči v souladu se zásadami holistické filozofie. Musíme však podotknout, že některé sestry se tohoto výzkumného šetření formou rozhovorů a pozorování účastnily s velkými obavami a nedůvěrou. Smyslem práce nebylo hledání chyb a snaha o kritiku práce sester, ale naším cílem bylo zaznamenat různé pohledy sester na akutně přijímaného pacienta. Dále jsme chtěli poukázat na různá úskalí práce sestry při akutním příjmu pacienta v ambulantním sektoru.

Cíle práce byly splněny a výzkumné otázky zodpovězeny. Na základě provedeného výzkumného šetření jsme dospěli k těmto závěrům:

„Uspokojování potřeb u akutně přijímaného pacienta závisí na závažnosti zdravotního stavu, na časové tísni a na osobnosti jednotlivé sestry. Nejčastěji jsou saturovány biologické potřeby. Sestry ale neopomíjejí ani ty psychické a sociální.“

„Akutně přijímaný pacient na ambulancích vyžaduje nejen rychlý a odborný přístup, ale i pochopení a dostatečnou komunikaci zdravotníků.“

„Sestry na chirurgické ambulanci se domnívají, že je sestra na interní ambulanci v kontaktu s akutně přijímaným pacientem o mnoho méně, v čemž spatřují rozdíl v poskytování holistické péče na těchto ambulancích. Dle našeho názoru zde v poskytované holistické péči rozdíl není.“

„Sestra je u akutního příjmu na ambulanci ovlivněna vnějšími i vnitřními faktory. Mezi nejčastější vlivy sestry řadí časový tlak ze strany lékařů a ostatních pacientů. Dále se některé setkávají s nervozitou v souvislosti se závažným stavem pacienta.“

„Ačkoli má nemocnice, kde probíhalo výzkumné šetření, certifikát kvality péče, bojí se zde sestry toho, že se výzkumným šetřením najdou nedostatky v jejich práci.“

Akutní příjem pacienta z pohledu sestry by měl být proveden rychle a profesionálně. Je důležité, aby si každá sestra uvědomila, že součástí tohoto odborného přístupu je i komunikace s pacientem a lékařem. Další nezbytnou součástí akutního příjmu pacienta je aktivní vyhledávání jeho problémů. K tomu je zapotřebí dokázat s nemocným spolupracovat, vědět jak postupovat při fyzikálním vyšetření, umět popsat odchylky od normy a v neposlední řadě umět komunikovat s lékařem o zjištěném nálezů.

Výsledky výzkumného šetření byly použity k vytvoření manuálu na téma: Na co by sestry u akutního příjmu pacienta neměly zapomínat, který je uveden v příloze č. 5.

Závěrem bych chtěla zdůraznit větu, která byla již uvedena v teoretické části naší bakalářské práce: „Pro sestru je téměř nevyhnutelné, aby dokázala pacientům naslouchat, a to nejen jejich slovům, ale také pacienty vnímat zrakem, a především srdcem.“

