

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta

**Spolupráce sestry a pacienta na ambulanci úrazové  
chirurgie**

bakalářská práce

Autor práce: Vladana Seménková

Studijní program: Ošetřovatelství

Studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. Dolák František, Ph.D.

Datum odevzdání práce: 13. 8. 2013

## **Abstrakt - Spolupráce sestry a pacienta na ambulanci úrazové chirurgie**

**Současný stav:** Traumatologie je nástavbový obor chirurgie zabývající se komplexní léčbou úrazů. (Slezáková a kol., 2010, s. 110) Úraz znamená dočasnou nebo trvalou poruchu vzniklou nezávisle na vůli člověka náhlým a násilným působením vnějších sil. (Pokorný, 2002, s. 19) Součástí traumatologie je ambulance. Zde jsou sestry pod vysokým tlakem nejen kvůli řadě těžkých úrazů, ale i kvůli náročnější komunikaci. Je třeba si vytvořit určitý vztah s pacientem, velký význam má spolupráce sestry a pacienta. (Šrank, Bratová, 2011)

**Předmět:** Práce zjišťuje, jak probíhá spolupráce z pohledu sestry a z pohledu pacienta na ambulanci úrazové chirurgie.

**Metodika:** Zpracování výzkumné části probíhalo kombinací kvalitativní a kvantitativní metody výzkumu. Kvalitativní výzkum byl proveden polostandardizovanými rozhovory na ambulanci úrazové chirurgie. Sestry odpovídaly na 27 otázek, přičemž rozhovor se doplňoval dalšími otázkami a zaručoval anonymitu. Rozhovory byly zapsány a poté upraveny do elektronické podoby (viz příloha 1 CD). Následně byly zpracovány kategorie a použito otevřené kódování. Respondentky dostaly číslo od 1 do 7. Kvantitativní typ výzkumu probíhal formou anonymních dotazníků pro pacienty (viz příloha 2). Dotazníky obsahovaly 20 uzavřených otázek.

**Výzkumný soubor:** Jako výzkumný soubor v kvalitativním výzkumu bylo zvoleno 7 sester pracujících na úrazových ambulancích v Nemocnici Znojmo, p.o. a v Nemocnici České Budějovice, a.s. Výzkum byl proveden formou polostrukturizovaných anonymních rozhovorů, kdy byla zvolena metoda sněhové koule. Sestry byly vybrány i na doporučení vrchních a staničních sester, rozhovory s nimi byly provedeny na ambulancích a v kavárnách dle jejich časových možností. V případě kvantitativního výzkumu tvořily výzkumný soubor pacienti docházející na ambulance úrazové chirurgie v Nemocnici Znojmo, p.o. a v Nemocnici České Budějovice, a.s., pro které byl určen anonymní dotazník. Dotazníků bylo rozdáno 100, návratnost byla 75 dotazníků (75 %). Výzkumné šetření probíhalo během měsíce března, dubna, května a června 2013.

Výsledky dotazníků byly vyhotoveny popisnou statistikou pomocí grafů v programu Microsoft Office Excel.

**Výsledky:** V kvalitativním typu výzkumu z rozhovorů bylo zjištěno, že sestry se na ambulanci setkávají se širokým spektrem úrazů, nejčastěji s úrazy hlavy, různými typy ran a zlomeninami. U různých typů úrazů je důležitá specifická komunikace, kterou téměř všechny respondentky využívají. V podkategorii příchodu pacienta na ambulanci postupují sestry různě, nejčastěji dle výsledků pozdraví a přivítají pacienta. Dále se to různí, některé pacienta osloví, identifikují, zjistí jeho stav, uvedou ho na ambulanci, posadí či uloží, jiné připraví na vyšetření a ošetření, dle potřeby uklidňují nebo ho poučí a vše vysvětlí. Na ambulanci se vyskytují nejen různé úrazy, ale i různé typy pacientů. Velmi často jsou to agresivní pacienti, pod vlivem návykových látek, úzkostní, depresivní, narcističtí, ale i klidní a vyrovnaní. Pro každou sestru může znamenat pojem problémový pacient něco jiného, ale ve většině případů to bývá agresivní typ a opilý pacient. Dále bývají nepříjemní pedant, narcista a bezdomovci. Pokud dojde ke konfliktu, je třeba situaci řešit. Někdo přestane komunikovat, někdo to naopak řeší domluvou, jiný spíše ukáže, že se nebojí. Když se situace vyhrotí, volá se pomoc sanitáře či samotného lékaře, leckdy je třeba i policie. Neverbální komunikace se na ambulanci využívá často. Nejvyskytovanějším prvkem je úsměv z mimiky a pohlazení nebo podání ruky z haptiky. Méně často se využívá vizika a například proxemika nebyla uvedena vůbec. Rodina je důležitou součástí, sestry ji zapojují telefonicky, edukací, vysvětlením, poučením, podáním informací a rozhovorem. Edukace probíhá i u samotných pacientů. Oblasti jsou různé od péče o sádku, ortézu, prevenci trombózy, životosprávu, až po rehabilitační pomůcky. Méně častá, ale neméně důležitá je edukace bolesti. Možností spolupráce pro pacienty je především dodržování doporučení, pochopení a soustředění se, trpělivost a vůle pacienta, potřeba něco změnit. K chybné spolupráci dochází, pokud jsou pacienti netrpěliví, nedodržují doporučení, jsou nepřístupní. Špatná komunikace a stres jsou také překážkou. Delší čekací doba může být také problémem. Řešit se dá různě, v praxi jde o vysvětlení situace, proč tomu tak je, prosba o trpělivost, uklidnění pacientů, snaha působit mile a chápavě. Přednost na ambulanci mívají nejčastěji akutní stavy, velká krvácení, děti a otevřené zlomeniny.

Dále záleží na pořadí pacientů, kdo přišel dříve, a na věku. Co je prioritou, si většinou stanovují sestry samy podle sebe, někdy za pomoci lékaře. Nejčastěji jim jde o spokojenost pacienta, dobře odvedenou práci, ošetřeného pacienta a dobrý kolektiv. Do kompetencí sester jsou zahrnuty odborné výkony jako např. převazy, sádrování, punkce, dále asistence lékaři, dopomoc pacientům, edukace, přikládání pomůcek, péče o nástroje, odesílání na vyšetření, péče po výkonu, objednávání na kontroly. Své kompetence však musela řada sester překročit v rámci zrychlení průběhu ošetření na ambulanci nebo podání první pomoci. V *kvantitativním výzkumu* z rozdaných dotazníků vyšlo najevo, že většina respondentů byla na ambulanci poprvé, mnoho jich však zde bylo dvakrát i vícekrát. Dle většiny pacientů dodržuje sestra pořadí pacientů na ambulanci. Na ambulanci sestra pacienty uvádí, ve většině případů se ale nepředstaví. Dle výsledků udržují sestry oční kontakt a pacienty vyslechnou. Vyjadřování sestry je podle respondentů ve většině případů jednoduché a srozumitelné. Pokud něčemu nerozuměli, byly sestry ochotné to zopakovat a vysvětlit. Mnoho sester mělo o pacienty a jejich problémy zájem. Dále z výzkumu vyplývá, že pokud následovalo nějaké vyšetření, sestry řekly pacientům, jak se připravit a o jaké vyšetření jde. Pokud byli pacienti na převazu, sestry postup vysvětlily, a to většinou ústně při samotném převazu. Pacienti ve valné většině měli strach, sestry je uklidňovaly. Po převazu je sestry poučily o péči o ránu. Pokud bylo třeba, nabídly jim dopomoc. Doprovázejícího člena rodiny sestry většinou informovaly, sestry se chovaly po celou dobu dle pacientů příjemně a se zájmem a při odchodu pacienta se rozloučily.

**Závěry:** Dle obou typů výzkumů lze říct, že spolupráce většinou probíhá dobře z obou stran. Čím dál více se na ambulanci dává do popředí komunikace, pacienti jsou edukováni a potřebné informace dostává i rodina. Přístup sestry k pacientovi je empatictější, sestry o ně jeví zájem, jsou ochotné vše vysvětlit, na druhou stranu i pacienti chtějí v dnešní době více spolupracovat. Spolupráci sestry zvládají i s agresivnějšími typy, umí řešit konfliktní situace. Problém je zřejmě pouze v představování se sestry, což zatím moc nefunguje.

**Klíčová slova:** traumatologie, úraz, komunikace, spolupráce, edukace, empatie

## **Abstract – The cooperation between the nurse and the patient in a trauma surgery**

**Present state:** Traumatology is a specialized field of surgery dealing with complex treatment of injuries. (Slezáková a kol., 2010, p 110) An injury means a temporary or permanent disorder caused regardless of the will of the person by sudden and violent external forces. (Pokorný, 2002, p 19) Part of traumatology is also the surgery. The nurses there are under great pressure not only because of dealing with many serious injuries, but also because of difficult communication with the patient. It is necessary to create a certain type of relation with the patient; the cooperation between the nurse and the patient is of great importance as well. (Šrank, Bratová, 2011)

**Subject:** This work finds out about the cooperation from the viewpoint of the nurse and from the viewpoint of the patient in a trauma surgery.

**Methodology:** The research was evaluated by a combination of qualitative and quantitative methods. The qualitative research was done by analyzing semistandardized interviews in a trauma surgery. The nurses answered 27 questions, the interview was then supplemented by additional questions and anonymity was guaranteed. The interviews were written down and then arranged into the electronic form (see appendix 1 CD). Consequently categories were elaborated and open coding was used. The respondents were given numbers from 1 to 7. The quantitative type of research was done in form of anonymous questionnaires for the patients (see appendix 2). The questionnaires contained 20 closed questions.

**Research group:** The research group in the qualitative research consisted of 7 nurses who worked in trauma surgeries in Nemocnice Znojmo and in Nemocnice České Budějovice hospitals. The research was done in form of semistructured anonymous interviews, where the snowball method was chosen. The nurses were selected on recommendation of head nurses, and interviews with them were done in the surgeries or cafés according to their time possibilities. In case of quantitative research, the research group consisted of patients who would visit the trauma surgeries in Nemocnice Znojmo and Nemocnice České Budějovice hospitals. An anonymous questionnaire was also prepared for the patients; 100 questionnaires were given out and 75 of them returned

(75% return rate). The research was conducted in March, April, May and June 2013. The results of the questionnaires were visualised with descriptive statistics in Microsoft Office Excel graphs.

***The results:*** In the *qualitative part of the research*, I found out that the nurses come across with a wide range of injuries; most frequently with head injuries, various types of wounds and fractures. Different kinds of injuries require specific communication with the patient, and this is used by almost all of the respondents. In the subcategory of the arrival of the patient at the clinic, the nurses act in different ways; they usually greet and welcome the patient; then the results differ – some nurses address and identify the patient, find out about the patient's condition, they lead him / her into the surgery, they help him / her to sit or lie down, other prepare him / her for the examination or treatment, if necessary calm him / her down or they instruct him / her and explain everything. Apart from different types of injuries, the nurse comes across with different types of patients. The patients are often aggressive, under the influence of drugs, anxious, depressed, narcissistic, but also quiet and balanced. A problematic patient may mean different things for different nurses, but usually it is an aggressive and drunk patient. Pedantic, narcissistic and homeless patients are often unpleasant as well. If there occurs a conflict, the situation must be solved. Some nurses stop communicating, some, on the contrary, resolve the situation by agreement, others tend to show that they are not afraid. If the situation becomes acute, the ambulance orderly or the doctor himself is called for help, sometimes even the police are necessary. Nonverbal communication is often used in the surgery. The most frequent element of mimics is a smile, and of haptics are a caress and giving a hand. Eye contact is used less frequently, and proxemics was not mentioned at all. The family is an important part; the nurses engage the family via the phone, by education, explanation, instruction, giving information and interview. Education is in progress with the patients themselves as well. This ranges from how to take care of the plaster or the orthosis, how to prevent the thrombosis, how to keep healthy lifestyle and use the rehabilitation aids. Less frequent, but not less important, is the education concerning pains. The patients may cooperate by following the recommendations, understanding and concentration, patience, the patients' will to

make a change. Bad cooperation may occur if the patients are impatient, they do not follow the recommendations, or they are unapproachable. Bad communication and stress are also obstacles. Longer waiting time may also be a problem. This can be resolved in different ways – the situation is explained, the patient is asked for patience, the patient is reassured, the nurse acts nicely and understandingly. In the surgery, the cases that have the higher priority are usually emergencies, extensive bleeding, children and open fractures. Then the order of the patients is taken into account – who came earlier, and the age. Nurses usually set the priorities by themselves, sometimes with the assistance of the doctor. The main aim is the contentment of the patient, well done work, correct treatment of the patient and a good working team. Nurses' competences also include expert skills such as rebandaging, plastering, punctures, assisting the doctors and patients, education, applying the aids, taking care of the instruments, sending to an examination, care after the operation, making reservations to further appointments. Some nurses had to exceed their competences so as to speed up the treatment in the surgery or to give first aid. In the *quantitative part of the research* the questionnaires reveal that the majority of the respondents visited the surgery for the first time, many had already been there once or more times. According to most of the patients, the nurse observes the order of the patients in the surgery. The nurse leads the patients into the surgery, but in most cases she does not introduce herself. According to the results, the nurses maintain eye contact and listen to the patient. The nurses expressed themselves, according to the respondents, in a simple and intelligible way. If the patients failed to understand something, the nurses were willing to repeat and explain it. Many nurses were really interested in the patient and his / her problems. The research also shows that if there was a follow-up examination, the nurses instructed the patients how to prepare themselves and described what kind of examination it was. If the patients came for rebandaging, the nurses usually explained the procedure verbally during the rebandaging. In most cases the patients were afraid, and the nurses would reassure them. After the rebandaging, the nurses informed the patients on how to take care of the wound. If it was necessary, they offered them additional help. They usually

informed the accompanying family member, acted in a very pleasant way the whole time and said good bye when the patient was leaving.

**Conclusions:** According to both types of the research I can say that the cooperation is very good on both sides. The importance of communication constantly increases in the surgery, patients are educated and the family receives important information as well. The nurses have more empathic approach to the patient, they are more interested in him or her, and are willing to explain everything. On the other hand, even the patients want to cooperate more at present. The nurses are able to cooperate even with more aggressive types of patients and are able to solve conflict situations. The only problem seems to be that the nurses should introduce themselves, which still hardly ever happens at present.

**Key words:** traumatology, injury, communication, cooperation, education, empathy



## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem svoji bakalářskou práci 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 nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby 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 plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 13.8.2013

.....

Vladana Seménková

## **Poděkování**

Velice děkuji panu Mgr. Františku Dolákovi, Ph.D. za jeho vedení mé bakalářské práce, cenné rady, trpělivost a ochotu. Také bych chtěla poděkovat své rodině a přátelům za podporu a trpělivost.

# Obsah

Úvod.....	12
1. Současný stav.....	13
1.1 Traumatologie .....	13
1.1.1 Úraz.....	15
1.2 Komunikace .....	16
1.2.1 Verbální komunikace .....	19
1.2.2 Neverbální komunikace .....	20
1.2.3 Komunikace v medicíně .....	23
1.3 Osobnost sestry .....	28
1.4 Vztah sestry a pacient.....	31
2 Empirická část.....	33
2.1 Cíle práce, výzkumné otázky a hypotéza .....	33
2.1.1 Cíle práce .....	33
2.1.2 Výzkumné otázky .....	33
2.1.3 Výzkumný problém .....	33
3 Metodika .....	34
3.1 Metodika práce.....	34
3.2 Výzkumný soubor .....	34
4 Výsledky .....	36
4.1 Kategorie rozhovorů.....	36
4.1.1 Nejčastější typy úrazů .....	36
4.1.2 Typy úrazů a specifika komunikace .....	37
4.1.3 Příchod pacienta na ambulanci .....	38
4.1.4 Typy pacientů .....	40
4.1.5 Problémový pacient .....	42
4.1.6 Řešení konfliktů.....	43
4.1.7 Neverbální komunikace .....	45
4.1.8 Spolupráce s rodinou .....	47
4.1.9 Edukace pacienta .....	48
4.1.10 Možnosti spolupráce .....	49
4.1.11 Chyby pacientů ve spolupráci.....	51
4.1.12 Čekací doba.....	52
4.1.13 Pořadí pacientů .....	53
4.1.14 Priority .....	54
4.1.15 Kompetence .....	56
4.2 Vyhodnocení výsledků – pacienti .....	58
5 Diskuse.....	69
6 Závěr .....	75
7 Seznam použité literatury .....	76
8 Klíčová slova .....	80
9 Přílohy.....	81
9.1 Seznam příloh.....	81

## Úvod

Úrazová chirurgie jako taková je velice náročným oborem pro sestry po fyzické i po psychické stránce, obzvláště pak na ambulanci. Sem docházejí pacienti s různými typy úrazů, různého rozpoložení a povah, sestry musejí být flexibilní. Na druhou stranu je ambulance pro pacienty prvním vjemem v nemocnici, může na ně působit různě. Velice tedy pak záleží na spolupráci obou stran, na jejich přístupnosti a ochotě k ní.

Spolupráce může probíhat v různých oblastech. Ze strany sester je důležitá profesionalita. Sestry by měly výborně znát specifika úrazů v oblasti ošetřovatelství, ale i psychologii. Každý pacient může reagovat jinak, mít rozličnou povahu, proto je velice důležitá komunikace. Problém nastává například u agresivních pacientů, kteří jsou velmi nepřístupní a konfliktní. Znalosti v oblasti komunikace zachraňují nejednu situaci. Důležitou roli hraje v oblasti psychologie a komunikace i vzdělání sester.

Pacienti mají mnoho možností spolupráce. Nejdůležitější však je chtít spolupracovat. Pro pacienty je rovněž důležité, jak na ně sestry působí, jak se k nim chovají. Aby mohl pacient spolupracovat, je třeba, aby mu vše sestra vysvětlila, podala informace a edukovala ho, případně rodinu.

Překážek ve spolupráci je celá řada. Někdy jsou dělané vědomě, jindy nevědomě. Strach může způsobit překážku ve spolupráci. Na ambulanci je častým jevem, záleží pak na sestřích, jak se k němu postaví a zareagují. Pacienti pod jeho vlivem reagují různě.

Spolupráce je cestou k rychlejšímu a efektivnějšímu léčení. Je však důležité, aby se o ni snažily obě strany, jak sestra, tak pacient.

Mou snahou bylo zjistit, jak to funguje v praxi. Spolupráce se totiž stále vyvíjí, stejně jako pacienti a sestry. Prohlubuje se vzdělávání sester v různých oblastech, pacienti mohou získávat více informací. Zajímá mě pohled na ni z obou stran, jak ze strany sester, tak pacientů.

# 1. Současný stav

## 1.1 Traumatologie

Traumatologie je zaměřena na péči o poraněné. Jedná se o podobor chirurgie, se kterou je neoddělitelná. Úzce spolupracuje i s ostatními chirurgickými obory jako je např. neurochirurgie, urologie, hrudní chirurgie, ortopedie. Často bývá spojována právě s ortopedií, která se však zabývá pouze pohybovým aparátem, traumatolog by však měl být všeobecným chirurgem. Součástí traumatologie je patogeneze, diagnostika, terapie i prevence. Pokud se zaměříme na traumatologii z hlediska úrazů, tak nejčastější jsou dopravní úrazy, kdy je nárůst těžkých úrazů a polytraumat. Úrazová chirurgie zahrnuje dále úrazy ze zemědělství, při práci v průmyslu, při sportu a volnočasových aktivitách. Obecná traumatologie zahrnuje vyšetřovací metody, poskytování první pomoci i léčbu. Česká Republika je bohužel na prvních příčkách v celosvětových statistikách traumat. (Zeman a Krška, 2011, s. 315; Michalský, 2009, s. 6; Maňák a Wondrák, 2005, s. 5)

Z historického hlediska traumatologii najdeme již jako chirurgickou knihu Edwina Smithe ze 4. tisíciletí před naším letopočtem, psanou na staroegyptském papyru. Počátkem minulého století nebyla samostatným oborem, ale součástí chirurgie. První dvě úrazové nemocnice vznikly již v roce 1893 v Bochumi a Halle. Na návrh Lorenze Böhlera založila roku 1919 Všeobecná rakouská dělnická úrazová pojišťovna ve Vídni vlastní úrazovou nemocnici, kterou otevřela roku 1925. U nás Úrazová pojišťovna dělnická pro Moravu a Slezsko roku 1931 začala se stavbou Úrazové nemocnice v Brně na Ponávce. Zde byl jmenován ředitelem prof. Vladimír Novák, který byl u nás zakladatelem úrazové chirurgie. Díky hlubšímu pochopení patofyziologie poúrazové odezvy organismu na trauma, zákonů biomechaniky pohybového aparátu, antibiotik, anestezii a resuscitaci je v poslední době rozvoj traumatologie rychlejší. Začaly se využívat nové metody jako je artroskopie, moderní mikrochirurgické techniky, endoprotézy, moderní zobrazovací techniky, materiálně technické vybavení sálů, nové

instrumentárie. Postupem času se také ve většině případů nahradilo konzervativní léčení operačním. Jedním z prvních důležitých objevů byl nitrodřeňový hřeb, který předvedl roku 1940 Gerhard Küntscher. Následně roku 1954 představila nový směr švýcarská Arbeitsgemeinschaft für Osteosynthese. (Pokorný a kol., 2002, s. 15–16; Maňák a Wondrák, 2005, s. 5)

Součástí úrazové chirurgie je *traumatologická ambulance*. Ambulance jako taková poskytuje preventivní diagnostickou léčebnou péči. Ta by měla být dostupná všem, kvalitní a odborná. Primární péče má několik oblastí jako je podpora zdraví a program kontroly nemocí, preventivní zdravotní činnost, účelná a efektivní vyšetřovací léčebná činnost, spolupráce s dalšími složkami zdravotní péče. Do primární péče se zahrnují praktičtí lékaři, stomatologové, agentury domácí péče, ambulantní gynekologové, lékaři první pomoci, traumatologická ambulance, zdravotničtí pracovníci v komunitě. Ambulantní péče je i sekundární. Zde jsou zahrnuty specializované ambulance jako kardiologie a diabetologie. Terciální péče je nejspecializovanější a také nejnákladnější. Zahrnuje například transplantační program, onkologickou péči, kardiochirurgii vrozených vad u dětí. Po ošetření v traumatologické ambulanci pacienti odcházejí domů nebo jsou přijati k hospitalizaci ve zdravotnickém zařízení. Ambulance by měla mít bezbariérový přístup a měla by být dostupnější vozům záchranné služby. Zde se můžeme setkat se všemi věkovými skupinami pacientů a s různými problémy jako jsou pacienti bez dokladů, cizinci, bezdomovci, agrese, intoxikace a pacienti, kteří zdravotnické služby zneužívají. Sestra na úrazové ambulanci zajišťuje spolupráci pacienta i rodiny, což je důležité pro uzdravování, ošetřování a podporu zdraví. Ošetřovatelská činnost by měla být v souladu s etikou, právy pacientů a požadavky pacienta. Sestra na ambulanci využívá nejnovější poznatky v péči o pacienty. Kvalita a efektivnost jsou zde na prvním místě. Práce sestry na traumatologické ambulanci je fyzicky náročná. Proto se doporučuje sestřím využívat dostupná pomocná zařízení. (Jarošová, 2007, s. 67–68, Slézáková a kol., 2010, s. 11; Vondráček, Wirthová, Pavlicová, 2011, s. 14; Staroščíková, Majerská, 2005; Šrank, Bratová, 2011)

### 1.1.1 Úraz

Úrazem se rozumí dočasná nebo trvalá porucha vzniklá nezávisle na vůli postiženého náhlým a násilným působením vnějších sil. Ve většině případů jde o ohrožení zdraví nebo i života. Úrazy mohou způsobit sociální i ekonomické změny, kdy pacient není schopen zastávat své role. Jako příčina smrti u dospělých jsou úrazy na 4. místě, u dětí do 15. let na 1. Za úrazy stojí zevní podněty, které mohou být jednak fyzikální a jednak chemické.

Mezi fyzikální podněty patří v první řadě *mechanické poškození tkání a orgánů* jako je pád, náraz, úder předmětem, stlačení. U mechanického poškození tkání a orgánů, pokud je makroskopicky porušená kůže, rozdělujeme poranění na zavřená a otevřená. Mezi zavřená poranění patří pohmoždění *contusio*, podvrtnutí *distorsio*, vykloubení *luxatio*, zlomenina *fractura*. *Pohmoždění* vzniká zevním násilím, kdy jsou vyvolány trhliny v hlubších tkáních, ale kůže je neporušená. Jedná se většinou o hematomy a edémy. *Podvrtnutí* způsobuje zevní působení sil na kloub. Dochází zde k poškození kloubního pouzdra a vazů, což způsobuje krvácení do kloubní dutiny čili *hemartros*. *Vykloubení* znamená, že zevní síly oddálí kost v kloubu a tím se ztratí artikulace. Poté se však již kosti zpět nevrátí, zůstávají vykloubené. *Zlomenina* vzniká přímým nebo nepřímým působením zevních sil na kostní tkáň. V tomto případě se kost rozlomí na několik úlomků. Dále sem patří *elektromagnetické vlny*, což je úraz elektrickým proudem a v neposlední řadě *termické působení*, to znamená horko způsobující popáleniny a chlad působící omrzliny.

Chemické podněty úrazů jsou především kyseliny a louhy. Můžeme je rozdělit do několika skupin dle Nováka – dopravní, pracovní, zemědělské a lesnické, domácí, sportovní a kriminální. U *dopravních* úrazů se jedná o pozemní, lodní a leteckou dopravu. Jejich počet se stále navyšuje. Ve většině případů se jedná o polytrauma nebo hromadně nehody. Největší dopady těchto úrazů jsou ekonomické a sociální. *Pracovní* úrazy jsou při organizované pracovní činnosti, záleží na druhu práce. Tyto úrazy jsou předvídatelné, lze tedy využít plně připravené první pomoci. Ve většině případů se jedná o končetinové poranění, výjimkou nejsou však ani popáleniny, poranění

elektrickým proudem a poleptání. *Zemědělské a lesnické* úrazy jsou příčinou mnohočetných poranění. V zemědělství se jedná například o převrácení strojů, u lesníků o pád stromu. Problém zde bývá s vyprošťováním. *Domácími* úrazy se rozumí úrazy při domácích a rekreačních neorganizovaných pracovních činnostech. Nejčastější jsou pády. Patří sem i úrazy při zahradničení. U *sportovních* úrazů bývají nejčastější poranění končetin. Tento typ je jeden z nejčtenějších. Poslední typ *kriminální* zahrnuje poranění nezákonnou činností jako jsou rvačky, násilná trestná činnost, což znamená bodná, sečná, střelná zranění. (Pokorný, 2002, s. 19–21; Michalský, 2009, s. 6–7; Zeman a Krška, 2011, s. 315–316).

## 1.2 Komunikace

Komunikací rozumíme proces, kdy dochází mezi dvěma nebo více lidmi k předání informací. Děje se tak ústně, písemně, mimikou a gesty, neboli verbálně a neverbálně. Komunikace je závislá na sociálních zkušenostech, jako jsou zvyky, kulturní tradice, a také na inteligenci, vzdělání a psychickém rozpoložení komunikujících. U každého z nás je komunikace jiná, protože jsme různě vychovávaní a máme jiné dědičné dispozice. Komunikaci rozvíjíme celý život. Jedná se o termín, který neobsahuje pouze mluvení samotné, ale i to, jak se daná informace vysloví, komu a proč. Pokud dojde ke ztrátě komunikace, dochází k ohrožení vztahů. Ve zdravotnictví je komunikace nedílnou součástí profese zdravotní sestry. Díky ní dochází k důležitému kontaktu s pacientem, může mu tím pomoci rozšířit sociální kompetence. U některých nemocných může dojít například vlivem nemoci a hospitalizace ke zhoršení komunikace a sestra by zde měla být schopna pomoci. (Janáčková, Weiss, 2008, s.11–12; Venglářová, Mahrová, 2006, s. 11; Pokorná, 2008, s. 9; Linhartová, 2007, s. 11).

