

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví N 5345

Studijní obor: Intenzivní péče 5345T024



Bc. Michaela Koubová

**Rozdíly ve vnímání závažnosti zdravotního stavu
pacientem a zdravotnickým personálem na oddělení urgentního
příjmu dospělých**

Discrepancies in view of the condition when assessed by the carers
and the patient himself in the emergency department settings
emergency room for adults

Diplomová práce

Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Marek Uhlíř

Praha

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma: „Rozdíly ve vnímání závažnosti zdravotního stavu pacientem a zdravotnickým personálem na oddělení urgentního příjmu dospělých“ vypracovala samostatně a uvedla všechny použité informační zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby tato závěrečná práce byla archivována v Ústavu vědeckých informací 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze a zde užívána ke studijním účelům. Za předpokladu, že každý, kdo tuto práci použije pro svou přednáškovou nebo publikační aktivitu, se zavazuje, že bude tento zdroj informací řádně citovat.

Souhlasím se zpřístupněním elektronické verze mé práce v Digitálním repozitáři Univerzity Karlovy v Praze (<http://repozitar.cuni.cz>). Práce je zpřístupněna pouze v rámci Univerzity Karlovy v Praze.

Souhlasím - Nesouhlasím

Praha 20.4.2010

Bc. Michaela Koubová

Poděkování

Mé poděkování patří zejména Mgr. Marku Uhlířovi za jeho ochotu poskytnout cenné rady při konzultacích a vedení mé diplomové práce.

Dále bych ráda poděkovala vrchní sestře oddělení urgentního příjmu dospělých Bc. Renatě Všetečkové a celému lékařskému týmu téhož oddělení, že mi umožnili přístup k informacím a ochotě spolupracovat na záznamových kartách pacientů, bez nichž by tato práce nemohla vzniknout.

Děkuji své rodině za podporu, které se mi od ní dostávalo během celého mého studia.

Identifikační záznam:

KOUBOVÁ, Michaela. Rozdíly ve vnímání závažnosti zdravotního stavu pacientem a zdravotnickým personálem. (Discrepancies in view of the condition when assessed by the carers and the patient himself in the emergency department settings emergency room for adults).

Praha, 2010. 75 s., 1 příloha, 9 grafů. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, 2010. Vedoucí práce: Mgr. Marek Uhlíř

Abstrakt :

Práce se bude zabývat na kolik je rozdílnost ve vnímání závažnosti zdravotního stavu mezi pacientem a zdravotnickým personálem, zda je ovlivněn způsobem dopravy do zdravotnického zařízení. Zda odhad pacientovy bolesti provedený personálem koresponduje s vnímáním vlastní bolesti pacienta a budou rozdíly mezi pohlavím.

Identification rekord :

KOUBOVÁ, Michaela. Discrepancies in view of the condition when assessed by the carers and the patient himself in the emergency department settings.

Praha, 2010. 75 pages, 1 supplements, 9 graphics. Graduation theses. Charles University in Prague, 1st Medical Faculty, 2010.

Supervisor: Marek Uhlíř

Abstract :

Paper would examine discrepancies in the perception of the patient's condition viewed by the medical staff and the patient himself and also its correlation with the means of transport to the hospital. In addition, we will compare pain assessed by the staff to the actual NRS10 scale-based value told by the patient; sex-related correlation would be also examined.

Obsah:

1. Úvod.....	8
2. Charakteristika urgentní medicíny.....	9
3. Příprava pro klinickou praxi v urgentní medicíně.....	10
4. Vývoj urgentní medicíny.....	15
5. Urgentní medicína v České Republice.....	16
5.1 Základní složky urgentní medicíny.....	17
5.2 Oddělení urgentního příjmu dospělých.....	19
6. Zdraví a nemoc.....	23
7. Bolest.....	25
7.1 Charakteristika bolesti.....	25
7.2 Faktory ovlivňující bolest.....	25
7.3 Druhy bolesti.....	27
7.4 Fyziologie bolesti.....	29
7.5 Metody měření bolesti.....	31
7.6 Systém hodnocení bolesti.....	32
7.7. Terapie bolesti.....	34
7.7.1 medicínské formy terapie.....	34
7.7.2 psychologické metody tlumící bolest.....	35
8. Zdravotník a nemocný.....	37
8.1 Osobnost zdravotníka.....	37
8.2 Zdravotník- nemocný.....	37
8.3 Frustrace.....	40
8.4 Zátěžové situace.....	41
8.5 Neadaptivní chování.....	42

9. Taxonomie zátěžových situací.....	45
10. Psychické zatížení sestry.....	47
11. Syndrom vyhoření.....	48
11.1 Stádia syndromu vyhoření.....	48
11.2 Prevence syndromu vyhoření.....	49
12. Supervize ve zdravotnictví.....	51
13. Provedený výzkum – praktická část diplomové práce.....	52
13.1 Cíle práce.....	52
13.2 Hypotézy.....	53
14. Použité metody a techniky.....	54
15. Výsledky.....	56
15.1 Další zjištění.....	63
15.2 Ověření platnosti hypotéz.....	64
16. Diskuze.....	66
17. Závěr.....	69
18. Použitá literatura.....	71
19. Přílohy.....	73

1. Úvod

Problematika „rozdíly ve vnímání závažnosti zdravotního stavu pacientem a zdravotnickým personálem“, mě začala zajímat až po nástupu na oddělení urgentního příjmu dospělých před třemi lety, kdy jsem si myslela, že tak jak je patrné z názvu „urgentní“ hlavním cílem bude věnovat se stavům ohrožující člověka na životě.

Nevím, zda si v žebříčku lidských hodnot, zdraví stále udržuje své vysoké postavení, protože někteří z nás pro to dělají velmi málo a výrazně ho tak v negativním smyslu ovlivňují a v důsledku toho vzniká řada závažných onemocnění.

Na druhou stranu nesmíme zapomenout na výrazný pokrok v lékařské vědě, díky níž můžou být tyto následky odstraňovány.

V teoretické části jsem se opírala o literaturu v průběhu studia, doplněnou o rešerše zadané v Národní lékařské knihovně hledané podle klíčového slova „hodnocení bolesti a pojmy souvislé. Z 85 nalezených odborných publikací, jsme si vybrala 12 relevantních, se kterými jsem pracovala, ale ve výsledku použila odborné věci pouze ze čtyř. Ostatní byly zaměřeny oborově.

Jsem si vědoma, že existuje i zahraniční literatura, ale vzhledem k jazykovému handicapu je v této práci zachycena pouze tak jak je v českých publikacích.

2. Charakteristika urgentní medicíny

Urgentní zdravotní péče by měla být dostupná komukoli, v každé situaci zdravotní tísně a kdykoli, což vyžaduje odpovídající systém poskytující náležitou péči osobám s akutním onemocněním.

Primárně se zabývá náhle vzniklými poruchami zdraví, vyžadující osobní nebo odborně koncepční přítomnost při přednemocniční, nemocniční a mezinemocniční péči, proto tento obor naplňuje vědecké, klinické a organizační potřeby medicínské disciplíny.

Náplní činnosti urgentní medicíny je včasná diagnóza a léčení všech stavů ohrožujících život. Časně a správně koordinovaná péče omezuje bezprostředně i pozdně mortalitu a snižuje závažnost morbidity v souvislosti s náhlým onemocněním.

Do systému urgentní zdravotní péče by měly být začleněny i specifické složky jako je třídění, resuscitace a zařízení pro krátkodobé sledování a léčení.

Správná klinická praxe v urgentní medicíně maximalizuje pro postiženého pravděpodobnost příznivého výsledku.

Zásadní význam má týmová spolupráce, proto je podporována spolupráce všech členů zdravotnického týmu. Účinný řetěz péče vyžaduje vazbu mezi přednemocniční péčí, nemocničními odborníky, lékaři, sestrami a sociálními pracovníky.

Na oddělení urgentního příjmu, na kterém pracuji a kterého se týká tato práce, zůstávají postižení po velmi omezenou dobu a po nutných vyšetřeních a diferenciací diagnostické rozvaze jsou směřováni na příslušná oddělení. (3)

3. Příprava pro klinickou praxi v urgentní medicíně

Urgentní medicína je samostatnou specializací a k zajištění vysoké úrovně vyžaduje lékaře se specializovanou přípravou.

Personálně by měla být oddělení urgentního příjmu zajištěna nepřetržitou službou specialistů, kvalifikovaných v oboru urgentní medicína.

Průprava z oboru urgentní medicína vyžaduje nejméně dva roky zkušeností při plném úvazku na oddělení poskytujícím neodkladnou péči s širokým spektrem případů. Oprávnění pro činnost lékaře – specialisty má udělovat specifický akreditační orgán, a měla by být připravena tak, aby zhodnotila znalosti, dovednosti a řídicí schopnosti. Lékaři zajímající se o problematiku zdravotnické záchranné služby se v r.1988 začali sdružovat z důvodu výměny zkušeností, kdy byla v rámci České společnosti anesteziologie a resuscitace České lékařské komory založena sekce přednemocniční neodkladné péče.

Na základě rozhodnutí ministra vnitra byla v roce 1991 v Praze zřízena pod Institutem pro další vzdělávání lékařů a farmaceutů, výukové pracoviště přednemocniční neodkladné péče a medicíny katastrof (PNP a MK). V roce 1993 byl tzv. ILF přejmenován na Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví (IPVZ). Pracoviště PNP a MK rozvíjí vzdělávání lékařů ve dvou směrech:

- **pro lékaře pracující v ZZS** jsou kurzy zaměřené na:
 - diagnostiku a léčení akutních stavů v přednemocniční etapě
 - soudně lékařské a právní aspekty
 - organizační a metodické problémy
 - plánování a realizace záchranných akcí při hromadném výskytu raněných (havarijní, krizový a traumatologický plán)

- **pro lékaře klinických oborů pracující v pohotovostních službách** to jsou kurzy zaměřené na:
 - diagnostiku akutních stavů z klinických příznaků
 - prvotní léčení akutních stavů nejrůznějšího druhu dle klinických oborů (př. kardiologie, neurologie, pediatrie, psychiatrie atd.)

V roce 1994 bylo postavení výukového pracoviště změněno na subkatedru při katedře anesteziologie a resuscitace, jejíž pracovníci rozvinuli rozsáhlý program zdokonalování a nácviku neodkladné resuscitace pro všechny lékaře jednodenním kurzem **Metodika a nácvik neodkladné resuscitace**.

Na žádost ministra zdravotnictví vypracoval J. Pokorný v roce 1998 dokument **Poskytování lékařské první pomoci**, kde specifikoval požadavky na znalosti a dovednosti lékařů .

Během roku 1999 přijala tehdejší subkatedra urgentní medicíny a medicíny katastrof zajišťování dalších kurzů:

- **lékařská první pomoc**- který se stal od roku 2001 povinný pro všechny lékaře před atestací 1. stupně
- **neodkladná první pomoc** – pro farmaceuty a odborné pracovníky ve zdravotnictví
- **krizové řízení** – pro krizové manažery okresů a krajů na základě usnesení vlády č. 246/1993 a podle zákonů č. 239/2000 Sb., o Integrovaném záchranném systému, a č. 240/2000 Sb., o krizovém řízení (3)

Po diskusích na ministerstvu zdravotnictví , v České lékařské komoře a s představiteli některých klinických oborů byl navržen a schválen v roce 1998 nový obor pod názvem **urgentní medicína**, jako nástavbový s dvouletou specializační průpravou. Subkatedra přednemocniční neodkladné péče byla přejmenována na subkatedru urgentní medicíny a medicíny katastrof. Na katedru urgentní medicíny a medicíny katastrof byla povýšena 1. února 2000.

Pro lékaře

▪ Cíl specializační přípravy

Cílem specializační přípravy je získání potřebných teoretických znalostí a praktických dovedností v oblasti diagnostiky a prvotních léčebných opatření u stavů vyžadujících neodkladnou péči v přednemocniční etapě, znalosti o organizaci a řízení pracovišť ZZS, plánování, příprava a realizace záchranných akcí.

▪ Požadavky na specializační přípravu

Podmínkou pro zařazení je získání specializace v některém základním oboru:

- anesteziologie a resuscitace
- chirurgie
- interní lékařství
- pediatrie
- všeobecné lékařství

Celková délka specializační přípravy v oboru je minimálně 24 měsíců, z toho povinná praxe v oboru 10 měsíců, doplňková praxe je 14 měsíců a dále účast na vzdělávacích akcích.

▪ Předpoklad přistoupení ke zkoušce:

- absolvování povinných školících akcí
- úspěšné absolvování písemného testu (na závěr specializačního kurzu)
- předložení seznamu výkonů
- vypracování písemné práce

- **Vlastní kvalifikační atestace**

Teoretická část : tři odborné otázky + obhajoba písemné práce

Praktická část : ověření dovedností život zachraňujících výkonů

- **Charakteristika činnosti**

Absolvent získá způsobilost k samostatnému výkonu činností, vyplývajících z vyhlášky Ministerstva zdravotnictví.