## 7. Seznam použitých zdrojů

1. ADAMS, B., L., HAROLD, C., Sestra a akutní stavy od A do Z, Praha: Grada Publishing, s. 488, ISBN: 80-7169-983-8.
2. ASBJORN, O., FALEIDE, LILLERA, B., LIAN, EYOLF, K., FALEIDE, Vliv psychiky na zdraví. Praha: Grada Publishing 2004, ISBN 978-80-247-2864-3.
3. BAKALÁŘ, B. – PACHL, J., Organizace příjmu těžce nemocného., Intenzivní péče v traumatologii 2001, s.18-19.
4. BAMBUŠOVÁ, V., – MATĚJKOVÁ, N., Návuk komunikace s nemocným - moderní přístup, Diagnóza v ošetrovatelství, roč. 4, č.2 2008, s.27, ISSN 1801-1349.
5. BÁRTOVÁ, M., – HROMÁDKOVÁ, P., Úloha sestry u příjmu pacienta s polytraumatem., Ročenka intenzivní medicíny 2004, s. 245-246.
6. BYDŽOVSKÝ, J., Akutní stavy v kontextu, 1. vyd, Praha: Triton 2008, 450s, ISBN: 978-80-7254-815-6.
7. DRÁBKOVÁ, J., Liší se kvalita péče o akutně přijaté pacienty ve všedních dnech a v průběhu víkendu?, Referátový výběr z anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny, roč.54, č.3 2007, s.199-200, ISSN1212-3048.
8. ERTLOVÁ, F., MUCHA, J. a kolektiv, Přednemocniční neodkladná péče. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně 2000, ISBN 80-7013-300-7.
9. HALUZÍKOVÁ, J., Informovaný pacient – spokojený pacient, zdravotník v roli edukátora, Diagnóza v ošetrovatelství, roč. 2, č. 7 2006, s. 276-280, ISSN 1801-1349.
10. HAŠKOVCOVÁ, H., Informovaný souhlas, proč a jak? Galén 2007, ISBN 978-80-7262-497-3.
11. INTERNÍ PŘEDPIS NEMOCNICE TÁBOR, Informovaný, neinformovaný souhlas, Směrnice č. 34,
12. INTERNÍ PŘEDPIS NEMOCNICE TÁBOR, Odstraňování bariér při poskytování zdravotní péče. Směrnice č 93.



13. KEPKOVÁ, M. – BRADOVÁ, M., Úloha sester na příjmovém místě. Týmová práce., Intenzivní péče v traumatologii 2001, s.181.
14. KŘIVOHLAVÝ, J.: Sestra a stres. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. 119 s. ISBN 978-80-247-3149-0.
15. KUTNOHORSKÁ, J.: Etika v ošetrovatelství. Praha: Grada Publishing, 2007. 163 s. ISBN 978-80-247-2069-2.
16. LACIGOVÁ, S., Myslíte si, že postoje, potřeby a přání vás a vašich pacientů jsou shodné?, Diabetologie, metabolismus, endokrinologie, výživa, roč. 8, č.1, 2005, s. 33, ISSN 1212-6853.
17. MASTILIAKOVÁ, D.: Holistické přístupy v péči o zdraví. Brno: IDV PZ, 1999. 164 s. ISBN 80-7013-277-9.
18. MEULEMANS A. Urgentní medicína a urgentní příjmy- management poptávky versus poskytování akutní péče., Urgentní medicína roč. 6, č. 3 2003, s. 12-20, ISSN 1212-1924.
19. MIKŠOVÁ, Z., FROŇKOVÁ M., Kapitoly z ošetrovatelské péče II. Praha: Grada Publishing 2006, ISBN: 80-247-1443-4.
20. MLÝNKOVÁ, J., Saturace potřeb klientů v domácí i ústavní péči, Sociální péče, č. 3 2009, s. 21-23, ISSN: 1213-2330.
21. NEJEDLÁ, M., Fyzikální vyšetření pro sestry. Praha: Grada Publishing 2006, ISBN 80-247-1150-8.
22. POKORNÁ, A., Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství, NCO NZO, ISBN- 13: 978-80-7013-466-5.
23. POKORNÁ, A., – ŠENKÝŘOVÁ, M., Vliv jednání a chování sestry a její "image" na průběh hospitalizace nemocného. Cor et vasa, roč. 50, č. 7-8 2008, ISSN 0010-8650.
24. RAPČÍKOVÁ, T., Prevence nežádoucího chování pacientů ovlivněných nemocí, Sestra, roč. 18, č. 5 2008, s. 24, ISSN 1210-0404.
25. SLEZÁKOVÁ, L., Ošetrovatelství v chirurgii I, Praha: Grada Publishing, ISBN-13: 978-80-247-3129-2.