Rozeznáváme tři druhy komunikace. První je *sociální* komunikace, což je běžný hovor a kontakt s nemocným. Sestra jej může navázat například během hygieny, úpravy lůžka, v průběhu dne, kdy je více času. Sociální komunikace je verbální (slovní forma),



neverbální (proxemika, haptika, gestika, mimika, teritorialita, posturika, kinetika) a paralingvistická (akustika slova – síla hlasu, intonace, výška hlasu, rychlost projevu, pomlky, srozumitelnost a styl). Dalším typem je *specifická neboli strukturovaná komunikace*. Zde jsou sdělována důležitá fakta, sestra může pacienta motivovat k další léčbě a edukovat ho. Sdělení musí být srozumitelné, správně formulované. Poté musíme zjistit, jestli pacient všemu rozuměl a zda to akceptuje. Jedná se například o sdělování postupu vyšetření, objasnění způsobu stravování a informací o rizicích. Třetím typem je *terapeutická komunikace*. Uskutečňuje se rozhovorem s pacientem. Využíváme ho k podpoře a k pomoci pacientovi v těžkých chvílích. Podpurný terapeutický rozhovor je využíván ke zvýšení účinků různých léčebných metod u somaticky a psychosomaticky nemocných. (Venglářová, Mahrová, 2006, s. 12–13; Kristová, 2004, s. 17–18).

Komunikaci najdeme v různých psychologických teoriích. *Rogersovský přístup – přístup zaměřený na člověka* - zakladatelem je Carl Samson Rogers. Podle něj člověka ovlivňuje tendence k aktualizaci, což má být schopnost rozvíjet své kapacity ke zkvalitnění a seberozvoji. Důraz je dán na terapeutický vztah, zranitelnost klienta, autenticitu, nepodmíněné pozitivní ocenění, empatii. Důležité je i na naslouchání. Následující teorií je *Přístup z hlediska transakční analýzy*. Zakladatelem je Eric Berne. Vyšel z psychoanalýzy, rozvinul pojem ego, to dle něj může zaujímat různé stavy – Dítě, Rodič, Dospělý. Dítě je impulzivní, nejedná rozumem, je s ním spojena tvořivost, spontaneita, humor a zábava. Rodič ovládá, kontroluje, tvoří pravidla a hodnoty, je to osobnost pečující o pohodlí, utěšující a vychovávající. Převažuje zde rozum, logika, umí dělat rozhodnutí, nepřevládají emoce. Základní potřeby dle Berneho jsou potřeba podnětů, uznání, struktury a potřeba vzrušení. Důležité je pohlazení. Nejriskantnější jsou podle něj hry, které mezi sebou lidé hrají, jako je hra pacientů na hrdiny či ubožáky. Poslední je *Systemický přístup*. Systém zde znamená hierarchii struktur, které jsou ve vzájemném vztahu. Vztahy mezi částmi systému tvoří hranice. Příkladem systému je rodina, malá sociální skupina, velká sociální skupina. Jedinec, člověk, je součástí systému. Dle systemiků je chování člověka v určitém systému podmíněno tím, v jakém systému se nachází, a naopak chování jedinců určuje konkrétní systém. Zde také dochází ke vzájemným interakcím, které Gregory Bateson rozdělil na symetrické a

komplementární. Symetrické znamenají, že např. když pacientka své kolegyni na pokoji něco donese, ona jí to příště oplátí. U komplementární dochází k opačné situaci, kdy pokud například se o někoho příliš pečuje, může dojít k nesamostatnosti. V systemickém přístupu lze najít i zpětnou vazbu. Ta se rozděluje na pozitivní a negativní, přičemž pozitivní je povzbuzení, posílení chování jedince se kterým se komunikuje, např. úsměvem. U negativní se jedná o sebeomezení což je např. omezení komunikace, pokud se na komunikující osobu někdo při rozhovoru zašklebí. Problematicky může působit tzv. dvojná vazba, neboli protirečení ve sdělení. V nesouladu je zde verbální a neverbální konativní složka. (Venglářová, Mahrová, 2006, s. 14–18)

Komunikace má také svou strukturu. Do složek struktury patří komunikátor, komunikant, komuniké, komunikační kanál, zpětná vazba, šum, kontext a prostředí. *Komunikátor* je člověk, mající informace, které chce předat. *Komunikant* je osoba, které jsou informace předávány. *Komuniké* je obsah informace, zahrnuje postoje, myšlenky, potřeby, názory, problémy, emoce. *Komunikační kanál* přenáší informace. Pokud je přenos informace přímý, nazývá se bezprostřední, pokud je naopak nepřímý, říká se mu zprostředkovaný. Bezprostřední může být verbální, neverbální. Zprostředkovaný je telefonický, písemný, vizuální (nástěnky, letáky), audiovizuální (video), elektronický (elektronická pošta, internet). Další složkou je *zpětná vazba*, která byla již zmíněna v systemickém přístupu, viz výše. Jinými slovy lze říct, že se jedná o jakousi reakci příjemce na sdělení, čili o zpětnou reakci. *Šum* může změnit záměr zprávy a její pochopení. Jedná se několik základních druhů šumů a to fyzické (zdroj je mimo komunikující – sluneční brýle, hluk okolí), fyziologické (vlastní překážky – porucha zraku, sluchu, řeči), psychologické (emocionální nebo rozumové zaujetí – špatný úsudek, uzavřenost, intenzivní emoce jako hněv, nenávisť, láska, smutek, žárlivost), sémantické (opačně pochopený význam – žargon, cizí slova, složité výrazy, jiný dorozumívací jazyk). Komunikace probíhá v *kontextu a prostředí*. *Kontext* určují verbální a neverbální projevy, konkrétní otázka může mít prakticky jiný význam. Jsou čtyři hlediska kontextu: fyzické (konkrétní prostředí), kulturní (životní styl, stupnice hodnot), sociálně psychologické (vztah mezi komunikátorem a komunikantem) a časové

(postupnost a následnost sdělování informací). *Prostředí* je důležité zajistit tak, aby zde bylo co nejméně rušivých elementů. U nemocných je velice důležitý výběr vhodného prostředí. (Kristová, 2004, s. 14–16; Pokorná, 2008, s. 9).

### 1.2.1 Verbální komunikace

Verbální komunikace je dorozumívání se pomocí slov. Význam mluvení spočívá v artikulaci a konkrétním jazyku. Nejdůležitějším typem verbální komunikace je řeč, která je složená ze slov. Řeč sděluje konkrétní myšlenky, díky ní je člověk obohacen o nové informace, znalosti, fakta. Ovlivňuje postoj k lidem, věcem, může lidi spojit, udržovat vzájemné vztahy. Sledují se zde dvě stránky, jednak stránka obsahová a jednak stránka neobsahová – paralingvistická. V obsahové stránce jde o to, jaký je význam sdělení, sledují se členění a pomlky, intonace, dynamika. V neposlední řadě je také důležité sledovat, zda je správně porozuměno slovu. U paralingvistické stránky řeči nejde o obsah sdělení, ale o prvky řeči jako je intenzita hlasu, tónová výška, barva hlasu, délka hovoru, kolik lidí mluví, rychlost řeči, přestávky, klid v průběhu přestávky, případné chyby v řeči. Do této skupiny je zahrnut i pláč. Jeho funkce je buď úlevová, kdy je pláč způsoben stresem nebo signalizační, kdy se očekává spoluúčast druhého, pomoc a útěcha. Pláč má několik podob. Může být hysterický, tichý, zlostný, hlubokého smutku a lítosti, slzy štěstí. Verbální komunikace jako taková má základní kritéria, jsou to jednoduchost, stručnost, zřetelnost, načasovanost a závažnost, přizpůsobivost, důvěryhodnost. Nedílnou součástí, která by neměla být opomenuta je naslouchání. nejdůležitější součást rozhovoru, znamená aktivní vnímání druhého. Vyjadřuje to, že dotyčný slyší, co ten druhý říká a také pochopení vyřčeného. Naslouchání probíhá třemi způsoby, ušima, očima a srdcem, což jsou emoce. (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2006, s. 83–84; Venglářová, Mahrová, 2006, s. 19, 25; Janáčková, Weiss, 2008, s. 15; Kristová, 2004, s. 54–55, Beran a kol., 2010, s. 52)

Ve verbální komunikaci najdeme dva typy jazyků. Prvním typem je jazyk logiky, kde se předpokládá, že to, co se vysloví, se také tak myslí. Význam sdělení není

jinak chápán, jedná se o přesně definované pojmy. Tento typ je neosobní, věcný a objektivní. Jde o data, fakta a údaje. Druhým typem je jazyk poezie, kde význam sdělení může být jiný než logičnost sdělení. Například „jsem otrávený“ nemusí znamenat, že člověk snědl něco jedovatého, ale že se nudí. Tento jazyk je abstraktnější a jsou v něm osobní postoje, emoce a nálady. (Janáčková, Weiss, 2008, s. 15).

V povolání zdravotní sestry má verbální komunikace velký význam. Díky ní sestra získává, přesvědčuje, motivuje, povzbuzuje a rozmlouvá s pacienty. Je nutné, aby volila slova uváženě, uvědoměle a s určitým cílem. Slovní projev by měl být jednoduchý, přehledný, výstižný, podnětný, načasovaný a závažný, důvěryhodný, přizpůsobivý, oboustranný. Informace se předávají stručně, jasně, nepoužívají se výrazy, které ten druhý nezná. Po předání informací si sestra ověří, zda příjemce sdělení rozuměl. Stručnost působí profesionálně, je lepší se vyhnout oklikám, které mohou způsobit nedůvěru. Poté se nechá prostor na otázky. Informace se předávají zřetelně, aby byla vystižena přesná podstata věci. Je důležité dávat pozor na dvojsmysly jako například význam slova odchod. Načasovanost rozhovoru hraje důležitou roli především pokud se jedná o závažný rozhovor. Musí u toho být klid, soukromí, nerušivé prostředí a dostatek času. Rozhovor stylově sestra přizpůsobuje nemocnému, jeho reakcím. Rozhovor může být terapeutický, informační, edukativní. V případě terapeutického rozhovoru jsou hlavní pocity pacienta, u informačního jde o sdělování informací. Zde jsou důležité otázky, které mohou být otevřené (odpověď celou větou) nebo uzavřené (jednoslovná odpověď, ano, ne), věcné (určitá věc) nebo osobní (mínění druhých). Edukativní rozhovor pak znamená předávání dovedností, znalostí. Důležité je, aby sestra rozhovor vedla nedirektivní formou, byla empatická a projevila emoční blízkost, zájem o pacientovu situaci. (Venglářová, Mahrová, 2006, s. 23–25, 30–33)

### **1.2.2 Neverbální komunikace**

Sdělení a předávání informací probíhá beze slov, neverbální komunikace je řečí těla. Uskutečňuje se prostřednictvím výrazu v obličeji (mimiky), viziky (očního

kontaktu, pohledu), doteku (haptiky), přiblížení a oddálení (proxemiky), fyzického postoje (posturologií), pohybu (kinetiky), gest, chronemiky (vyjadřování, užívání času vůči ostatním), teritoriality (velikosti osobního prostoru). Nonverbálně se mohou sdělovat emoce, naznačovat zájem, vytvářet dojem, ovlivnit postoj, řídit chod vzájemného styku. (Jánáčková, Weiss, 2008, s. 17; Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007, s. 84; Pokorná, 2008, s. 17)

Emoce jsou spjaty s prožíváním, s neurovegetativním systémem, navzájem se také ovlivňují. Například, když je někdo smutný, tak pláče, nebo pláče, proto je smutný. Emoce se nejvíce projevují v mimice. Konkrétním výrazem lze vyvolat konkrétní emoci jako třeba vztek, radost atd. Emoce ukazuje i tón řeči, nedokončené věty, opravování se, zakoktávání, opakování, přeřikávání se, nesouvislé, nesrozumitelné zvuky. Vyjádřit je lze i pomocí pohybů a gest.

Zájem a touha po sblížení se může projevit výrazem v obličeji jako je třeba zvednutí obočí, častější pohledy, dále dotekem, přiblížením, pootočením a nakloněním se k sobě, jasnou gestikulací. Vzájemné sblížení ovlivňuje vztah vzájemné neverbální komunikace.

Dojem na druhého je tvořen již při prvním kontaktu. Nejdříve je hodnocen vzhled, to znamená typ postavy, typ temperamentu, tvar hlavy, vrásky – čím starší tvář, tím lépe čitelná. Působí i to, jaké má dotyčná osoba oči, nos, ústa, rty, bradu. Dále se hodnotí jaký má krk, jaké má vlasy, jaké jsou uši. Samotypem jsou také oční duhovky, brada, rty a zuby. Také se hodnotí oblečení, které ukazuje na vkus i povahu člověka. (Janáčková, Weiss, 2008, s. 17–18; Linhartová, 2007, s. 16–17)

Důležitou složkou neverbální komunikace, jak již bylo zmíněno, je *mimika*, neboli výraz obličeje. Pojednává o emocích, které jedinec prožívá, ukazuje postoje a někdy se používá i jako odpověď v rozhovoru. V mimice se vyskytují emoce jako štěstí, neštěstí, překvapení, splněné očekávání, úzkost a strach, pocit jistoty, smutek, radost, rozčilení, klid, nespokojenost, znechucení, spokojenost, nezájem a zájem. V obličeji jsou tzv. mimické zóny a to oblast čela a obočí, oblast očí a dolní část obličeje (tváře, nos, ústa). Horní polovina obličeje značí strach, úzkost, bolest. Dolní oproti tomu značí uvolnění, úsměv, klid. Další složkou je *vizika*, což je tzv. řeč očí. Ve vizice je důležité,

kam pohled směřuje, jaké má trvání, četnost pohledů, celkový objem, pootevření víček, rozšíření zornic, mrkání, tvar a pohyby obočí, vrásky kolem očí, rozlišení příjemných a nepříjemných pohledů. *Gestika* probíhá pomocí rukou, obličeje a krku, nohou. Vypovídá o vztahu k dané osobě. V oblasti krku a obličeje jsou tři hlavní postavení hlavy – vzpřímená (neutrální postoj), mírně stočená na stranu (zvýšený zájem), skloněná dolů (odmítavý postoj). Dále sem patří zakrývání úst rukou (lež), dotýkání nosu (nový nápad), tření oka (pochybnosti, lhaní), tření ucha (nechci nic slyšet), škrábání na krku (pochybnosti, nejistota), podpírání brady (nuda), ruka v pěst, ukazováček je směrem vzhůru přiložený ke tváři (zájem), mnutí brady (rozhodování). Zkřížené paže tvoří ochrannou bariéru, to značí i nesouhlas. Pokud jsou u toho zaťaté pěsti, jedná se o nepřátelský postoj. Zkřížení rukou s uchopením paží má význam obrany a potřeby podpory. Dalším gestem může být ruka položená na hrudi, krku, břichu, což je znamení úzkosti a nejistoty. Gesta nohou jsou dvojího typu. Prvním je zkřížení noh, což vyjadřuje odmítavý a obranný postoj. Druhým pak jsou zkřížené ruce i nohy, to značí neklid, strach, úzkost, nejistotu a nelibost. V případě *haptiky* jde o bezprostřední kontakt jako je podání ruky, poplácání po rameni, poplácání po zádech, probíhá hmatem. Pomocí hmatu lze vnímat chlad, teplo, tlak, bolest, chvění. Je zde zahrnuto i pohlazení, povzbuzení v podobě empatického držení za ruku. *Proxemika* se odvíjí od vztahu k druhé osobě. Jde buď o vertikální vzdálenost nebo horizontální. U vertikální jde o výšku očí, kdo je očima nad druhým, je dominantní. U horizontální jde o tzv. zóny, teritoria – intimní (15–30 cm, milenci, matka a dítě), osobní (45–120 cm, manželé, přátelé), sociální (150–350 cm, učitel–žák), veřejná (kolem 800 cm, herec, číšník). *Posturologie* je komunikace pomocí postojů, držení těla a poloh. Má základní typy poloh – stoj, klek, sed, leh. Pokud jsou oči ve stejné výšce, značí to rovnocennost, jinak je jeden nadřazen. Zahrnuty jsou zde i polohy končetin, hlavy, naklonění těla. Křížení značí obranu, náklon těla dopředu zájem, dozadu pak nezájem, ruce v bok značí výzvu. *Kinetika* zahrnuje veškeré pohyby těla a jeho částí. Rozsah pohybu pak souvisí s prožívanými emocemi. Její specializací je chironomie zabývající se pohyby rukou, zahrnující např. znakovou řeč (Janáčková, Weiss, 2008, s. 19–47; Kristová, 2004, s. 25–

34, 45; Venglářová, Mahrová, 2006, s. 41–42, 46–49, 50–51; Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007, s. 85; Pokorná, 2008, s. 18–19, 24 - 25)

### 1.2.3 Komunikace v medicíně

Komunikace v medicíně znamená v první řadě porozumění a vcítění se. Toho lze dosáhnout pomocí neverbální složky komunikace. Pacienti často neverbálně sdělují například strach, rozhořčení. Komunikace v medicíně je nezvratná, nevyhnutelná a neopakovatelná. Je důležité, aby byla profesionální, komplexní. Splňuje-li základní požadavky, probíhá zpravidla úspěšně. Lékař nebo zdravotník by se měl snažit dosáhnout spolupráce, stanovit priority terapeutické práce, vytvořit pocit bezpečí a jistoty, zajistit zabezpečení informací pacientovi, dohodnout se o způsobu léčby, vhodně ukončit návštěvu. Využívají se také tři druhy ošetrovatelské komunikace – sociální (při neformálních setkáních), strukturovaná (plánovaná náplň, rozhovor např. o pooperační péči před operací) a terapeutická (překonání stresu, přizpůsobení se skutečností, využití například k vyrovnání se sdělenou diagnózou). (Janáčková, Weiss, 2008, s. 69, 71; Kristová, 2004, s. 77–78; Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2006, s. 90)

Častým jevem v medicínské komunikaci je konflikt. Konflikt je možno definovat jako střetnutí zájmů, kdy jedna nebo více stran si myslí, že má právo na určitý způsob jednání, které poté zmaří touhy ostatních. U konfliktu by však neměla mít absolutní moc ani jedna strana, protože pak nelze vyjednávat, vede to k diktátorství. Nejčastěji konflikt způsobuje špatná komunikace, vnímané rozdíly, biologické sklony (přežívá nejsilnější) a prostorové vztahy (nutný vlastní prostor, nepřeplněný). Konflikt lze řešit buď vyjednáváním (lze dosáhnout dohody), odkládáním (obě strany se zkouší konfliktu vyhnout, protože je zbytečný a chtějí, aby skončil), spoluprací (soustředění se obou stran na výsledky a možnosti, je nutná dobrá vůle). Konflikt však může vždy vyvrcholit v násilí. (Eggert, Falzon, 2005, s. 8, 15–16, 21–23).

Specifická je komunikace na ambulanci. Do ordinace přichází pacient s nějakým problémem a očekává účast a pomoc. Jak již bylo zmíněno výše, komunikace začíná již

prvním kontaktem, při vstupu. Ke každému pacientovi je nutné přistupovat individuálně. Sestra, která ovládá dobře komunikaci si najde snáz cestu k pacientovi. Nevklidná, neochotná sestra nevzbuzuje ochotu ke svěření se. Dle specifikace ambulance je důležité, aby sestra dávala pozor na neverbální projevy pacienta a tím rozpoznala příznaky, které mohou ohrožovat zdraví, leckdy i život. Slova zde mají velkou informační hodnotu, tvoří vztah sestra–pacient. Slova by měla volit dle stavu pacienta jak fyzického, tak psychického. Nejužívanějším typem verbální komunikace na ambulanci je rozhovor, který ovšem zahrnuje i neverbální prvky, což jako celek tvoří empatický rozhovor se schopností druhému naslouchat. U rozhovoru na ambulanci sestra musí umět naslouchat, mluvit pomalu a jasně. Neměla by používat výrazy, které pacient nezná, naopak by měla objasnit, to čemu nerozuměl. Otázky sestry pokládá v logické návaznosti, pokládá vždy jen jednu otázku. Je důležité umožnit pacientovi dívat se na problém svými očima, mít svůj hodnotový systém. Není vhodné používat osobní příklady. Sestra by měla naznačovat respekt, zájem a přijímat věci i neverbálním způsobem. Pacient by měl mít možnost mlčet a hledat vhodná slova, což sestra musí akceptovat. Sestra udržuje oční kontakt a zachovává si tzv. klidnou hlavu, popřípadě vyjádří soucit. Sestra také může být dobrým prostředníkem v komunikaci s lékařem. Aby vše proběhlo správně může pacientovi doporučit, aby se ptal na vše, co potřebuje vědět, aby lékař řekl, co, jak a kde ho bolí, aby řekl všechny své problémy najednou, aby se nebál vyslovit obavy. Může také doporučit, aby pacient udržoval oční kontakt, respektoval lékařovo soukromí a hlavně mluvil pravdu. I lékař nebo zdravotník by měl dodržovat zásady správné komunikace v ordinaci, a to pozdravit pacienta, představit se, oslovovat pacienta jménem, případně titulem, ukázat, kam se má posadit, udržovat oční kontakt, nehledět na pacienta přes počítač nebo něco jiného, užívat spisovný jazyk, při hovoru se na pacienta natočit, podívat se na něj, během rozhovoru netelefonovat, přítomnost jiné osoby než sestry je zakázaná, pokud si to pacient sám nepřeje, veškeré úkony s pacientem spojené je nutné slovně popisovat, od pacienta si vyžádat souhlasy, poučit pacienta, vysvětlit užívání léku, upozornit na vedlejší účinky, Vhodnými dotazy kontrolovat, zda pacient všemu rozumí, nepoužívat latinské a anglické termíny, vysvětlit diagnózu, nevést pouze monolog, zřetelně vyslovovat, pozorně naslouchat,



v hlase by měla být znatelná vlídnost, spoluúčast a zájem, zajistit klidnou atmosféru, nekritizovat pacienta, neporušit mlčenlivost, respektovat soukromí, dbát na zevnějšek – čisté, vyžehlené oblečení, dbát na osobní hygienu, celkově vzbuzovat dobrý dojem. (Linhartová, 2007, s. 58–64; Fecková, 2011)

Na traumatologické ambulanci prožívají pacienti akutní stres, strach, úzkost a bolest. Ve většině případů čeká pacienty chirurgický zákrok, k obecným pravidlům komunikace na ambulanci se tedy ještě přidávají pravidla komunikace před chirurgickým zákrokem jako rozebrání možnosti chirurgického zákroku s pacientem, umožnění dostatku času na rozmyšlenou, objasnění typů anestezie, podání informací o postupu při zákroku, o pooperačním období a o délce pobytu a rekonvalescenci. Na této ambulanci se také můžeme setkat s různými typy lidí, je nutné tedy komunikaci individuálně přizpůsobit. Často se na úrazové ambulanci sestra dostane do kontaktu s *agresivním pacientem*. Agrese je útočné chování, kdy pacient nespolupracuje a ohrožuje personál. Zdrojem agrese je často strach, úzkost, bolest, nespokojenost, beznaděj, bezmocnost, dojem nezájmu ze strany zdravotnického personálu. Vyskytuje se v několika formách a to jako přímá agrese (vůči zdravotníkovi), transformovaná agrese (přenášení vzteku na jinou osobu), zadržování negativních projevů (projev emocí zcela na jiném místě, pro okolí nepochopitelné) a instrumentální agresivita (dosažení cíle pomocí násilných projevů). Agresivními projevy jsou trhavé podupávání nohama, nervózní popocházení, kopání do prostoru i předmětů, tlukot o stůl listinami nebo předměty, silná gestikulace pažemi, rozrušení znatelné v obličeji, rostoucí intenzita hlasových projevů, nepravdělný a hlasitý dech, agrese v řeči jako jsou nadávky, vulgarismy, narušování osobní zóny ostatních. Na tyto projevy je důležité neodpovědět impulzivně, zachovat klid, chovat se vlídně, neodpovídat útočně, konstatovat, že je nemocný rozčilen a jak to působí, vyslechnout a akceptovat stížnosti, nehodnotit a neodsuzovat nemocného, vyjádřit nesouhlas s chováním nemocného, projevit zájem o situaci nemocného, vyjádřit verbálně i neverbálně empatii, hledat reálné důvody agrese, pokud to lze, vyhovět pacientovi nebo klidně vše vysvětlit a vyjádřit pochopení, sdělit závěr situace a přesvědčit se, že jej pacient chápe. Zdravotník by v situacích ohrožení neměl dominovat, tempo řeči by měl zpomalit, měl by si všímat všech signálů blížící se

agrese, je lepší se snažit pacienta posadit, udržovat bezpečnou vzdálenost, nechat si únikovou cestu (otevřené dveře atp.), měl by se snažit být empatický, když cítí napětí, měl by odvrátit pozornost jinam, měl by také mít možnost žádosti o pomoc a hlavně si všimnout, zda není pacient něčím ozbrojen. (Janáčková, Weiss, 2008, s. 107, 110; Venglářová, Mahrová, 2006, s. 81–86; Linhartová, 2007, s. 66–67; Kristová, 2004, s. 132–133; Horňáková, Štefková, 2009,) Dále se sestra na ambulanci setká s *úzkostným pacientem*. Příliš úzkostný pacient může ztěžovat komunikaci. Úzkost jako taková znamená abnormální předtuchu a strach až panický děs, častěji se vyskytuje u starších lidí než u mladších, starší pacienti mívají obecně větší strach z onemocnění. Úzkostný pacient se projevuje rychlou nebo naopak pomalou mluvou, může mluvit vyhýbavě, unáhleně nebo nesouvisle, někdo hovoří příliš, jiný je plačtivý, může dojít i k verbalizaci úzkosti. Mezi další projevy se řadí motorický nepokoj, nervózní pohyby a gesta, posturická strnulost, výraz tváře je váhavý, ustrašený, méně rozličná mimika, časté uhýbání pohledem, pacient bývá shrbený, někdy je až v křeči, vyskytuje se zde nervózní chůze, horní nebo dolní končetiny jsou překřížené, znamenající odstup, pohyby bývají nekoordinované, nepřesné. Zdravotnický personál by se měl snažit v takovém případě úzkost snížit, eliminovat. Toho lze dosáhnout pomocí komunikačních praktik. Zde platí se na pacienta nedívat více než je nutné, vyhnout se slídivým a zkoumavým pohledům, nepohybovat prudce rukama a tělem, tempo řeči by mělo být přiměřené a klidné, důležitá je možnost zpětné vazby, popřípadě zpřesnění informací, pozorné poslouchání pacienta, pokládat i nevyslovené otázky, někdy je nutné za pacienta vyslovit pochybnost, neignorovat úzkost, nezesměšnit pacienta, pacient musí mít prostor na to, aby se vyjádřil, dále je důležité akceptovat jeho emoce, společně s ním ji pojmenovat a zjistit, co ji vyvolává. (Horňáková, Štefková, 2009; Kristová, 2004, s. 138–139; Faleide, Lian, Faleide, 2010, s. 195). Také se na ambulanci může objevit kombinace agresivního pacienta a úzkostného pacienta, což je *úzkostný pedant*. Pacient tohoto typu touží po vlídném jednání a uklidnění, ale zároveň chce mít situaci pod kontrolou. Pacient potřebuje mít detailní informace co a jak má udělat. Je puntičkářský, stereotypní. Pokud je stereotyp narušen je vzteklý. Řeč bývá kontrolovaná, pečlivě vybírá slova, mluví spisovně, řečový projev je výrazný.