Současný požadavek Evropské unie zavést do právních řádů, jejich členských států jednotný systém dosahování kvalifikace lékařů tak, aby byla zajištěna jejich jednotná úroveň svědčí o sledování cíle, dosažení jednotnosti kvality a zvýšení efektivity jako systému celosvětového.

Řádně fungující oddělení urgentního příjmu je **hlavní školící základnou oboru urgentní medicína (UM)** .

Pro střední zdravotnický personál

- **Cíl vzdělávání**

Specializační vzdělávání je formou celoživotního vzdělávání navazující na získanou odbornou způsobilost k výkonu specializačních činností v oboru **Ošetrovatelská péče v anestezii, resuscitaci a intenzivní péči** v délce 36 měsíců

- **Požadavky**

- odborná způsobilost k výkonu zdravotnického povolání
- 2 roky výkonu zdravotnického povolání
- **Podmínky průběhu specializačního vzdělávání**
 - absolvování 8 týdnů teorie
 - absolvování 8 týdnů praxe, z toho 2 týdny na akreditovaném pracovišti
 - splnění požadovaného počtu výkonů
- **Ukončení specializačního vzdělávání**
 - složení atestační zkoušky dle vyhlášky č. 394/2004 (3)

Podle mého názoru je specializační vzdělávání jednou z motivací finančního ohodnocení, která posune zdravotní sestru v platové třídě o stupeň výše, ale s mnohem většími kompetencemi.

4. Vývoj urgentní medicíny

Urgentní medicína je celosvětově mladým specializačním oborem, který se nejprve začal rozvíjet ve Spojených státech amerických v 70. letech, o jehož vybudování se zasloužil P. Safar, autor mezinárodně přijaté metodiky kardiopulmonální resuscitace. Považoval za nutné přiblížit kvalifikovanou pomoc osobám ohroženým náhlým selháním dýchání a krevního oběhu tím, že KPR bude zavedena do kurzů první pomoci pro laiky a do školících programů pro lékaře a zdravotní sestry, že dostupnými prostředky poskytnou postiženému co nejdříve odbornou zdravotnickou pomoc s nutným vybavením.

Protože nebylo možné poskytnout lékařům platy srovnatelné v nemocnicích, vyškolil nezaměstnané do té míry, že byli schopni poskytovat urgentní pomoc v terénu. Tak se vyvinul v USA systém Emergency Medical Service (EMS) opírající se o zdravotníky – záchranáře, paramediky, což je nejkvalifikovanější zdravotnický pracovník výjezdové skupiny. Ve své činnosti je řízen lékařem oboru urgentní medicína z oddělení akutních příjmů spádové nemocnice.

Podle vzoru v USA byly budovány další systémy zdravotnické záchranné služby (ZZS) v dalších státech, např. v Kanadě, Velké Británii, Austrálii a na Novém Zélandě.

Ve většině evropských států byla vybudována ZZS s lékaři ve výjezdových skupinách. Akutní případy nejrůznějšího druhu kladou velké nároky na diagnostiku z klinických příznaků, na rozhodování a provedení racionálních léčebných opatření a na dovednosti v rozsahu, který není obsažen v žádném klinickém oboru. Schopnost pohotově a správně řešit případy hromadného neštěstí nebo katastrof, k čemuž lékař musí mít příslušné znalosti medicínsko- odborné a organizátorské.

Tyto skutečnosti vyvolaly nutnost formování lékařského oboru urgentní medicína.

5. Urgentní medicína v České republice

Urgentní medicína je mezioborová disciplína, která se zabývá akutními stavy.

V České republice je systém ZZS budován na celém území od 70. let.

Rozvoj lékařství, nové diagnostické metody, léčebné postupy si vynutily přípravu a publikaci zásad diferencované péče, zásad poskytování první pomoci a zásady organizace služby rychlé zdravotnické pomoci (RZP) formou metodických opatření ministerstva zdravotnictví č. 32, 33 a 34 / 1974.

Nejvyšší stupně resuscitační a intenzivní péče je poskytována :

- v nemocnicích na lůžkových částech anesteziologicko – resuscitačních oddělení (ARO), na oborových jednotkách intenzivní péče (JIP), na operačních a porodních sálech a na odděleních urgentního příjmu
- odbornou přednemocniční neodkladnou péčí zajišťována pomocí systému ZZS

Souběžně s urgentní medicínou se ve světě i u nás vyvíjí medicína katastrof. Na rozdíl od urgentní medicíny, která je definovaným lékařským oborem, medicína katastrof je pojmem vyjadřující cílené využívání poznatků a metod mnoha lékařských oborů.

Po roce 1974 začalo vytváření pracovišť rychlé záchranné pomoci (RZP) v rámci ARO jako jeho stanice nebo v rámci nemocnice podřízené náměstkovi ředitele pro léčebně- preventivní péči.

V Praze a Brně byla budována služba RZP v rámci existující záchranné služby.

Praha si až do roku 2003 podržela výjimku z platné vyhlášky Ministerstva zdravotnictví České republiky č. 434/ 1992, o zdravotnické záchranné službě, a je zřizovatelem největší organizace záchranné služby v ČR.

Důležitou složkou je letecká záchranná služba od roku 1988, jejímž zřizovatelem bylo do roku 2002 Ministerstvo zdravotnictví a od roku 2003 se jí staly ÚSZS, Armáda ČR, Policie ČR a soukromé objekty.

5.1 Základní složky urgentní medicíny

Úkolem urgentní medicíny je poskytovat rychlou a kvalifikovanou pomoc při náhlé poruše zdraví, a proto je nedílnou součástí přednemocniční neodkladné péče, která si klade za cíl minimalizaci následků akutních postižení zdraví a náhlého zhoršení chronických onemocnění tak, aby se nemocní mohli vrátit do kvalitního života bez výrazných omezení. U kritických stavů má naděje na úspěch pouze tehdy, je-li první pomoc poskytnuta na odpovídající úrovni v co nejkratším čase od vzniku akutního postižení. V případě selhání na jakékoli etapě záchranného řetězce, naděje na záchranu postiženého rychle klesá.

České republice jsou zdravotnické tísňové výzvy přijímány na telefonním čísle 155, popř. 112, což je Jednotné evropské číslo tísňového volání, provozované Hasičským záchranným sborem ČR, odkud jsou přepojovány na linku 155. Po vyhodnocení výzvy operátorem nebo operátorkou záchranné služby jsou nasazeny nejvhodnější zdravotnické posádky a prostředky tak, aby se dostalo postiženému optimální pomoci do 15 minut od přijetí výzvy dle legislativy. Výjezdová skupina po přijetí výzvy neprodleně realizuje zásah. Na místě provede základní diagnostickou rozvalu, nutná léčebná opatření a po stabilizaci základních životních funkcí zajišťuje bezpečný transport do nejbližšího zdravotnického zařízení. V závislosti na regionu je až 30 – 80 % primárních zásahů řešeno posádkou Rychlé zdravotnické pomoci, tedy bez lékaře – vedoucím posádky je diplomovaný zdravotnický záchranář nebo sestra kvalifikovaná pro intenzivní péči.

Pro potřeby přednemocniční neodkladné péče se využívají výjezdové skupiny charakteru:

- **skupina rychlé lékařské pomoci (RLP)**- je nejméně tříčlenná a skládá se z :

- lékař
- zdravotní sestra nebo zdravotnický záchranář
- řidič – záchranář

➤ **skupina rychlé zdravotnické pomoci (RZP)**- je dvoučlenná:

- zdravotní sestra nebo zdravotnický záchranář
- řidič- záchranář

➤ **skupina letecké záchranné služby (LZS)** - je nejméně dvoučlenná:

- lékař
- zdravotní sestra nebo zdravotnický záchranář

Předávání akutně nemocných ve zdravotnických zařízeních je často komplikované, vzniká časová prodleva, která může vést ke zhoršení stavu nemocného, proto má kontinuální péče, ve smyslu zřizování urgentního příjmu, zásadní význam a to i pro celkovou úroveň poskytované zdravotní péče a úroveň odborníků oboru urgentní medicína. (3)

Z mé zkušenosti je zajišťována nedostatečná přednemocniční péče od posádek jak RZP tak RLP a z mého pohledu se stávají převozovou službou. Můžu se jen domnívat, že důvodem je frustrace zdravotníků, stejně jako na urgentním příjmu, protože třetina pacientů není indikována pro záchrannou službu.

5.2 Oddělení urgentního příjmu dospělých ve FN Motol

Oddělení urgentního příjmu ve FN Motol vznikl jako první v České republice v roce 1999.

Poskytuje zdravotnickou péči , která vytváří spojovací článek mezi přednemocniční neodkladnou péčí, zajišťovanou ZZS a nemocniční lůžkovou péčí.

Jedná se o oddělení pracující v nepřetržitém a tzv. nízkoprahovém provozu, který poskytuje ošetření dospělých pacientů s akutním neúrazovým onemocněním, nebo zhoršením chronického onemocnění bez ohledu na jeho závažnost, tzn. od běžných nemocí až po selhání základních životních funkcí.

Oddělení urgentního příjmu je některými pacienty využíváno jako náhrada návštěvy u praktického lékaře. Tato skutečnost je, přes deklarovanou nízkoprahovost oddělení, zdrojem frustrace zdravotnického personálu, který oddělení chápe jako pracoviště zaměřené na akutní stavy bezprostředního ohrožení života nebo zdraví. Důvodem této frustrace je s velkou pravděpodobností nepoměr mezi požadavkem na vysokou kvalifikaci sester v intenzivní péči a nízkým počtem pacientů, kteří intenzivní péči skutečně potřebují – většina pacientů přichází se stavem, jehož řešení snese odkladu a asi třetina pacientů je z oddělení propuštěna domů.

Podle mé zkušenosti se dnešní pacient stává spíše klientem, který tím, že si platí zdravotní pojištění , zaplatí regulační poplatek, který je i po dvou letech pro mnohé pacienty překvapením, vnímá nutnost okamžitého ošetření a udává lékaři jaká vyšetření by měl mít provedené v co nejkratším čase. Ve většině případů se jedná o večerní hodiny, kdy lidé skončí v zaměstnání a přicházejí řešit jejich zdravotní problémy. Chápu, že dnešní doba je pro mnohé z nás hektická a nesnadná, ale kdy

pochopíme, že prvotní, co nám umožní všechno ostatní je zdraví. Vždyť i my , zdravotnický personál, se často ocitáme v roli pacienta.

Metodický pokyn zpracoval prim. MUDr. Ziká Jiří

Prvním kontaktem příchozích pacientů je recepce, kde kvalifikovaná zdravotní sestra provádí primární třídění podle naléhavosti stavu, charakteru onemocnění. Třídící sestra pacienta nevyšetřuje, při hodnocení závažnosti stavu se spoléhá na vizuální vjem a údaje sdělené pacientem.

Kriteria pro třídění pacientů do skupin naléhavosti

Priorita 1 – pacient má být viděn lékařem ihned

- ❖ pacienti přivezeni lékařem RLP, posádkou RZP neschopni vstát a chodit
- ❖ pacienti s poruchou vědomí, ať trvajícím nebo proběhlou
- ❖ bolesti na hrudi
- ❖ křeče
- ❖ akutně vzniklá porucha řeči a hybnosti
- ❖ krvácení- hemateméza, melena, enterorhagie
- ❖ akutní bolest hlavy s teplotou nebo zvracením
- ❖ alergická reakce s poruchou dýchání
- ❖ nesnesitelná náhlá bolest jakéhokoliv původu a lokalizace

Priorita 2 – pacient má být vyšetřen lékařem do 1 hodiny od příjezdu na OUPD

- ❖ pacienti přivezeni posádkou RZP schopni chůze, s život neohrožujícími stavy, opilci, narkomani
- ❖ exacerbace chronické nemoci
- ❖ bolest hlavy, zvracení, febrilie
- ❖ zhoršení chronické bolesti

Priorita 3 – pacient může čekat, bude vyšetřen dle obsazenosti vyšetřoven

- ❖ pacienti čerpající služby namísto ambulantní péče v mimopracovní době a v době mimo ordinanční hodiny LSPP, ortopedické obtíže, bolesti zad, nachlazení atd.
- ❖ z anamnézy odebrané sestrou na recepci není důvodné podezření na stav přímo ohrožující zdraví, pacient bez viditelného dyskomfortu

Oddělení úzce spolupracuje se všemi klinikami a odděleními FN Motol, provádí diagnostickou a léčebnou péči, nepřetržitě je poskytována konziliární služba a nedílnou součástí zajišťuje potřebná komplementární vyšetření – zejména RTG, CT monografii, což umožňuje rychle zhodnotit zdravotní stav nemocného a rozhodnout o potřebě hospitalizace.