26. SLEZÁKOVÁ, L., Ošetřovatelství v chirurgii II, Praha: Grada Publishing, ISBN 13: 978-80-247-3131-8.
27. STŘÍTECKÝ, R., Struktura potřebných informací při příjmu pacienta do nemocnice, Program a sborník konference INMED 2006, s. 21.
28. ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJEDLÁ, M, Interní ošetřovatelství I. Praha: Grada Publishing 2006, ISBN 80-247-1148-6.
29. ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJEDLÁ, M, Interní ošetřovatelství II. Praha: Grada Publishing 2006, ISBN 80-247-1777-8.
30. ŠUSTEK, P., HOLČAPEK, T., Informovaný souhlas. Teorie a praxe informovaného souhlasu ve zdravotnictví. Praha: ASPI 2007, ISBN 978-80-7357-268-6.
31. TRACHTOVÁ, E. a kol.: Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu. Brno: IDV PZ, 1999. 185 s. ISBN 80-7013-285-X.
32. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G.: Komunikace pro zdravotní sestry. Praha: Grada Publishing, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.

## **8. Klíčová slova**

Akutní příjem

Holismus

Holistická filozofie

Chirurgická ambulance

Interní ambulance

Pacient

Pohled sestry

Potřeby pacienta

## **9. Přílohy**

Příloha 1. – Maslowova pyramida potřeb

Příloha 2. – Otázky do rozhovorů

Příloha 3. – Pozorovací arch

Příloha 4. – Souhlas nemocnice s výzkumným šetřením

Příloha 5. Manuál: Na co by sestry u akutního příjmu pacienta neměly zapomínat

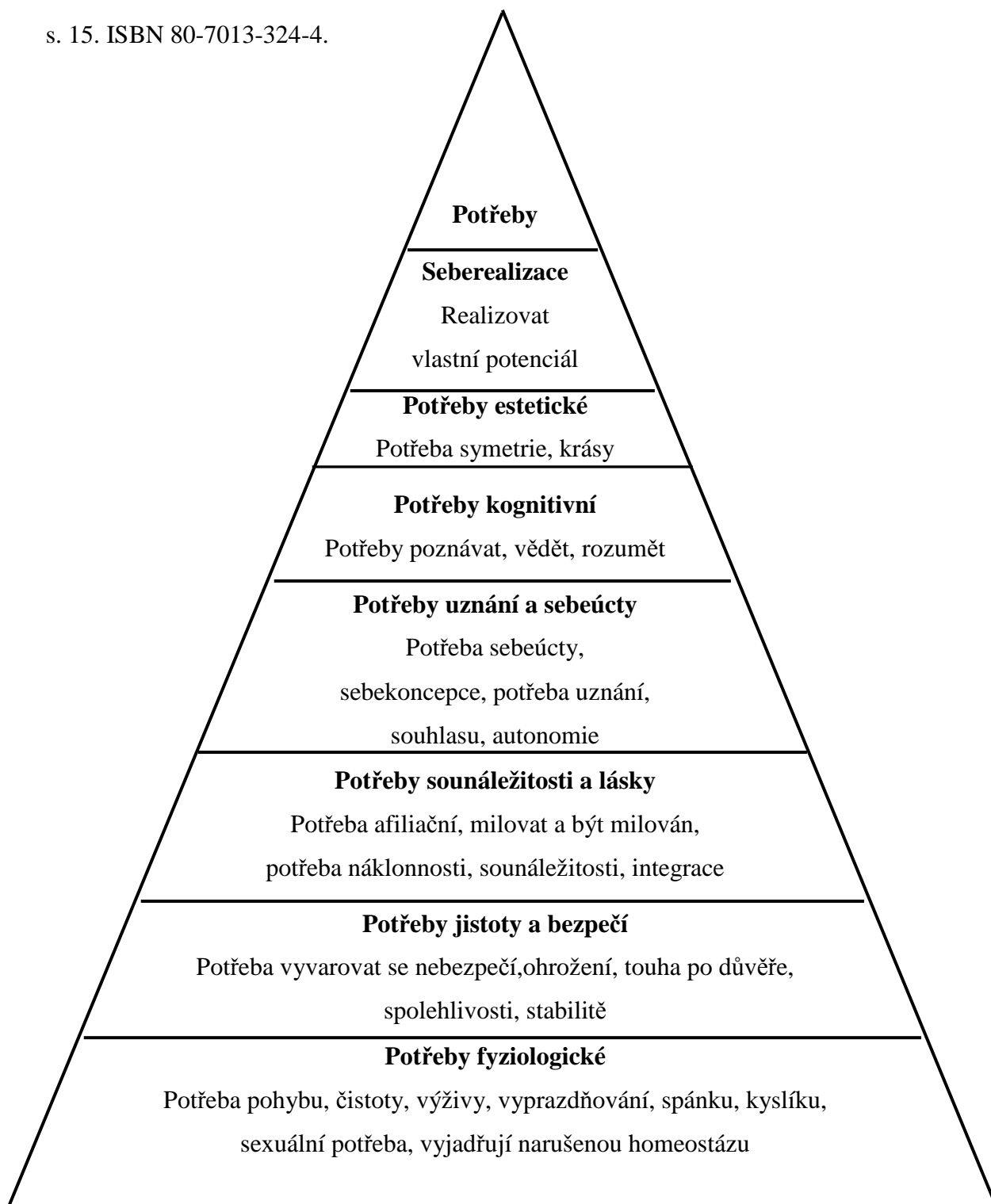
## Příloha č. 1 Maslowova hierarchie potřeb