Neverbálně se projevuje afektivně, tyto projevy jsou kontrolované, vzpřímená poloha, je v pozoru, pohled je hodnotící a bývá shora dolů. Sestra by měla u tohoto typu nemocného udržovat oční kontakt, komunikace by měla být pomalá a věcná, informace by měly být vyvážené, nepodává zbytečné informace. Odpovědět by měla vždy ochotně a stručně, nesmí se vysmívat a odsuzovat nemocného, pokud to lze, nezasahuje do jeho denního rytmu, striktně by nic neměla nařizovat. (Kristová, 2004, s. 140–141, Hornáková, Štefková, 2009). V ordinaci se objevuje i *depressivní pacient*. U tohoto typu je velice důležitý slovní projev zdravotnického personálu. Projevy pacienta jsou nejčastěji smutná nálada, ztrácí zájem o cokoli, úbytek energie, malá nebo žádná sebedůvěra nebo sebeúcta, často prožívá bezdůvodné pocity viny, myslí na smrt, špatně se soustředí, psychomotorické tempo je buď rychlejší nebo naopak pomalejší, špatně spí, nemá chuť k jídlu. Deprese je častá u seniorů, kdy ve většině případů souvisí s demencí. Při komunikaci by sestra měla ukázat pochopení, nechat volný průchod reakcím nemocného. Není dobré doporučovat nové aktivity, které přetěžují nemocného, nenutit pacienta, aby se rozhodnul, sestra by měla být pacientovi oporou, nenechat ho tzv. sama sobě. (Hornáková, Štefková, 2009; Venglářová, Mahrová, 2006, s. 89–90). *Narcistický pacient* přicházející do ordinace obdivuje sám sebe a touží po obdivu od okolí. Tento typ má sníženou empatii. Na kritiku reaguje špatně, cítí se ponížen, stydí se. Pacient má nároky jak na personál, tak na sebe. Nemocný se projevuje opečováváním svého zevnějšku, chování je nadřazené, okázalé, tzv. chytračí, rád se slyší, často dává najevo, jaké známé osobnosti poznal, péči vyžaduje od velkých odborníků ne od klasického personálu, nastane-li konflikt, je agresivní, není empatický vůči druhým, péče od rodiny je u něj chápána jako samozřejmost. Sestra by u tohoto nemocného měla jednat důstojně, na úrovni, měla by mu umožnit spolupráci, informace mu podávat ucelené, jednat s jím jako rovná s rovným, v dalších postupech léčby a ošetrovatelské péče mu dát možnost se rozhodnout, vždy dát najevo, že ví o jeho přítomnosti. Sestra by nemocnému měla dát také najevo pocit jedinečnosti. Pokud dojde ke konfliktu, nabídne krátkou profesionální omluvu. (Hornáková, Štefková, 2009; Venglářová, Mahrová, 2006, s. 92–93).

### 1.3 Osobnost sestry

Povolání zdravotní sestry je velice náročné. V dnešní době by měl zdravotník zvládnout vysoce odbornou práci, obsluhu moderní techniky, obstat fyzickou zátěž. Z psychologického hlediska by měl dokázat ovlivnit nemocného a vést ho požadovaným směrem. Vykonat administrativní práci je v dnešní době skoro nutností, musí zvládnout rodinné i pracovní problémy. Každý den je sestra přítomna při umírání, lidském neštěstí, u okamžiků změn hodnot v lidském životě. Proto by měl být zdravotník také v první řadě osobnostně zralý, vnitřně vyrovnaný, měl by mít vyšší frustrační toleranci. Správné vlastnosti, které by sestra měla mít, pozitivně ovlivňují vztah zdravotník–pacient. Patří sem autenticita (otevřenost), akceptace (přijetí, úcta, důvěra, sympatie k pacientovi), empatie (vcítění se do druhého). Pro každou zdravotní sestru jsou nezbytné osobnostní předpoklady, kam je zahrnut tvůrčí přístup, dostatek kritiky i sebekritiky, již výše zmíněná empatie, porozumění problémům pacientů, vystupování sestry (klidné, pohotové reakce, bez nadřazenosti, zdravě sebevědomé), smysl pro humor (neznamená smát se nemocnému), hodnotová orientace (smysl pro odpovědnost, plnit povinnosti, dobrý vztah k lidem), humánní vztah k nemocnému.

Ve svém zaměstnání plní sestra několik rolí a to *setra pečovatelka* (poskytování základní ošetrovatelské péče), *setra edukátorka nemocného a jeho rodiny* (prevence poruch, upevňování zdraví, předcházení komplikací, nácvik činností), *setra obhájkyň nemocného* (pokud pacient nemůže svá přání projevit sám), *setra koordinátorka* (spolupráce s ostatním zdravotnickým personálem, spolupráce a zapojení rodiny), *setra asistentka* (příprava na vyšetření, asistuje při něm, podílí se na diagnosticko–terapeutické lékařské péči), *setra výzkumnice* (využívání nových znalostí, podílení na nových standardech péče atp.).

Důležitým dokumentem vystihujícím osobnost sestry je Kniha o ošetrování nemocných od Florence Nightingale, která je základem etického kodexu sester a ošetrovatelek. Podle ní má být zdravotnice svědomitá, spolehlivá, střídmá, počestná, zbožná (pokorná), rozhodná, klidná, rozvážná, dobrým pozorovatelem, dobrosrdečná, důvěryhodná, empatická. Dle Jarmily Roušarové by sestra měla být především dobrým

pozorovatelem. Tímto způsobem může pomoci k rychlejšímu stanovení diagnózy a nebo může zjistit jaký má léčba průběh a efekt. Sestra, která provádí pozorování musí mít individuální zájem o každého nemocného, nesmí jí chybět inteligence a bystrost, postřeh, také musí mít dostatek odborných znalostí a zkušeností, příznaky musí nahlásit přesně a spolehlivě.

Dalšími důležitými body pro výkon povolání zdravotní sestry jsou *předpoklady senzomotorické* jako je šikovnost, zručnost, pohybová obratnost, neporušené smyslové vnímání. Následují *předpoklady estetické*, což jsou smysl pro úpravu (sestra na sebe dbá) a dbaní na úpravu zdravotnického prostředí. Následují *předpoklady intelektové*, které zahrnují myšlenkové pochody a operace, kdy si sestra osvojí široké spektrum pojmů, řešení proměnlivých situací, vybrání optimálního řešení situace. Důležité jsou i *předpoklady sociální* obsahující dobrý vztah k lidem, schopnost navázat kontakt, vést dialog, umění empatie, umění předvídat sociální role, ovládání verbálních a neverbálních projevů. Další jsou *předpoklady autoregulační*, kde jde o přizpůsobivost, sebezapření, velké odolnosti vůči fyzickému a psychickému stresu. A v neposlední řadě jsou zde *předpoklady komunikační*, v nichž jde zejména o schopnost naslouchání, stimulace rozhovoru, reflexe, shrnutí, mlčení.

V povolání zdravotní sestry je důležité, aby si udržela pracovní odstup, ale přitom byla schopná soucitu, pochopení a empatie. Osobnost sestry by měla být v harmonii, ucelená, vyrovnaná a s dostatkem odborných znalostí a kompetencí. Osobnost sestry a její práci pomáhají zkvalitnit etické normy jako jsou Etický kodex práv pacientů, Etické kodexy zdravotních sester a ošetřovatelek a Etický kodex České lékařské komory.

Lze najít i problémové typy osobnosti sestry jako jsou *náladové sestry*, které se projevují povznesenou náladou, euforií. Tato sestra přehlíží překážky, pracovní zodpovědnost podceňuje. Je neukázněná, pouze volně dodržuje regule a nařízení. Pro spolupracovníky a pacienty může být zábavná, ale může také dojít k tomu, že je svým chováním bude okolí obtěžovat. Je nutné ji vést ke kázni a sebeovládání. Problém je i s depresivní sestrou. Ty mohou na pacienty přenášet skepsi a smutek, nedůvěru v budoucnost. Tyto sestry je třeba povzbudit, motivovat a podnítit jejich aktivitu.

(Kutnohorská, 2010, s. 142-143; Plevová a kol., 2011, s. 85, 90–92; Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007, s. 62–63)

Stres ve zdravotnickém povolání je přítomen často, je to reakce organismu na zátěž. Stres má tři kategorie, jsou jimi prestres (vede k odolnosti), eustres (příjemný stres, příjemná očekávání), distres (negativní stres, přetěžování, psychická onemocnění). Stresory vyvolávající stresovou reakci se dělí do tří kategorií, což jsou biologické stresory (infekce, úraz, chlad, hlad atd.), psychologické stresory (neúspěch, ohrožení sebevědomí, bezmocnost, konflikt atd.), sociální stresory (ztráta postavení, kompetence, konflikt v zaměstnání, konflikt v rodině atd.). V počátku výkonu zdravotnického povolání je stres motivující, posilující, postupem času se ale mění v únavu, vyčerpání, ztrátu počáteční energie, což může vést k pocitům selhávání, zneužívání zaměstnavatelem, postupně až k depresivním stavům, syndromu vyhoření. Stres se může u sestry projevat různě, některá má tělesné příznaky jako je plynatost, špatné trávení, nechutenství, přejídání, bolesti břicha, jiná spíše duševní, to se vyznačuje neklidem, úzkostí, roztěkaností, depresí nebo apatií. Leckdy stres vede i k rodinným problémům, jako je zanedbávání dětí, rozvod. V pracovní sféře dochází k tomu, že sestra dělá zbytečnou práci, snížila se jí sebedůvěra, energie, zanedbává povinnosti a může takzvaně „vyhořet“. Syndrom vyhoření je vystupňovaný stres, kdy sestra nemá zájem o pacienty, ani sama o sebe, je vyčerpaná, unavená, slabá, je jí nevolno, často jí bolí záda a hlava. Sestra v tomto případě nevnímá osobní identitu pacientů. V tomto případě je nutností změnit osobní a pracovní aktivity, udržovat zdravý životní styl. Prevencí syndromu vyhoření je duševní hygiena, která je terciální prevencí, ale řadí se i mezi primárně preventivní podpory zdraví. Další prevencí jsou dobré mezilidské vztahy, práce s důležitými informacemi, dobrá pracovní komunikace, zvládnutí pracovních povinností, pozitivní vnímání sebe sama, psychoterapeutické cvičení, zvládnout špatné emoce. Důležité je i omezit alkohol, tabák a kofein, zvolit přiměřenou pohybovou aktivitu, výborné je plavání, zvýšit aktivní cvičení nejen tělesné, ale i např. myšlení, jako je luštění křížovek, zlepšit životní styl, využívat relaxační techniky. Sestra by v žádném případě neměla zapomínat na péči sama o sebe, aby mohla správně a dobře

pečovat o své pacienty. (Doubek, 2006; Baštecká a kol., 2003, s. 57; Křivohlavý, Pečenková, 2004, s. 14, 16,17)

#### **1.4 Vztah sestra a pacient**

Vztah mezi sestrou a pacientem je jedním z nejsložitějších interpersonálních vztahů. Ve zdravotnictví se jedná o vztah základní, navazují ho jak pacienti, tak zdravotníci. Sestra je pacienty brána jako součást nemocničního týmu, ale i jako samostatná osoba. Je důležité, aby vzbuzovala důvěru, působila jako odborník, byla taktní a trpělivá. Sestra je nejčastěji tou, ke které pacient přichází se svými problémy a starostmi, projevuje před ní své nálady, depresi a různé osobní zvláštnosti. Důvěra by však měla být vzájemná. Z hlediska zdravotníka je dalším důležitým aspektem profesionální jednání, pacient by měl být rovnocenným partnerem. Tímto způsobem se tvoří příznivý psychosociální terén, který umožňuje ideální provedení léčebných zákroků. Pokud sestra vykonává proces konstruktivní změny a růstu pacienta, tak je umožněna otevřená a jasná komunikace, vzájemná důvěra, zaměření zájmu jak na potřeby pacienta, tak na potřeby sestry, porozumění jednání a prožívání pacienta i sestry, utvoření jednotného jednání a prožívání pacienta i sestry, ocenění sestry i pacienta, zvýšení sebedůvěry u sestry i pacienta, otevřený vztah s možností zpětné vazby, je umožněno empatické provázení bez nutnosti vložení se do procesu. (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007, s. 64–65; Linhartová, 2007, s. 53, s. 262; Verešová, 2007)

V práci sestry a tím pádem ve vztahu k nemocnému musí sestra domýšlet následky svých rozhodnutí a nezapomínat na morální hodnoty jako je úcta k člověku. Zásady chování sester se nachází v Etickém kodexu zdravotních sester a ošetřovatelek. Sestra by měla podporovat zdraví, předcházet nemocem, navracet zdraví, zmírnit utrpení. Aby vzájemný vztah byl dobrý, je nutné, aby sestra dodržovala základní pravidla jako poskytnout pomoc člověku, co ji potřebuje, brát v potaz lidskou důstojnost

a dle toho jednat, brát člověka jaký je bez předsudků, zabránit protietickému, protiprávnímu jednání, které by mohlo poškodit zdravotní péči a bezpečí, zastávat právo pacienta na soukromí. Sestra dává pacientovi i porozumění a oporu, je důležité, aby pochopila osobní problémy nemocného a řešila je spolu s lékařem. (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007, s. 66)

Jak bude setkání probíhat a jaký navodí vztah záleží také na pohlaví, věku a sociokulturním zázemí. Ženy zdravotnice jsou obecně lepšími komunikátory, pacienti jsou s nimi ochotnější spolupracovat. Je však leckdy složité poznat potřebu pacienta, protože ji interakce a další vlivy mění. Spokojenost pacienta je větší, pokud pozná, že je mu porozuměno a sám také všemu porozumí. Sestru pacient vnímá jako někoho, kdo poskytne oporu a porozumění, tvoří jakéhosi prostředníka mezi pacientem a doktorem, může tedy i zmírnit napětí, které se mezi nimi vytvoří. V roli prostředníka také pomáhá budovat důvěru k lékaři. Vztah lékaře, sestry a pacienta by měl být harmonický. Aby mohla být sestra taková, jakou ji pacient vnímá, měla by znát práva pacientů, dobře se chovat k pacientům, zvládat a potlačovat své emoce ve vztahu k pacientům a kolegům, upřednostnit potřeby nemocného před svými. Dále by měla chápat charakter nemoci jako je objektivní stránka nemoci, osobní, psychickou a sociální situaci nemocného, zvláštnosti nemocného, jeho prožitky, vliv léčebného prostředí, prognózu a rozhodnutí lékaře o léčbě. (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007, s. 66–67, 69–70; Baštecká a kol., 2003, s. 251, 259; Bártlová, 2005, s. 144)

Nemoc může narušit i rodinné vztahy, rodinou harmonii, což je pro nemocného důležité. Sestra může být nápomocna v budování vztahu s rodinou. Naopak rodina může být pomocí v léčebném procesu, spolupráce je velmi důležitá. Sestra by měla rodinu ubezpečit, že je o nemocného dobře postaráno, vhodně podat informace, vysvětlit možnosti spolupráce v léčbě, vhodnou komunikací zjistit informace, které jsou potřebné v anamnéze. Komunikace by měla být přátelská, bez výrazů, které rodina nezná, je nutné dávat pozor, aby sestra nepřekročila své kompetence. Pro léčebný proces je optimální pokud vztah pacient–zdravotník–rodina funguje co nejlépe. (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007, s. 71–72; Vybíralová, 2012)



## **2 Empirická část**

### **2.1 Cíle práce, výzkumné otázky a hypotéza**

#### **2.1.1 Cíle práce**

Cíl 1: Zjistit, jaká je spolupráce sestry a pacienta na ambulanci úrazové chirurgie z pohledu sestry.

Cíl 2: Zjistit jaká je spolupráce sestry a pacienta na ambulanci úrazové chirurgie z pohledu pacienta.

#### **2.1.2 Výzkumné otázky**

1. Jaké problémy vidí sestry ve spolupráci s pacienty na ambulanci úrazové chirurgie?
2. Existují specifika ve spolupráci sestry a pacienta na ambulanci úrazové chirurgie?

#### **2.1.3 Výzkumný problém**

Jsou pacienti spokojeni se spoluprací se sestrou na ambulanci úrazové chirurgie?

## **3 Metodika**

### **3.1 Metodika práce**

Výzkum byl zpracován kombinací kvalitativní a kvantitativní metody výzkumu. Kvalitativní typ výzkumu probíhal se sestrami formou polostandardizovaných rozhovorů na ambulanci úrazové chirurgie. Rozhovor obsahoval 27 otázek, které byly dle odpovědí sester doplňovány dalšími otázkami. Sestaveny byly podle nastudované literatury, která je použita v bakalářské práci. Rozhovory byly anonymní, respondentky měly možnost odmítnout celý rozhovor či odpovědět na některé otázky. Zpracovány byly písemně, poté upraveny do elektronické podoby (viz příloha 1 CD). Z této podoby následně byly zpracovány kategorie a použito otevřené kódování. Respondentky byly očíslované od 1 do 7.

Kvantitativní typ výzkumu probíhal formou anonymních dotazníků pro pacienty (viz příloha 2 CD), zaměřených na spolupráci se sestrami na ambulanci úrazové chirurgie, kteří sem dochází na kontroly. Dotazníky obsahovaly 20 uzavřených otázek.

### **3.2 Výzkumný soubor**

Výzkumný soubor byl tvořen sedmi respondentkami - sestrami pracujícími v Nemocnici Znojmo, p.o. a v Nemocnici České Budějovice, a.s. a proveden formou polostrukturizovaných anonymních rozhovorů, kdy byla zvolena metoda sněhové koule. Respondentky – sestry byly zvoleny dle doporučení vrchních a staničních sester obou nemocnic, přičemž většina byla ochotna se mnou rozhovor provést. Rozhovory probíhaly na ambulancích, dle časových možností sester a v kavárnách. Druhou část výzkumu tvořili pacienti docházející na kontrolu na tyto ambulance, pro které byl určen

anonymní dotazník. Dotazníků bylo rozdáno 100, polovina z celkového počtu byla dána do Nemocnice Znojmo p.o. a druhá polovina do Nemocnice České Budějovice, a.s., návratnost dotazníků byla 75 dotazníků (75 %) ze 100. Výzkumné šetření probíhalo během měsíce března, dubna, května a června 2013. Výsledky dotazníků byly vyhotoveny popisnou statistikou pomocí grafů v programu Microsoft Office Excel.

## 4 Výsledky

### 4.1 Kategorie rozhovorů

#### 4.1.1 Nejčastější typy úrazů

R – respondentka, + respondentka uvedla, - respondentka neuvedla

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7
Úrazy hlavy	+	+	+	-	+	+	+
Úrazy hrudníku	-	-	+	-	+	-	-
Úrazy pohybového aparátu	+	-	-	-	-	+	+
Rány	-	-	+	+	+	-	-
Zlomeniny	-	+	-	-	+	+	+
Pohmoždění	-	+	+	-	-	-	-
Popáleniny	-	-	-	+	-	-	-

Na ambulanci úrazové chirurgie se sestry setkávají s širokým spektrem úrazů. Většina dotázaných respondentek, kromě respondentky 4, uvedla jako nejčastější úrazy úrazy hlavy. Pacienti přicházejí často s komocemi a kontuzemi. (respondentka 1, 2, 6 a 7) Poranění hrudníku řeší dvě respondentky (respondentka 3 a 5), přičemž respondentka 5 má na ambulanci často naražení žeber. Úrazy pohybového aparátu jsou také častým jevem (respondentka 1, 6 a 7). Pacienti přicházejí především s poraněním končetin a sublaxacemi a luxacemi. Různé typy ran jsou téměř doménou ambulance úrazové chirurgie. Respondentka 3, 4 a 5 se setkává se všemi druhy ran. Patří mezi ně bodné, sečné, řezné a tržné rány. Ve většině případů se jedná o krvavé úrazy. Bezpochyby jedním z nejčastějších úrazů jsou zlomeniny. Potvrzuje to většina

respondentek (respondentka 2, 5, 6 a 7). Zlomenin je celá řada, respondentka 2 se však nejčastěji setkává se zlomeninami kotníků a zápěstí. Kromě zlomenin se často objevují i pohmoždění (respondentka 2 a 3). K nejtěžším úrazům pak patří popáleniny, se kterými se setkává pouze respondentka 4.

#### 4.1.2 Typy úrazů a specifika komunikace

R – respondentka, + respondentka uvedla, - respondentka neuvedla

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7
<b>Úrazy hlavy</b>	-	+	+	-	-	-	-
<b>Úrazy hrudníku</b>	-	-	+	-	-	-	-
<b>Úrazy pohybového aparátu</b>	-	-	-	-	-	+	-
<b>Krvavé úrazy</b>	-	-	-	-	+	+	-
<b>Zlomeniny</b>	-	-	-	-	-	+	-
<b>Šok</b>	+	-	-	-	-	-	-
<b>Dopravní nehoda</b>	+	+	-	-	-	-	-
<b>Rozsah a oblast poranění</b>	-	-	-	-	-	-	+

Každé poranění má svá specifika, což platí i pro komunikaci, jak se shoduje většina respondentek. Pouze respondentka 4 tvrdí, že podle ní neexistují. „*Vše je individuální, někdo snese pohled na ránu lépe, jiný kolabuje. U stejného poranění mohou prostě lidé reagovat různě, proto je komunikace individuální.*“ (viz příloha 1 CD, respondentka 4) Svá komunikační specifika mají dle respondentek 2 a 3 úrazy hlavy. U těchto úrazů je důležitá specifická komunikace, protože mohou způsobit například agresí. U úrazu hrudníku je třeba také specifické komunikace. „*Je však nutné odlišit zranění, u poranění hlavy je to rozhodně jiné než například u poranění hrudníku*“, vysvětluje respondentka 3 specifika komunikace úrazů. (viz příloha 1 CD,

respondentka 3) Ke specifickým komunikace u pohybového aparátu se vyjadřuje respondentka 6:

*„U luxací je také nutné uklidnění, odvést trochu pozornost.“ Velice důležitá je specifická komunikace u krvavých úrazů.*“ (viz příloha 1 CD, respondentka 6) *„To praktikuji zejména u krvavých úrazů, kdy se snažím uklidňovat. Také se snažím, aby pacient viděl co nejméně krve.“* (viz příloha 1 CD, respondentka 5) S tím souhlasí i respondentka 6, která dodává, že se musí zvolit opatrná komunikace. Respondentka 6 si myslí, že je také důležitá specifická komunikace u zlomenin, říká, že je nutné pacienta uklidnit a odvést pozornost. Z jakéhokoliv zranění může pacient být v šoku. V tomto případě je dle respondentky 1 třeba uklidnění. Na ambulanci se objevují i pacienti po dopravních nehodách. *„Jinak komunikujete s pacientem po dopravní nehodě, kdy např. pokud dojde k úmrtí, je třeba velice specifická a individuální komunikace, je třeba využít empatie a uklidňovat.“* (viz příloha 1 CD, respondentka 1) Respondentka 2 se také soustřeďuje na specifickou komunikaci u dopravních nehod. *„Jinak samozřejmě u autonehod je ta komunikace obzvlášť důležitá, je třeba být opatrná a chápavá.“* (viz příloha 1 CD, respondentka 2) Respondentka 7 neuvádí konkrétní typ úrazu, záleží prý na rozsahu a oblasti poranění. *„Ano, u každého je to jiné. Záleží na rozsahu poranění a oblasti poranění. Pak se volí komunikace, např., stručná, rychlá, jindy chápavá a je nutné utěšovat.“* (viz příloha 1 CD, respondentka 7)

#### 4.1.3 Příchod pacienta na ambulanci

R – respondentka, + respondentka uvedla, - respondentka neuvedla

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7
<b>Přivítání, pozdrav</b>	+	+	+	+	+	+	+
<b>Oslovení</b>	-	-	+	-	-	+	+
<b>Identifikace</b>	+	-	-	-	-	+	+

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7
<b>Zjištění stavu</b>	+	-	-	+	-	-	-
<b>Uvedení</b>	-	+	-	-	-	-	-
<b>Uložení, usazení</b>	+	-	+	-	-	-	-
<b>Vyšetření</b>	+	+	-	-	-	-	+
<b>Ošetření</b>	-	-	-	+	-	+	-
<b>Uklidnění</b>	-	-	-	+	+	-	-
<b>Poučení, vysvětlení</b>	-	+	-	+	-	-	-

Při příchodu pacienta na ambulanci postupují sestry různě. Všechny sedm respondentek shodně tvrdí, že první, co udělají je přivítání nebo pozdrav. Velmi často sestry poté přecházejí k oslovení pacienta, což potvrzují respondentky 3, 6 a 7. „*Můj postup je takovýto – pozdrav, oslovení i přivítání.*“ (viz příloha 1 CD, respondentka 3) K následné identifikaci pacienta přistupuje respondentka 1, 6 a 7. Tento postup vystihuje odpověď respondentky 6:

„*Nejprve pacienta pozdravím, oslovím ho, přistoupím pak k identifikaci pacienta.*“ (viz příloha 1 CD, respondentka 6) Při příchodu pacienta na ambulanci je také důležité zjistit v jakém je stavu, jak uvádějí respondentky 1 a 4. „*Nejdříve zjistím, co se stalo, jaký je charakter úrazu, to poté předám lékaři, který dle typu úrazů určí pořadí.*“ (viz příloha 1 CD, respondentka 4) Jinak postupuje respondentka 2, která nejprve pacienta pozdraví, přivítá a následně uvede na ambulanci. Některé sestry pacienta po jeho příchodu na ambulanci usadí nebo uloží. Takto to praktikují respondentky 1 a 3. „*Pomohu jim usadit se, položit se.*“ (viz příloha 1 CD, respondentka 1) „*Pak závisí na typu úrazu, buď pacienta usadím nebo uložím.*“ (viz příloha 1 CD, respondentka 3) Často se také pacienti po příchodu na ambulanci odesílají na různá vyšetření, což nejčastěji dělají respondentky 1, 2 a 7. Respondentka 1 posílá na vyšetření dle lékařových pokynů. Podobné je to i u respondentky 2 a 7, které posílají na vyšetření dle potřeby. „*Dle typu úrazu odešlu na RTG nebo jiné vyšetření. Samozřejmě záleží na lékaři. Jinak ho začnu připravovat na vyšetření*“, takto konkrétně postupuje

respondentka 7. (viz příloha 1 CD, respondentka 7) Dále se na některých ambulancích přistupuje k samotnému ošetření, jako u respondentek 4 a 6. Obě respondentky k němu přistupují po úvodním přijetí a identifikaci. Jak říká respondentka 6:

*„Následuje poté ošetření pacienta dle diagnózy a pokynů lékaře.“* (viz příloha 1 CD, respondentka 6) Pacient by na ambulanci měl být i poučen a také by mu mělo být vše vysvětleno, jak uvádějí respondentka 1 a 4. Respondentka 1 pacientovi vše vysvětlí a respondentka 4 poučuje pacienta o dalším postupu po samotném ošetření. Pacienti přicházející na ambulanci mají často strach a obavy. Uklidnění využívají dvě respondentky, respondentka 4 a 5. Uklidnění uplatňují po příchodu pacienta na ambulanci.