U pacientů nevyžadujících přijetí na lůžko, poskytuje definitivní ošetření a doporučuje plán ambulantní péče.

Urgentní příjem je také styčným a organizačním centrem v případě mimořádné události, po jejímž vyhlášení recepce urgentního příjmu stává velínem pro řízení traumaplánu nemocnice. Je komunikačním centrem pro dispečink záchranné služby a vede přehled o lůžkách intenzivní péče.

Oddělení urgentního příjmu se stává také výchovnou základnou Katedry urgentní medicíny, školícím pracovištěm pro lékaře záchranné služby a pro studenty Vyšších zdravotnických škol.

6. Zdraví a nemoc

Definování zdraví a nemoci je složitý problém. Podle některých autorů je nelze jednoznačně vymežit. Současné pojetí medicíny chápe zdraví a nemoc jako komplexní jev, ve kterém panují složité podmíněné vztahy mezi somatickou a psychickou sférou, mezi osobností pacienta a sociálním prostředím.

Zdraví

Zdraví představuje v lidské společnosti jednu z nejvýznamnějších hodnot, uznávanou ve všech dobách a kulturách. Zdraví a nemoc jsou chápány jako dvě ostře odlišné kvality, které jsou v přísné opozici. Aby se lidé mohli plně realizovat, potřebují být zdraví. Zdraví je chápáno jako důležitý prostředek k dosažení cíle. Může být vnímáno úzce v souvislosti se zdravím těla, tedy fyzickým stavem člověka, nebo jako genetický předpoklad, který se v průběhu života různými vlivy mění.

Rozšířené pojetí zdraví člověka vychází z definice, která je od roku 1947 obsažena v ústavě Světové zdravotnické organizace (WHO): **Zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, a ne pouze v nepřítomnosti nemoci nebo vady.**

Zdraví nelze chápat jako něco definitivního, ale jako proces, v němž je možný maximální rozvoj daný možnostmi organismu. Jako životní proces se zdraví mění okamžik od okamžiku spolu s proměnami systému organismu – prostředí. Toto přizpůsobování nárokům okolního přírodního a sociálního prostředí je důvodem toho, že zdraví člověka nelze chápat jinak než jako dynamickou skutečnost.

Nemoc

Nemoc můžeme chápat stejně jako zdraví v rovině životních procesů člověka, které se odehrávají v systému člověk a prostředí. Nemoc pak není ničím jiným, než poruchou tohoto systému a je definována jako **porucha zdraví**.

Nemoc, na rozdíl od pocitu zdraví, **přináší obtíže**. Pro většinu lidí se stává náročnou životní situací, která je vnímána jako obtížně zvládnutelná, narušuje obvyklý způsob života, mění dosud navyklý stereotyp a denní program a dochází k **neuspokojování celé řady potřeb**.

Nemoc vyžaduje určitou míru adaptace na novou situaci, vyrovnání se s nepříznivými projevy, klade zvýšené nároky na jedince v náhle změněných podmínkách.

(6)

7. BOLEST

7.1 Charakteristika bolesti

Bolest je vždy subjektivní, nepříjemný, sensorický a emocionální prožitek spojený se skutečným či potencionálním poškozením tkání.

7.2 Faktory ovlivňující bolest

Fyziologicko- biologické faktory

Bolest není součástí somatosenzorického systému, vytváří samostatný nocicepční systém, nazývaný nocicepce a periferními receptory jsou nociceptory.

Psychicko- duchovní faktory

V psychologické rovině je podstatné jaký význam pacient bolesti přikládá, což závisí na mnoha okolnostech , od charakteru bolesti a porozumění jejímu významu až po předchozí životní zkušenosti a osobnostní vlastnosti v rovině :

introverze – extroverze

emocionální labilita - stabilizace

afiliace- hostilita

odolnost proti zátěži – malá odolnost proti zátěži

Sociálně - kulturní faktory, faktory životního prostředí

Chápání významu bolesti ovlivňuje individuální vnímání bolesti, což ovlivňuje okolí jedince – dobré mezilidské vztahy, příjemné sociální prostředí, zvyšují práh bolesti.

Přítomnost blízké osoby usnadňuje snášet bolest nejen u dětí, ale i dospělých. Příslušníci některých etnik si přejí být osamoceni, jiní potřebují porozumění a oporu blízkých. V některých kulturách si lidé bolest navozují a vyjadřují tím smutek a zármutek a někteří mají dokonce mnohem vyšší práh bolesti.

(11)

Na základě řady studií bylo zjištěno, že existuje určitá zákonitost ve variabilitě sensitivity k bolesti:

- *věk* – starší lidé mají obvykle vyšší práh bolesti než mladší
- *nemoc* – chronicky nemocní mají obvykle nižší práh nežli zdraví
- *placebo* – podá-li se placebo, u některých lidí se zvýší práh bolesti
- *relaxace a hypnóza* - uvede-li se pacient do uvolněného stavu, zvýší se jeho práh, zvláště když se mu vsugeruje analgesie
- *simulace* – jsou – li pokusné osoby žádány, aby předstíraly, že je to bolí, uvádějí vyšší práh bolesti
- *zátěž*- je- li člověk zatížen vyšším fyzickým výkonem, zvýší se po aktivitě jeho dolní práh bolesti
- *pohlaví* – udává se , že muži mají vyšší práh bolesti než ženy
- *deprese*- lidé s diagnózou depresivity mají vyšší práh bolesti v porovnání s lidmi, kteří depresi netrpí
- *denní rytmus*- ráno bývá vyšší práh bolesti, s postupem se snižuje
- *persuaze* – sociálním posilováním se podařilo zvýšit toleranci k bolesti u pokusných osob

(7)

7.3 Druhy bolesti

Akutní bolest- je signálem nemoci, poukazuje na narušení integrity organismu. Trvá dny až týdny. Při vyšší intenzitě představuje velkou psychickou zátěž a postižení na ni reagují fyziologickými změnami pod obrazem změn při zátěži- zvýší se krevní tlak, prohloubí se dýchání, je neklidný a k okolí se může chovat agresivně. Podobně se chová i k sobě (možnost suicidia). Jedná se o bolesti při zánětlivých onemocněních, po chemoterapiích a po terapeutických zákrocích. Nedílnou součástí je pooperační bolest trvající několik hodin až dnů. Negativně ovlivňuje průběh nemoci, ale na druhou stranu je lokalizace dobře určitelná, je možno nalézt endogenní procesy (př. záněty) bolest vyvolávající, případně tkáň poškozující faktor. Při EEG je možno zaznamenat evokované potenciály, což jsou reakční složky centrální nervové činnosti, které analgetika odstraňují. Akutní bolest je dobře ovlivnitelná farmakologicky při současné kauzální léčbě.

Chronická bolest nenádorová- trvající déle než 3-6 měsíců

Ukazuje se, že chronická bolest nemá funkci varovného signálu, ale nabývá charakter nemoci. Pacienti jsou velmi často frustrováni, v depresi a beznaději. Bývají často pasivní, upadají do inaktivity, sociální osamělosti, egocentrismu, rigidity a může se přidat agrese. Dochází ke změnám celého životního stylu, narušení pracovního i rodinného života a upadá sebestojení pacienta.

Ukazuje se, že chronická bolest je multidimensionální jev, který má řadu aspektů :

a/ Fyziologický- somatický. Ne vždy je možno zjistit poškození organismu.

b/ Kognitivní a emocionální procesy. Jak pacient uvažuje ,o co jde, co bude dál, jaká je jeho víra, přesvědčení, představy, ale i emocionální charakteristika- obavy a strach pacienta (anxiosita), jeho deprese a zoufalství v představách, co bude následovat.

c/ Behaviorální. Tyto aspekty se projevují ve způsobu a chování pacienta.

d/ Sociální. Chronická bolest má často nepříznivé finanční důsledky, ovlivňuje situaci v zaměstnání, jeho sociální izolaci, kvalifikaci a kompetenci. Jsou narušeny vztahy v rodině, mezilidské vztahy a v neposlední řadě i sexuální život.

Z tohoto komplexního pohledu je zřejmé, že její léčba pouze biologickou intervencí, která může vést k řadě poškození zažívacího traktu, krevního oběhu, jater a ledvin, řeší jen část problému. (7)

Nádorová bolest – jeden z nejzávažnějších projevů nádorového onemocnění a zásadním způsobem ovlivňuje kvalitu života.

7.4 Fyziologie bolesti

Pokud dojde k poškození tkáně poraněním, popálením nebo jiným dějem, procesy percepce (vjemy) a nocicepce (pocit'ování bolesti) přinášejí informaci do centrálního nervového systému.

Nociceptory – jsou receptory bolesti ,jedná se o volná nervová zakončení uložená na periferii (kůže, svaly, klouby) a jsou nerovnoměrně uloženy.

Podle reakce na bolestivé podněty se dělí a dle způsobu vedení bolestivých vzruchů se dále dělí na:

Mechanoreceptory – podněty jsou vedeny vlákny typu A (vedou tzv.rychlou, ostrou bolest)

Polymodální nociceptory - reagují na tepelnou, mechanickou a chemickou stimulaci

- podněty jsou vedeny vlákny typu C (vedou tzv.pomalou bolest)

První neuron bolesti – nacházíme v zadních rožích míšních

Druhý neuron bolesti – nacházíme v thalamu, odkud jsou vedeny bolestivé podněty z míchy

Třetí neuron bolesti – nacházíme v mozkové kůře

(11)

Po poškození tkáně se zaznamená informace o bolesti, její intenzitě a rozsahu. Poté následuje zpracování, které zahrnuje vyhodnocení akutní bolesti i vybavení minulých zážitků a zkušeností. Rovněž se projevují somatické projevy, charakteristické aktivací sympatiku, jakými jsou zvýšení pulzu, krevního tlaku, rozšíření zornic, hyperventilace a úniková reakce) a úzkost.

Reakci postiženého proto můžeme rozdělit do následujících období:

- **Výkřik:** reflexní citová reakce člověka na podnět, projevující se navenek výrazným emocionálním projevem
- **Popření:** v němž se spojuje citový útlum s úspěšnou snahou ve vědomí zcela potlačit existenci krizové situace
- **Intruze:** do vědomí pacienta se neustále vtírá vzpomínka na kritickou událost. Tyto vzpomínky ulpívají v mysli i přes snahu potlačit je
- **Vyrovnění:** je obdobím hledání nové cesty
- **Smíření:** pacient nachází konečné řešení svého problému

Délka trvání fází je ovlivněna závažností zdravotní změny a stupněm zralosti pacientovy osobnosti.

(1)

7.5 Metody měření bolesti

Rozvoj empirického zkoumání bolesti a moderní klinika bolesti, založená na vědeckých důkazech, se neobejde bez měřících metod. Měření podporuje objektivitu poznání, to je relativní nezávislost poznání na individuálním dojmu a kritickou ověřitelnost zjištění. (Knotek, 2006)

Bolest je jev mnohostranný a máme-li porozumět tomu, jak to daného pacienta bolí, potřebujeme to zjistit. Měření bolesti je dolorimetrie (Křivohlavý, 1992) .

Fyziologické metody měření bolesti:

- měření evokovaných potenciálů
- svalového napětí- elektromyografií (EMG)
- zjišťování autonomní nervové činnosti- z níž nejnadějnější je měření teploty kůže v místě bolesti, což je ovlivňováno i řadou jiných fyziologických procesů

Psychologické metody měření bolesti , mezi něž řadíme jednak chování pacienta a metody sebehodnocení.

(2)

Zjišťujeme zejména:

- **lokalizaci bolesti**- tzn. kde nemocný pociťuje bolest, nejčastěji pomocí rozhovoru, nebo pomocí dotazníkové metody Body Parts Problem Assesmen (BPPA) či tzv. mapy bolesti, kde na obrázku postavy zakreslí postižená místa.
- **intenzita bolesti** – využití analogové stupnice intenzity bolesti (VAS- Visual Analogue Scale), patří k dosud nejčastěji využívaným způsobům měření intenzity bolesti. Jejím bezesporným kladem je její jednoduchost, srozumitelnost, rychlost sdělení a dobrá srozumitelnost pacienta s lékařem, poměrně vysoká korelace

získaných údajů s údaji jiných metod. Nevýhoda je v jednorozměrnosti. Všímá si pouze intenzity a to je pro komplexní vyšetření bolesti málo. (7)

Postižený na úsečce vyznačí bolest, kterou prožívá, na jejímž začátku je „žádná bolest“ na druhém konci je „bolest největší“ .

Může se použít i pouhého číselného vyjádření – žádná bolest = 0, nejsilnější bolest = 10 .

Slovní výpověď je nenahraditelnou součástí zjišťování intenzity bolesti, ale především pro děti, staré nemocné a nemocné, kteří mají obtíže s vyjadřováním se používá série obrázků se zjednodušenými výrazy obličeje (škála obličejů).

(1)

7.6 Systémy hodnocení bolesti

Vlastní zhodnocení bylo zpracováno do schématu v roce 1992 ve formě Acute Pain Management Guideline Panel. Zhodnocení bolesti může mít multidimenzionální ráz nebo užívat nedimenzionálních prostředků.

Multidimenzionální prostředky hodnocení bolesti zahrnují dotazníky bolesti.

Soustavnější formou rozhovoru je dotazník , v němž jsou otázky předem formulovány a dávají možnost standardizace a srovnávání.

MPQ (The McGill Pain Questionnaire) – dotazník pochází z roku 1971 a skládá se ze 4 částí: senzorické a emocionální aspekty, časový průběh bolesti, intenzita momentální bolesti a topografické vyšetření.

WHYMPI (West- Haven Yale Multidimensional Pain Inventory)- zahrnuje 52 dotazů na intenzitu bolesti, nespokojenost, jak moc bolest pacienta omezuje v běžném životě, negativní nálady pacienta. To vše je doplněno dotazníkem denních činností, u nichž pacient uvádí ,jak často je dělá.

MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) - jeden z nejrozšířenějších dotazníků, který naznačil určitý vztah mezi osobnostní dimenzí hypochondrie (zjišťuje jak moc, se daná osoba zabývá sama sebou a funkcemi svého těla), depresí a

hysterií na jedné straně a bolestí na straně druhé. Tohoto přístupu lze využít při zjištění reakce na terapii bolesti. (2)

Nedimenzionální prostředky zahrnující vizuální analogovou stupnici, verbálně hodnotící stupnici a numericky hodnotící stupnici, které jsou vhodné pouze pro pacienty schopné komunikace.

Pacienti neschopní komunikace nebo vyjádření svého názoru na bolest, nejsou pro subjektivní popis a vyjádření kompetentní. Pro ty volíme metody, které vycházejí z objektivních známek, svědčících o bolesti, kterou pacienti pociťují. Shrnujeme je do skupiny indikátorů bolesti, které se manifestují jako *nespecifické reakce na nociceptivní impulzy*. U pacientů v bezvědomí, s perzistentním vegetativním syndromem se lze o vnímání bolesti přesvědčit pozitivní reakcí na bolestivý podnět : klouby prstů své sevřené pěsti tvrdě a opakovaně několikrát přejedeme tam i zpět ve středu sternu (dubbing) místo, které se užívá pro prekordiální úder. Neštípeme ušní lalůček ani nehtové lůžko. Nevýhodou postupu je, že ovlivnění pacienta analgosedací, stresem, alkoholem, organickými látkami atd. lze indikátory modifikovat a některé i zastíť. (Drábková 2006)

7.7 Terapie bolesti

Terapie bolesti patří k nejčastěji indikovaným druhům mírnění utrpení pacientů. Můžeme jí rozdělit do dvou skupin:

7.7.1 Medicínské formy terapie:

a/ Medikamenty- farmakologická léčba bolesti vychází z třístupňového schématu, které je WHO doporučováno.

1. stupeň – podávání neopioidních analgetik / nesteroidní antiflogistika, Paracetamol / v kombinaci s adjuvantními léky, jejichž primární léčebný účinek jiný než na bolest- kortikostroidy, antidepresiva, antikonvulzíva, centrální myorelaxancia.

2. stupeň – slabé opioidy v kombinaci s neopioidními analgetiky a adjuvantními farmaky

3. stupeň – silné opioidy, popř. v kombinaci s adjuvantními léky

b/ Chirurgické způsoby tlumení bolesti – jeho účinnost není vždy jistá a setkáváme se s ní nejčastěji u bolesti zad. Spočívá v přetěžení periferních nervů a aferentních nervů vstupujících do míchy. Používá se tam, kde bolest vzdoruje všem ostatním způsobům terapie.

c/ Elektrická stimulace nervů – úleva od bolesti se dostavuje během léčby a přetrvává několik hodin po ukončení podávání elektrických podnětů. Využívá se v kombinaci s jinými druhy léčby bolesti.

d/ Akupunktura- jedná se o vpichování jehel do kůže, kde musí setrvat 20 minut, a jejich stimulaci pohybem, nebo elektricky.

7.7.2 Psychologické metody tlumení bolesti

Využívají se v kombinaci s medikamenty.

a/ Modulace dolního prahu bolesti – intenzita podnětu, která vede k minimálnímu vjemu bolesti, stanovuje tzv.dolní práh bolesti, který se zjišťuje pomocí přístroje dolometr či altimetru.Protože je dolní práh u různých lidí odlišný, pak hovoříme o tzv. hypersenzitivních (přecitlivělé) a hyposenzitivních lidech („necitlivé“ na bolestivé podněty) z hlediska bolesti.

b/ Placebo- rozumíme tím lék nebo jiný terapeutický zásah, který podáváme proto, aby u pacienta vzbudil zdání, že je mu podáváno něco, co ho vyléčí.

c/ Hypnóza- je indikována u akutních i chronických bolestí, jejíž kladem je odvedení pozornosti od kritické situace a umožnění pacientovi v klidu přemýšlet (kognitivně zpracovat) to, co se s ním děje, co je zapotřebí udělat, aby se negativní situace zvládla na úrovni.

d/ Relaxace – rozumíme tím uvolnění napětí, které způsobuje bolest, která je považována za stresor s vegetativními projevy. Relaxační techniky působí antagonisticky v protikladu k tomu, co a jak působí bolest, tzn.že při ní dochází ke snížení tepové frekvence, poklesu krevního tlaku, dechová frekvence se zklidňuje a dýchání se stává pravidelnější, snižuje se svalový tonus.

e/ Biologická zpětná vazba- jejím principem je v BFB – Bio-feed-backu je přivádění výstupního signálu na vstup systému za účelem řízení změn fyziologických funkcí při bolesti. Úkolem pacienta je uvědomit si, že některou svou vlastní fyziologickou funkci může vůlí ovlivnit.

f/ Kognitivní psychoterapie bolesti – v psychologii zahrnujeme pod tento termín procesy typu vnímání, představování, myšlení i jevy týkající se představ a přesvědčení. V kognitivní terapii jde o ovlivňování toho, co si pacient o své bolesti a stavu myslí, o čem je přesvědčen a co očekává. Úkolem je poznat pacientovy formy kognitivní interpretace zdravotního stavu a uvádět je na správnou míru. Vycvičit ho v žádoucích postupech, což se děje osvojením si nových dovedností, generalizací vhodného chování a posilování získaného způsobu chování. Protože je bolest nesmírně složitým socio- psycho- fyziologickým jevem ,je nesmírně důležitý harmonický vztah mezi lékařem a pacientem, který se projevuje v dialogu, v empatii (schopnost vžít se do situace pacienta), akceptaci (společenském přijetí pacienta jako člověka) a posilování vlastní aktivity pacienta. Bolest je i ukazatelem efektivity lékařova zásahu a vhodnosti i účinnosti terapeutické práce psychologa. (2)

8. Zdravotník a nemocný

8.1 Osobnost zdravotníka

Zdravotnické povolání patří z hlediska odborné přípravy a profesionálního výkonu mezi povolání náročná. Velký význam je kladen na dodržování žádoucích forem jednání ve vztahu k nemocným, ale i spolupracovníkům, na odbornou činnost, zvládnutí fyzické zátěže své práce, dovede ovlivnit a vést správným směrem prožívání a jednání nemocných. Všechny tyto požadavky jsou náročné na osobnost člověka, profesionální průpravu, styl práce, způsob života i duševní stabilitu.

Pro výkon funkce zdravotnického pracovníka jsou nezbytné určité osobnostní předpoklady:

- tvůrčí přístup pro řešení svěřených úkolů
- schopnost vnímat a realizovat nové podněty
- kritičnost a sebekritičnost
- empatie
- porozumění problémů nemocných
- smysl pro povinnost a odpovědnost
- humánní vztah k nemocnému, což je projev vyrovnanosti a zralosti osobnosti
- přiměřené sebevědomé vystupování, trpělivost, schopnost se ovládat

8.2 Vztah zdravotník- nemocný

Vzájemný kontakt mezi zdravotníkem a nemocným vyžaduje od zdravotníka nejen psychologické znalosti, ale schopnost empatie, postřeh, pohotovost, což se promění ve správné jednání s lidmi.

Bylo prokázáno, že vztahy mezi zdravotnickým personálem a nemocným jsou silně závislé na vzájemném dobrém osobním kontaktu. Čím více je nemocný přesvědčen o vážnosti a nebezpečí své nemoci, tím psychologicky komplikovanější je jeho vztah ke zdravotníkovi. Vhodná komunikace může mnoha konfliktním situacím zabránit. Zvyšuje také účinnost terapeutických zásahů a příznivě ovlivňuje bolest.

Léčebná péče jednotlivých členů zdravotnického týmu by měla tvořit jednotný celek. Vztahy mezi zdravotníkem a nemocným by měl být založen na vzájemné důvěře, respektu a uznání osobnosti člověka. Od lékaře je očekávána vysoká odbornost, se kterou je schopen diagnostikovat a léčit. Naopak postavení sestry je mnohem složitější, protože tráví s nemocným mnohem více času, je zasvěcována do problémů nemocných, do jeho nálad, depresí, proto její role vyžaduje více porozumění, pochopení a laskavosti a dodržování zásad takzvaného profesionálního chování, které vztah mezi zdravotnickým personálem a nemocným mělo posílit. Patří mezi ně:

- znalost, respektování a dodržování práv pacienta
- korekce chování tak, aby projevilo v kladné působení na nemocného
- ovládání negativních emocí a nálad
- povýšení potřeb a zájmů nemocného nad své

Faktory, které ovlivňují profesní chování:

- kladné vlastnosti osobnosti
- vzdělání umožňující odbornou přípravu pro výkon povolání
- etický kodex sestry, který určuje chování sestry
- prestiž povolání
- požadavky pracoviště
- práva pacientů

Protože i zdravotníci mohou procházet ve svém povolání svízelnými situacemi, mohou být jejich nálady i chování určitým způsobem negativně ovlivněny a pro nemocného se mohou stát zdrojem problémů, neklidu, kteří se mohou přístupem zdravotníků cítit dotčeni nebo poškozeni. Takové chování může působit dojmem záměrného cynizmu, což má charakter **profesionální deformace**.

Příčiny profesionální deformace:

- dlouhodobý negativní návyk, na který nebyl zdravotník upozorněn
- zvětšující se odstup od nemocných na základě vlastních problémů
- omezení kontaktu s nemocným a neřešení jeho problému
- emocionální opotřebení zdravotníka, únava z profese
- stereotypní, každodenní opakování činnosti
- neuspokojení z vykonávání vlastní práce
- nevhodná motivace pro práci
- zjednodušení pohledu na utrpení a zdravotní potíže nemocného
- nižší rozumová a odborná úroveň
- pracovní přetížení
- nevhodné profesní chování

(6)

8.3 Frustrace

Frustrace nás doprovází každodenním životem a prožíváme je jako nelibé stavy, duševní napětí, zklamání nebo zátěže.

Lidské chování je zaměřené na realizaci nebo dosahování určitých cílů.

Působením sil, které vyvolávají aktivitu a zaměřují ji k nějakému cíli, k němuž patří vzbuzování zaměření a udržování označujeme jako **motivaci**. Uplatňuje se zde i **výběrová stránka osobnosti**. Každé chování je více či méně regulované a motivované. Motivované snažení je také prožíváno, což každý vyjadřuje v jiné rovině. Na úrovni tělesné nám může přinášet různé pocity slasti, libosti, uvolnění a uspokojení nasycení, napojení, vyprázdněná či sexuální uspokojení. Na úrovni emoční jsou to touhy, přání, chtíč apod.

Člověk ale zdaleka nedosahuje všeho, po čem touží, co je jeho cílem snažení a musí překonávat překážky. Každý jedinec si v takových chvílích osvojuje určité způsoby reagování, které se stávají výrazným znakem jeho osobnostní dynamiky a značnou měrou se podílejí na úspěšnosti nebo neúspěšnosti jeho vyrovnání s nároky života.

Tyto situace nazýváme **frustrace**. Frustraci můžeme chápat jako **vnitřní stav**, který v důsledku takové situace vzniká nebo **situaci**, která nám brání dosáhnout cíle našeho snažení. Úroveň frustrace závisí na vlastní frustrační situaci a jednak na osobnostní odolnosti jedince vůči frustraci. Obecně hovoříme o tzv. **frustrační toleranci**.

Pokud míra frustrace neúnosně stoupá a nelze ji zvládat běžným způsobem, přechází do „stresu“.

8.4 Zátěžové situace

Zátěžové situace tvoří přirozenou součást života a kdyby se takové situace vůbec neexistovaly, byl by narušen zdravý a plnohodnotný vývoj osobnosti. Pokud však takové situace nastanou a případně se kumulují, není v silách jedince se na ně přiměřeně adaptovat. Posoudit, co je a co není škodlivé pro konkrétního jedince, je závislé, jak stresovou situaci hodnotí, na emocích, dovednosti, připravenosti a znalosti. V praxi se tím míní to, že pokud se bude člověk opakovaně dostávat do podobných situací, bude schopen mnohem lépe takové situace zvládat, předvídat, očekávat, aniž by je bral jako traumatizující.

Problémem je míra a kvalita zátěže a její přiměřenost vzhledem k adaptačním možnostem jedince.

Téměř denně se setkáváme s prostými svízelnými situacemi, které zvládáme bez jakýchkoli problémů. Mohou se nárazově kumulovat a jejich zvládnutí se může stát mnohem náročnější, ale ve svých důsledcích jsou řešitelné.

Pokud objektivní požadavky narůstají, člověk se vyrovnává se situací pouze s vypětím sil a někdy i rozkladných postupů v jednání (hledání pomoci v alkoholu, gamblerství a rizikovém chování) a často s následnými funkčními poruchami různého stupně, kvality a doby trvání. Situační tlak je na člověka mnohem větší než jeho schopnost danou situaci řešit a psychicky selhává. Mohou se rozvíjet nejrůznější formy **neadaptivního (maladaptivního) chování**.

8.5 Neadaptivní chování

Neadaptivní chování je nesrozumitelné, nepochopitelné, vyznačující se nepřiměřeností, nepřiléhavostí a obvykle se tyto formy chování nevyskytují izolovaně, ale různě se kombinují, mění a doplňují. Může nabývat nejrůznějších forem:

❖ **Agrese** – za agresi označujeme útočný čin směřující vůči zdroji námi vnímané frustrace. Jde o nejrozmanitější formy chování od hrubého fyzického útoku, přes verbální napadení až k „zastřené agresi“, představovanou ironií, jízlivostí, sarkasmem či zlomyslností. Agresivní chování může být obráceno vůči *předmětům, druhým lidem*, případně vůči *sobě samému* (tzv. autoagrese, která se vyskytuje zejména u psychiatrických pacientů, popř. u lidí pod vlivem drog). Vyhrocenou formou autoagrese může být sebetržnění a sebevražedné pokusy.

❖ **Únik**- představuje nejrozmanitější snahy a pokusy uniknout ze svízelné situace:

Fakticky - z místa tragédie

Symbolicky - chováme se tak „jako bychom nebyli přítomni, odvracíme tvář při setkání s člověkem, dáváme si ruce na uši...

Fantazijní - utíkáme ke snění v situacích, které nedokážeme unést (ve fantazii můžeme realizovat ukončení pracovního poměru, uspokojovat nejrozmanitější potřeby apod.)

Pomocí drogy – někteří lidé si ze svízelných situací pomáhají návykovými látkami jako je alkohol, drogy nebo psychotropní látky.

Do nemoci- nemoc může poskytnout útočiště, povinnosti přesouváme na druhé lidi a přestáváme být za sebe i druhé zodpovědní

Únik ze života- pokud je situace pro člověka natolik neřešitelná a bezvýchodná, rozhodne se pro únik ze života

❖ **Ustrnutí** – pokud je člověk příliš silně vázán k nějakému cíli, nedokáže jej opustit a přitom nelze překonat překážku na cestě k cíli, nedovolí mu jeho silné emocionální prožívání nalézt vhodnější řešení situace. Což se projevuje jako:

stereotype – opakované pokusy o dosažení cíle, bez schopnosti poučit se z předchozích neúspěchů

regrese – rozumíme tím návrat k dřívějším projevům již prodělaného dřívějšího vývojového stupně nebo v hierarchii lidských potřeb (osoba se mění zvýšeným zaměřením na nejjednodušší úroveň uspokojování svých potřeb a o ostatní věci kolem ztrácí zájem

netečnost – ztráta zájmu o dosažení daného cíle, uzavření se do sebe sama, provázené pocity bezvýchodnosti

❖ **Vytěsnění** – je neuvědomovaný děj, který nás zbavuje nepříjemných pocitů nebo zážitků, neslučitelných s naším sebepojetím. Při vytěsnění jsou ohrožující vzpomínky nebo informace vyloučeny z vědomí.

❖ **Potlačení** – podstatou je úmyslné sebeovládání, tlumení nepříjemných pohnutek nebo přání. Potlačované myšlenky si uvědomujeme, ale odsouváme je v daném čase stranou.

Vytěsnění a potlačování je doprovázeno zvýšenou hladinou psychického napětí a fyziologické aktivace, což může mít negativní vliv na organismus.

❖ **Popření** – odmítnutí, popření bolestivé reality např. sdělení infaustní diagnózy, smrt blízkého člověka atd..

❖ **Racionalizace** – představuje dodatečné zdůvodňování našeho chování, které nebylo v souladu s našimi představami o sobě

- ❖ **Projekce** – nás chrání před přiznáním si našich nežádoucích vlastností, prožitků a myšlenek tím, že je připisujeme druhým lidem.
- ❖ **Reaktivní výtvor** – některé naše pohnutky ukrýváme před sebou samými tím, že je nahradíme pohnutkami jinými, zpravidla opačnými (neláska až nenávisť k někomu blízkému – rodiče, dítě, partner)
- ❖ **Přesunutí** – potřeba, která nemůže být uspokojena, je přesunuta na jiný objekt (pacient si agresi „ vybijte“ na personálu). Náhradním cílem se může stát i činnost vyvěrající z jiného motivu (zlost můžeme „ zajít“, „zapít“)
- ❖ **Intelektualizace** – je pokusem o získání citového odstupu od stresové situace tím, že se s ní člověk vyrovnává pomocí abstraktních, intelektuálních termínů, velmi často nutný u zdravotníků (zachování emočního odstupu).

(4)

9. Taxonomie zátěžových situací

Dle zátěžové situace z hlediska rozporu mezi požadavky, která ta která situace na člověka klade a mezi možnostmi člověka požadavky splnit. Rozpor je zdroj specifického motivačního chování, z něhož vychází Mikšík (1978) při rozlišování do pěti základních typů psychické zátěže.

1. *Nepřiměřené úkoly a požadavky*- znamenají přetěžování člověka množstvím požadavků, přesahující možnosti uplatnění tělesných nebo duševních sil daného jedince. Nepřiměřenost může vycházet z nerespektování fyziologických, neurofyziologických či psychologických možností. V dětském věku se jedná o nerespektování vývojových zákonitostí, nerespektování zdravotního stavu atd. Důsledkem bývá nechuť pokračovat v činnosti, podrážděnost, agrese nebo naopak rezignace na činnost, k apatii či únik k náhradnímu cíli.
2. *Problémové situace* - jsou spojeny s potřebou orientovat se v neobvyklých, doposud pro člověka neznámých situacích či provádět neznámé činnosti, což si může vynutit změnu navyklého způsobu života a chování člověka a změnu jeho hodnotového systému. Mnohé problémové situace, zejména pracovní činnosti, jsou výzvou pro tvořivost člověka.
3. *Překážky* – zabraňují dosažení žádoucího cíle nebo podstatně omezují jeho možnosti v tomto směru, vedou k významným změnám v motivaci a zároveň dochází ke změnám v prožívání. Překážka brání dosáhnout určitého cíle a dosavadní způsoby jednání nevedou k žádoucímu výsledku, je prožitek charakterizován emocemi typu zlost, vztek, lítost. Takovouto reakci na překážku označujeme jako frustraci. Pokud neexistuje způsob překonání překážky, vzniká chronický stav neuspokojení ve smyslu psychické deprivace.

4. *Konfliktová situace* – souvisí s procesem rozhodnout se.

Vnější konflikt – př. konflikt mezi dvěma osobami

Vnitřní konflikt- střet protichůdných zájmů či motivů jedince, které si navzájem odporují.

Pokud jeden motivační směr převládá výrazněji, konflikt je řešitelný a situace je doprovázená váháním, nerozhodností, zvýšeným napětím. Pokud jsou v konfliktogenní situaci rovnocenné tendence, rozvíjí se vnitřní konflikt, který nemusí být člověk schopen řešit, což může vést ke zkratovému jednání a cílem se stává ukončení konfliktu za každou cenu.

5. *Stresové situace* - vznikají působením rušivé okolnosti při průběhu nějaké činnosti, znemožňující zdárný průběh této činnosti. Může se jednat o působení časového stresoru, atypického prostředí, v němž má být činnost vykonána (př. na cizím prostředí před komisí), působení faktoru rizika, kdy musíme situaci řešit pod tlakem vlastního nebezpečí. Nejprůzračnějším symptomem prožívání stresu je úzkost a nejistota, které narušují naučené chování tak, že člověk selhává i přes pozitivní motivaci a dostatečnou připravenost ke zvládnutí úkolu, jeho chování se vymyká sebekontrolé. (4)

10. Psychické zatížení zdravotní sestry

Práce zdravotní sestry je bezesporu nesnadná, ale je v ní i hodně povzbudivých okamžiků. Jedním z nich může být pochvala, která nemusí být sdělena slovy, ale usměje se, pokývne hlavou, stiskne nám ruku. Morální odměna bývá pro další práci mnohdy silnějším stimulem než odměna materiální a účinek pocítujeme ještě dlouho potom, co se nám odměny dostalo.

Nejčastějšími příčinami psychického vypětí jsou:

1. příčiny vyplývající z vlastní práce sestry

Příčinami jsou vysoké nároky na psychické stavy a na psychické procesy. Neustálým sledováním chorob, příznaků, změny zdravotního stavu a všímání si jejich projevů a chování, vyžaduje intenzivní vnímání. Soustředit pozornost na činnost vyžadující naprostou přesnost. Mnohdy se dostaneme do situace, v níž musíme samostatně řešit problémové situace, zhodnotit situaci, zvolit správný způsob řešení a neprodleně jednat. Potřeba pružného a logického myšlení vyžaduje i dobré odborné vědomosti. Nedílnou součástí je komunikace s nemocným, u nichž choroba zvýrazní charakterové rysy a zvýšené požadavky na kladné vlastnosti osobnosti.

2. příčiny, které mají původ v osobním životě sestry

(12)

11. Syndrom vyhoření

Syndrom vyhoření (z angl. burn out) znamená stav citové vyčerpanosti, který se projevuje dlouhodobým subdepresivním laděním a podrážděností. Setkáváme se s ním tam, kde nastává nerovnováha mezi emočními stranami a postupně dochází k vyčerpání psychických i fyzických rezerv. Prožíváme zatrpklost, obtížně se soustředujeme, máme pocit, že se nám práce nedaří, jsme sami se sebou nespokojeni, projevujeme tendenci zvětšovat odstup mezi námi a druhou osobou (nemocným) a jeho problematiku zvětčujeme. Projevuje se profesionální cynismus, kterým se zdravotník brání depresivnímu prožívání a ohrožení vlastního sebeobrazu. Zdravotník zaujímá k nemocnému nerespektující postoj, který v pacientovi vyvolá strach nebo hněv. Zmíněný postoj přenáší zdravotník na své kolegy, ale i do osobního a rodinného života Jsou to známky signalizující krizový stav, tedy počátek a nebezpečí dalšího narušení psychické rovnováhy. (13)

11.1 Stadia vývoje vyhoření

Čtyřfázový model podle C. Malachové:

1. fáze- **nadšení** – začínající pracovník si do své profese přináší naději, nadšení, energii, mívá pocit uspokojení a práce se může přechodně stát nejdůležitější aktivitou v životě. Tato fáze může trvat různě dlouho.
2. fáze- **vystřízlivění** – počáteční nadšení dohasíná, sestra poznává, že některé případy se opakují, získává zkušenosti, že ne vždy se vynaložená práce zúročuje, někteří pacienti zneužívají či dokonce využívají zdravotní péči. V této fázi lze setrvat také různě dlouho a pokud si pracovník vybuduje dobré zázemí, bude žít vlastním spokojeným životem, syndrom vyhoření přijít nemusí.

3. *fáze* – **nespokojenost** – někdy označovaná jako fáze frustrace. Sestra se začíná kriticky vyjadřovat k věcem, se kterými nesouhlasí a pokouší se o změnu. Na základě zkušeností vidí, kde by se mohla práce dělat efektivněji. Přestává být ochotna pracovat navíc, což vede ke konfliktům mezi nadřízeným a spolupracovníky. Nespokojenost je odrazovým můstkem ke změně. Někteří se o ni ale nepokusí nebo se jim nedaří a nastupuje další fáze.

4. *fáze* – **apatie** – práce se stává zdrojem obživy, nikoli uspokojení. Nemá zájem o další vzdělávání, o práci nepřemýšlí, novému se vyhýbá a demoralizuje nadšence.

11.2 Prevence syndromu vyhoření

Jestliže je syndrom vyhoření důsledkem nerovnováhy mezi profesním očekáváním a profesní realitou, můžeme tuto diskrepanci zmenšit jednak z pozice jedince osvojením si základních postupů hodnocení stresogenních situací a strategie zvládnání stresu a na straně zaměstnavatele změnou jeho organizace a kultury.

Někteří lidé mají osobnostní charakteristiky příznivé ve vztahu k vypořádávání se se zátěžovými situacemi, zatímco jiní jsou jimi více ohroženi.

Prevence syndromu vyhoření na úrovni jednotlivce

Představuje vytváření si zdravého systému sebepodpory, čímž je myšleno postarat se o vlastní smysluplný, příjemný a fyzicky aktivní život mimo roli pomáhajícího.

- Pečovat o sebe, odpočívat, myslet i na své potřeby. Pacienti potřebují, abychom je akceptovali, věnovali jim svou náklonnost a podobný postoj potřebujeme každý zachovávat i vůči sobě samému
- Požádat o pomoc tam, kde vaše síly nestačí. Každý, kdo pracuje v pomáhající profesi by měl vědět, že bude trvale vystaven značné psychické zátěži a měl by se učit znát hranice svých možností a měl by také vědět, že požádat o pomoc není selháním.

- Udělat si čas na svůj život, přátele a koníčky.
- Udržovat se v dobré tělesné kondici. Banálně znějící doporučení jako je zdravá životospráva, pohybová aktivita, dostatek spánku atd. jsou nenahraditelná a souvisí s aktivním přístupem k životu.
- Nenosit si práci domů. Setkáváme-li se s těžkými lidskými osudy, soucítíme-li s trpícími, vžíváme-li se do jejich pocitů, bývá těžké se od nich oddělit. Proto každému bude vyhovovat jiný pomocný rituál, jak předělit fungování v práci a naladit se na domov.
- Odborná pomoc. Pokud nestačí řešit problémy vlastními silami, je vhodné vyhledat psychologickou pomoc, což je jedna z cest k lepšímu sebepoznání a ve svém důsledku by měla vést k úlevě. (5)

Prevence syndromu vyhoření na úrovni organizace

Jedná se o vyjádření zájmu organizace o podřízené, kteří v důsledku neztrácejí svoji výkonnost a sebedůvěru.

Základní podmínkou efektivnější ošetrovatelské péče je **týmová spolupráce**, která vede k podstatně většímu výkonu, než je součet jednotlivých individuálních výkonů, přináší radost, což uvolňuje energii a sdílená radost se stává dalším zdrojem motivace celého týmu. Neznamena to, že by ale zcela eliminovala únavu nebo vyčerpání z práce.

- Tým sdílí společný cíl, společnou vizi
- V týmu je podporována spolehlivost a smysl pro závazky
- V týmu panuje vzájemná důvěra a respekt
- Což předpokládá otevřenou komunikaci
- Každý má v týmu své místo, každý může být jiným způsobem přínosem
- Jsou jasně stanovené pravomoci a zodpovědnosti. Tým má vedení.

(9)

12. Supervize ve zdravotnictví

Supervize ve zdravotnictví je u nás velmi málo známá. V pomáhajících profesích , v sociálních službách, v psychoterapeutických praxích je supervize využívána dlouhodobě jako nástroj rozvoje pracovníků a zkvalitňování práce.

Supervize se zaměřuje na různé aspekty pracovní situace, s cílem zkvalitnit práci a podpořit profesní růst pracovníka. Supervize má široký záběr a záleží na tom co supervidovaní nejvíce potřebují nebo co mají důležitého v jejich práci k řešení. Může být zaměřena na porozumění vztahům- s pacienty, vztahy interpersonální nebo vztahy v organizaci. Je také přímým i nepřímým způsobem dalšího vzdělávání.

(8)

Zúčastnila jsem se pěti sezení skupinové supervize, jejímiž členy byly zdravotní sestry z různých oddělení pod vedením externího supervizora. Musím uznat obrovský přínos ve zvládnání reakcí pacient versus zdravotník, zamyšlení se nad řešením situací, změna v myšlení a nové poznání.

13. Provedený výzkum – praktická část diplomové práce

13. 1 Cíle práce

- zjistit, zda jsou rozdíly ve vnímání intenzity bolesti podle pohlaví pacienta
- zjistit na kolik je rozdílný výsledek ve vnímání závažnosti zdravotního stavu pacientem a zdravotnickým personálem
- zjistit zda je vztah mezi intenzitou bolesti udávanou pacientem a dalším vývojem léčby (hospitalizace nebo dimise)
- zjistit, zda pacienti pocítují souvislost (a jak silnou) mezi bolestí a závažností stavu
- zjistit, zda odhad pacientovy bolesti provedený personálem koresponduje s vnímáním vlastní bolesti pacientem

13.2 Hypotézy

1/ Zdravotnický personál vnímá závažnost zdravotního stavu pacienta jako nižší než pacient sám.

2/ Pacienti, kteří byli vícekrát hospitalizováni, budou svůj stav považovat jako závažnější, než ti, kteří nebyli hospitalizováni nikdy.

3/ Pacienti, přivezení záchrannou službou, budou svůj stav považovat jako závažnější, než ti, kteří se dostavili sami (resp. byli přivezení rodinou).

4/ Pacienti, přivezení záchrannou službou budou častěji přijati k hospitalizaci a jejich výstupní triáž bude vyšší než u pacientů, kteří se dostavili sami.

5/ Protože incidence akutních stavů je v mužské a ženské populaci podobná, nebude významný rozdíl mezi považovanou bolestí a závažností stavu muži a ženami.

6/ V důsledku rozdílu ve vnímání závažnosti stavu podle hypotézy č. 1 bude výstupní triáž u většiny pacientů nižší než vstupní.

14. Použité metody a techniky

Pro posouzení závažnosti zdravotního stavu pacientem a zdravotnickým personálem, ošetřených na oddělení urgentního příjmu dospělých byla použita kvantitativní forma metodou škálování.

Dotazníky (záznam.karty) jsem pacientům k vyplnění dávala osobně a to pouze pacientům, kteří byli mnou přijati a měla jsem je v zodpovědnosti. Vyřazeni byli pacienti v bezvědomí, nekomunikující v souvislosti s onemocněním, nespolupracující nebo vulgárně agresivní. Také jsem samozřejmě nezahrnovala pacienty, kteří si nepřáli se výzkumu zúčastnit. Poté jsem je převedla do digitalizované podoby a tyto byly vyhodnoceny.

Zkoumaný vzorek populace čítá 55 dotázaných, bez ohledu na pohlaví, věk či vzdělání, kteří byli ošetřeni na OUPD v době od 20. – 24. 2. 2010. po dobu dvou 12 ti hodinových denních služeb a dvou nočních. V průměru se na OUPD ošetřilo za 24 hodin 40 pacientů.

Pacienti byli dotazováni na dvě otázky: vnímání závažnosti zdravotního stavu v akutní fázi, ihned po přijetí Pokud stav vyžadoval nejdříve ošetření pro stav ohrožující člověka na životě, byl dán dotazník zpětně.

0- představovala minimální závažnost zdravotního stavu, nevnímám ohrožení na životě,

10- vysoká závažnost zdravotního stavu.

Druhou otázkou bylo označení bolesti podle klasifikace NRS 11 (numerical rating scale).

0- představovala žádnou bolest, 10 – nesnesitelná bolest.

Rozdělení vstupní triage bylo určováno zdravotní sestrou na recepci oddělení urgentního příjmu dospělých podle interního vypracování primářem oddělení.

Výstupní triage určuje vždy lékař : 1. hospitalizace na JIP

2. hospitalizace na standardním oddělení

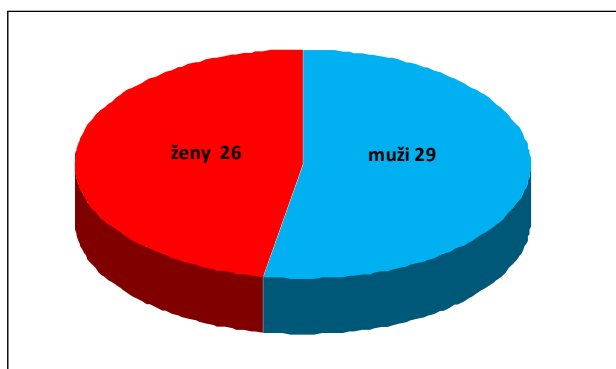
3. pacient odchází domů

Údaje o počtu hospitalizací jsem získala z centrální databáze a týká se hospitalizací pouze na oddělení urgentního příjmu dospělých.

15. VÝSLEDKY

Celkový počet pacientů byl 55, z čehož bylo 26 žen a 29 mužů.

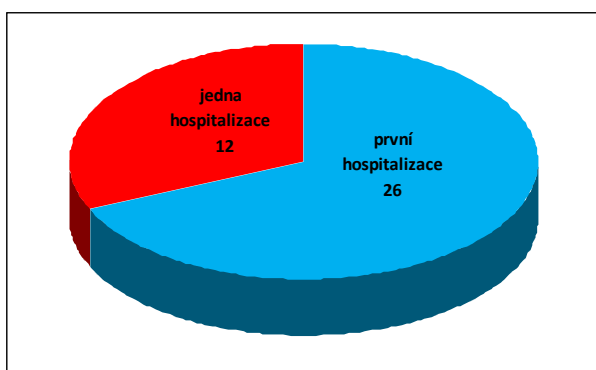
Graf 15.1 Počet pacientů vyplňující záznamovou kartu



Zdroj: vlastní výzkum

Většina pacientů byla na OUPD poprvé (26 pacientů, tj. 47,3 %), jednu hospitalizaci za sebou mělo 12 pacientů (21,8 %). Maximální počet předchozích pobytů na OUPD byl 13, medián počtu hospitalizací byl 1.

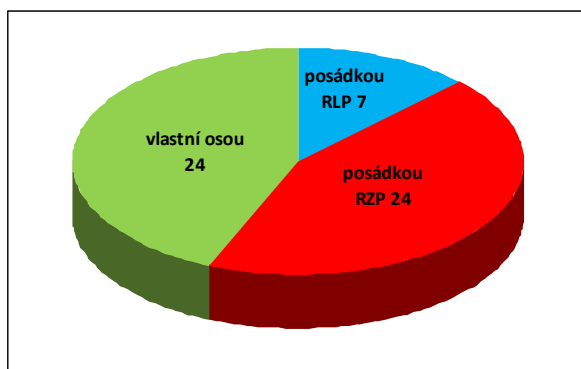
Graf 15.2 První či předchozí hospitalizace



Zdroj: vlastní výzkum

Do nemocničního zařízení bylo posádkou RLP přivezeno 7 pacientů (12,7 %), posádkou RZP stejně jako po vlastní ose se dostavilo shodně 24 pacientů, tj. 43,7 %. Celkem bylo záchrannou službou přivezeno 31 pacientů, tedy 56,3 %.

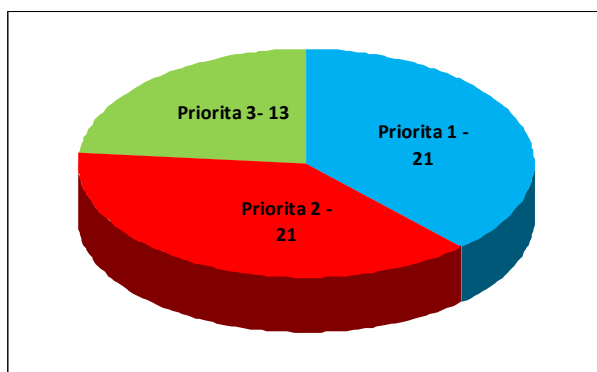
Graf 15.3 Způsob dopravy do nemocničního zařízení



Zdroj: vlastní výzkum

V recepci OUPD byli pacienti roztříděni zdravotní sestrou dle udávaných obtíží a pracovních diagnóz rychlé záchranné služby takto: 21 pacientů (38,2 %) dostalo prioritu 1, shodně 21 pacientů prioritu 2 a 13 pacientů (23,6 %) prioritu 3.

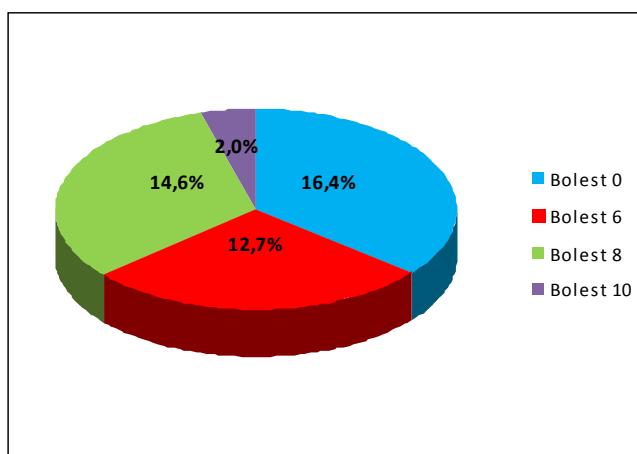
Graf 15.4 Vstupní triage



Zdroj: vlastní výzkum

Pacienty udávaná bolest byla průměrně 4,71, maximum 10, minimum 0, medián 5. Nejčastější hodnoty: 0 (16,4 % pacientů), 8 (14,6 % pacientů), 6 (12,7 % pacientů). Bolest 10 udal jeden pacient.

Graf 15.5 Bolest udávaná pacientem



Zdroj: vlastní výzkum

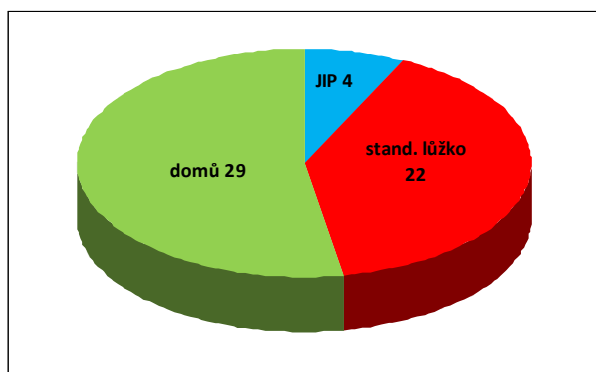
Pacienti nejčastěji svůj stav pociťovali jako středně závažný (průměrná hodnota 5,36). Stupeň 5 udalo 11 pacientů, tedy 20 %. Hodnoty pociťované závažnosti stavu kopírují tvar Gaussovy křivky s vrcholem v hodnotě 5 a poměrně pravidelně rozloženými ostatními hodnotami. V extrémních hodnotách (závažnost 1 a 2 a závažnost 9 a 10) pozorujeme vyšší četnost na méně závažné straně škály - závažnost 1 nebo 2 udalo 7 pacientů, závažnost 9 a 10 čtyři pacienti. Minimální hodnota odhadu závažnosti stavu udaná pacientem byla 1, medián 5.

Bolest odhadnutá lékařem: průměrně 2,93, maximum 8, minimum 0, medián 3. Nejčastější hodnoty: 1 (20 % karet pacientů), 0, 2 a 4 shodně na 14,6 % karet). Hodnoty 9 a 10 nezastoupeny.

Závažnost stavu posoudili lékaři v průběhu vyšetření na průměrných 3,51 (maximální hodnota 8, minimální 0, medián 3). Také hodnoty uváděné lékaři při posuzování závažnosti stavu pacientů kopírují Gaussovu křivku, ale s vrcholem v hodnotě 3 (u 27 % pacientů).

Z pacientů, kteří se na oddělení urgentního příjmu dospělých opakovaně vracely v různých časových údobí, bylo na JIP hospitalizováni (tj.priorita 1) čtyři pacienti (7,3 %), na standardním lůžku 22 pacientů (40 %), domů bylo propuštěno 29 pacientů (52,7 %).

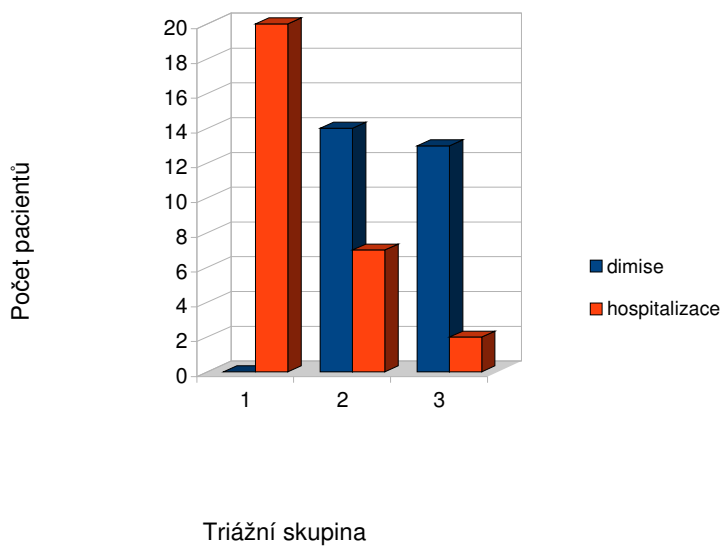
Graf 15.6 Opakované ošetření pacientů



Zdroj: vlastní výzkum

Z pacientů se vstupní triází 1 (z celkového počtu 21) je pět propuštěno domů, zbytek je hospitalizován. Z pacientů se vstupní triází 2 (těch bylo 21), byla zhruba třetina hospitalizována, dvě třetiny propuštěny. U vstupní triáže 3 jsou hospitalizováni 2 pacienti ze třinácti.

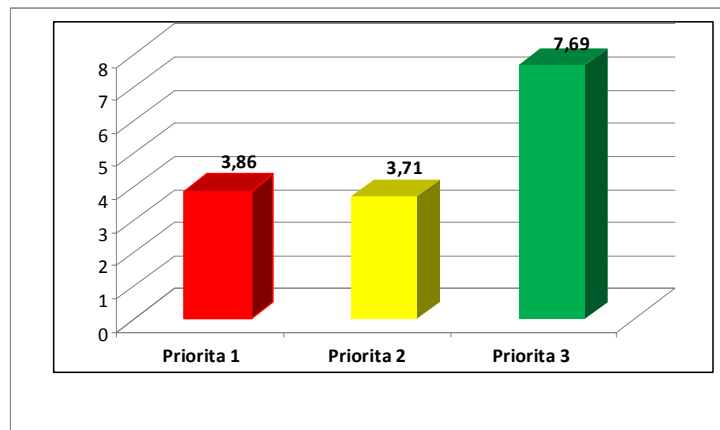
Graf 15.7 Hospitalizace versus dimise



Zdroj: vlastní výzkum

Zatímco hodnota bolesti udávaná pacientem je v průměru 3,86 (medián 4) ve skupině první triážní priority (tedy u těch, kteří jdou na OUPD na řadu ihned) a ve druhé prioritě (čekání na vyšetření do 60 minut) je průměrně 3,71 (medián 3), ve skupině triážní skupiny 3 (odložené čekání na neurčito) je nečekaně 7,69 (medián 8).

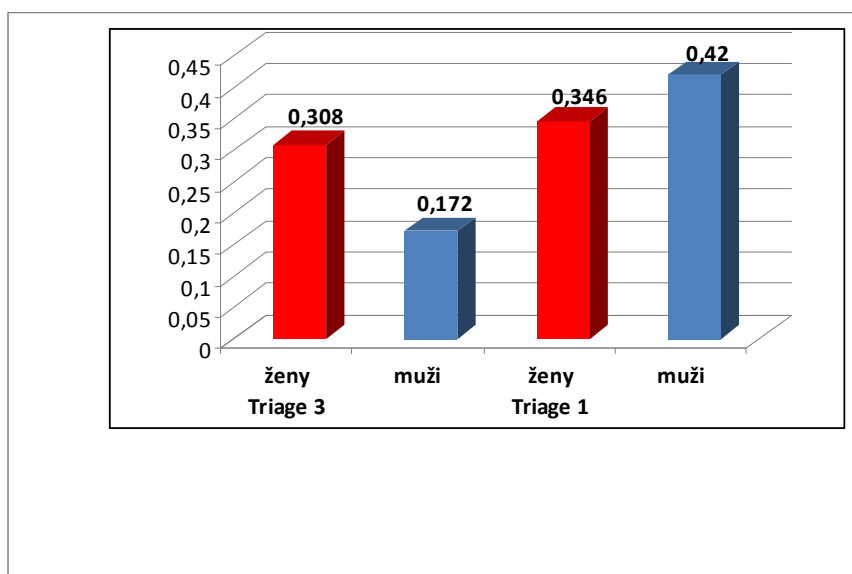
Graf 15.8 Bolest udávaná pacientem ve srovnání s vstupní triage



Zdroj: vlastní výzkum

Při vstupní triáži bylo 30,8 % žen označeno nejnižší prioritou 3, ale nejnižší prioritu dostalo jen 17,2 % mužů. Nejvyšší priorita 1 byla přisouzena jen třetině pacientek (34,6 %), zato 42 % pacientům-mužům.

Graf 15.9 Triage ženy versus muži



Zdroj: vlastní výzkum

15.1 Další zjištění

1/ Zatímco počet pacientů hospitalizovaných na JIP je u obou pohlaví stejný (2 a 2), na standardním lůžku v nemocnici zůstává více mužů (každá třetí pacientka a každý druhý pacient) a domů se vrací více žen (skoro dvě třetiny patientek a 40 % pacientů). Nezodpovězenou otázkou však zůstává, nakolik rozhodování o hospitalizaci ovlivňuje aktuální zdravotní stav a nakolik například soběstačnost nebo celková zanedbanost.

2/ Outcome pacienta není vázán na udávanou bolest – u pacientů hospitalizovaných posléze na JIP je bolest průměrně 4,75, zatímco u pacientů hospitalizovaných na standardu je průměr udávané bolesti 4,55 a u pacientů, kteří byli propuštěni domů, je průměr udávané bolesti 4,83. Je to zřejmě dáno i skladbou diagnóz, pokud by OUPD přijímal i pacienty s úrazem, mohl by být výsledek zcela odlišný.

3/ Závažnost stavu určená lékařem podle očekávání kopíruje outcome: u pacientů s nejvyšší výstupní triází byla průměrná hodnota závažnosti vyslovená lékařem v průběhu vyšetření 6,0, u pacientů s výstupní triází 2 (standardní lůžko) byl průměr 4,27 a u propuštěných 2,59.

15.2 Ověření platnosti hypotéz

1/ Zdravotnický personál vnímá závažnost zdravotního stavu pacienta jako nižší než pacient sám.

Tato hypotéza se ukázala jako pravdivá. Průměrná hodnota odhadu závažnosti stavu udaná pacientem byla 5,36 s mediánem 5; lékaři posoudili závažnost stavu průměrnou hodnotou 3,51 (maximální hodnota 8, minimální 0, medián 3).

2/ Pacienti, kteří byli vícekrát hospitalizovaní, budou svůj stav pociťovat jako závažnější, než ti, kteří nebyli hospitalizovaní nikdy.

Tato hypotéza se nepotvrdila. Předchozí zkušenost s hospitalizací neovlivňuje pohled pacienta na závažnost jeho stavu. Pacienti ze skupiny těch, kteří už na OUPD alespoň jednou hospitalizováni byli, odhadovali svůj stav na průměrně 5,48 (medián 5), tedy podobně jako ti, kteří tam byli poprvé (5,23; medián 6).

Dodejme, že ani lékaři nehodnotili závažnost stavu u „známých“ pacientů s předchozí historií v záznamech OUPD odlišně, než u pacientů, kteří se na OUPD ocitli poprvé. Ani udávaná bolest nezávisí na předchozí zkušenosti hospitalizace: průměr 4,69 u skupiny „prvopacientů“ a 4,72 u již dříve hospitalizovaných.

3/ Pacienti, přivezení záchrannou službou, budou svůj stav pociťovat jako závažnější, než ti, kteří se dostavili sami (resp. byli přivezení rodinou).

Na tuto otázku nemáme jednoznačnou odpověď, zejména kvůli tomu, že pacienti závažnost svého stavu hodnotili velmi homogenním způsobem kolem hodnoty 5. Ve skupině pacientů dovezených záchrannou službou je průměrnou hodnotou pociťované závažnosti stavu 5,58 (maximální hodnota 10, minimální 1, medián 5); ve skupině dopravených svépomocí je průměr 5,08 (s maximem také 10 a minimem 1, medián 6). Je k diskuzi, zda dotaz na pociťovanou závažnost vlastního stavu neměl být formulován jiným způsobem, než přímou otázkou, abychom dostali větší rozptýl odpovědí.

4/ Pacienti, přivezení záchrannou službou budou častěji přijati k hospitalizaci a jejich výstupní triáž bude vyšší než u pacientů, kteří se dostavili sami.

Jak se ukázalo, pro predikci dalšího osudu pacienta kupodivu není příliš významný způsob, jakým se pacient na OUPD dostal: z pacientů přivezených posádkou RLP nebyl ani jeden hospitalizován na lůžku intenzivní péče. Patnáct pacientů dovezených záchrannou službou bylo propuštěno domů, naproti tomu pak deset z pacientů, kteří se na OUPD dopravili vlastními silami, bylo hospitalizovaných, z toho dva na JIP.

5/ Protože incidence akutních stavů je v mužské a ženské populaci podobná, nebude významný rozdíl mezi pocíťovanou bolestí a závažností stavu muži a ženami.

Tato hypotéza se ukázala pravdivá v ohledu vnímané závažnosti stavu a zcela nepravdivá v ohledu pocíťované bolesti. Zjištěná pozorování považujeme za natolik zajímavá, že je shrnujeme zvláště v části „Bolest, čekání a ženy“.

6/ V důsledku rozdílu ve vnímání závažnosti stavu podle hypotézy č. 1 bude výstupní triáž u většiny pacientů nižší než vstupní.

Tato hypotéza se potvrdila. Zatímco vstupní triáž měla u celého souboru pacientů průměrnou hodnotu 1,85 a medián 2, výstupní triáž byla průměrně 2,45 s mediánem 3.

16. DISKUZE

Pacientů, kteří v době výzkumu prošli oddělením bylo celkem 55, z toho 26 žen a 29 mužů. Byli dotazováni bez ohledu na věk, pohlaví, vzdělání či sociální a ekonomické poměry. Průměrný věk byl 57 let, maximum 88, minimum 21, medián 60. Ženy byly o něco starší – věkový průměr 60 let, muži 55 let.

Pro graf 15.8 znázorňující bolest udávaná pacientem na základě vstupní triáže nemáme na podkladu daných dat jiné vysvětlení, než tato:

- pacient udáním vysoké hodnoty bolesti ve skutečnosti komunikuje nespokojenost s dlouhým čekáním;
- nebo „ospravedlňuje“ fakt, že si zavolal záchranku nebo vyhledal OUPD sám;
- případně čekání skutečně prohloubilo bolest u jinak nezávažného stavu;
- nebo jsou do kategorie 3 zařazováni pacienti, kteří si příliš hlasitě stěžují na bolest;
- jedním z vysvětlení může být i to, že pacienti se vstupní triází 3 jsou často pacienti čekající na OUPD s bolestivým, ale neakutním stavem (bolesti zad, kloubů, hlavy, břicha) několik hodin na příchod konziliáře z ortopedie, chirurgie, neurologie atd.

Tato vysvětlení považujeme za možná zejména s přihlédnutím k tomu, že podobná disproporce se neopakuje v případě odhadu závažnosti vlastního zdravotního stavu, který není u skupiny se vstupní triází 3 vyšší než u ostatních a také s přihlédnutím k tomu, že ve všech třech skupinách podle výstupní triáže je faktor bolesti reprezentován rovnoměrně.

Většina pacientů, přes dodržující se rajonizaci a dojezd posádek záchranné služby do nejbližšího zdravotnického zařízení, byla na OUPD poprvé. V počtu hospitalizací nebyly zjištěny významné rozdíly podle pohlaví (mírně vyšší počet žen odpovídá vyššímu zastoupení žen ve výzkumné populaci); naopak předvídatelně byly mezi těmi, kdo se na OUPD ocitli opakovaně, zastoupené vyšší věkové skupiny (věkový průměr 48 let u skupiny bez předchozí zkušenosti s OUPD a 65 u skupiny opakovaných hospitalizací).

Pacienti posuzovali svůj stav méně závažně než lékař v šesti případech. Ve všech případech se překvapivě jednalo o pacienty se vstupní triází 1, tedy s nejvyšší mírou závažnosti stavu. Stejně překvapivý je fakt, že pacienti, kteří byli po ošetření na OUPD hospitalizováni na standardním lůžku, svůj stav pocíťovali v průměru závažněji (průměr 6,41) než pacienti, kteří skončili na JIP (průměr 3,50). Otázkou je, zda pacienti, kteří jsou přijímáni poprvé na standardní lůžko k observaci z důvodu subjektivních obtíží, nikoli laboratorních známek a to zejména kardiologické diagnózy, nevnímají tímto svůj stav jako závažný, než kdyby byly propuštěni domů.

Graf 15.9 ukazující poměr mužů a žen versus vstupní triage považujeme za velmi významné pozorování, protože se zde rýsuje místo, kde se organizační parametry zdravotní péče pravděpodobně promítají do klinických kritérií (kterým bolest jistě je) .

V závažnosti stavu odhadnuté lékařem v průběhu ošetření nebyly mezi pohlavími zjištěné významné rozdíly a rozdíly mezi pohlavími nejsou ani v počtu přivezených záchrannou službou, ani v počtu pacientů hospitalizovaných na JIP. Toto zjištění

dovoluje formulovat opatrný závěr, že z ne zcela známých důvodů čekají ze všech pacientů na vyšetření nejdéle ženy, a to ty, které udávají nejvyšší bolest.

Stejně tak je velmi zajímavý fakt, že muži udávali průměrně bolest 3,11 a ženy 5,69 (medián dokonce u žen 7 a u mužů 4). Ženy tedy pociťovaly významně vyšší bolest, a to bez ohledu na věk a diagnózu. Mezi skupinou žen a mužů přitom nebyly významné rozdíly v subjektivním vnímání závažnosti stavu (průměrná hodnota 5,54 F a 5,21 M, střední hodnota 6 F a 5 M) ani v závažnosti stavu odhadnuté lékařem (průměrná hodnota 3,23 F a 3,76 M, střední hodnota 4 F a 3 M). Můžeme se tedy domnívat, že ženy pociťují závažnost svého stavu zhruba stejně realisticky jako muži i jako ošetřující lékaři, ale je u nich provázen vyšší bolestí. Stejně tak, kdybych sledovala nejvyšší dosažené vzdělání pacientů, myslím, že bychom našli určité rozdíly. Paradoxně však lékaři přeceňovali bolest u mužů - odhadovali v průměru 3,28, zatímco ženám „věřili“ bolest jen v průměru 2,54.

Kladu si otázku, zda by byly významné rozdíly v udávání bolesti pacientkou – lékařkou a pacientem – lékařem. Zda by k sobě byly stejné pohlaví shovívavější .

17. ZÁVĚR

Oddělení urgentního příjmu dospělých je nízkoprahové oddělení s jednosměrným provozem. Na jedné straně je potěšitelné, že existuje oddělení, které má určitý systém třídění nemocných, na druhou stranu jsou některá vyšetření nákladná a zatěžují příslušné finanční zdroje (pojišťovny) a jedná se o problém ekonomický. Nezřídka se nemocný dostal do stavu vyžadující lékařskou péči „vlastním přičiněním“ – nevhodnými stravovacími návyky, životosprávou, kouřením cigaret a nemůžeme v této souvislosti opomenout další následky, kterými jsou například snížená pracovní schopnost či částečný nebo plný invalidní důchod.

Proto by mohly být získané výsledky návrhem pro zintenzivnění preventivní informovanosti lidí o terciární prevenci spočívající především v pravidelných kontrolách u svých praktických lékařů a ne jen pouze v případě vzniklých obtíží, více využívat veřejné sdělovací prostředky.

Z diplomové práce na téma Rozdíly ve vnímání závažnosti zdravotního stavu pacientem a zdravotnickým personálem vyplývá, že většina nemocných byla na oddělení urgentního příjmu poprvé a jejich průměrný věk činil 60 let. Pacienti, kteří se na urgentní příjem vraceli z důvodu zhoršení stavu, jich bylo propuštěno zpět do domácího ošetřování více než 50%. Převážná většina byla přivezena záchrannou službou, i když poměr mezi vlastní osou a převozem rychlou záchrannou službou se zdravotnickým záchranářem bylo shodně. Při vstupním třídění pacientů zdravotní sestrou byly hospitalizováni 2 pacienti z celkového počtu 13 s triage 3. Ženy pociťují významně vyšší bolest než muži, ale lékaři věřili bolest více mužům než ženám. Co se týká vnímání závažnosti stavu, nebyly zjištěny významné rozdíly mezi pohlavím. Ženám byla přidělena ve většině případů (v 30%) triage 3. U mužů to bylo pouze v 17%.

Pacienti s největší mírou závažnosti zdravotního stavu posuzovali svůj stav méně závažný než lékař v šesti případech. Stejně tak tomu bylo u pacientů hospitalizovaných na JIP, kteří vnímali svůj stav méně závažný než hospitalizovaní

na standardním lůžku. Nejčastěji pacienti považovali svůj zdravotní stav za středně závažný .

Hospitalizovaných bylo více mužů než žen co se týká standardního lůžka, ale na JIP je poměr stejný.

18. Seznam použité literatury

Knižní publikace

1. Honzák, R. et al., *Základy psychologie*. 1.vydání Praha : Galén, 2006.
ISBN 80-7262-377-X
2. Křivohlavý, J., *Psychologie nemoci* . 1.vydání Praha : Grada Publishing a.s., 2002
. ISBN 80-247-0179-0
3. Pokorný, J. et al. , *Urgentní medicína*. 1. vydání Praha : Galén, 2004. ISBN 80-7262-259-5
4. Jobánková, M. et al., *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. 2. přepracované vydání Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2002. ISBN 80-7013-365-1
5. Křivohlavý, J., Pečenková, J., *Duševní hygiena zdravotní sestry*. 1. vydání Praha : Grada Publishing a.s., 2004. ISBN 80-247-0784-5
6. Zacharová, E. et al., *Zdravotnická psychologie*. 1. vydání Praha : Grada Publishing a.s., 2007. ISBN 80-247-2068-5
7. Křivohlavý, J., *Bolest její diagnostika a psychoterapie*. 1. vydání Brno : Institut dalšího vzdělávání zdravotnických pracovníků, 1992. ISBN 80-7013-130-6
8. Jobánková, M. a kolektiv., *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. 1.vydání Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2000. ISBN 80-7013-288-4
9. Bartošíková, I., *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. 1. vydání Brno : Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. ISBN 80-7013-439-9
10. Křivohlavý, J., *Sestra a stres*. 1. vydání Praha : Grada Publishing, a.s., 2010. ISBN 978-80-247-3149-0
11. Trachtová, J., *Potřeby nemocných v ošetrovatelském procesu*. 2. vydání Brno : Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2004. Triážní znak 57-851-02

12. Mellanová, A. a kolektiv., *Speciální psychologie*. 1.vydání Brno : Institut vzdělávání Brno, 2001. ISBN 80-7013-342-2
13. Vymětal, J., *Lékařská psychologie*. 3. vydání Praha: Nakladatelství Portál, s. r. o, 2002. ISBN 80-7178-740-X

Rešerže

1. Drábková, J., Bolest a analgezie. *Revizní a posudkové lékařství* 10, 2007,4,96
2. Drábková, J., Bolest v intenzivní péči. Referenční výbor Anestezie Resuscitace 53,2006,4-5,260
3. Neradilek, F., Bolest- symptom nebo syndrom?. *Revizní a posudkové lékařství* 9, 2006,1,3
4. Knotek, P., Měření časového aspektu bolesti vizuální analogovou škálou a verbální stupnicí. *Bolest*. 9,2006,1,35

Záznamová karta pacienta

V této záznamové kartě se nacházejí otázky týkající se vnímání bolesti a závažnosti zdravotního stavu.

Odpovězte na každou z otázek tím, že vyznačíte příslušnou odpověď. Nejste-li si jisti jak odpovědět, odpovězte jak nejlépe umíte.

1. Jak silná je Vaše bolest ?

(zakroužkujte jednu odpověď)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. Jak vnímáte závažnost Vašeho zdravotního stavu?

(zakroužkujte jednu odpověď)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3. Uveďte prosím své pohlaví :

muž

žena

1. Označte, jak silnou bolest pacient může mít ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. Označte na kolik závažný je zdravotní stav pacienta?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Vstupní triage :

Výstupní triage :

Počet hospitalizací :

Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta

Kateřinská 32, Praha 2

Prohlášení zájemce o nahlédnutí do závěrečné práce absolventa studijního programu uskutečňovaného na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze

Jsem si vědom/a, že závěrečná práce je autorským dílem a že informace získané nahlédnutím do zpřístupněné závěrečné práce nemohou být použity k výdělečným účelům, ani nemohou být vydávány za studijní, vědeckou nebo jinou tvůrčí činnost jiné osoby než autora.

Byl/a jsem seznámen/a se skutečností, že si mohu pořizovat výpisy, opisy nebo kopie závěrečné práce, jsem však povinen/a s nimi nakládat jako s autorským dílem a zachovávat pravidla uvedená v předchozím odstavci.

Příjmení, jméno (hůlkovým písmem)	Číslo dokladu totožnosti vypůjčitele (např. OP, cestovní pas)	Signatura závěrečné práce	Datum	Podpis

Vážená paní Bc. Renata Všečekková

Sdělují Vám svůj úmysl vykonávat diplomovou práci na našem pracovišti na téma Rozdíly ve vnímání závažnosti zdravotního stavu na oddělení urgentního příjmu, které spočívá ve sběru dat ošetřených pacientů na Vašem oddělení.

Děkuji Bc. Michaela Koubová