Převzato z:

TRACHTOVÁ, E., et al. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd.

Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006.

s. 15. ISBN 80-7013-324-4.



## **Příloha č. 2 Otázky do rozhovoru**

1. Kolik je Vám let a jak dlouho pracujete na příjmové ambulanci?
2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
3. Jaké jsou Vaše jazykové znalosti?
4. Vysvětlíte pojem „Holismus“ a „Holistická filozofie“
5. Vyjmenujte jaké potřeby má akutně přijímaný pacient .
6. Uvědomujete si, že jste schopna poskytnout pacientovi holistickou péči a jakým způsobem?
7. Charakterizujte Vaši komunikaci s pacientem při akutním příjmu.  
(Pomocné otázky- Představíte se pacientovi?,Jednáte s ním vlídně?, Snažíte se získat jeho důvěru a jakým způsobem?, Jak reagujete na podrážděné chování pacienta?,Ovlivňuje toto podrážděné chování Váš způsob komunikace s pacientem?)
8. Jakým způsobem projevujete empatii?
9. Jakým způsobem komunikujete s akutně přijímaným cizincem?  
( Má nemocnice možnost služby tlumočení po telefonu?, Kde by jste hledala kontakt na tuto službu?)
10. Je rozdíl mezi poskytovanou holistickou péčí u akutně přijímaného pacienta na chirurgické a interní ambulanci?
11. Co Vás ovlivňuje při práci u akutně přijímaného pacienta?
12. V jakých oblastech zohledňují lékaři Vaše poznatky a připomínky ohledně přijímání, komunikace, přístupu a potřeb nemocného?  
(Upozorníte lékaře na to, že ho pacient neslyšel nebo mu nerozuměl? Zeptáte se pacienta, zda všemu rozuměl, pokud se ho nezeptá lékař?Vyslechne lékař Vaše poznatky z fyzikálního vyšetření pacienta provedeného Vámi?)
13. Pociťujete, že pojetí holistické péče o pacienta na ambulanci je rozdílné než na oddělení u lůžka? A v jakých oblastech?
14. Uvědomujete si, že časový tlak Vás ovlivňuje natolik, že některé pacientovy potřeby nevnímáte? Které?