#### 4.1.4 Typy pacientů

R – respondentka, + respondentka uvedla, - respondentka neuvedla

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7
<b>Agresivní</b>	+	+	+	+	-	+	+
<b>Pod vlivem návykových látek</b>	+	+	+	+	-	-	-
<b>Úzkostní</b>	+	+	+	+	-	+	+
<b>Depresivní</b>	+	-	-	-	-	-	-
<b>Klidní, vyrovnaní</b>	-	-	+	+	-	+	+
<b>Narcističtí</b>	-	-	-	-	-	+	-
<b>Všechny typy</b>	-	-	-	-	+	-	-

Jako jeden z nejčastějších typů pacientů na ambulanci úrazové chirurgie jsou agresivní pacienti. V tom se shoduje většina respondentek kromě respondentky 5, která tvrdí, že se setkává asi se všemi typy pacientů, ale že těch konfliktních moc není. Všech sedm respondentek také shodně uvádí, že využívají specifika komunikace s těmito



pacienty. „*Pokud je zde problém, jakože většinou bývá, tak s ním přestanu komunikovat a přivolám si sanitáře, pokud se situace vyhorcuje, volá se ochranka nebo i policie*“, popisuje respondentka 1. (viz příloha 1 CD, respondentka 1) Respondentka 2 se snaží agresivního pacienta zarazit, pokud to situace vyžaduje, také volá policii. Podle respondentky 3 na zklidnění pacienta a jeho pohodě záleží úspěch léčby, takže s agresivními pacienty komunikuje tak, aby je nevyprovokovala. Podobně to řeší respondentka 4. „*Agresivního pacienta zbytečně neprovokuji, nedívám se mu do očí, držím si odstup.*“ (viz příloha 1 CD, respondentka 4) Pokud se na ambulanci respondentky 5 objeví agresivní pacient je opatrnější. „*U agresivních jsem opatrnější, držím si odstup a snažím se je slovně nevydráždit.*“ (viz příloha 1 CD, respondentka 5) Respondentka 6 je na agresivního pacienta důraznější, snaží se jistit, pokud je to nutné, volá pomoc ostatního personálu. Respondentka 7 udává, že každý člověk je jiný, proto se s každým musí komunikovat jinak. „*U agresivních a nepříjemných pacientů je to různé, tam buď rovnou volám někoho na pomoc nebo se snažím nehádat, vše mu opakuji a držím si odstup, nesmíte ale ukázat strach, toho ihned využívají.*“ (viz příloha 1 CD, respondentka 7) Agresivní pacienti bývají také často pod vlivem návykových látek. Respondentka 1, 3 a 4 se setkávají na ambulanci s pacienty pod vlivem návykových látek, kteří jsou agresivní a dle respondentky 1 i zmatení. Pouze respondentka 2 nespojuje alkoholiky s agresivními pacienty, jmenuje je zvlášť. Tvrdí, že se setkává s reprezentanty naší společnosti, jako jsou právě alkoholici. Dalším z nejčastějších typů pacientů na ambulanci jsou úzkostní pacienti, což potvrzují všechny respondentky. „*S úzkostným a depresivním jedním rozhodně jinak než s agresivním pacientem. U úzkostného volím komunikaci opatrně, obezřetně a snažím se pacienta povzbuzovat a uklidňovat*“, vysvětluje respondentka 1 specifika komunikace u úzkostného pacienta. (viz příloha 1 CD, respondentka 1) To potvrzuje i respondentka 2. „*S úzkostným jedním opatrně, mile, chápavě.*“ (viz příloha 1 CD, respondentka 2) Uklidnit se je snaží i respondentka 3. Respondentka 4 se snaží být chápavá a empatická, podobně to řeší i respondentka 6. „*U úzkostného jsem zase empatická, snažím se o úsměv a pochopení.*“ (viz příloha 1 CD, respondentka 6) „*U úzkostných uklidňuji a snažím se i působit klidným dojmem*“, vysvětluje svůj způsob komunikace respondentka

5. (viz příloha 1 CD, respondentka 5) Respondentka 7 se snaží v pacientovi úzkost nepodporovat. „*No, třeba u úzkostného, bojácného pacienta se snažím být opatrná, milá, ale zároveň v něm tu úzkost nechci podporovat, spíš ho uklidňuji a vše pořádně vysvětlím.*“ (viz příloha 1 CD, respondentka 7) Také se tu může objevit depresivní pacient. S ním se setkává respondentka 1. Komunikovat by se s ním dle jejího názoru mělo podobně jako s úzkostným pacientem. „*U úzkostného volím komunikaci opatrně, obezřetně a snažím se pacienta povzbuzovat a uklidňovat, u depresivního postupuji obdobně.*“ (viz příloha 1 CD, respondentka 1) Na ambulanci přicházejí i klidné, vyrovnané typy pacientů. S nimi se nejčastěji setkávají respondentky 3, 4, 6 a 7. Narcistický pacient je také častým návštěvníkem. S ním se nejčastěji setkává respondentka 6. „*S narcistickým pacientem je to také nepříjemné, ale snažím se zůstat nad věcí*“, vyjadřuje se ke specifikům komunikace. (viz příloha 1 CD, respondentka 6)

#### 4.1.5 Problémový pacient

R – respondentka, + respondentka uvedla, - respondentka neuvedla

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7
<b>Agresivní</b>	+	+	-	+	+	+	+
<b>Opilý</b>	+	+	-	-	-	-	-
<b>Bezdomovci</b>	+	-	-	-	-	-	-
<b>Pedant</b>	-	-	+	-	-	-	-
<b>Narcista</b>	-	-	-	-	-	+	-

Pojem „*problémový pacient*“ může pro každou sestru znamenat něco jiného. Na úrazové ambulanci se mu však nelze vyhnout. Nejčastějším typem tzv. problémového pacienta je agresivní pacient. Kromě respondentky 3 jej uvedly všechny respondentky. „*Nejhorší jsou neukáznění pacienti a konfliktní. S těmi se dá těžko spolupracovat.*“ (viz příloha 1 CD, respondentka 4) Podle respondentky 5 se s takovým pacientem nedá

domluvit. Opilí pacienti se na úrazové ambulance dostávají také často. Nejproblémovější bývá pro respondentky 1 a 2. „*Rozhodně agresivní opilý pacient*“, neváhá s odpovědí respondentka 1. (viz příloha 1 CD, respondentka 1) Pro respondentku 1 jsou velkým problémem i bezdomovci. „*A nesmím zapomenout na bezdomovce, s těmi bývá také spousta problémů.*“ (viz příloha 1 CD, respondentka 1) Pokud se s nimi setká, situaci řeší následovně:

„*No, především se musíme chránit, to znamená bariérová péče, pak samozřejmě je těžké jim něco vysvětlit, takže se snažím zabránit případnému konfliktu, pokud se situace nějak vyhrotí, volá se sanitář, pak ochranka a nakonec třeba i policie.*“ (viz příloha 1 CD, respondentka 1) Pacient pedant může být také velmi nepříjemný. Respondentka 3 jej uvádí za pro ni nejproblémovějšího. Tento pacient si podle ní nenechá poradit, má svou hlavu a má vždy pravdu. „*Snažím se zůstat klidná, vše mu trpělivě opakuji a vysvětluji, proč se to po něm žádá a co je pro něj nejlepší*“, popisuje postup při kontaktu s pedantickým pacientem respondentka 3. (viz příloha 1 CD, respondentka 3) S narcistickým pacientem si musí sestry také umět poradit. Nejproblémovější je pro respondentku 6. „*Typy zahleděné do sebe a vyžadující velkou pozornost jsou pro mě obtížnější i psychicky.*“ (viz příloha 1 CD, respondentka 6)

#### 4.1.6 Řešení konfliktů

R – respondentka, + respondentka uvedla, - respondentka neuvedla

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7
<b>Přivolání pomoci</b>	+	-	-	+	-	-	+
<b>Nekomunikování</b>	+	-	-	-	-	-	-
<b>Vysvětlení</b>	+	-	-	-	+	-	-
<b>Uklidnění</b>	+	-	-	-	-	-	-

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7
<b>Fyzická obrana</b>	-	+	-	-	-	-	-
<b>Nenavázání očního kontaktu</b>	-	+	-	-	-	-	-
<b>Asertivita</b>	-	+	-	-	-	+	+
<b>Rozhovor</b>	-	-	-	+	-	-	-
<b>Zachování klidu</b>	-	-	-	-	-	+	+
<b>Odstup</b>	-	-	-	-	-	-	+

Konfliktní situace mohou nastat na ambulanci velmi snadno a často. Do přímého konfliktu s pacientem se dostaly všechny respondentky kromě respondentky 3. „Nedostala, snažím se konfliktům předcházet, což znamená zajistit, aby byl pacient spokojený. Protože platí rovnice spokojený pacient = základ předcházení konfliktů.“ (viz příloha 1 CD, respondentka 3) Pokud se konfliktní situace vyhroťte, přivolávají si sestry pomoc. Respondentky 1, 4 a 7 si přivolaly pomoc při řešení daného konfliktu. Respondentka 1 musela volat ochranku, respondentka 4, pokud to nešlo jinak, volala lékaře a respondentka 7 sanitáře. „Občas jsem volala i sanitáře, aby ho uklidnil a pomohl mi. U opilých pacientů je to častá reakce.“ (viz příloha 1 CD, respondentka 7) V některých případech je zase lepší přestat komunikovat. Tento postup volí respondentka 1. „V takových situacích přestanu komunikovat, je to asi nejlepší řešení.“ (viz příloha 1 CD, respondentka 1) Konflikt může vzniknout i při nedorozumění. Do takové situace se dostala respondentka 5, která se poté snažila si vše vysvětlit. „Snažila jsem se oboustranně ozřejmit situaci a vysvětlili jsme si všechny aspekty. Tím se situace uklidnila a bylo po konfliktu. To mi ukázalo, že správná komunikace je velmi důležitá.“ (viz příloha 1 CD, respondentka 5) Jindy je třeba pacientům vysvětlit, co se děje. Respondentka 1 vysvětlovala nastalou situaci, protože pacienti byli netrpěliví. Pokud jsou pacienti netrpěliví, je také třeba je uklidnit, proto respondentka 1 po vysvětlení nastalé situace pacienty ještě uklidňovala. Další možností řešení konfliktů je v určitých případech i fyzická obrana. Touto možností konflikt řešila respondentka 2. „Musela jsem se spolehnout sama na sebe, nikdo Vám moc nepomůže. Ale byla jsem připravená,

*chytila jsem dotyčného silou a přitlačila na židli.*“ (viz příloha 1 CD, respondentka 2) Je také důležité nedívat se pacientovi zpřímá do očí, aby se agresivita nevyhrotila. Respondentka 2 se proto při konfliktu nedívala upřeně do očí, aby pacienta uklidnila. Leckdy je třeba v konfliktních situacích jednat asertivně. Respondentka 2 po tom co, pacienta přitlačila na židli a nenavazovala oční kontakt, pokračovala asertivně. *„Dále jsem jednala asertivně, nekompromisně.*“ (viz příloha 1 CD, respondentka 2) Asertivně jednala i respondentka 6. *„Zde bylo důležité zachovat tu klidnou hlavu a stát si za svým“*, popisuje řešení konfliktu respondentka 6. (viz příloha 1 CD, respondentka 6) U respondentky 7 došlo ke konfliktu několikrát. *„Ale nejčastěji to řeším tak, že se snažím neukázat strach, stále opakuji svůj názor a požadavky a držím si odstup.*“ (viz příloha 1 CD, respondentka 7) Vést rozhovor s pacientem je velice důležité, protože se jím dá leccos vyřešit. Pokud se respondentka 4 dostala do konfliktu, začala to řešit rozhovorem. *„V takových případech jsem se snažila konflikt urovnat rozhovorem, nebo alespoň minimalizovat.*“ (viz příloha 1 CD, respondentka 4) Pokud vznikne konflikt, musí kolikrát sestra zachovat klid a nenechat se zbytečně vyprovokovat. Respondentka 6 se této rady drží. *„Je důležité se nenechat vyprovokovat, ale záleží na situaci, zde bylo důležité zachovat tu klidnou hlavu a stát si za svým.*“ (viz příloha 1 CD, respondentka 6). Respondentka 7 se snaží v konfliktní situaci neukázat strach.

#### 4.1.7 Neverbální komunikace

R – respondentka, + respondentka uvedla, - respondentka neuvedla

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7
<b>Všechny složky</b>	+	-	-	+	-	-	-
<b>Haptika</b>	-	+	+	+	+	+	+
<b>Mimika</b>	-	+	-	+	+	+	+
<b>Vizika</b>	-	-	-	-	-	+	+
<b>Projev účasti, pochopení</b>	-	-	-	+	-	-	-

Neverbální komunikace je na ambulancích užívána často, protože je velice důležitá při kontaktu s pacientem. Dá se pomocí ní leccos vyjádřit lépe než slovy. Všech sedm dotázaných respondentek používá její prvky. Respondentka 2 si myslí, že jejich používání závisí na vzdělanosti sester a na syndromu vyhoření. *„Podle mého názoru je využívám často. Podle mě tu důležitou roli hraje vzdělání sestry a syndrom vyhoření.“* (viz příloha 1 CD, respondentka 2) *„Je to velmi důležité, aby se pacient cítil dobře“*, dodává respondentka 3. (viz příloha 1 CD, respondentka 3) Respondentka 4 je využívá hlavně proto, že to pomáhá nabudit příjemnou a přátelskou atmosféru. Respondentka 5 je využívá k uklidnění pacienta, který je pak ochotnější. *„Ano, leckdy to pacienty uklidní a jsou ochotnější spolupracovat. Nebo lze tímto způsobem i situaci, která se blíží ke konfliktu, uklidnit.“* (viz příloha 1 CD, respondentka 5) Neverbální komunikace má mnoho prvků. Respondentka 1 využívá asi všechny složky. *„Používám, je to nárazové, záleží na typu pacienta. Myslím, že využívám všechny prvky, ale někdy je to marné.“* (viz příloha 1 CD, respondentka 1) Mnoho sester využívá haptiku. Využívají ji všechny respondentky. Respondentka 2 tvrdí, že nejvíce používá dotyky k uklidnění a pohlazení. *„Nejčastěji asi pohlazení a uložení do příjemné polohy pro pacienta“*, odpovídá na otázku na neverbální komunikaci respondentka 3. (viz příloha 1 CD, respondentka 3) Velmi často ji využívá i respondentka 4. Pro respondentku 5 je haptika jednou z nejdůležitějších složek. Respondentka 6 používá hned několik typů haptiky, například podání ruky a pohlazení. U některých pacientů využívá dotyky a pohlazení i respondentka 7. Další často používanou složkou je mimika. Respondentka 2, 4 a 5 využívá úsměv. *„Určitě ano, hlavně úsměv. Doteky a mimika jsou podle mě nejdůležitější.“* (viz příloha 1 CD, respondentka 5) Úsměv používá i respondentka 6, respondentka 7 využívá celou mimiku. *„No a samozřejmě celou mimiku, bez toho to nejde.“* (viz příloha 1 CD, respondentka 7) Vizika je také velmi důležitá. Oční kontakt používá respondentka 6 a 7. *„Ano, snažím se, nejčastěji asi oční kontakt, jakési „výrazy očí“, odráží se tam úsměv, nazlobení, asi všechno.“* (viz příloha 1 CD, respondentka 7) Velice často se pomocí neverbální komunikace projevuje účast a pochopení. To konkrétně vyjadřuje respondentka 4.

#### 4.1.8 Spolupráce s rodinou

R – respondentka, + respondentka uvedla, - respondentka neuvedla

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7
<b>Telefonicky</b>	-	+	-	-	-	-	-
<b>Edukace</b>	-	+	-	-	+	+	+
<b>Vysvětlení, poučení</b>	+	-	+	+	-	+	-
<b>Informace</b>	-	+	-	+	+	-	-
<b>Rozhovor</b>	-	-	-	-	+	+	-

Pro sestry je spolupráce s rodinou velmi důležitá. Napomáhá k lepšímu průběhu ošetřovatelského procesu a k zotavení pacienta. U dětí je zvláště důležitá a nutná. Zapojit rodinu do spolupráce lze mnoha způsoby. Respondentka 2 spolupracuje s rodinou často telefonicky, pokud není přímo přítomna. Pokud je však rodina přítomna na ambulanci, tak ji edukuje. Edukace je velmi důležitá pro dobrou spolupráci. O péči o nemocného edukuje rodinu respondentka 5, edukaci dále využívají respondentky 6 a 7. „*Především je edukuji. Předávám jim různé rady.*“ (viz příloha 1 CD, respondentka 7) Mnoho sester na ambulanci zapojuje do spolupráce rodinu tak, že vysvětluje a poučuje. Většina dotázaných respondentek to potvrzuje. „*Snažím se rodinu zapojit, hlavně při převazu, vše jim vysvětluji. Pokud přijde dítě, tak samozřejmě vše řeším s rodiči.*“ (viz příloha 1 CD, respondentka 1) Respondentka 3 poučuje rodinu o vhodnosti péče pro daného pacienta jako například o obvazech a polohování. Respondentka 4 zapojuje rodinu podobným způsobem. Rodině nejčastěji vysvětluje ošetřovatelské výkony, jako třeba jak převazovat, oplachovat, dělat obklady a koupele. Respondentka 6 také rodině vše vysvětlí. Další možností spolupráce s rodinou je podávání informací. Respondentka 2 informuje rodinu na ambulanci. Vždy musí informovat zákonného zástupce. Respondentka 4 informuje rodinu o pokračující léčbě. Doplňující informace podává respondentka 5. Častou možností spolupráce je i rozhovor. Využívají jej nejčastěji respondentky 5 a 6.

#### 4.1.9 Edukace pacienta

R – respondentka, + respondentka uvedla, - respondentka neuvedla

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7
<b>Sádra, ortéza</b>	+	-	-	+	-	-	+
<b>Trombóza</b>	+	-	-	-	-	-	-
<b>Úrazy hlavy</b>	+	-	-	-	+	-	-
<b>Péče o ránu</b>	+	-	-	-	-	-	-
<b>Léčba</b>	-	+	-	-	-	-	-
<b>Bolest</b>	-	+	-	-	-	-	-
<b>Životospráva</b>	-	+	-	-	-	+	+
<b>Rehabilitační pomůcky</b>	-	-	-	+	-	-	-

Edukace je velmi důležitá. Využívá ji mnoho sester, ale každá v různých oblastech. V některých méně, v jiných více. Všech sedm respondentek nějakou uvedlo. Také všechny dostávají od pacientů zpětnou vazbu. Respondentka 2, 3, 4, 5, 6 a 7 uvádějí, že ji dostávají při kontrolním vyšetření. Respondentka 2 někdy i ihned. Při převazech ji například dostává respondentka 5. Respondentka 6 uvádí, že zpětnou vazbu dostává pochvalou. Jednou z nejčastějších oblastí edukace je péče o sádku a ortézu. To potvrzuje respondentka 1, která se vysvětluje, v jaké oblasti nejčastěji edukuje pacienty:

*„Nejčastěji asi pokud dostanou sádku, tak co si mají hlídat, jak se o ni starat.“*

(viz příloha 1 CD respondentka 1) Respondentka 2 také často edukuje o péči o sádku nebo i ortézu, například co si hlídat, jak s ní zacházet. O ortézách edukuje i respondentka 7. Trombóza je velkou komplikací po úrazech i následných operacích, která může vést až k embolii. Je tedy důležité pacienty edukovat v oblasti ředění krve a prevence trombózy. O tom nejčastěji edukují respondentky 1 a 2. Další oblastí edukace bývají úrazy hlavy. Tomu se věnuje respondentka 1. Edukuje o tom, co si hlídat atp. Edukace v oblasti péče o ránu a poranění je asi nejčastější na úrazové ambulanci. V této



oblasti edukuje často respondentka 2. „Záleží na druhu poranění. Je to v oblasti ošetrovatelské péče. Jak se starat o ránu, jak ležet, co dělat a nedělat, aby znaly vše potřebné kolem svého poranění“, vyjadřuje se k tomu respondentka 3. (viz příloha 1 CD, respondentka 3) Respondentka 4 edukuje v oblasti ošetrovatelské péče o ránu, poranění. „V ošetrovatelských výkonech, jak jsem zmínila u spolupráce s rodinou, například jak převazovat, dělat obklady, oplachy, koupele a další.“ (viz příloha 1 CD, respondentka 4) V péči o ránu edukují i respondentky 5 a 6. Pro pacienty je také důležitá oblast pokračující léčby a domácí léčby. V pokračující léčbě edukuje respondentka 4. Respondentka 5 edukuje v domácí léčbě. „Což samozřejmě dělám ve spolupráci s lékařem.“ (viz příloha 1 CD, respondentka 5) Respondentka 7 také edukuje o domácí léčbě a o domácí ošetrovatelské péči. Edukace o bolesti je čím dál nutnější a častější. V oblasti bolesti nejčastěji edukují respondentky 6 a 7. Respondentka 6 edukuje o tom, jak s ní zacházet. Respondentka 7 o tišení bolesti, s čímž si podle ní spousta lidí neví rady. Tato respondentka uvedla příklad toho, co doporučuje. „No, hlavně předepsané léky, jak se pohybovat a jak ne, polohování, např. elevace končetin, různé techniky i masáže, třeba ježečkem masírovat a koupele. Je to různé, záleží na typu úrazu. Ale je fakt, že pacientům informace o tišení bolesti většinou chybí, proto se snažím jim je předávat.“ (viz příloha 1 CD, respondentka 7) Další oblastí edukace na ambulanci úrazové chirurgie je životospráva, o které edukuje často respondentka 4. Často je nutné také edukovat o rehabilitačních pomůckách jako to dělá respondentka 6.

#### 4.1.10 Možnosti spolupráce

R – respondentka, + respondentka uvedla, - respondentka neuvedla

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7
<b>Pochopení,</b>	+	-	-	-	+	+	-
<b>Dodržování</b>	+	+	+	+	-	+	+
<b>Trpělivost</b>	-	+	-	-	-	-	+

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7
<b>Vůle</b>	-	-	+	+	-	+	+
<b>Ochota</b>	-	-	-	-	+	-	-
<b>Komunikace</b>	-	+	-	-	-	-	-

Aby péče na ambulanci probíhala tak jak má, je důležitá i spolupráce pacienta. Všechny sedm respondentek potvrzuje, že většina pacientů je ochotna spolupracovat. „Většina ano, volají a domlouváme se. Je to o komunikaci.“ (viz příloha 1 CD, respondentka 1) „Jsou, snažím se s nimi vždy domluvit, vysvětlit vše potřebné, pacienti jsou ve většině případů všemu přístupní, doporučení dodržují.“ (viz příloha 1 CD, respondentka 2) „Většinou ano, ale i to záleží na stavu pacienta a na věku. Problém je u starších lidí.“ (viz příloha 1 CD, respondentka 3) „Ano, většinou jsou, kromě těch agresivních, ale to se pak také dá.“ (viz příloha 1 CD, respondentka 7) Možností spolupráce je celá řada. Hned jako první lze jmenovat pochopení a soustředění. Respondentka 1 tvrdí, že je důležité, když se pacienti snaží vše pochopit a chtějí vše pochopit. „Hlavní je, aby byl pacient dobře edukovaný.“ (viz příloha 1 CD, respondentka 1) Respondentka 5 uvádí, že možností spolupráce je soustředění se například při vyšetření. „Tak hlavně při vyšetření, kdy je nutné, aby se soustředil a dovedl se zapojit, totéž při ošetření.“ (viz příloha 1 CD, respondentka 5) „Hlavní je dávat pozor, co je jim sdělováno“, tvrdí respondentka 6. (viz příloha 1 CD, respondentka 6) Další důležitou možností je dodržování všeho doporučeného. Tuto možnost spolupráce uvádí všechny respondentky kromě respondentky 5. Respondentka 1 tvrdí, že další možností spolupráce je vše dodržovat, a to veškeré pokyny a doporučení. Podobně tak respondentka 2 a 6 považuje za důležité dodržování doporučení. Respondentka 3 vysvětluje tuto možnost spolupráce následovně:

„Především spolupráci při ošetření, což znamená uposlechnout pokynů, dbát na ně, chtít i něco změnit.“ (viz příloha 1 CD, respondentka 3) „Hlavní je chtít spolupracovat a uposlechnout doporučení jako je úprava životosprávy, pokusit se nacvičit péči o ránu, končetinu a další.“, uvádí konkrétní doporučení respondentka 4. (viz příloha 1 CD, respondentka 4) Pacienti mnohdy nebývají trpěliví, což ve většině případů zhoršuje

spolupráci. Podle respondentky 2 je možností spolupráce především trpělivost. Tuto možnost uvádí i respondentka 7. Další neopominutelnou možností je vůle. Respondentka 3 říká, že možností spolupráce je i mít vůli se opravdu uzdravit. Respondentka 4 a 7 si myslí, že hlavní je chtít spolupracovat, respondentka 6 tvrdí, že chtít se léčit. Ochota samotného pacienta je také velmi důležitá příklad uvádí respondentka 5. „*Nebo např., že si pacienti jsou ochotní dojít na RTG, UZV atp.*“ (viz příloha 1 CD, respondentka 5) Se správnou komunikací se dá leccos usnadnit. Svě o tom ví respondentka 2, která tvrdí, že je důležité nebát se komunikovat.

#### 4.1.11 Chyby pacientů ve spolupráci

R – respondentka, + respondentka uvedla, - respondentka neuvedla

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7
<b>Nedodržení doporučení</b>	+	-	-	+	-	-	+
<b>Netrpělivost</b>	-	+	-	-	-	+	+
<b>Agrese, nepřístupnost, nevole</b>	-	+	+	+	-	-	-
<b>Stres, strach</b>	-	-	+	-	-	-	-
<b>Špatná komunikace</b>	-	-	-	-	+	-	-

Správná a dobře probíhající spolupráce může být nejen pokud pacient ví, jaké možnosti v rámci spolupráce má, ale také pokud se vyvaruje určitých chyb, které ji někdy i znemožňují. Všechny sedm respondentek uvedlo nejčastější chyby pacientů ve spolupráci. Hned jako první lze jmenovat nedodržení doporučení. Pro respondentku 1 je to nejčastější chyba pacientů. „*Nejčastěji je to nedodržení pokynů lékaře, vynechání kontroly*“, konkretizuje to respondentka 4. (viz příloha 1 CD, respondentka 4) Respondentka 7 také uvádí, že pacienti nejčastěji nedodržují doporučení lékaře a sestry. Někdy k nezdárnému průběhu spolupráce stačí netrpělivost pacientů. „*Nejsou trpěliví, neradi čekají a pak se s nimi spolupracuje špatně.*“ (viz příloha 1 CD, respondentka 6)

S netrpělivými pacienty se často setkává i respondentka 2 a 7. Velice špatně se spolupracuje s pacienty, kteří jsou agresivní a nebo jakkoliv nepřístupní. Podle respondentky 2 je chybou, pokud se pacient chová agresivně. „Z toho plyne, že nechtějí spolupracovat, nechtějí poslouchat doporučení, leckdy odmítají i samotnou léčbu.“ (viz příloha 1 CD, respondentka 2) Respondentka 4 uvádí, že často se také vyskytuje celková nechuť ke spolupráci, nepřístupnost pacienta. I stres může zapříčinit špatnou spolupráci mezi sestrou a pacientem. S tím se nejčastěji setkává respondentka 3. „V důsledku stresu z úrazu jsou pacienti roztěkaní a nepozorní. Lze to však jen těžko ovlivnit.“ Podle ní je problém i s nevolí seniorů, jejich strachem a demencí. (viz příloha 1 CD, respondentka 3) Leckdy ke chybné spolupráci dochází špatnou komunikací. „Asi špatné komunikace, neposlouchají.“ (viz příloha 1 CD, respondentka 5)

#### 4.1.12 Čekací doba

R – respondentka, + respondentka uvedla, - respondentka neuvedla

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7
<b>Vysvětlení</b>	+	+	+	+	+	+	+
<b>Žádost o trpělivost</b>	-	+	-	-	-	-	+
<b>Uklidnění</b>	-	-	-	-	+	+	+
<b>Laskavost</b>	-	-	-	+	-	-	-

Delší čekací doba nastává na ambulancích úrazové chirurgie velmi často. Bývá spouštěčem netrpělivosti a podrážděnosti pacientů. Je nutné tyto situace z pozice sestry řešit. Nejčastěji sestry v takovém případě volí vysvětlení. To potvrzuje všech sedm respondentek. „Snažím se vše vysvětlit, někdy to není jednoduché.“ (viz příloha 1 CD, respondentka 1) „Pokusím se pacientům vysvětlit, že prioritně musíme vzít akutní případy, otevřené zlomeniny a děti nebo např., že je tam jeden doktor, že to jinak nelze.“ (viz příloha 1 CD, respondentka 2) „Vysvětlím důvod prodlevy, snažím se

zdůraznit nutnost ošetření nejdříve krvácejících úrazů a dětí. Jen ne vždy to pacienti pochopí.“ (viz příloha 1 CD, respondentka 3) Respondentka 4 vysvětluje příčinu ostatním pacientům v čekárně. Respondentka 5 jaké je pořadí. „Vysvětlím jim, že na řadu se chodí dle příchodu, eventuálně dle stavu a věku. Skoro vždy chápou, proč to tak je.“ (viz příloha 1 CD, respondentka 5) Respondentka 6 pacientům vysvětlí, proč k čekací době došlo. Vše vysvětluje a odůvodní, proč to tak je, respondentka 7. Někdy je třeba pacienty poprosit o trpělivost. Takto to leckdy řeší respondentka 2 a 7. Pokud to situace vyžaduje, snaží se sestry pacienty uklidňovat. „Pacienty v čekárně se snažím uklidnit.“ (viz příloha 1 CD, respondentka 5) Naopak respondentka 6 se sama snaží jednat klidně. Respondentka 7 uklidňuje pacienty a sama se snaží zůstat také klidná. „Snažím se zůstat klidná a také uklidnit pacienty.“ (viz příloha 1 CD, respondentka 7) Dát najevo účast s pacientem může také situaci usnadnit. Takto to řeší respondentka 4. „Snažím se být milá a chápavá.“ (viz příloha 1 CD, respondentka 4)

#### 4.1.13 Pořadí pacientů

R – respondentka, + respondentka uvedla, - respondentka neuvedla

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7
<b>Typ úrazu</b>	+	+	+	+	-	+	+
<b>Děti</b>	+	+	-	-	-	-	-
<b>Stav</b>	-	-	+	-	+	-	-
<b>Pořadí</b>	-	-	-	-	-	+	-
<b>Větší krvácení</b>	+	-	-	-	-	-	-
<b>Otevřené zlomeniny</b>	-	+	-	-	-	-	-
<b>Věk</b>	-	-	-	-	+	-	-

Pořadí pacientu by mělo být určeno, většinou je určuje lékař. To potvrzuje všech sedm dotázaných respondentek. Podle čeho se určuje pořadí, může být na každé ambulanci jiné. Velice často záleží na typu úrazu, jak je to akutní. Dle toho se určuje pořadí u všech respondentek, kromě respondentky 5. Pokud má dítě úraz, je také na ambulanci bráno mezi prvními (viz respondentka 1, 2) Velice u pořadí pacientů záleží na zdravotním stavu pacienta, s čímž souhlasí respondentka 3 a 5. „*Lékař, dělá to podle závažnosti úrazu a stavu pacienta*“, vyjadřuje se k určování pořadí pacientů respondentka 3. (viz příloha 1 CD, respondentka 3) U Respondentky 6 záleží prý také na pořadí, kdy pacienti přijdou, podle toho prý pak lékař určí pořadí na ambulanci. „*Vždy lékař, záleží na pořadí, kdy přijdou a pak na závažnosti úrazu.*“ (viz příloha 1 CD, respondentka 6) Velké krvácení je také důvodem k okamžitému přijetí na ambulanci. Tak to alespoň dělají na ambulanci respondentky 1. „*Lékař, první jsou akutní úrazy, větší krvácení a děti.*“ (viz příloha 1 CD, respondentka 1) Otevřené zlomeniny jsou také velice akutní a berou se přednostně. Takto popisuje určení pořadí pacientů respondentka 2:

„*Lékař, dáváme přednost akutním případům, otevřeným zlomeninám a dětem.*“ (viz příloha 1 CD, respondentka 2) Záleží také na věku pacienta, jak již bylo zmíněno, děti se berou přednostně, ale např. i starší lidé, od věku se odvíjí zdravotní stav i akutnost úrazu. Dle věku se řídí v ambulanci respondentky 5.

#### 4.1.14 Priority

R – respondentka, + respondentka uvedla, - respondentka neuvedla

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7
<b>Spokojenost</b>	+	-	+	+	+	+	+
<b>Kvalitní práce</b>	-	-	+	-	+	-	-
<b>Ošetřený pacient</b>	-	-	+	-	+	-	-

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7
<b>Kolektiv</b>	+	-	-	-	-	+	+
<b>Komunikace</b>	-	+	-	-	-	-	-
<b>Partnerství</b>	-	+	-	-	-	-	-
<b>Bezkonfliktnost</b>	-	-	-	+	-	-	-

V práci sestry je důležité stanovit si a mít priority. Pro většinu sester je důležitý spokojený pacient, což uvádí všechny respondentky kromě respondentky 2. Pro respondentku 1 je důležité, aby pacienti odcházeli spokojení. Také respondentky 3, 4, 5, 6 a 7 mají jako prioritu spokojené pacienty. Kvalitně odvedená práce je vizitkou dobré sestry. „*Určitě kvalitně odvedená práce, aby byl spokojený pacient i já sama se sebou.*“ (viz příloha 1 CD, respondentka 3) Také pro respondentku 5 je prioritou především kvalitně odvedená práce. Pro respondentku 3 a 5 je prvotní i ošetřený pacient. „*Celkově ošetřený a spokojený pacient*“, uvádí respondentka 3. (viz příloha 1 CD, respondentka 3) Pro povolání sestry a celkovou pohodu je zvláště na ambulanci úrazové chirurgie velice důležitý dobrý a spolupracující kolektiv. Někdy to bývá obtížné, ne vždy se takový kolektiv sejde. Pro respondentku 1 je prioritní, aby spolupráce v kolektivu probíhala dobře. Respondentka 6 také uvádí jako jednu ze svých priorit dobrý kolektiv. „*Pak samozřejmě dobrý kolektiv, pro práci je to velmi důležité.*“ (viz příloha 1 CD, respondentka 6) Práce v dobrém kolektivu všech složek je také důležitá pro respondentku 7. Komunikace je stěžejní pro ambulantní péči, ne méně pak vytvoření partnerství mezi sestrou pacientem a lékařem. Jak říká respondentka 2: „*Komunikace, umění komunikovat řeší vše. Pak určitě vytvoření partnerství sestra–pacient–lékař, což by mělo fungovat i do budoucna.*“ (viz příloha 1 CD, respondentka 2) Pro pohodu je pak důležité bezkonfliktní klima, což je pro respondentku 4 také prioritní. Každá z respondentek určuje porůznu, co je prioritou. Většina z nich podle sebe. (respondentka 1, 4, 5, 6 a 7). „*Podle subjektivních i objektivních pocitů při práci. Těmi se řídím.*“ (viz příloha 1 CD, respondentka 4) Také je určují dle okolností, situace a stavu pacienta. (respondentka 1, 3 a 7) Respondentka 1 uvádí:

„Podle sebe a podle okolností. Důležité pro mě je, aby nevznikla žádná negativní reakce. Pokud jsou lidi spokojeni je to zadostiučinění.“ (viz příloha 1 CD, respondentka 1) Respondentka 3 zkonzultuje stav pacienta s lékařem. „Podle stavu pacienta, zkonzultuji to s lékařem, pak lze stanovit priority v ošetření a celkovém léčebném postupu.“ (viz příloha 1 CD, respondentka 3) Respondentka 5 také určuje priority po domluvě s lékařem. Získané znalosti a zkušenosti se v praxi uplatní. „Řídím se získanými znalostmi a zkušenostmi a podle toho vyvodím, co je prioritou.“ (viz příloha 1 CD, respondentka 2)

#### 4.1.15 Kompetence

R – respondentka, + respondentka uvedla, - respondentka neuvedla

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7
<b>Odborné výkony</b>	+	+	+	+	+	+	+
<b>Asistence lékařů</b>	-	+	+	-	-	+	+
<b>Dopomoc</b>	-	+	+	-	+	-	-
<b>Edukace</b>	-	+	-	+	-	-	+
<b>Přikládání pomůcek</b>	-	-	-	-	-	+	+
<b>Příprava nástrojů</b>	-	-	+	-	-	-	-
<b>Úklid pomůcek</b>	-	-	+	-	+	-	-
<b>Dekontaminace</b>	-	-	+	-	-	-	-
<b>Odeslání na vyšetření</b>	-	-	-	-	-	-	+
<b>Péče po výkonu</b>	-	-	+	-	-	-	-
<b>Objednání</b>	-	-	-	-	-	+	+

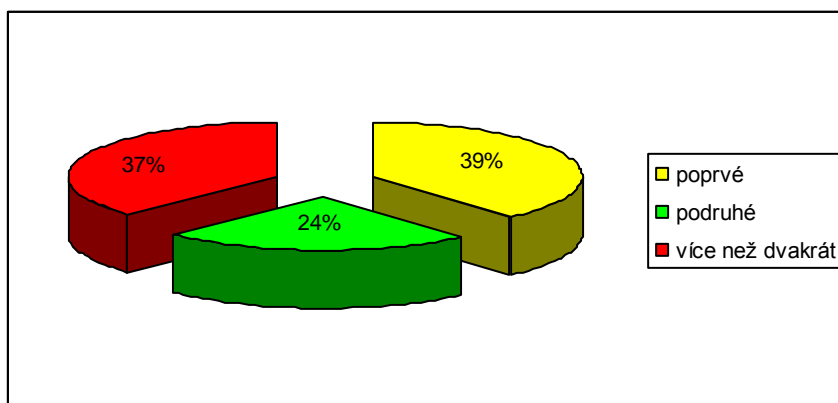


Kompetence sester mohou být na různých místech odlišné. Na ambulanci úrazové chirurgie se jedná o širokou oblast. „Širokou, od pomoci na vyšetřovací lehátko, úklid, až po odborné výkony, co jsou potřeba.“ (viz příloha 1 CD, respondentka 5) Nejčastěji zde sestry provádějí odborné výkony, ty uvádí všech sedm respondentek do oblasti svých kompetencí. „Hlavně asi sádrování, převazy, punkce a další a další výkony kolem úrazů“, uvádí respondentka 1. (viz příloha 1 CD, respondentka 1) Převazy nejčastěji dělá i respondentka 5, 6 a 7. U respondentky 5 to bývají chronické rány nebo rány po kontrole lékařem. Respondentka dvě uvádí konkrétně ošetřování ran a sádrování. Z odborných výkonů se často provádí i obvazová technika. (respondentka 3) Do kompetencí sester na ambulanci spadá i asistence lékaři. (respondentka 2, 3, 6 a 7) Dalším příkladem je dopomoc pacientům. (respondentka 2, 3 a 5) Respondentka 3 dopomáhá pacientovi tak, že jej uloží k výkonu ošetření, podobně respondentka 5, která mu pomáhá na vyšetřovací lůžko. Důležitá je pak edukace, která také spadá do kompetencí sestry (respondentka 2, 4 a 7) Přikládání ortopedických pomůcek je také nedílnou součástí úrazové ambulance. (respondentka 6 a 7) „Přikládání ortopedických pomůcek, objednávání pacientů, převazy, atd. záleží na typu úrazu, asistence lékaři“, uvádí respondentka 6. (viz příloha 1 CD, respondentka 6) Sestry zde musejí také zvládat úklid pomůcek jako respondentka 3 a 5, přičemž respondentka 3 jmenuje do oblasti kompetencí i dekontaminaci nástrojů. „Uložení pacienta k výkonu ošetření, příprava nástrojů, boxu, asistence při výkonech, obvazy, úklid pomůcek, dekontaminace nástrojů, starost o pacienta po výkonu.“ (viz příloha 1 CD, respondentka 3) Do kompetencí sester je zahrnuté i odeslání na vyšetření, ve smyslu vyšetření, které vyžaduje lékař (respondentka 7) Častou oblastí kompetencí na ambulanci je objednávání na kontrolní vyšetření (respondentka 7). Na úrazové ambulanci se může stát, pokud je to nutné, že občas sestra dělá nějaké výkony mimo svou kompetenci. Potvrzuje to většina respondentek, kromě respondentky 5. U dvou respondentek šlo o první pomoc. „Ano, za nepřítomnosti lékaře, jsem k tomu byla nepřímo donucena, jednalo se spíše o první pomoc.“ (viz příloha 1 CD, respondentka 4) „Při akutním případě, šlo o první pomoc.“ (viz příloha 1 CD, respondentka 6) U ostatních respondentek jde o nutnost rychlejšího průběhu. (respondentka 1, 2, 3 a 7)

„Nerada to říkám, ale ano. Aby průběh byl rychlejší, samy posíláme na vyšetření, vypisujeme žádanky, provádíme anamnézu.“ (viz příloha 1 CD, respondentka 1) „Ano, občas vyhodnotíme situaci místo lékaře a odešleme na vyšetření s žádankou, ale to jen proto, aby byl průběh rychlejší, pokud je tu hodně pacientů čekajících na ošetření.“ (viz příloha 1 CD, respondentka 2) „Ano stalo, někdy sestra musí něco udělat za lékaře, aby byl průběh rychlejší.“ (viz příloha 1 CD, respondentka 3) „Ano, když je příliš pacientů a akutních případů, některé hranice kompetencí mizí, je nutné lékaři pomoci, například pacienty sama dle svého přesvědčení pošlu na vyšetření nebo nějaký ne příliš složitý lékařský úkon udělám, ale to se moc nestává, jen když to jinak nelze.“ (viz příloha 1 CD, respondentka 7)

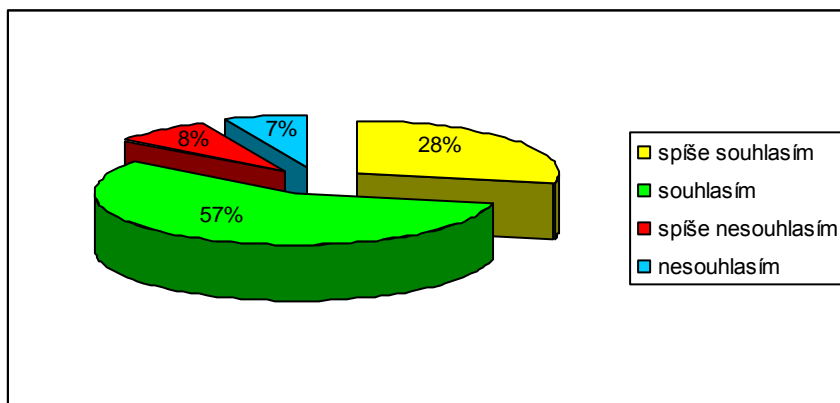
#### 4.2 Vyhodnocení výsledků – pacienti

Graf 1 Návštěva ambulance



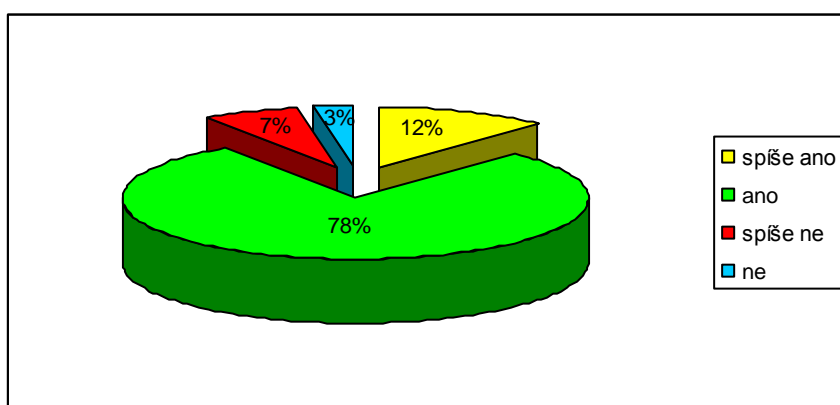
Z celkového počtu 75 respondentů (100 %) jich bylo na úrazové ambulanci poprvé 29 (39 %), podruhé 18 (24 %) a více než dvakrát 28 (37 %).

**Graf 2 Pořadí pacientů**



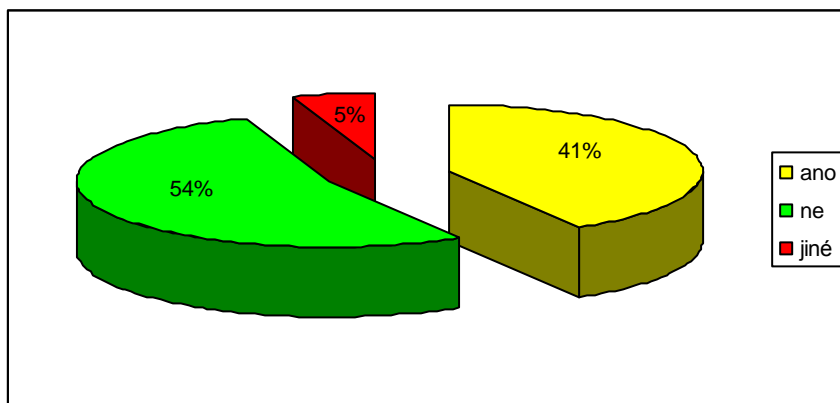
Z celkového počtu 75 respondentů (100 %) spíše souhlasí s tím, že sestra dodržovala pořadí pacientů čekajících na ošetření na ambulanci 21 respondentů (28 %), souhlasí pak 43 respondentů (57 %), spíše s tím nesouhlasí 6 respondentů (8 %) a nesouhlasí 5 respondentů (7 %).

**Graf 3 Uvedení na ambulanci**



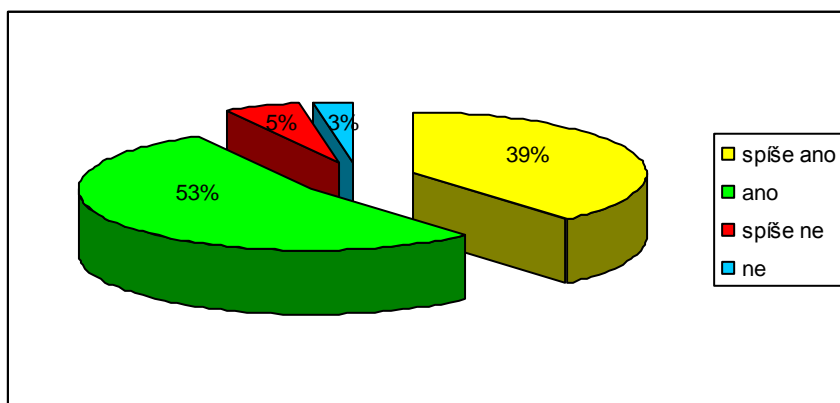
Z celkového počtu 75 respondentů (100 %) odpovědělo spíše ano 9 respondentů (12 %) na otázku, zda je sestra uvedla na ambulanci, ano pak odpovědělo 59 respondentů (78 %), spíše ne 5 respondentů (7 %) a ne 2 respondentů (3 %).

**Graf 4 Představení se**



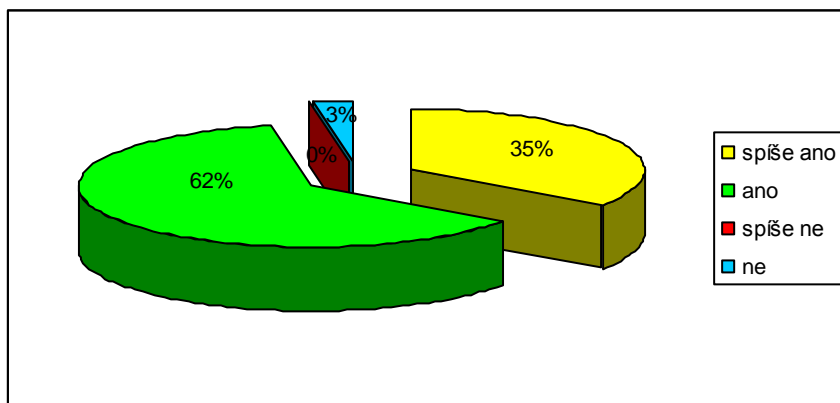
Z celkového počtu 75 respondentů (100 %) uvedlo 31 respondentů (41 %) ano na otázku, zda se jim sestra na ambulanci představila, 40 respondentů ne (54 %) a 4 respondenti uvedli možnost jiné (5 %), přičemž uvedli, že sestru již znají.

**Graf 5 Udržování očního kontaktu**



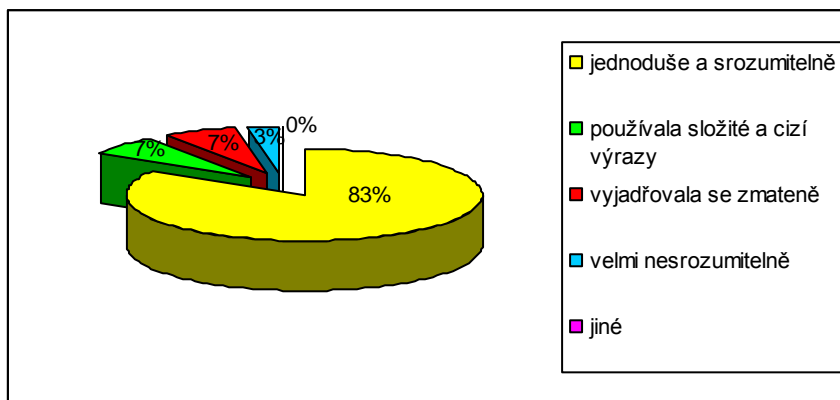
Z celkového počtu 75 respondentů (100 %) odpovědělo, zda s ním udržovala sestra oční kontakt, 29 respondentů spíše ano (39 %), ano 40 respondentů (53 %), spíše ne 4 respondenti (5 %) a ne 2 respondenti (3 %).

**Graf 6 Vyslechnutí**



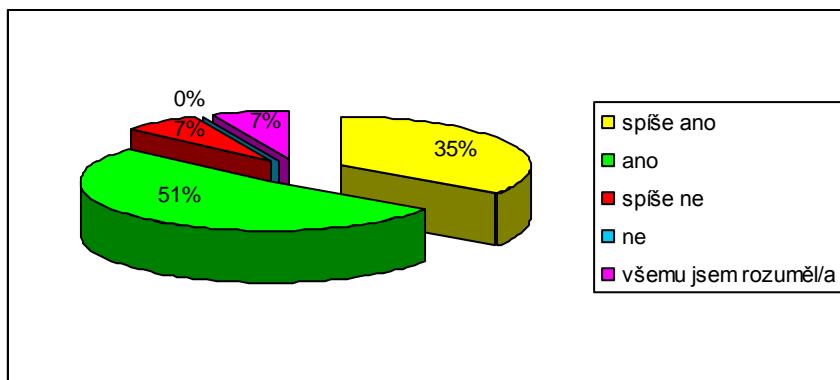
Z celkového počtu 75 respondentů (100 %) odpovědělo, zda sestra vyslechla vše, co jí potřebovali sdělit, spíše ano 26 respondentů (35 %), ano 47 respondentů (62 %), spíše ne 0 respondentů (0 %) a ne odpověděli 2 respondenti (3 %).

**Graf 7 Vyjadřování sestry**



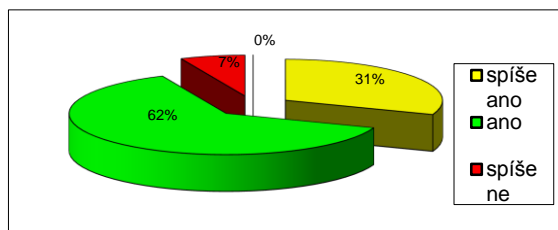
Z celkového počtu 75 respondentů (100 %) odpovědělo 63 (83 %) respondentů, že se sestra vyjadřovala jednoduše a srozumitelně, 5 respondentů (7 %), že používala složité a cizí výrazy, 5 respondentů (7 %), že se vyjadřovala zmateně, 2 respondenti (3 %), že se vyjadřovala velmi nesrozumitelně a jiné odpovědělo 0 respondentů (0 %).

**Graf 8 Ochota vysvětlení a zopakování**



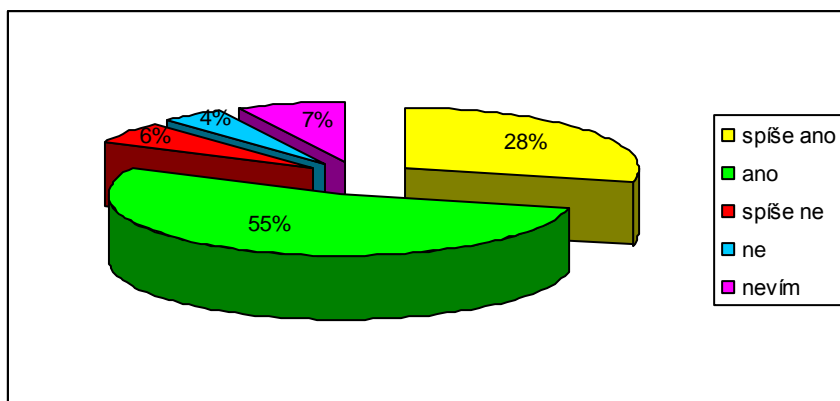
Z celkového počtu 75 respondentů (100 %) odpovědělo, zda byla sestra, pokud něčemu nerozuměli, ochotná to vysvětlit nebo zopakovat, 26 respondentů, že spíše ano (35 %), ano 39 respondentů (51 %), Spíše ne odpovědělo 5 respondentů (7 %), ne odpovědělo 0 respondentů (0 %) a 5 respondentů odpovědělo, že všemu rozuměli (7 %).

**Graf 9 Zájem sestry o pacienta**



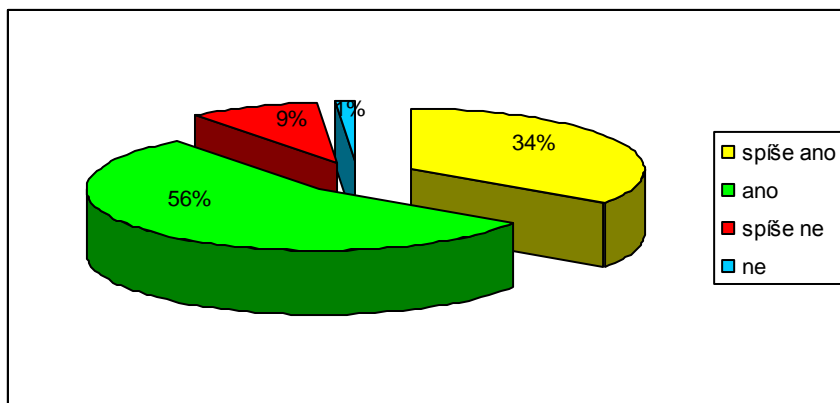
Z celkového počtu 75 respondentů (100 %) odpovědělo na otázku, zda měli dojem, že má o ně jejich problémy sestra zájem, 23 respondentů (31 %) spíše ano, ano odpovědělo 47 respondentů (62 %), spíše ne 5 respondentů (7 %) a ne 0 respondentů (0 %).