### Příloha č. 3 Pozorovací arch

<b>POZOROVACÍ ARCH</b>				
<b>Interní ambulance R č. 1.</b>		<b>ANO</b>	<b>ČÁSTEČNĚ</b>	<b>NE</b>
1.	Sestra se pacientovi představila			
2.	Sestra projevuje empatii			
3.	Sestra mluví s pacientem vlídně			
4.	Sestra pacienta průběžně informuje o následujících krocích			
5.	Sestra udržuje s pacientem neustálý kontakt			
6.	Pacient je srozuměn s obsahem dokumentů, které podepisuje			
7.	Sestra pracuje v souladu s ordinacemi lékaře			
8.	Sestra chrání intimitu pacienta			
9.	Sestra na základě svých zkušeností připravuje pomůcky k výkonu s předstihem			
10.	Sestra sleduje potřeby pacienta			
11.	Sestra si všímá neverbálního projevu pacienta			
12.	Sestra získává zpětnou vazbu, zda pacient rozuměl			
13.	Sestra komunikuje s příbuznými			

#### Příloha 4. – Souhlas nemocnice s výzkumným šetřením

Martina Netřvalová  
Pražského povstání 2308  
390 03 Tábor

**Nemocnice Tábor, a.s.**

**Mgr. Helena Pločková**

**Kpt. Jaroše 2000**

**390 03 Tábor**

V Táboře dne 5. 1. 2011

**Věc: Žádost**

Vážená paní Mgr. Pločková,

obracím se na Vás s žádostí o dovolení provést kvalitativní výzkumné šetření mé bakalářské práce na téma: Akutní příjem pacienta z pohledu sestry. Výzkumné šetření bude prováděno na chirurgické a interní ambulanci v Nemocnici Tábor, a.s. formou rozhovorů se sestrami a pozorováním jejich práce. Šetření bude zcela anonymní a získaná data poslouží jen pro účely mé práce.

Děkuji,

studentka 3. ročníku bakalářského studia Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích

Martina Netřvalová,

*Netřvalová*

6. 1. 2011

*Mgr. Helena Pločková*  
Mgr. Helena Pločková  
hlavní sestra  
Nemocnice Tábor, a.s.



**POVOLENÍ**

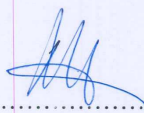
**Pro :** Martinu Netrvalovou – ZSF - Jihočeská Univerzita Č.B. – 3. ročník  
Bc.. studia v oboru – všeobecná sestra

**Předmět povolení :** studijní práce – pozorování a rozhovory pro sestry

**Oddělení :** interní a chirurgické obory v NT

**Doba povolení :** od 6.1.2011 do 28.2.2011

V Táboře dne 6.1.2011

  
-----  
Mgr. Helena Plocková  
hlavní sestra

## **Příloha č. 5 Manuál:**

### **Na co by sestry při akutním příjmu pacienta neměly zapomínat**

1. Při prvním kontaktu s pacientem se představ. Je důležité, aby pacient věděl, kdo je sestra a kdo lékař.
2. Za všech okolností jednej s pacientem vlídně.
3. Respektuj biopsychosociální jednotu člověka.
4. Vyjádři pacientovi ochotu mluvit o jeho problémech.
5. Nebagatelizuj pacientovy sociální potřeby.
6. Chraň pacientovu intimitu.
7. Dodržuj zásady komunikace s cizincem, neslyšícím nebo jinak handicapovaným pacientem. Tlumočnick je jen zprostředkovatel, střed Tvého zájmu je vždy pacient.
8. Kontakt na firmu, která zabezpečuje překlad po telefonu po dobu 24h denně je uveden ve směrnici č. 93. nebo na nemocničním portálu „Kytka“
9. Nauč se s lékařem komunikovat a sdělovat mu svá zjištění věcně.
10. Seznam pacienta srozumitelně o obsahu dokumentů, které podepisuje.
11. Předej pacienta na oddělení s pocitem, že jsi pro něho za daných okolností udělala maximum.

**MOTTO:** „Je pro tebe nevyhnutelné pacientům naslouchat, a to nejen jejich slovům, ale také pacienty vnímat zrakem, a především srdcem.“