**Graf 10 Popis vyšetření**



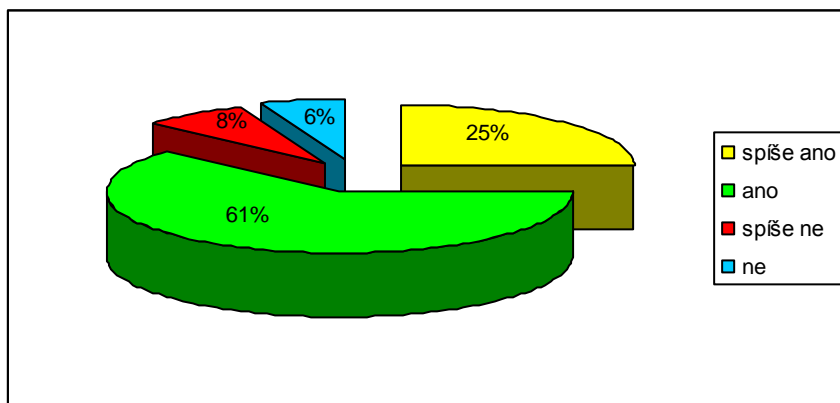
Z celkového počtu 75 respondentů odpovědělo na otázku 67 respondentů. Zbývajících 8 nebylo odesláno na vyšetření, proto otázku vynechalo. Z 67 respondentů (100 %) odpovědělo, zda po odeslání na vyšetření jim sestra vysvětlila o jaké vyšetření se jedná a jak probíhá, spíše ano 19 respondentů (28 %), ano 36 respondentů (55 %), spíše ne odpověděli 4 respondenti (6 %), ne 3 respondenti (4 %) a nevím 5 respondentů (7 %).

**Graf 11 Příprava na vyšetření**



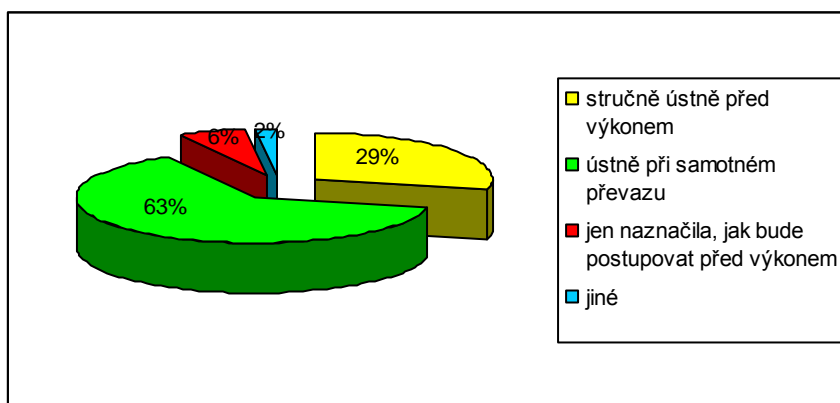
Z celkového počtu 75 respondentů odpovědělo na otázku 67 respondentů. Zbývajících 8 nebylo odesláno na vyšetření, proto otázku vynechalo. Z 67 respondentů (100 %) odpovědělo na otázku, zda jim sestra sdělila, co budou případně na vyšetření potřebovat a jak se na ně mají připravit, spíše ano 23 respondentů (34 %), ano 37 respondentů (56 %), spíše ne 6 respondentů (9 %) a ne 1 respondent (1 %).

**Graf 12 Vysvětlení postupu při převazu**



Z celkového počtu 75 respondentů bylo na převazu rány 52 respondentů (23 respondentů bez převazu pokračuje otázkou 17). Z 52 respondentů (100 %) odpovědělo, zda jim sestra vysvětlila, jak bude postupovat při převazu, spíše ano 13 respondentů (25 %), ano 32 respondentů (61 %), spíše ne 4 respondenti (8 %) a ne 3 respondenti (6 %).

**Graf 13 Podání informací o převazu**

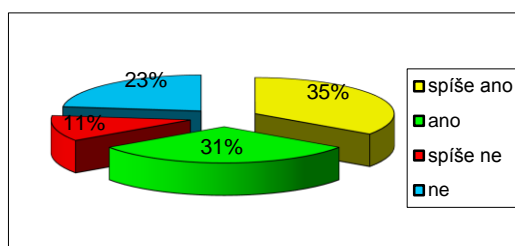


Z 52 respondentů, kteří byli na převazu rány, 3 respondentům nebylo sestrou podáno vysvětlení postupu, proto neodpovídali na tuto otázku. Ze 49 (100 %) respondentů, kterým sestra postup vysvětlila, odpovědělo 14 respondentů (29 %), že jim podala informace stručně ústně před výkonem, 31 respondentů (63 %), že je podala ústně při



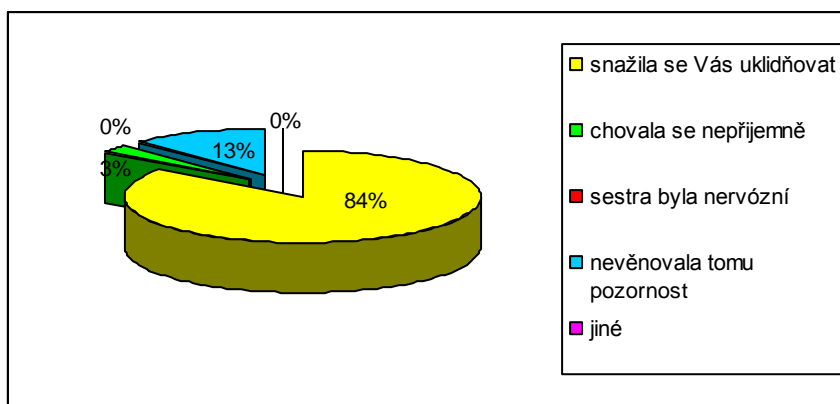
samotném převazu, 3 respondentům (6 %) jen naznačila, jak bude postupovat před výkonem. 1 respondent (2 %) odpověděl jiné – sestra to slovně vysvětlila a názorně ukázala.

**Graf 14 Strach při ošetření**



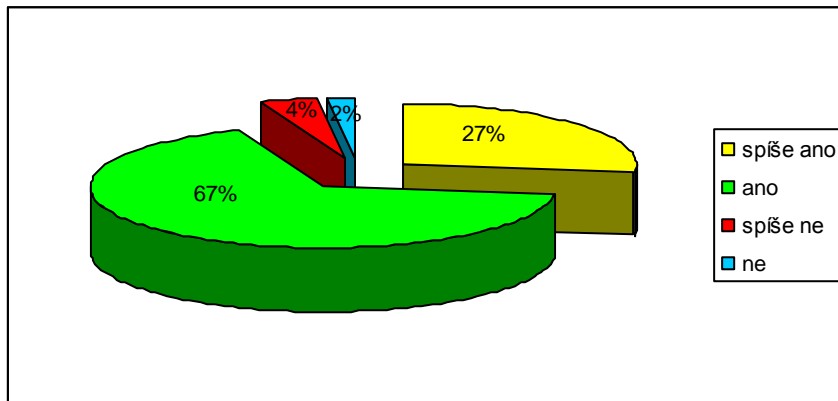
Z 52 respondentů (100 %), kteří byli na převazu, odpovědělo na otázku, zda pocítovali při převazu strach, spíše ano 18 respondentů (34 %), ano 16 respondentů (31 %), spíše ne 6 respondentů (12 %) a ne 12 respondentů (23 %).

**Graf 15 Reakce sestry na strach pacienta**



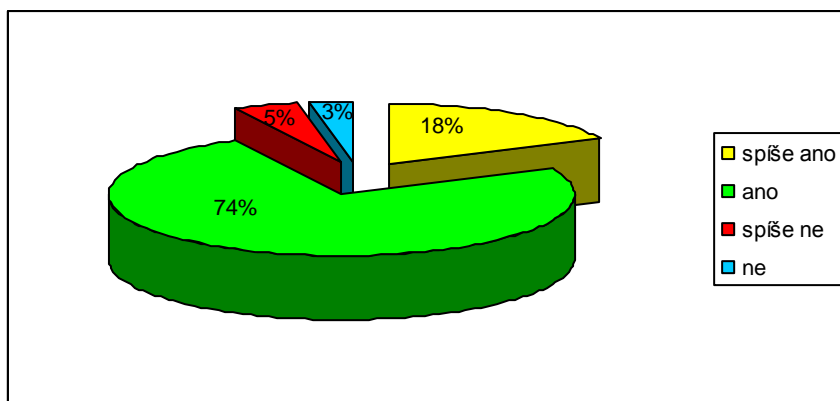
Z 52 respondentů, kteří byli na převazu, nemělo strach při převazu 12 respondentů (viz graf 14), proto neodpovídali na tuto otázku. Ze 40 respondentů (100 %) odpovědělo na otázku, pokud měli strach, jak sestra reagovala, 34 respondentů (84 %), že se je snažila uklidňovat, 1 respondent (3 %), že se sestra chovala nepříjemně, 0 respondentů (0 %), že byla sestra nervózní, 5 respondentů (13 %), že tomu sestra nevěnovala pozornost a jiné odpovědělo 0 respondentů (0 %).

**Graf 16 Informace o péči o ránu**



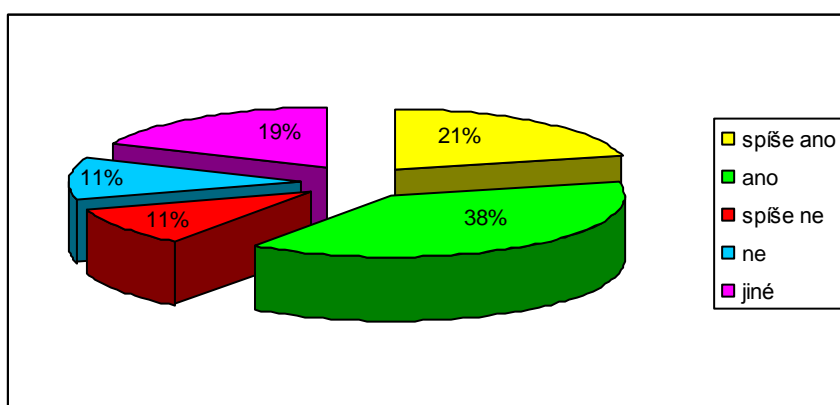
Z 52 respondentů (100 %), kteří byli na převazu rány, odpovědělo na otázku, zda je sestra informovala, jak pečovat o ránu, spíše ano 14 respondentů (27 %), ano 35 respondentů (67 %), spíše ne 2 respondenti (4 %) a ne 1 respondent (2 %).

### Graf 17 Dopomoc



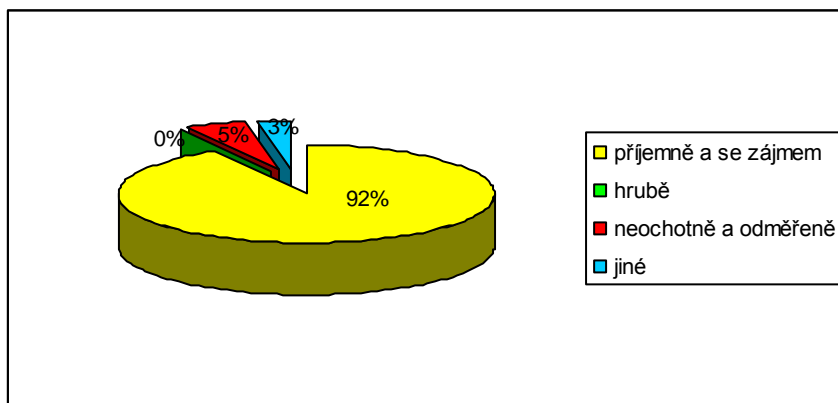
Z celkového počtu 75 respondentů, odpovědělo na otázku 66 respondentů. Z 66 respondentů (100 %) odpovědělo na otázku, pokud se jim hůře pohybovalo nebo nemohli sami něco provést, zda jim nabídla sestra dopomoc na ambulanci, spíše ano 12 respondentů (18 %), ano 49 respondentů (74 %), spíše ne 3 respondenti (5 %) a ne 2 respondenti (3 %).

### Graf 18 Informování rodiny



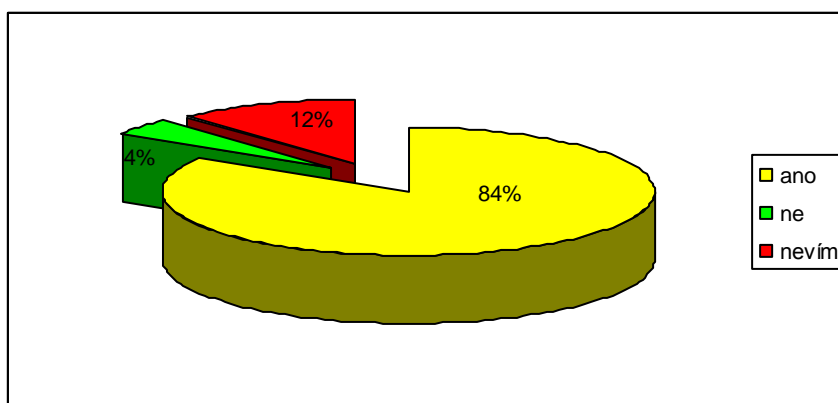
Z celkového počtu 75 respondentů (100 %) odpovědělo na otázku, zda informovala sestra doprovázejícího člena rodiny o případné péči o něj, spíše ano 16 respondentů (21 %), ano 29 respondentů (38 %), spíše ne 8 respondentů (11 %), ne 8 respondentů (11 %) a jiné 14 respondentů (19 %), přičemž všech 14 doplnilo, že byli na ambulanci sami.

**Graf 19 Chování sestry**



Z celkového počtu 75 respondentů (100 %) odpovědělo na otázku, jak se k nim sestra chovala po celou dobu, 69 respondentů, že příjemně a se zájmem (92 %), 0 respondentů, že hrubě (0 %), 4 respondenti, že neochotně a odměřeně (5 %) a 2 respondenti jinak (3 %), za odpověď jiné oba doplnili, že se chovala normálně.

**Graf 20 Rozloučení**



Z celkového počtu 75 respondentů (100 %) odpovědělo na otázku, zda se s nimi sestra rozloučila při odchodu z ambulance, 63 respondentů (84 %) ano, 3 respondenti (4 %) ne a 9 respondentů (12 %) nevím.

## 5 Diskuse

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, jak probíhá spolupráce mezi sestrou a pacientem na ambulanci úrazové chirurgie. Výzkum byl proveden jak mezi sestrami, tak mezi pacienty ve dvou nemocnicích. Se sestrami proběhly rozhovory a pacientům byly rozdány dotazníky. Výzkum je tedy rozdělen do dvou částí, a to na průběh spolupráce z pohledu sestry a z pohledu pacienta.

V rámci spolupráce sestry a pacienta na ambulanci úrazové chirurgie nás zajímal věk a vzdělání sester. Věk respondentek se pohybuje v rozmezí 27–63 let (viz příloha 1 CD). Práci sestry na ambulanci úrazové chirurgie vykonávají některé 1 rok nebo 3, 4 roky, jiné ale i 15, 20 let. Lze tedy vidět, že tu sestry zůstávají déle, i když je to psychicky i fyzicky náročné povolání. Vzdělání respondentek je různé od ARIPU, bakalářského vzdělání, magisterského vzdělání, vyššího odborného vzdělání po SZŠ a postgraduální studium (viz příloha 1 CD). Některé z respondentek si nadále rozšiřují vzdělání. Ve většině případů se účastní konferencí a seminářů, někdy z vlastní vůle, jindy v rámci zaměstnavatele nebo celoživotního vzdělávání. Své vzdělání nerozšiřuje pouze respondentka 4, která tvrdí, že jí to stačí a účastní se pouze povinných školení v rámci zaměstnavatele (viz příloha 1, CD). Dle mého názoru je však vzdělání sester, zvláště pak na úrazové ambulanci, velice důležité, protože kvalita péče se tím zvyšuje. Podobný názor má i Linhartová (2007), která tvrdí, že vyšší vzdělání sester je potřebné k tomu, aby sestry stačily rozvoji medicíny a zároveň vyhověly požadavkům kvality i rozsahu poskytované péče. Podle ní jsou možností vzdělávání konference, na které jezdí stále více sester, což je znát z odpovědí respondentek. NCO NZO (2006) ve své publikaci v definici kvalitní ošetrovatelské praxe uvádí mimo jiné, že ošetrovatelský personál je dobře motivovaný a odborně připravený. Z toho vyplývá, že vzdělání a kvalita péče spolu velmi úzce souvisí. Jak je vidět z rozhovorů, vzdělání se sestry většinou nebrání a mají o ně zájem, vydáváme se tedy správným směrem. Díky tomu jsou široké i kompetence sester. Je však zajímavé, že je někdy, jak respondentky uvádějí, nutné vykonat i něco mimo ně, aby byl průběh na ambulanci rychlejší.

Komunikace je pro sestry velmi důležitá, jak se zmiňuje Zacharová, Hermanová, Šrámková (2007), je základem ošetrovatelské péče. Dále tvrdí, že zdravotničtí pracovníci by měli používat specifika komunikace pro určitý druh onemocnění a postižení. Respondentky používají specifika komunikace například u různých typů úrazů. Pouze respondentka 4 tvrdí, že neexistují. „*Vše je individuální, někdo snese pohled na ránu lépe, jiný kolabuje. U stejného poranění mohou prostě lidé reagovat různě, proto je komunikace individuální.*“ (viz příloha 1 CD, respondentka 4) Nejčastěji používají specifickou komunikaci u větších krvácení, kdy je nutné uklidňovat a pacient by měl vidět co nejméně krve. Specifickou komunikaci využívají sestry často i u úrazů hlavy, kdy tvrdí, že může vyvolat agresi. Jirák, Holmerová, Borzová (2009) uvádějí, že pokud je poranění v místě předního laloku a předního spánkového laloku, často se vyskytuje neschopnost řešení problémů, porucha chování a zhoršená schopnost přizpůsobit se. Myslím si tedy, že sestra musí být u takovýchto pacientů i velmi opatrná. Co se týče úrazů pohybového aparátu a zlomenin obecně, snaží se sestry odvést pozornost. Podle mého názoru je velmi důležitá specifická komunikace u dopravních nehod, kterou uvádějí i některé naše respondentky. „*Jinak komunikujete s pacientem po dopravní nehodě, kdy např. pokud dojde k úmrtí, je třeba velice specifická a individuální komunikace, je třeba využít empatie a uklidňovat.*“ (viz příloha 1 CD, respondentka 1). Myslím si, že v takovém případě musí sestra být opatrná a chápavá, což potvrzuje i jedna z respondentek. Určitě je nutné zachovat klid. Nejen u různých typů úrazů se využívá specifika komunikace, ale také u různých typů pacientů. Každá z respondentek nějaká specifika využívá. Nejčastěji se setkávají s agresivními typy pacientů, úzkostnými typy, narcisty, ale samozřejmě i s klidnými a vyrovnanými typy pacientů. V případě agresivních pacientů jedná sestry podobně, kdy buď přestanou komunikovat nebo se chovají asertivně, jsou důrazné, neukazují strach. Jindy je nutné si zavolat pomoc lékaře nebo sanitáře či dokonce ochranky a policie. Sestry umějí zásady komunikace, drží si odstup a nedívají se do očí, aby agresora nevyprovokovaly. Hornáková, Štefková (2009) doporučují, aby sestry nereagovaly impulzivně. Starošítková, Majerská (2005) podotýkají, že se často jedná o pacienty pod vlivem návykových látek, což potvrzují i některé respondentky, řešením situace podle nich je

uklidňování pacienta a nenechat se vyprovokovat. Pokud se situace vyhroťí, řeší to stejně jako naše respondentky, zavolají si pomoc. Souhlasím s tím, že by sestra měla zachovat klid a nejednat impulzivně, nemělo by se určitě zapomínat na únikovou cestu, to znamená například nechat otevřené dveře, zachovat si odstup. Určitě je důležité umět komunikovat s úzkostným pacientem, zde je podle mě důležité nepodporovat jeho úzkost, a zároveň uklidňovat. Respondentky ve většině případů pacienty uklidňují, působí klidným dojmem, ale úzkost nepodporují. Horňáková, Štefková (2009) s tím souhlasí, profesionální povinností lékaře, v našem případě sestry, je snížit úzkost. U narcistického pacienta se respondentka snaží zůstat nad věcí, Horňáková, Štefková (2009) naproti tomu uvádí, že základem pro spolupráci je dohoda o možnostech, postupech a výsledku, který je očekáván. (viz příloha 1 CD)

Problematický pacient může být pro každou sestru jiný. Často to bývají právě agresivní pacienti, pod vlivem návykových látek, narcisti, pedanti, ale například i bezdomovci, jak uvádí jedna z respondentek. (viz příloha CD 1) Podle mě je s ošetřováním tohoto typu pacienta problém především v tom, že jsou neudržovaní, leckdy pod vlivem alkoholu a příliš nechtějí spolupracovat. Jak zmiňuje respondentka, je nutné udržovat bariérovou péči. *„No, především se musíme chránit, to znamená bariérová péče, pak samozřejmě je těžké jim něco vysvětlit, takže se snažím zabránit případnému konfliktu, pokud se situace nějak vyhroťí, volá se sanitář, pak ochranka a nakonec třeba i policie.“* (viz příloha 1 CD respondentka 1) Podle Starošítkové, Majerské (2005) je problémem právě všestranná zanedbanost pacientů, kteří nemají žádné hygienické návyky a jsou, jak jsem zmínila, pod vlivem alkoholu. Podle nich je i problém, kam s pacientem po ošetření. Konfliktní situace nastává ale nejčastěji s agresivním pacientem. Jak takovou situaci sestry řeší? Podobně jako v komunikaci s agresivním pacientem, jak je uvedeno výše, snaží si držet odstup, zůstat v klidu, vyřešit situaci rozhovorem. Jiné zase naopak jednájí asertivně, stojí si za svým názorem. *„Musela jsem se spolehnout sama na sebe, nikdo Vám moc nepomůže. Ale byla jsem připravená, chytila jsem dotyčného silou a přitlačila na židli.“* (viz příloha 1 CD, respondentka 2) Myslím si však, že nejlepší je konfliktům předcházet, tak jak to dělá jedna z respondentek. *„Nedostala, snažím se konfliktům předcházet, což znamená*

*zajistit, aby byl pacient spokojený. Protože platí rovnice spokojený pacient = základ předcházení konfliktů.“ (viz příloha 1 CD, respondentka 3)*

Neverbální komunikace je na ambulanci velice důležitá. Venglářová, Mahrová (2006) se zmiňují o tom, že pacientům sestra vstupuje do intimní zóny, její doteky jsou již dopředu spojeny s nepříjemnými prožitky. Sestra tedy musí být schopná vyznat se v řeči těla, umět používat neverbální projevy a umět jim naslouchat. V dnešní době je podle mého názoru používána častěji a lépe, sestry se o ni více zajímají a snaží se ji používat, na druhou stranu rozumí více i pacientům. Myslím si, že velký podíl na tom má i vyšší vzdělání sester. Od pacientů bylo potvrzeno, že sestra s nimi v 82 % udržovala oční kontakt (viz graf 5), což značí zájem o pacienty. Dalším neverbálním projevem může být prožívání strachu jako u 65 % dotázaných pacientů, kteří byly na převazu (viz graf 14) a tvrdí, že sestry se je snažily v 84 % případů uklidňovat, pouze ve 13 % tomu sestra nevěnovala pozornost (viz graf 15), z toho lze usoudit, že sestry opravdu neverbální komunikaci ovládají čím dál lépe. Respondentky z neverbální komunikace používají více prvků, především mimiku a haptiku. Podle jedné z respondentek je však stále co dohánět. „*Podle mého názoru je využívám často. Nejvíce asi dotyky k uklidnění, pohlazení, úsměv. Bohužel si myslím, že nejsou vesměs často užívané. Podle mě tu důležitou roli hraje vzdělání sestry a syndrom vyhoření.“ (viz příloha 1 CD, respondentka 2)*

Při příchodu pacienta na ambulanci respondentky ve většině případů tvrdí, že jej pozdraví a přivítají. Z dotazníků od pacientů je znát, že sestry je také na ambulanci ve více než polovině případů uvedou, což uvádí i jedna z našich respondentek. Některé z nich poté pacienta osloví a identifikují. Zajímavé je, že sice identifikují pacienta, ale ve většině případů se nepředstaví, jak vyplývá z dotazníků od pacientů (54 %, viz graf 4). Podle mého názoru se to však do budoucna zlepší, neboť 41 % se již představuje. Dobrým zjištěním je také fakt, že sestry pacienty téměř ve všech případech vyslechnou, jak potvrzují pacienti (97 %, viz graf 6) a dvě naše respondentky, které zjišťují, v jakém jsou pacienti stavu, a vyslechnou jejich problémy ihned po příchodu na ambulanci. (viz příloha 1, respondentka 1 a 4) Vyjadřování sester by na ambulanci mělo být efektivní. Dle pacientů (83 %, viz graf 7) se sestry vyjadřují jednoduše a srozumitelně, pokud



něčemu nerozumí, jsou ochotné jim to zopakovat a vysvětlit, což odpovídá výsledným 81,97 % potvrzujících srozumitelnost odpovědí sester KOP (2012). Složitě a cizí výrazy jsou používány ze strany sester v našem výzkumu v málo případech. Způsob komunikace sester před pacientem v Nemocnici Znojmo, p. o. dle výsledků KOP (2012) je na úrovni 88,15 %.

Edukace pacientů je nevyhnutelná, pokud chceme, aby spolupráce dobře probíhala. Juřeniková (2010) uvádí, že na ambulanci je nejčastější edukace individuální. Sestra je v úzkém kontaktu s jedním edukantem. Edukace je zde individuální. Tvrdí, že nejčastěji se při ní používá rozhovor, vysvětlování, instruktáže s praktickým cvičením. Z rozhovorů, které jsme provedli, vyplývá, že se sestry edukaci snaží věnovat. Pacienti potvrzují, že pokud jsou odesláni na nějaké vyšetření, sestry jim ve více než polovině případů vysvětlí o jaké vyšetření se jedná, jak probíhá a jak se na ně mají připravit (viz graf 10 a 11) Dále edukace probíhala při převazu, kdy dle pacientů jim sestry vysvětlily, jak budou postupovat (86 %, viz graf 12), informace jim byly podány ústně při samotném převazu v 63 % a ve 29 % stručně ústně před výkonem, v 6 % sestra jen naznačila postup (viz graf 13), což ukazuje, že sestry na to dbají. Sestry se s pacienty shodují, protože dále uvádějí, že edukují často o péči ránu. Jak lze vidět, informace o péči o ránu dostává 94 % pacientů. (viz graf 16) Dle sester jsou na ambulanci dalšími nejčastějšími oblastmi edukace ředění krve, péče o sádku, ortézu, životospráva, úrazy hlavy a další. Zajímavá je edukace o bolesti, kterou uvádí dvě respondentky. Kolektiv autorů (2006) v příručce pro sestry, věnující se léčbě bolesti, doporučuje, aby sestra podala informace o farmakologických a nefarmakologických možnostech tlumení bolesti např. o meditaci, relaxaci. Jedna z respondentek má stejný postup. „*No, hlavně předepsané léky, jak se pohybovat a jak ne, polohování, např. elevace končetin, různé techniky i masáže, třeba ježečkem masírovat a koupele. Je to různé, záleží na typu úrazu. Ale je fakt, že pacientům informace o tišení bolesti většinou chybí, proto se snažím jim je předávat.*“ (viz příloha 1 CD, respondentka 7)

Zapojení rodiny do spolupráce má velký význam. Podívá-li se na výsledky spokojenosti pacientů v jednotlivých dimenzích Nemocnice Znojmo, p. o. ve Zprávě o činnosti 2012 (2012), zjistí se, že nejvyšší spokojenost pacientů se týká právě i zapojení

rodiny. Pacienti z našeho výzkumu potvrzují, že pokud s nimi na ambulanci byla rodina, byly jí podány informace, ti se shodují se sestrami, které také uvádějí, že rodině podávají informace, dále, že ji edukují, vše vysvětlují a poučují ji, jinak ji zapojují i telefonicky. (viz příloha 1 CD, graf 18) Vokurka (2013) ve svém článku dokonce tvrdí, že dobrá informovanost rodiny je klíčová pro zajištění úspěšného průběhu léčebného procesu. Uvádí i několik zásad pro kvalitní komunikaci, kde doporučuje například, aby se sestra ujistila průběžně, že rodina všemu rozumí, sestra by měla také vše konzultovat s lékařem a ošetřujícím týmem, protože rodina má někdy tendence zjišťovat, zda se určité informace shodují a jsou pravdivé.

Spolupráci může narušit spousta faktorů. Jedním z nich je i častá netrpělivost pacientů, především, co se týče pořadí na ambulanci. Podle sester je pořadí dle typů úrazů, dle stavu a věku, přednost mají děti, řídí se i tím, v jakém pořadí pacienti přicházejí. (viz příloha 1 CD) Z dotazníků vyplývá, že sestry většinou dodržují pořadí na ambulanci. (85 % viz graf 2) Jindy je problém, že pacienti nedodržují doporučení, jsou nepřístupní. Stres, strach a špatná komunikace jsou také překážkou. Možností spolupráce pro pacienty je právě ono dodržování doporučení, trpělivost, soustředění se a hlavně jejich vlastní vůle. (viz příloha 1 CD) Je důležité pacienta motivovat, sestra musí ale respektovat a brát v potaz pacientovy možnosti a schopnosti spolupracovat, jak tvrdí Ptáček, Bartůněk a kolektiv (2011). Dle respondentek by spolupráci pomohly do budoucna i větší prostory, možnost třídění pacientů dle zranění, individuální přístup a dobrý pracovní kolektiv. (viz příloha CD respondentka 1 a 2)

Celkové hodnocení sester ukazuje, že pacienti souhlasí s tím, že se sestra chovala po celou dobu v 92 % (viz graf 19) příjemně a se zájmem, pokud bylo třeba, nabídla jim sestra v 92 % (viz graf 17) na ambulanci dopomoc. Pokud se výzkum srovná s šetřením spokojenosti pacientů za rok 2012 Nemocnice Znojmo, p. o. ve Zprávě o činnosti 2012 (2012), kdy celková spokojenost je 82,2 % a spokojenost se sestrami je 79,9 %, lze tvrdit, že výzkum bakalářské práce jeho výsledky potvrzuje. Odpovídá i spokojenosti pacientů v Nemocnici České Budějovice, a.s. za rok 2011 ve Výroční zprávě 2011 (2011), ohodnocené známkou 1,2.

## 6 Závěr

Bakalářská práce byla věnována spolupráci sestry a pacienta na ambulanci úrazové chirurgie. Jako vzorek byly vybrány sestry ze dvou nemocnic, z Nemocnice Znojmo, p.o. a Nemocnice České Budějovice, a.s., se kterými byl proveden rozhovor, dále byli vybráni pacienti z těchto dvou nemocnic, jenž docházejí na úrazové ambulance, kterým byl rozdělán dotazník.

Byly stanoveny dva cíle. Prvním cílem bakalářské práce bylo zjistit, jaká je spolupráce sestry a pacienta na ambulanci úrazové chirurgie z pohledu sestry. Zde byly zodpovězeny výzkumné otázky „Jaké problémy vidí sestry ve spolupráci s pacienty na ambulanci úrazové chirurgie?“ a „Existují specifika ve spolupráci sestry a pacienta na ambulanci úrazové chirurgie?“ Z rozhovorů vyplynulo, že problémů ve spolupráci je několik. Jedná se buď o problémový typ pacienta, se kterým sestry musí zvládnout situaci a komunikaci, konflikty na ambulanci nebo chyby pacientů ve spolupráci, jako je například nedodržování doporučení a netrpělivost. Co se týká specifík je jich celá řada. Respondentky využívají specifické komunikace u různých typů úrazů, dále u typů pacientů jako je agresivní pacient, úzkostný pacient, narcista atd. Často využívají také edukaci v mnoha oblastech a zapojují do spolupráce i rodinu pacienta. Velmi často také využívají specifík neverbální komunikace. Je třeba, aby si sestry určily priority, což je pro ně v mnoha případech spokojený pacient.

Druhým cílem pak bylo zjistit, jaká je spolupráce sestry a pacienta na ambulanci úrazové chirurgie z pohledu pacienta. Byl stanoven výzkumný problém „Jsou pacienti spokojeni se spoluprací se sestrou na ambulanci úrazové chirurgie?“ Z dotazníků vyplývá, že v mnoha oblastech pacienti spokojeni jsou, sestra je příjemná, má o ně zájem, věnuje se edukaci, zapojuje rodinu a dle výsledků umí využívat specifík komunikace. Jediným problémem je představování se u sester.

Cíle práce byly splněny. Spolupráce sestry a pacienta je na dobré úrovni, v mnoha oblastech se oba typy výzkumů shodují. Stále však je v čem se zlepšovat, neboť dobrá spolupráce umožňuje efektivní léčebný režim.

## 7 Seznam použité literatury

1. BAŠTECKÁ, Bohumila a kol. *Klinická psychologie v praxi*. 1. vydání. Praha: Portál, 2003. 416 s. ISBN 80-7178-735-3
2. BÁRTLOVÁ, Sylva. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. vydání. Praha: Grada, 2005. 188 s. ISBN-10: 80-247-1197-4
3. BERAN, Jiří a kol.. *Lékařská psychologie v praxi*. 1. vydání. Praha: Grada, 2010. 144 s. ISBN 978-80-247-1125-6
4. DOUBEK, Pavel. Zvládání stresu, duševní hygiena a prevence syndromu vyhoření v ambulanci praktického lékaře, *Postgraduální medicína* [ online ]. 2006 [cit. 2013- 01-18] Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina-priloha/zvladani-stresu-dusevni-hygiena-a-prevence-syndromu-vyhoreni-v-a-272931>
5. EGGERT, Max, FALZON Wendy. *Řešení konfliktů Management do kapsy 4*. 1. vydání. Praha: Portál, 2005. 112 s. ISBN 80-7367-011-9
6. FALEIDE, Asbjorn, LIAN, Lilleba, FALEIDE, Eyolf. *Vliv psychiky na zdraví*. 1. vydání. Praha: Grada, 2010, 240 s., ISBN 978-80-247-2864-3
7. FECKOVÁ, Miriam. Komunikační signály sestry eliminující stres u pacienta, *Sestra* [ online ]. 2011 [cit. 2013- 01 -16] Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/komunikacni-signal-y-sestry-eliminujici-stres-u-pacienta-461368>
8. HORŇÁKOVÁ, Anna, ŠTEFKOVÁ, Gabriela. Specifika komunikace ve zdravotnické profesi, *Sestra* [ online ]. 2009 [cit. 2013- 01-16] Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/specifika-komunikace-ve-zdravotnicke-profesi-422425>
9. JANÁČKOVÁ, Laura, WEISS Petr. *Komunikace ve zdravotnické péči*. 1. vydání. Praha: Portál, 2008. 136 s. ISBN 978-80-7367-477-9
10. JAROŠOVÁ, Darja. *Úvod do komunitního ošetřovatelství*. 1. vydání. Praha: Grada, 2007. 100 s. ISBN 978-80-247-2150-7

11. JIRÁK, Roman, HOLMEROVÁ, Iva, BORZOVÁ, Claudia a kol. *Demence a jiné poruchy paměti, Komunikace a každodenní péče*. 1. vydání. Praha: Grada, 2009. 176 s. ISBN 978-80-247-2454-6
12. JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. vydání. Praha: Grada, 2010. 80 s. ISBN 978-80-247-2171-2
13. KOLEKTIV AUTORŮ. *Vše o léčbě bolesti – příručka pro sestry*. 1. vydání. Praha: Grada, 2006. 356 s. ISBN 80-247-1720-4
14. KRISTOVÁ, Jarmila. *Komunikácia v ošetrovatel'stve*. 3. vydání. Bratislava: Osveta, 2004. 212 s. ISBN 978-80-8063-146-8
15. KŘIVOHLAVÝ, Jaro, PEČENKOVÁ, Jaroslava. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. 1. vydání. Praha: Grada, 2004. 80 s. ISBN 80-247-0784-5
16. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Historie ošetrovatelství*. 1. vydání. Praha: Grada, 2010. 208 s. ISBN 978-80-247-3224-4
17. LINHARTOVÁ, Věra. *Praktická komunikace v medicíně*. 1. vydání. Praha: Grada, 2007. 152 s. ISBN 978-80-247-1784-5
18. MAŇÁK, Pavel, WONDRÁK, Eduard. *Traumatologie repetitorium pro studující lékařství*. 5. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci Lékařská fakulta, 2005. 95 s. ISBN 80-244-1009-5
19. MICHALSKÝ, Rudolf. *Kapitoly z obecné traumatologie, traumatologie končetin a první pomoci pro studující ošetrovatelství*. 1. vydání. Opava: Slezská univerzita v Opavě, 2009. 81 s. ISBN 978-80-7248-538-3
20. NCO NZO. *České ošetrovatelství 2. Zajišťování kvality ošetrovatelské péče. Etický kodex sester. Charty práv pacientů*. 1. Vydání. Brno: NCO NZO 2006. 47 s. ISBN: 80-7013-270-1
21. NEMOCNICE ČESKÉ BUDĚJOVICE, a. s., Jihočeský kraj. Výroční zpráva 2011 Nemocnice České Budějovice, a. s. [ online ]. 2011 [ cit. 2013- 07-27 ]. Dostupné z: [http://www.nemcb.cz/files/VZ2011\\_nemcb\\_LR.pdf](http://www.nemcb.cz/files/VZ2011_nemcb_LR.pdf)
22. NEMOCNICE ZNOJMO, příspěvková organizace. Zpráva o činnosti 2012. [ online ]. 2012 [ cit. 2013- 07-27 ]. Dostupné z: <http://www.kr-jihomoravsky.cz/Default.aspx?PubID=208248&TypeID=7>

23. PLEVOVÁ, Ilona a kol. *Ošetrovatelství I*. 1. vydání. Praha: Grada, 2011. 288 s. ISBN 978-80-247-3557-3
24. POKORNÁ, Andrea. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. 1. vydání. Brno: NCO NZO, 2006. 86 s. ISBN 80-7013-440-2
25. POKORNÝ, Vladimír a kol. *Traumatologie*. 1. vydání, Praha: Triton, 2002. 307 s. ISBN 80-7254-277-X
26. PTÁČEK Radek, BARTŮNĚK Petr a kol. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, 2011. 528 s. ISBN 978-80-247-3976-2
27. RAITER, Tomáš, Nemocnice Znojmo – „Souhrnná spokojenost“ (poslední známé šetření - 2012) *KOP – Kvalita očima pacientů, Hodnocení nemocnic* [ online ]. 2012 [cit. 2013- 07-28]. Dostupné z: <http://www.hodnoceni-nemocnic.cz/hodnoceni.php?n=34&d=1&r=x&u=x;x;x;x;1;N>
28. RAUDENSKÁ, Jaroslava, JAVŮRKOVÁ, Alena. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. 1. vydání. Praha: Grada, 2011. 304 s. ISBN 978-80-247-2223-8
29. SLEZÁKOVÁ, Lenka a kol. *Ošetrovatelství v chirurgii I*. 1. vydání. Praha: Grada, 2010, 264 + 4 s. ISBN 978-80-247-3129-2
30. STAROŠTÍKOVÁ, Alena, MAJERSKÁ, Vanda. Problémy při ošetrování pacientů na úrazové ambulanci, *Sestra* [ online ]. 2005 [cit. 2013- 01-13]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/problemy-pri-oseetrovani-pacientu-na-urazove-ambulanci-303348>
31. ŠRANK, Marek, BRATOVÁ, Andrea. Péče o pacienta na traumatologii, *Sestra* [online]. 2011 [cit. 2013- 01-13] Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/pece-o-pacienta-na-traumatologii-460346>
32. VENGLÁŘOVÁ, Martina, MAHROVÁ, Gabriela. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vydání. Praha: Grada, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8
33. VEREŠOVÁ, Marcela. Aplikácia na človeka zameraného prístupu (PCA) vo vzťahu sestra–pacient, *Kontakt* [ online ]. 2007 [cit. 2013- 01-18]. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20120327121611713187.pdf>

34. VOKURKA Samuel. Komunikace s pacienty a jejich rodinami. *Sestra*. 2013. ročník 23, číslo 07/08. Praha: © Mladá fronta a.s. 2013. s. 22-23. ISSN 1210-0404
35. VONDRÁČEK, Lubomír, WIRTHOVÁ, Vlasta, PAVLICOVÁ, Jindra. *Základy praktické terminologie pro sestry, Příručka pro výuku a praxi*. 1. vydání. Praha: Grada, 2011, 136 s. ISBN 978-80-247-3697-6
36. VYBÍHALOVÁ, Lenka. Komunikace a spolupráce s rodinou nemocného, *Sestra* [online]. 2012 [cit. 2013-01-18]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/komunikace-a-spoluprace-s-rodinou-nemocneho-467702>
37. ZACHAROVÁ, Eva, HERMANOVÁ, Miroslava, ŠRÁMKOVÁ, Jaroslava. *Zdravotnická psychologie*. 1. vydání. Praha: Grada, 2007. 229 s. ISBN 978-80-247-2068-5
38. ZEMAN, Miroslav, KRŠKA, Zdeněk a kol. *Chirurgická propedeutika*. 3. vydání. Praha: Grada, 2011. 512 s. ISBN 978-80-247-3770-6

## **8 Klíčová slova**

traumatologie

úraz

komunikace

spolupráce

edukace

empatie



## **9 Přílohy**

### **9.1 Seznam příloh**

Příloha 1 Rozhovory se sestrami

Příloha 2 Dotazník pro pacienty

## **Příloha 1 Rozhovory se sestrami**

### **Respondentka 1**

1. S jakými typy úrazů se na ambulanci setkáváte?

Nejčastěji sem pacienti přicházejí s úrazy pohybového aparátu, především končetin, úrazy hlavy, kontuze, komoče, subluxe, luxace atp.

2. Existuje podle Vás nějaká specifická komunikace pro různé typy úrazů?

Ano, určitě. Jinak komunikujete s pacientem po dopravní nehodě, kdy např. pokud dojde k úmrtí, je třeba velice specifická a individuální komunikace, je třeba využít empatie a uklidňovat. Nebo u pacienta v šoku, tam je také třeba speciální komunikace, uklidnění.

3. Jak obvykle postupujete při příchodu pacienta na ambulanci?

Na ambulanci jsou přednostně bráni pacienti s většími krevními ztrátami, akutní úrazy a děti. Zde je přivítám, identifikuji, seznámím se s problémem, dle lékaře pošlu na vyšetření, pomohu jim usadit se, položit se.

4. S jakými typy pacientů se na ambulanci setkáváte nejčastěji?

Nejčastěji asi s pacienty pod vlivem návykových látek, kteří jsou agresivní, zmatení. Celkem často jsou tu i úzkostní pacienti a depresivní.

5. Využíváte specifika komunikace s různými typy pacientů (agresivní pacient, úzkostný)?

Určitě, je to důležité, s úzkostným a depresivním jedním rozhodně jinak než s agresivním pacientem. Pokud je zde problém, jakože většinou bývá, tak s ním přestanu komunikovat a přivolám si sanitáře, pokud se situace vyhorcuje, volá se

ochranka nebo i policie. U úzkostného volím komunikaci opatrně, obezřetně a snažím se pacienta povzbuzovat a uklidňovat, u depresivního postupuji obdobně.

6. Jaký typ pacienta je pro Vás „nejproblémovější“?

Rozhodně agresivní opilý pacient. A nesmím zapomenout na bezdomovce, s těmi bývá také spousta problémů.

7. Jak takovou situaci řešíte?

No, především se musíme chránit, to znamená bariérová péče, pak samozřejmě je těžké jim něco vysvětlit, takže se snažím zabránit případnému konfliktu, pokud se situace nějak vyhrotí, volá se sanitář, pak ochranka a nakonec třeba i policie.

8. Dostala jste se někdy do konfliktu s pacientem?

Ano, dostala.

9. Jak jste daný konflikt řešila?

Musela jsem volat ochranku, ale jak jsem říkala již předtím, v takových situacích přestanu komunikovat, je to asi nejlepší řešení. Jindy jsou pacienti prostě netrpěliví, pak jim vysvětluji situaci a snažím se je uklidnit.

10. Používáte prvky neverbální komunikace, případně jaké?

Používám, je to nárazové, záleží na typu pacienta. Myslím, že využívám všechny prvky, ale někdy je to marné.

11. Spolupracujete s rodinou pacienta?

Ano, podle mě je to důležité.

12. Jak rodinu do spolupráce zapojujete?

Snažím se rodinu zapojit, hlavně při převazu, vše jim vysvětluji. Pokud přijde dítě, tak samozřejmě vše řeším s rodiči.

13. V jakých oblastech pacienty nejčastěji edukujete?

To je široké spektrum. Nejčastěji asi pokud dostanou sádru, tak co si mají hlídat, jak se o ni starat, pak samozřejmě vše o ředění krve, projevy trombózy, dále u úrazů hlavy co si mají hlídat atp. U všech zranění je třeba edukovat, většinou jsou pacienti neinformovaní.

14. Dostáváte od pacientů zpětnou vazbu?

Ano, v tom není problém.

15. Jaké možnosti spolupráce pacienti na úrazové ambulanci mají?

Hlavní je, aby byl pacient dobře edukovaný. Pak když se snaží vše pochopit a chtějí vše pochopit. A další možností spolupráce je vše dodržovat, veškeré pokyny a doporučení.

16. Jsou pacienti ochotní s vámi spolupracovat?

Většina ano, volají a domlouváme se. Je to o komunikaci.

17. Jaké jsou podle vás chyby v rámci spolupráce, kterých se pacienti na ambulanci dopouštějí?

Především, že nerespektují doporučení.

18. Jakým způsobem řešíte situace, kdy nastane delší čekací doba na vyšetření?

Snažím se vše vysvětlit, někdy to není jednoduché.

19. Kdo v ambulanci určuje pořadí pacientů a jakým způsobem?

Lékař, první jsou akutní úrazy, větší krvácení a děti.

20. Takto to probíhá na všech vašich ambulancích?

Ne, je tu jeden lékař na kontroly, který ale pokud je mnoho akutních případů, tak je vezme také.

21. Co je pro Vás prioritní ve Vaší práci?

Aby pacienti odcházeli spokojení, aby dobře probíhala spolupráce v kolektivu.

22. Podle čeho určujete, co je prioritou?

Podle sebe a podle okolností. Důležité pro mě je, aby nevznikla žádná negativní reakce. Pokud jsou lidi spokojení je to zadostiučinění.

23. Jakou oblast kompetencí sestry zahrnuje práce na úrazové ambulanci?

Hlavně asi sádrování, převazy, punkce a další a další výkony kolem úrazů.

24. Stalo se Vám někdy, že bylo nutné tuto oblast překročit a provést výkon mimo Vaši kompetenci?

Nerada to říkám, ale ano. Aby průběh byl rychlejší, samy posíláme na vyšetření, vypisujeme žádanky, provádíme anamnézu.

25. Můžu se zeptat, kolik je Vám let?

43.

26. Jak dlouho vykonáváte povolání zdravotní sestry na úrazové ambulanci?

Patnáct let.

27. Jaké je vaše dosavadní dosažené vzdělání?

ARIP, bakalářské studium.

28. Rozšiřujete si své vzdělání i nadále?

Ano, účastním se seminářů a konferencí.

29. Myslíte si, že by něco zlepšilo spolupráci?

Líbilo by se mi, kdyby byly větší prostory, aby se dalo individuálněji věnovat pacientovi, kdyby se dali pacienti třídit dle zranění a stavu.

## **Respondentka 2**

1. S jakými typy úrazů se na ambulanci setkáváte?

Nejčastěji asi s komocemi, zlomeninami kotníků a zápěstí, pohmožděními.

2. Existuje podle Vás nějaká specifická komunikace pro různé typy úrazů?

Ano, je to individuální. Především u úrazů hlavy, kdy to může způsobit i agresi. Pak se řídím dle toho. Jinak samozřejmě u autonehod je ta komunikace obzvlášť důležitá, je třeba být opatrná a chápavá.

3. Jak obvykle postupujete při příchodu pacienta na ambulanci?

Pozdravím, přivítám pacienta, uvedu ho, vše mu vysvětlím. Dle potřeby vyšlu na vyšetření.

4. S jakými typy pacientů se na ambulanci setkáváte nejčastěji?

S reprezentanty naší společnosti jako jsou alkoholici, vznětliví pacienti, úzkostní.

5. Využíváte specifika komunikace s různými typy pacientů (agresivní pacient, úzkostný...)?

Ano, například u opilých a agresivních pacientů jedním asertivně, jsou mnohomluvní, musí se zarazit, říct, že mě to nezajímá, ať mi to nevykládají, ale u toho je důležité na ně být hodná, vše vysvětlit a nebát se zavolat policii. S úzkostným jedním opatrně, mile, chápavě.

6. Jaký typ pacienta je pro Vás „nejproblémovější“?

Opilý a agresivní pacient.

7. Dostala jste se někdy do konfliktu s pacientem?

Ano, to se mi stalo s agresivním pacientem.

8. Jak jste daný konflikt řešila?

Musela jsem se spolehnout sama na sebe, nikdo Vám moc nepomůže. Ale byla jsem připravená, chytila jsem dotyčného silou a přitlačila na židli, dále jsem jednala asertivně, nekompromisně, nedívala se upřeně do očí. Pacient se nakonec uklidnil, že nebylo třeba volat policii.

9. Jaké jsou nejčastější formy konfliktů, které řešíte?

Nejčastější je asi slovní agrese, fyzická agrese se tu vyskytuje méně.

10. Používáte prvky neverbální komunikace, případně jaké?

Podle mého názoru je využívám často. Nejvíce asi dotyky k uklidnění, pohlazení, úsměv. Bohužel si myslím, že nejsou vesměs často užívané. Podle mě tu důležitou roli hraje vzdělání sestry a syndrom vyhoření.

11. Spolupracujete s rodinou pacienta?

Ano, snažím se.

12. Jak rodinu do spolupráce zapojujete?

Praktikuji to buď telefonicky nebo samozřejmě pokud je rodina přítomna, tak ji informuji a edukuji. S dítětem by měl přijít zákonný zástupce, ale informovat se musí vždy.

13. V jakých oblastech pacienty nejčastěji edukujete?

V péči o ránu, poranění, pokud mají sádku nebo ortézu, tak co si hlídat, jak s ní zacházet, dále prevence trombózy.

14. Dostáváte od pacientů zpětnou vazbu?

Ano, na kontrolách nebo někdy i ihned.

15. Jaké možnosti spolupráce pacienti na úrazové ambulanci mají?

Především být trpěliví, dodržovat doporučení, nebát se komunikace.

16. Jsou pacienti ochotní s vámi spolupracovat?

Jsou, snažím se s nimi vždy domluvit, vysvětlit vše potřebné, pacienti jsou ve většině případů všemu přístupní, doporučení dodržují.

17. Jaké jsou podle vás chyby v rámci spolupráce, kterých se pacienti na ambulanci dopouštějí?

Netrpělivost, agrese, z toho plyne, že nechtějí spolupracovat, nechtějí poslouchat doporučení, leckdy odmítají i samotnou léčbu.

18. Jakým způsobem řešíte situace, kdy nastane delší čekací doba na vyšetření?

Pokusím se pacientům vysvětlit, že prioritně musíme vzít akutní případy, otevřené zlomeniny a děti nebo např., že je tam jeden doktor, že to jinak nelze, poprosím je o trpělivost.

19. Kdo v ambulanci určuje pořadí pacientů a jakým způsobem?

Lékař, dáváme přednost akutním případům, otevřeným zlomeninám a dětem.

20. Co je pro Vás prioritní ve Vaší práci?

Komunikace, umění komunikovat řeší vše. Pak určitě vytvoření partnerství sestra–pacient–lékař, což by mělo fungovat i do budoucna.

21. Podle čeho určujete, co je prioritou?

Řídím se získanými znalostmi a zkušenostmi a podle toho vyvodím, co je prioritou.

22. Změnila byste něco v rámci ambulance pro lepší průběh spolupráce?

Určitě, nejhorší nejsou pacienti, ale kolektiv. S tím by se mělo něco dělat.



23. Co by tedy podle Vás bylo do budoucnosti pro spolupráci přínosné?

Představovala bych si systém jedna ambulance – jeden lékař–jedna sestra–jeden pacient, o kterém by vše věděli. Ne léčit, ale vzájemně spolupracovat, to je cesta k úspěšnému uzdravení. A pak udělat vše pro dobrý kolektiv, to mnohé vyřeší.

24. Jakou oblast kompetencí sestry zahrnuje práce na úrazové ambulanci?

Toho je spousta, záleží na typu úrazu. Například ošetřování ran, sádrování, asistence lékaři, dopomoc pacientům, edukace a další.

25. Stalo se Vám někdy, že bylo nutné tuto oblast překročit a provést výkon mimo Vaši kompetenci?

Ano, občas vyhodnotíme situaci místo lékaře a odešleme na vyšetření s žádankou, ale to jen proto, aby byl průběh rychlejší, pokud je tu hodně pacientů čekajících na ošetření.

26. Můžu se zeptat na to kolik je Vám let?

28.

27. Jak dlouho vykonáváte povolání zdravotní sestry na úrazové ambulanci?

Čtyři roky a tři měsíce.

28. Proč jste se rozhodla zrovna pro úrazovou ambulanci?

Vždy se mi to líbilo, práce zde mě naplňuje. S pacienty je kratší kontakt, lidé se tu rychle střídají.

29. Jaké je vaše dosavadní dosažené vzdělání?

Magisterské.

30. Rozšiřujete si své vzdělání i nadále?

Ano, účastním se konferencí a seminářů, vybírám si, co mě zajímá.

### **Respondentka 3**

1. S jakými typy úrazů se na ambulanci setkáváte?

Nejčastěji s ránami – tržné, řezné, zhmoždění; úrazy hlavy a úrazy hrudníku.

2. Existuje podle Vás nějaká specifická komunikace pro různé typy úrazů?

Ano, určitě. Touto komunikací se snažím odstranit diskomfort pacienta. Je však nutné odlišit zranění, u poranění hlavy je to rozhodně jiné než například u poranění hrudníku.

3. Jak obvykle postupujete při příchodu pacienta na ambulanci?

Můj postup je takovýto – pozdrav, oslovení i přivítání. Pak závisí na typu úrazu, buď pacienta usadím nebo uložím.

4. S jakými typy pacientů se na ambulanci setkáváte nejčastěji?

Většinou s klidnými, vyrovnanými. Někteří bývají vystrašení, úzkostní. Jsou tu však i agresivní pacienti jako alkoholici.

5. Využíváte specifika komunikace s různými typy pacientů (agresivní pacient, úzkostný...)?

Ano, na zklidnění pacienta a jeho pohodě záleží úspěch léčby. Proto s nimi komunikuji, tak abych je nevyprovokovala u agresivních a abych je uklidnila u úzkostných.

6. Jaký typ pacienta je pro Vás „nejproblémovější“?

Pacient, který má vždy pravdu, má svou hlavu, nenechá si poradit. Tzv. pedant.

7. Jak s takovým typem pacienta jednáte?

Snažím se zůstat klidná, vše mu trpělivě opakuji a vysvětluji, proč se to po něm žádá a co je pro něj nejlepší.

8. Dostala jste se někdy do konfliktu s pacientem?

Nedostala, snažím se konfliktům předcházet, což znamená zajistit, aby byl pacient spokojený. Protože platí rovnice spokojený pacient = základ předcházení konfliktů.

9. Používáte prvky neverbální komunikace, případně jaké?

Ano, je to velmi důležité, aby se pacient cítil dobře. Nejčastěji asi pohazení a uložení do příjemné polohy pro pacienta.

10. Spolupracujete s rodinou pacienta?

Ano, pokud je s pacientem jako doprovod, jinak jedině v případě, že budoucí péče bude záviset na rodině.

11. Jak rodinu do spolupráce zapojujete?

Poučím je o vhodnosti péče pro daného pacienta jako jsou obvazy, polohování.

12. V jakých oblastech pacienty nejčastěji edukujete?

Záleží na druhu poranění. Je to v oblasti ošetrovatelské péče. Jak se starat o ránu, jak ležet, co dělat a nedělat, aby znali vše potřebné kolem svého poranění.

13. Dostáváte od pacientů zpětnou vazbu?

Ano, při kontrolních vyšetřeních.

14. Jaké možnosti spolupráce pacienti na úrazové ambulanci mají?

Především spolupráci při ošetření, což znamená uposlechnout pokynů, dbát na ně, chtít i něco změnit, mít vůli k tomu se opravdu uzdravit.

15. Jsou pacienti ochotní s vámi spolupracovat?

Většinou ano, ale i to záleží na stavu pacienta a na věku. Problém je u starších lidí.

16. V čem si myslíte, že je u starších lidí největší problém v rámci spolupráce?

Určitě v přidružených onemocněních jako je třeba demence. Nebo už takovou životní nevolí typu „stejně tu už dlouho nebudu, tak si dělejte co chcete, nemá cenu se snažit“. U jiných se jedná třeba o větší strach z toho, co nastane, s věkem roste i ten strach.

17. Jaké jsou podle vás chyby v rámci spolupráce, kterých se pacienti na ambulanci dopouštějí?

V důsledku stresu z úrazu jsou pacienti roztěkaní a nepozorní. Lze to však jen těžko ovlivnit.

18. Jakým způsobem řešíte situace, kdy nastane delší čekací doba na vyšetření? Vysvětlím důvod prodlevy, snažím se zdůraznit nutnost ošetření nejdříve krvácejících úrazů a dětí. Jen ne vždy to pacienti pochopí.

19. Kdo v ambulanci určuje pořadí pacientů a jakým způsobem? Lékař, dělá to podle závažnosti úrazu a stavu pacienta.

20. Co je pro Vás prioritní ve Vaší práci? Určitě kvalitně odvedená práce, aby byl spokojený pacient i já sama se sebou. Celkově ošetřený a spokojený pacient.

21. Podle čeho určujete, co je prioritou? Podle stavu pacienta, zkonultuji to s lékařem, pak lze stanovit priority v ošetření a celkovém léčebném postupu.

22. Jakou oblast kompetencí sestry zahrnuje práce na úrazové ambulanci? Uložení pacienta k výkonu ošetření, příprava nástrojů, boxu, asistence při výkonech, obvazy, úklid pomůcek, dekontaminace nástrojů, starost o pacienta po výkonu.

23. Stalo se Vám někdy, že bylo nutné tuto oblast překročit a provést výkon mimo Vaši kompetenci?

Ano stalo, někdy sestra musí něco udělat za lékaře, aby byl průběh rychlejší.

24. Kolik je Vám let pokud se mohu zeptat?

63.

25. Jak dlouho vykonáváte povolání zdravotní sestry na úrazové ambulanci?

Tři roky. Prošla jsem si více míst, především lůžkovou část.

26. Jaké je vaše dosavadní dosažené vzdělání?

SZŠ, PSS

27. Rozšiřujete si své vzdělání i nadále?

Ano, účastním se seminářů a kongresů, stále mě tato práce naplňuje.

#### **Respondentka 4**

1. S jakými typy úrazů se na ambulanci setkáváte?

Je to různé. Nejvíce je tu však krvavých úrazů, jedná se o bodné, sečné, řezné rány a také tu bývají popáleniny.

2. Existuje podle Vás nějaká specifická komunikace pro různé typy úrazů?

Podle mého názoru ne. Vše je individuální, někdo snese pohled na ránu lépe, jiný kolabuje. U stejného poranění mohou prostě lidé reagovat různě, proto je komunikace individuální.

3. Jak obvykle postupujete při příchodu pacienta na ambulanci?

Nejdříve zjistím, co se stalo, jaký je charakter úrazu, to poté předám lékaři, který dle typů úrazů určí pořadí. Pacienta poté vyzvu k návštěvě ambulance, přivítám, uklidňuji ho. Následně přeju k vlastnímu ošetření a poučení pacienta o dalším postupu.

4. S jakými typy pacientů se na ambulanci setkáváte nejčastěji?

To je různé, většina je bezproblémová, občas agresivní, což jsou podnapilí lidé, občas se setkám i s úzkostným pacientem.

5. Využíváte specifika komunikace s těmito typy pacientů (agresivní pacient, úzkostný...)?

Ano, agresivního pacienta zbytečně neprovokuji, nedívám se mu do očí, držím si odstup, u úzkostného jsem chápavá a empatická. Komunikaci většinou přizpůsobuji chování pacienta.

6. Jaký typ pacienta je pro Vás „nejproblémovější“?

Nejhorší jsou neukáznění pacienti a konfliktní. S těmi se dá těžko spolupracovat.

7. Dostala jste se někdy do konfliktu s pacientem?

Ano, mnohokrát.

8. Jak jste daný konflikt řešila?

V takových případech jsem se snažila konflikt urovnat rozhovorem, nebo alespoň minimalizovat, pokud to nešlo, přivolala jsem lékaře.

9. Používáte prvky neverbální komunikace, případně jaké?

Určitě ano. Některé vědomě, některé nevědomě.

10. Jaké například konkrétně?

Například projev účasti a pochopení, úsměv, haptika a další takové. Pomáhá to nabudit přátelskou a příjemnější atmosféru.

11. Spolupracujete s rodinou pacienta?

Občas ano, především u dětí, starších lidí nebo u postižených. Tam to ani bez rodiny nelze.

12. Jak rodinu do spolupráce zapojujete?

Informuji je o pokračující léčbě, případně vysvětlím ošetřovatelské výkony, jako například jak převazovat, oplachovat, dělat obklady, koupele...

13. V jakých oblastech pacienty nejčastěji edukujete?

V pokračující léčbě, ošetřovatelských výkonech, jak jsem zmínila u spolupráce s rodinou, například jak převazovat, dělat obklady, oplachy, koupele a další. Také je často edukuji o životosprávě.

14. Dostáváte od pacientů zpětnou vazbu?

Ano, většinou při další kontrole.

15. Jaké možnosti spolupráce pacienti na úrazové ambulanci mají?

Hlavní je chtít spolupracovat a uposlechnout doporučení jako je úprava životosprávy, pokusit se nacvičit péči o ránu, končetinu a další.

16. Jsou pacienti ochotní s vámi spolupracovat?

Jak který, je to individuální, většina ale ano.

17. Jaké jsou podle vás chyby v rámci spolupráce, kterých se pacienti na ambulanci dopouštějí?

Nejčastěji je to nedodržení pokynů lékaře, vynechání kontroly, celková nechuť ke spolupráci, nepřístupnost pacienta.

18. Jakým způsobem řešíte situace, kdy nastane delší čekací doba na vyšetření?

Vysvětluji příčinu ostatním pacientům v čekárně, snažím se být milá a chápavá, prosím o trpělivost.

19. Kdo v ambulanci určuje pořadí pacientů a jakým způsobem?

To určuje lékař, záleží na povaze onemocnění, úrazu.

20. Co je pro Vás prioritní ve Vaší práci?

Rozhodně bezkonfliktní klima a v neposlední řadě spokojenost pacientů.

21. Podle čeho určujete, co je prioritou?

Podle subjektivních i objektivních pocitů při práci. Těmi se řídím.

22. Jakou oblast kompetencí sestry zahrnuje práce na úrazové ambulanci?

Je toho spousta. Edukaci, převazy chronických ran nebo ran po kontrole lékařem.

23. Stalo se Vám někdy, že bylo nutné tuto oblast překročit a provést výkon mimo Vaši kompetenci?

Ano, za nepřítomnosti lékaře, jsem k tomu byla nepřímo donucena, jednalo se spíše o první pomoc.

24. Mohu vědět kolik je Vám let?

40.

25. Jak dlouho vykonáváte povolání sestry na úrazové ambulanci?

Dvacet let. Je to už dlouhá doba, ale velmi mě to baví.

26. Jaké je vaše dosavadní dosažené vzdělání?

Střední odborné s maturitou.

27. Rozšiřujete si své vzdělání i nadále?

Ne, stačí mi toto. Pouze se účastním povinných školení v rámci zaměstnavatele.

## **Respondentka 5**

1. S jakými typy úrazů se na ambulanci setkáváte?



Tak nejčastěji se zlomeninami, naražením žeber, úrazy hlavy, ránami.

2. Existuje podle Vás nějaká specifická komunikace pro různé typy úrazů?

Určitě, to praktikuji zejména u krvavých úrazů, kdy se snažím uklidňovat. Také se snažím, aby pacient viděl co nejméně krve.

3. Jak obvykle postupujete při příchodu pacienta na ambulanci?

Nejprve pozdravím, přivítám pacienta eventuálně ho uklidňuji. Dle stavu pacienta ho buď uložím na vyšetřovací lůžko nebo ho posadím na židli.

4. S jakými typy pacientů se na ambulanci setkáváte nejčastěji?

Asi se všemi, konfliktních naštěstí moc není.

5. Využíváte specifika komunikace s různými typy pacientů (agresivní pacient, úzkostný...)?

Ano. U agresivních jsem opatrnější, držím si odstup a snažím se je slovně nevydráždit. U úzkostných uklidňuji a snažím se i působit klidným dojmem.

6. Jaký typ pacienta je pro Vás „nejproblémovější“?

No asi ten konfliktní, agresivní, se kterým se nedá domluvit.

7. Dostala jste se tedy někdy do konfliktu s pacientem?

Pouze jednou a to z důvodu špatné domluvy.

8. Jak jste daný konflikt řešila?

Snažila jsem se oboustranně ozřejmit situaci a vysvětlili jsme si všechny aspekty. Tím se situace uklidnila a bylo po konfliktu. To mi ukázalo, že správná komunikace je velmi důležitá.

9. Používáte prvky neverbální komunikace, případně jaké?

Určitě ano, hlavně úsměv. Doteky a mimika jsou podle mě nejdůležitější.

10. Myslíte si, že neverbální komunikace může nějak pomoci ve spolupráci s pacientem?

Ano, leckdy to pacienty uklidní a jsou ochotnější spolupracovat. Nebo lze tímto způsobem i situaci, která se blíží ke konfliktu, uklidnit.

11. Spolupracujete s rodinou pacienta?

Pokud je přítomna, tak ano.

12. Jak rodinu do spolupráce zapojujete?

Tak hlavně rozhovorem, doplňuji informace a edukuji o péči o nemocného.

13. V jakých oblastech pacienty nejčastěji edukujete?

V péči o rány, v domácí léčbě, což samozřejmě dělám ve spolupráci s lékařem.

14. Dostáváte od pacientů zpětnou vazbu?

Ano, při kontrolních vyšetřeních a převazech.

15. Jaké možnosti spolupráce pacienti na úrazové ambulanci mají?

Tak hlavně při vyšetření, kdy je nutné, aby se soustředil a dovedl se zapojit, totéž při ošetření. Nebo např., že si pacienti jsou ochotní dojít na RTG, UZV atp.

16. Jsou pacienti ochotní s vámi spolupracovat?

Ve většině případů ano.

17. Jaké jsou podle vás chyby v rámci spolupráce, kterých se pacienti na ambulanci dopouštějí?

Asi špatné komunikace, neposlouchají, jinak ani nevím.

18. Jakým způsobem řešíte situace, kdy nastane delší čekací doba na vyšetření?  
Pacienty v čekárně se snažím uklidnit, vysvětlím jim, že na řadu se chodí dle příchodu, eventuálně dle stavu a věku. Skoro vždy chápou, proč to tak je.

19. Takže s nějakou velkou agresí vůči Vám při delším čekání pacientů jste se  
nesetkala?

Ani ne, Vždy se to dá nějak vysvětlit a uklidnit.

20. Kdo v ambulanci určuje pořadí pacientů a jakým způsobem?

Vždy lékař, záleží na zdravotním stavu nebo věku pacienta.

21. Co je pro Vás prioritní ve Vaší práci?

Především kvalitně odvedená práce, pak spokojený a ošetřený pacient.

22. Podle čeho určujete, co je prioritou?

Podle sebe a po domluvě s lékařem.

23. Jakou oblast kompetencí sestry zahrnuje práce na úrazové ambulanci?

Širokou, od pomoci na vyšetřovací lehátko, úklid, až po odborné výkony, co jsou potřeba.

24. Stalo se Vám někdy, že bylo nutné tuto oblast překročit a provést výkon mimo  
Vaši kompetenci?

Nevím o tom, asi ne.

25. Kolik je Vám let?

30.

26. Jak dlouho vykonáváte povolání zdravotní sestry na úrazové ambulanci?

Jeden rok.

27. Jak se Vám práce na úrazové chirurgii líbí?

Zamlouvá se mi, práce je tu dost, leckdy i velmi zajímavé.

28. Jaké je vaše dosavadní dosažené vzdělání?

Diplomovaná všeobecná sestra, takže vyšší odborné.

29. Rozšiřujete si své vzdělání i nadále?

Jen v rámci celoživotního vzdělávání.

### **Respondentka 6**

1. S jakými typy úrazů se na ambulanci setkáváte?

Nejvíce se zlomeninami, kontuzemi a luxacemi.

2. Existuje podle Vás nějaká specifická komunikace pro různé typy úrazů?

Ano, existuje. Pokud jsou krvavé, musí se zvolit uklidnění a opatrná komunikace. U luxací a zlomenin je také nutné uklidnění, odvést trochu pozornost.

3. Jak obvykle postupujete při příchodu pacienta na ambulanci?

Nejprve pacienta pozdravím, oslovím ho, přistoupím pak k identifikaci pacienta. Následuje poté ošetření pacienta dle diagnózy a pokynů lékaře.

4. S jakými typy pacientů se na ambulanci setkáváte nejčastěji?

Většinou s milými, hodnými, pozitivně naladěnými pacienty, ale někdy i s nepříjemnými. Takže jak s vyrovnanými, tak s úzkostnými, narcistickými a agresivnějšími typy pacientů.

5. Využíváte specifika komunikace s různými typy pacientů (agresivní pacient, úzkostný...)?

Určitě ano. To je důležité, protože s každým typem se musí jednat jinak. U agresivního jsem důraznější, jistím se, případně volám pomoc ostatního personálu, u úzkostného jsem zase empatická, snažím se o úsměv a pochopení. S narcistickým pacientem je to také nepříjemné, ale snažím se zůstat nad věcí.

6. Jaký typ pacienta je pro Vás „nejproblémovější“?

Asi narcistický. Typy zahleděné do sebe a vyžadující velkou pozornost jsou pro mě obtížnější i psychicky. Ale i agresivní a nechápavý pacient, s tím také je problém.

7. Dostala jste se někdy do konfliktu s pacientem?

Ano, dostala.

8. Jak jste daný konflikt řešila?

S klidnou hlavou. Je důležité se nenechat vyprovokovat, ale záleží na situaci, zde bylo důležité zachovat tu klidnou hlavu a stát si za svým.

9. Používáte prvky neverbální komunikace, případně jaké?

Ano, používám, třeba podání ruky, oční kontakt, úsměv, pohlazení.

10. Spolupracujete s rodinou pacienta?

Ano, leckdy je to nutné.

11. Jak rodinu do spolupráce zapojujete?

Především komunikací, vše jim vysvětlím, edukuji je.

12. Měla jste někdy problém s rodinou pacienta v rámci spolupráce?

Ano, někdy si rodina nechce nechat nic vysvětlit, vše ví nejlépe. Poté se dostávám do špatné situace. Musím pak zareagovat a zarazit je.

13. V jakých oblastech pacienty nejčastěji edukujete?

O rehabilitačních pomůckách, o bolesti, jak s ní zacházet a v péči o případnou ránu.

14. Dostáváte od pacientů zpětnou vazbu?

Ano, pochvalou například nebo při kontrole.

15. Jaké možnosti spolupráce pacienti na úrazové ambulanci mají?

Hlavní je dávat pozor, co je jim sdělováno a chtít se léčit a dodržovat doporučení.

16. Jsou pacienti ochotní s vámi spolupracovat?

Ano, ve většině případů ano.

17. Jaké jsou podle vás chyby v rámci spolupráce, kterých se pacienti na ambulanci dopouštějí?

Nejsou trpěliví, neradi čekají a pak se s nimi spolupracuje špatně.

18. Jakým způsobem řešíte situace, kdy nastane delší čekací doba na vyšetření?

Vysvětlím jim, proč nastala, snažím se jednat v klidu, pak záleží, jak zareagují.

19. Kdo v ambulanci určuje pořadí pacientů a jakým způsobem?

Vždy lékař, záleží na pořadí, kdy přijdou a pak na závažnosti úrazu.

20. Co je pro Vás prioritní ve Vaší práci?

Hlavní je spokojený pacient, pak samozřejmě dobrý kolektiv, pro práci je to velmi důležité.

21. Podle čeho určujete, co je prioritou?

Podle sebe a svých pocitů.

22. Jakou oblast kompetencí sestry zahrnuje práce na úrazové ambulanci?

Přikládání ortopedických pomůcek, objednávání pacientů, převazy, atd. záleží na typu úrazu, asistence lékaři.

23. Stalo se Vám někdy, že bylo nutné tuto oblast překročit a provést výkon mimo Vaši kompetenci?

Ano, stalo. Při akutním případě, šlo o první pomoc.

24. Kolik je Vám let?

27.

25. Jak dlouho vykonáváte povolání zdravotní sestry na úrazové ambulanci?

Jsem tu krátce, tři měsíce.

26. A jste tu spokojená?

Ano, je to pestré, člověk se nezastaví a to mi vyhovuje. Také se tu člověk zdokonalí v komunikaci, je tu široké spektrum pacientů.

27. Jaké je vaše dosavadní dosažené vzdělání?

Vyšší odborné.

28. Rozšiřujete si své vzdělání i nadále?

Ano, konference a semináře mě velmi zajímají.

## **Respondentka 7**

1. S jakými typy úrazů se na ambulanci setkáváte?

S kontuzemi, subluxacemi, luxacemi, zlomeninami...

2. Existuje podle Vás nějaká specifická komunikace pro různé typy úrazů?

Ano, u každého je to jiné. Záleží na rozsahu poranění a oblasti poranění. Pak se volí komunikace, např., stručná, rychlá, jindy chápavá a je nutné utěšovat.

3. Jak obvykle postupujete při příchodu pacienta na ambulanci?

Nejprve pozdravím, oslovím ho, identifikuji ho, dle typu úrazu odešlu na RTG nebo jiné vyšetření. Samozřejmě záleží na lékaři. Jinak ho začnu připravovat na vyšetření.

4. S jakými typy pacientů se na ambulanci setkáváte nejčastěji?

Různě, jsou to jak vstřícní pacienti, tak úzkostní, bojácní, agresivní i nepříjemní. Je to člověk od člověka.

5. Využíváte specifika komunikace s různými typy pacientů (agresivní pacient, úzkostný...)?

Ano, to je nutné. Každý člověk je jiný a tedy s každým se musí komunikovat jinak.

6. Můžete uvést konkrétní příklad?

No, třeba u úzkostného, bojácného pacienta se snažím být opatrná, milá, ale zároveň v něm tu úzkost nechci podporovat, spíš ho uklidňuji a vše pořádně vysvětlím. U agresivních a nepříjemných pacientů je to různé, tam buď rovnou volám někoho na pomoc nebo se snažím nehádat, vše mu opakuji a držím si odstup, nesmíte ale ukázat strach, toho ihned využívají.

7. Jaký typ pacienta je pro Vás tedy „nejproblémovější“?

Ten agresivní, to bývá problematické.

8. Dostala jste se někdy do konfliktu s pacientem?

Ano, tomu se asi nedá ani vyhnout.

9. Jak jste daný konflikt řešila?

Podle situace, stalo se to několikrát. Ale nejčastěji to řeším tak, že se snažím neukázat strach, stále opakuji svůj názor a požadavky a držím si odstup. Občas jsem volala i sanitáře, aby ho uklidnil a pomohl mi. U opilých pacientů je to častá reakce.



10. Používáte prvky neverbální komunikace, případně jaké?

Ano, snažím se, nejčastěji asi oční kontakt, jakési „výrazy očí“, odráží se tam úsměv, nazlobení, asi všechno. No a samozřejmě celou mimiku, bez toho to nejde. A u některých doteky, pohlazení.

11. Spolupracujete s rodinou pacienta?

Ano, je to někdy nutné.

12. Jak rodinu do spolupráce zapojujete?

Především je edukuji. Předávám jim různé rady.

13. V jakých oblastech pacienty nejčastěji edukujete?

Nejčastěji se to týká domácí ošetrovatelské péče o pacienta a léčby, o ortézách a tak. Také edukuji o tišení bolesti, to je časté, s tím si také spousta lidí neví rady.

14. Co jim doporučujete?

No, hlavně předepsané léky, jak se pohybovat a jak ne, polohování, např. elevace končetin, různé techniky i masážní, třeba ježečkem masírovat a koupele. Je to různé, záleží na typu úrazu. Ale je fakt, že pacientům informace o tišení bolesti většinou chybí, proto se snažím jim je předávat.

15. Dostáváte od pacientů zpětnou vazbu?

Ano, při kontrolách.

16. Jaké možnosti spolupráce pacienti na úrazové ambulanci mají?

Tak hlavně, poslouchat doporučení, chtít spolupracovat. A trpělivost.

17. Jsou pacienti ochotní s vámi spolupracovat?

Ano, většinou jsou, kromě těch agresivních, ale to se pak také dá.

18. Jaké jsou podle vás chyby v rámci spolupráce, kterých se pacienti na ambulanci dopouštějí?

No, netrpělivost a nedodržování doporučení lékaře a sestry, to je nejčastější.

19. Jakým způsobem řešíte situace, kdy nastane delší čekací doba na vyšetření?

Snažím se zůstat klidná a také uklidnit pacienty, vše vysvětluji, proč to tak je a prosím je o trpělivost.

20. Kdo v ambulanci určuje pořadí pacientů a jakým způsobem?

Lékař, je to podle naléhavosti typu úrazu.

21. Co je pro Vás prioritní ve Vaší práci?

Spokojený pacient, také práce v dobrém kolektivu všech složek.

22. Podle čeho určujete, co je prioritou?

Podle sebe a situace.

23. Jakou oblast kompetencí sestry zahrnuje práce na úrazové ambulanci?

Odesílání na vyšetření dle lékaře, převazy, přikládání pomůcek, edukace ve všech možných oblastech, asistence lékaři a další. Je toho spousta, tohle je asi nejčastější. Jo a objednávání pacientů na kontroly.

24. Stalo se Vám někdy, že bylo nutné tuto oblast překročit a provést výkon mimo Vaši kompetenci?

Ano, když je příliš pacientů a akutních případů, některé hranice kompetencí mizí, je nutné lékaři pomoci, například pacienty sama dle svého přesvědčení pošlu na vyšetření nebo nějaký ne příliš složitý lékařský úkon udělám, ale to se moc nestává, jen když to jinak nelze.

25. Kolik je Vám let?

30.

26. Jak dlouho vykonáváte povolání zdravotní sestry na úrazové ambulanci?

3 roky.

27. Jaké je vaše dosavadní dosažené vzdělání?

Střední s maturitou.

28. Rozšiřujete si své vzdělání i nadále?

Ano, v rámci zaměstnavatele, různými konferencemi, podle toho, co mě momentálně zaujme.

## Příloha 2 Dotazník pro pacienty

Vážený/á paciente/tko, jmenuji se Vladana Seménková, jsem studentkou 3. ročníku Všeobecné sestry na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Tématem mé bakalářské práce je Spolupráce sestry a pacienta na ambulanci úrazové chirurgie, tímto si Vás dovoluji požádat o laskavé vyplnění mého dotazníku. Tento dotazník je anonymní, veškeré údaje jsou důvěrné a budou použity pouze ke zpracování mé bakalářské práce. Vybranou odpověď zakroužkujte. Pokud není uvedeno jinak, vyberte vždy jednu odpověď nebo doplňte odpověď „jiné“. Vyplněný dotazník prosím vložte do obálky, aby byla zajištěna anonymita dotazníku.

Velice děkuji za Váš čas a ochotu při vyplnění dotazníku do mé bakalářské práce.

1. Na ambulanci úrazové chirurgie jsem
  - a) Poprvé
  - b) Podruhé
  - c) Více než dvakrát
  
2. Dle mého názoru sestra dodržovala pořadí pacientů čekajících na ošetření na ambulanci
  - a) Spíše souhlasím
  - b) Souhlasím
  - c) Spíše nesouhlasím
  - d) Nesouhlasím
  
3. Uvedla Vás sestra na ambulanci?
  - a) Spíše ano
  - b) Ano
  - c) Spíše ne
  - d) Ne
  
4. Představila se Vám sestra na ambulanci?
  - a) Ano
  - b) Ne
  - c) Jiné.....
  
5. Udržovala s Vámi sestra oční kontakt?
  - a) Spíše ano
  - b) Ano
  - c) Spíše ne
  - d) Ne
  
6. Vyslechla sestra vše, co jste jí potřebovali sdělit?
  - a) Spíše ano

- b) Ano
- c) Spíše ne
- d) Ne

7. Jak se sestra vyjadřovala?

- a) Jednoduše a srozumitelně
- b) Používala složité a cizí výrazy
- c) Vyjadřovala se zmateně
- d) Velmi nesrozumitelně
- e) Jiné.....

8. Pokud jste něčemu nerozuměl/a, byla sestra ochotná Vám to vysvětlit nebo zopakovat?

- a) Spíše ano
- b) Ano
- c) Spíše ne
- d) Ne
- e) Všemmu jsem rozuměl/a

9. Měli jste dojem, že o Vás a Vaše problémy má sestra zájem?

- a) Spíše ano
- b) Ano
- c) Spíše ne
- d) Ne

10. Pokud jste byl/a odeslán/a na vyšetření (RTG, MR, CT...), vysvětlila Vám sestra o jaké vyšetření se jedná a jak probíhá?

- a) Spíše ano
- b) Ano
- c) Spíše ne
- d) Ne
- e) Nevím

11. Sdělila Vám sestra, co budete případně při vyšetření potřebovat a jak se na ně máte připravit?

- a) Spíše ano
- b) Ano
- c) Spíše ne
- d) Ne

12. Pokud Vám sestra převazovala ránu, vysvětlila Vám jak bude postupovat? (Pokud nechodíte na převaz rány, pokračujte otázkou č. 17)

- a) Spíše ano

- b) Ano
- c) Spíše ne
- d) Ne

13. Pokud ano, jakým způsobem Vám informace podala?

- a) Stručně ústně před výkonem
- b) Ústně při samotném převazu
- c) Jen naznačila, jak bude postupovat před výkonem
- d) Jiné.....

14. Pociťoval/a jste při ošetření strach?

- a) Spíše ano
- b) Ano
- c) Spíše ne
- d) Ne

15. Pokud ano, jak sestra reagovala?

- a) Snažila se Vás uklidňovat
- b) Chovala se nepříjemně
- c) Sestra byla nervózní
- d) Nevěnovala tomu pozornost
- e) Jiné .....

16. Informovala Vás sestra jak pečovat o ránu?

- a) Spíše ano
- b) Ano
- c) Spíše ne
- d) Ne

17. Pokud se Vám hůře pohybovalo nebo jste sám něco nemohl provést, nabídla Vám sestra pomoc na ambulanci?

- a) Spíše ano
- b) Ano
- c) Spíše ne
- d) Ne

18. Informovala sestra doprovázejícího člena rodiny o případné péči o Vás?

- a) Spíše ano
- b) Ano
- c) Spíše ne
- d) Ne
- e) Jiné.....

19. Jak se k Vám sestra po celou dobu chovala?

- a) Příjemně se zájmem
- b) Hrubě
- c) Neochotně a odměřeně
- d) Jiné.....

20. Rozloučila se s Vámi sestra při odchodu z ambulance?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím