

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Všeobecné ošetřovatelství

TRIÁŽ PACIENTŮ JAKO KLÍČOVÝ PRVEK EFEKTIVNÍ
PÉČE NA URGENTNÍM PŘÍJMU Z POHLEDU SESTRY

Bakalářská práce

Autor práce: Kateřina Marková

Vedoucí práce: Mgr. Vendula Odehnalová, Dis.

Jihlava 2026

Vysoká škola polytechnická Jihlava

Tolstého 16, 586 01 Jihlava

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce:	Kateřina Marková
Studijní program:	Všeobecné ošetřovatelství
Garant studijního programu:	doc. PhDr. Lada Cetlová, PhD.
Název práce:	Triáž pacientů jako klíčový prvek efektivní péče na urgentním příjmu z pohledu sestry
Vedoucí práce:	Mgr. Vendula Odehnalová
Cíl práce:	1. Zjistit, jakým způsobem proces triáže na UP probíhá, zda je realizován správně z pohledu všeobecných sester. 2. Modifikace procesu triáže na UP na základě zjištěných skutečností, vyplývajících z výzkumu.

Abstrakt

Bakalářská práce se věnuje problematice triáže pacientů jako zásadního prvku efektivního poskytování péče na urgentním příjmu z pohledu všeobecných sester. Hlavním cílem práce je analyzovat, jakým způsobem je proces triáže na urgentním příjmu realizován a zda je z pohledu ošetrovatelského personálu prováděn správně. Dílčím cílem je navrhnout možné úpravy tohoto procesu na základě poznatků získaných z realizovaného výzkumu. Teoretická část se soustředí na principy triáže, její význam a používané triážní systémy. Praktická část je zpracována formou kvalitativního výzkumu mezi všeobecnými sestrami pracujícími na urgentním příjmu. Získané výsledky poukazují na silné stránky i rezervy v současné praxi triáže. Na jejich základě jsou formulována doporučení směřující ke zlepšení efektivity procesu a ke zvýšení kvality poskytované péče.

Klíčová slova

Triáž pacientů; triážní systémy; urgentní příjem; kompetence sester; urgentní medicína

Abstract

Bachelor's thesis addresses the issue of patient triage as a fundamental element of effective care delivery in the emergency department from the perspective of general nurses. The main aim of the thesis is to analyze how the triage process is carried out in the emergency department and whether it is performed correctly from the perspective of nursing staff. A partial aim is to propose possible modifications to this process based on findings obtained from the conducted research. The theoretical part focuses on the principles of triage, its importance, and the triage systems used. The practical part is carried out in the form of qualitative research among general nurses working in the emergency department. The obtained results highlight both the strengths and the shortcomings in current triage practice. Based on these findings, recommendations are formulated to improve the efficiency of the process and to enhance the quality of care provided.

Keywords

Patient triage; triage systems; emergency department; nursing competencies; emergency medicine

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je původní a zpracovala jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušila autorská práva (ve smyslu zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, v platném znění, dále též „AZ“).

Byla jsem seznámena s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje **AZ**, zejména § 60 (školní dílo).

Podle § 47b zákona o vysokých školách souhlasím se zveřejněním své práce podle Směrnice pro vedení, vypracování a zveřejňování závěrečných prací na VŠPJ, a to bez ohledu na výsledek obhajoby.

Beru na vědomí, že VŠPJ má právo na uzavření licenční smlouvy o užití mé bakalářské práce a prohlašuji, že **s o u h l a s í m** s případným užitím mé bakalářské práce (prodej, zapůjčení apod.).

Jsem si vědoma toho, že užití své bakalářské práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mě požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, vynaložených vysokou školou na vytvoření díla (až do jejich skutečné výše), z výdělku dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence.

V Jihlavě dne 30. dubna 2026

.....

Podpis studentky

Poděkování

Ráda bych na tomto místě poděkovala své vedoucí bakalářské práce Mgr. Vendule Odehnalové za odborné vedení, cenné rady, vstřícný přístup a čas, který mi v průběhu zpracování této práce věnovala.

Dále bych chtěla poděkovat Vysoké škole polytechnické Jihlava za možnost studia a získání cenných znalostí a rad.

Poděkování patří také Nemocnici Jihlava a náměstkyni nelékařských profesí Mgr. Haně Hladíkové za umožnění realizace výzkumu. Zároveň děkuji kolegům na urgentním příjmu Jihlava za spolupráci a podporu.

V neposlední řadě děkuji své rodině a rodičům za jejich trpělivost, podporu a motivaci během celého studia i při psaní této bakalářské práce.

Obsah

Seznam obrázků.....	7
Seznam tabulek	8
Seznam zkratk.....	9
Úvod	10
1 Teoretická část	11
1.1 Urgentní příjem.....	11
1.2 Triáž pacientů	12
1.3 Systémy triáže používané v praxi.....	15
1.4 Role všeobecné sestry v procesu triáže.....	22
2 Výzkumná část	24
2.1 Cíl práce	24
2.2 Výzkumné otázky	24
2.3 Charakteristika výzkumného souboru	24
2.4 Metodika výzkumu	25
2.5 Výsledky výzkumu.....	28
2.6 Kategorizace výsledků	28
2.7 Utajené pozorování	31
2.8 Porovnání rozhovorů a utajeného pozorování	33
2.9 Diskuze.....	34
2.10 Návrh na řešení pro praxi	36
Závěr	37
Seznam použité literatury	39
Přílohy.....	42

Seznam obrázků

Obr. 1: START.....	41
Obr. 2: MTS	43
Obr. 3: ESI.....	44
Obr. 4: ATS	45
Obr. 5: CTAS	46
Obr. 6: Modifikovaný MTS UP Nemocnice Jihlava	47
Obr. 7: Crash room UP Nemocnice Jihlava	48
Obr. 8: Příjezd ZZS na UP Nemocnice Jihlava.....	49
Obr. 9: Expektační lůžka UP Nemocnice Jihlava	50
Obr. 10: Čekárna, ambulantní trakt UP Nemocnice Jihlava	51
Obr. 11: Návrh pro praxi.....	51

Seznam tabulek

Tab. 1: Záznamový arch.....	32
-----------------------------	----

Seznam zkratek

ACEM	Australian College for Emergency Medicine (Australsko – novozélandské kolegium urgentní medicíny)
Apod.	a podobně
ATS	Australisian Triage Scale (australská třídící škála)
CEDIS	Canadian Emergency Department Information System (informační systémy kanadského urgentního oddělení)
CTAS	Canadian Triage and Acuity Scale (kanadská třídící stupnice naléhavosti)
ČR	Česká republika
ED	Emergency Department (pohotovostní oddělení)
ENA	Emergency Nurses Association (asociace sester urgentní medicíny)
ESI	Emergency Severity Index (index závažnosti stavu pacienta na urgentním příjmu)
HZS ČR	Hasičský záchranný sbor České republiky
MTS	Manchester Triage System (menchesterský triážní systém)
Např.	Například
NLZP	Nelékařský zdravotnický pracovník
START	Simple Triage and Rapid Treatment (jednoduchá triáž a rychlé ošetření)
Tzv.	Takzvaný
UP	Urgentní příjem
VŠPJ	Vysoká škola polytechnická Jihlava
ZZS	Zdravotnická záchranná služba

Úvod

Urgentní příjem představuje jedno z nejvíce zatížených a organizačně náročných pracovišť zdravotnického zařízení. Denně se zde setkávají pacienti s velmi rozdílnou závažností zdravotních obtíží, od lehkých poranění až po stavy bezprostředně ohrožující život. Zdravotnický personál je tak vystaven vysokým nárokům nejen po odborné stránce, ale i z hlediska schopnosti rychle reagovat, stanovovat priority a efektivně organizovat poskytovanou péči. V podmínkách časového tlaku, omezených personálních kapacit a rostoucího počtu pacientů se stává správné třídění pacientů jedním ze základních předpokladů bezpečného fungování urgentního příjmu.

Nejedná se pouze o administrativní úkon, ale i o odborné rozhodování, které má přímý vliv na další průběh diagnostiky, léčby i celkový výsledek zdravotní péče. Správně provedená triáž umožňuje zajistit včasnou péči pacientům v kritickém stavu, minimalizovat riziko zhoršení jejich zdravotního stavu a současně přispívá k plynulejšímu chodu pracoviště. Naopak chyby v triáži vedou k prodloužení v léčbě, nespokojenosti pacientů a v krajních případech i k závažným zdravotním následkům.

Všeobecné sestry zastávají v procesu triáže významnou roli. Jsou často prvními zdravotnickými pracovníky, s nimiž se pacient na urgentním příjmu setkává, odpovídají za odebrání základních údajů, posouzení životních funkcí a zařazení pacienta do příslušné triážní kategorie. K tomuto procesu nepochybně patří nejen odborné znalosti a praktické dovednosti, ale i schopnost samostatného rozhodování, efektivní komunikace a zvládání stresových situací. S úrovní vzdělání, zkušenostmi a profesním přístupem sester je úzce spojena kvalita triáže. Mezi jednotlivými zdravotnickými pracovníky může docházet k rozdílům v provádění triáže, které mohou být ovlivněny osobními zkušenostmi, mírou specializace, pracovním zatížením, ale i nedostatečně sjednocenými postupy či absencí pravidelného přehodnocování zavedených procesů.

Bakalářská práce se zaměřuje na problematiku triáže pacientů jako klíčového prvku efektivní péče na urgentním příjmu z pohledu sestry. Cílem je zjistit, jakým způsobem proces triáže na vybraném pracovišti probíhá, a posoudit, zda je realizován správně a efektivně z pohledu sester, které se na ní přímo podílejí. Volba tématu je motivována osobní profesní zkušeností autorky, která pracuje jako sestra specialista na urgentním příjmu 16 let. Záměrem práce je především praktický přínos vedoucí k refreshi triážního procesu na daném pracovišti, což může přispět ke zvýšení kvality a bezpečnosti péče o pacienty urgentního příjmu.

1 Teoretická část

1.1 Urgentní příjem

Prostředí urgentního příjmu lze přirovnat k náročné situaci, ve které na jedné straně vystupují pacienti a jejich blízcí, a na straně druhé zdravotnický personál. Na rozdíl od předem připravených rolí musí zdravotníci reagovat na nepředvídatelné situace okamžitě, často bez možnosti přípravy, a jsou nuceni improvizovat. I přes tyto podmínky je od nich očekáváno profesionální jednání a zároveň schopnost empatie vůči pacientům i jejich rodinám. Tento způsob interakce je pro práci na urgentním příjmu zásadní (Polák, 2023).

1.1.1 Vymezení pojmu urgentní příjem

Oddělení urgentního příjmu představuje základní vstupní bod pacientů do zdravotnického zařízení, a to jak z hlediska poskytování zdravotní péče, tak z hlediska administrativního zajištění přijetí. Urgentní příjem (dále jen UP), je označován rovněž jako emergency, oddělení centrálního příjmu či akutní příjem. Představuje specializované pracoviště zdravotnického zařízení, jehož hlavním posláním je neodkladné ošetření pacientů přicházejících s náhlým zhoršením zdravotního stavu nebo s akutním onemocněním vyžadujícím okamžitou odbornou péči, komplexní vyšetření a zajištění příjmu.

Součástí činnosti UP je rovněž zahájení diagnostického procesu, případně jeho pokračování, pokud byl započat již v přednemocniční péči, u praktického lékaře, v rámci lékařské služby první pomoci nebo u ambulantního specialisty.

Na základě klinického stavu pacienta UP rozhoduje o přijetí pacienta na příslušné lůžkové oddělení, případně o jeho předání do ambulantní péče. Nedílnou součástí činnosti je také organizace a zajištění transportu pacientů, a to jak v rámci zdravotnického zařízení, tak mezi jednotlivými zdravotnickými zařízeními, přičemž je úzce spolupracováno se zdravotnickou záchrannou službou a jejími posádkami.

U vybraných pacientů může být celý diagnostický i terapeutický proces realizován a ukončen přímo na oddělení UP (Polák, 2023).

1.1.2 Struktura a organizace urgentního příjmu v ČR

Organizační struktura a uspořádání oddělení UP nejsou v rámci ČR jednotné a liší se v závislosti na konkrétním zdravotnickém zařízení. Ve většině případů je UP součástí ambulantního provozu nemocnice a disponuje observačními lůžky určenými ke krátkodobému sledování pacientů. V některých nemocnicích je UP koncipován jako samostatné oddělení s možností hospitalizace pacientů po dobu až 24 hodin.

Oddělení UP lze rozdělit na pracoviště s vysokým a nízkým prahem přijímání pacientů. Vysokoprahová oddělení se zaměřují na příjem pacientů s vymezenými diagnózami, například osob s bolestí na hrudi. Naproti tomu nízkoprahová oddělení poskytují péči všem pacientům bez ohledu na typ obtíží či stanovenou diagnózu. V podmínkách ČR převažují UP s nízkým prahem přijímání.

Tým UP úzce spolupracuje s ostatními odděleními nemocnice, zejména s konziliárními lékaři jednotlivých odborností, kteří jsou v případě potřeby přivoláni k pacientovi přímo na pracoviště UP.

Organizační struktura UP obvykle zahrnuje dva specializované týmy. Prvním z nich je resuscitační tým, který bývá zřízen vedením nemocnice a jehož úkolem je zajišťovat kardiopulmonální resuscitaci v rámci celého zdravotnického zařízení. Druhým je transportní tým, rovněž ustanovený managementem nemocnice, jehož úkolem je organizace a realizace transportu pacientů uvnitř zdravotnického zařízení, například při nutnosti provedení specializovaných vyšetření za asistence anesteziologa.

Lékař UP nese odpovědnost za celý proces diagnostiky a léčby pacienta během jeho pobytu na tomto pracovišti. Při rozhodování o dalším postupu může využívat konziliární služby lékařů jiných odborných specializací (Polák, 2023).

1.1.3 Typologie pacientů přicházejících na urgentní příjem

Pacient přicházející na oddělení UP se zpravidla prezentuje obtížemi různého charakteru i stupněm závažnosti. Míru naléhavosti vyšetření a následného ošetření lze hodnotit z několika perspektiv, konkrétně z pohledu samotného pacienta, odesílajícího lékaře (praktického lékaře, ambulantního specialisty nebo lékaře lékařské služby první pomoci), zdravotnického pracovníka zdravotnické záchranné služby či sesterské posádky a rovněž z hlediska přijímacího týmu UP.

Je nutné zdůraznit, že tyto jednotlivé pohledy se nemusí vždy shodovat. Pro pacienta jsou jeho obtíže subjektivně vnímány jako akutní, což je důvodem vyhledání zdravotní péče. O skutečné závažnosti stavu a o potřebě urgentního či méně urgentního řešení však rozhoduje lékař UP na základě odborného posouzení klinického stavu.

Existuje několik možných způsobů, jakými se pacient může na UP dostavit. Může přijít samostatně nebo v doprovodu rodinných příslušníků, a to s doporučením k vyšetření nebo bez něj, přičemž informace poskytnuté odesílajícím lékařem se nemusí vždy plně shodovat s nálezem na UP. Další možností je doprava pacienta náhodným svědkem události. Pacient může být rovněž přivezen sanitním vozidlem bez zdravotnické posádky, nejčastěji na základě doporučení praktického lékaře, lékaře lékařské služby první pomoci nebo ambulantního specialisty (Polák, 2023).

1.2 Triáž pacientů

Triáž představuje základní proces na UP, kde dochází k současnému příjmu většího počtu pacientů. Jejím hlavním cílem je efektivní rozdělení pacientů podle závažnosti jejich zdravotního stavu a naléhavosti potřebné péče (ACEM, 2023).

Přetížení pohotovostních oddělení (Emergency Department – ED) představuje celosvětový a dlouhodobě narůstající problém. Z tohoto důvodu je na většině pracovišť zaveden systém triáže. V posledních letech bylo vyvinuto několik formálních triážních škál, jejichž úkolem je standardizovat přístup k třídění pacientů a zajistit jednotnější rozhodovací proces.

Mezi nejčastěji používané systémy patří Australasian Triage Scale (ATS), Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS), Emergency Severity Index (ESI), Manchester Triage System (MTS) a START model. Uvedené nástroje jsou navrženy tak, aby napomáhaly správnému rozlišení pacientů podle závažnosti jejich obtíží a optimalizovaly využití dostupných zdravotnických zdrojů. Správné zařazení pacientů vyžadujících urgentní péči je úzce spojeno s bezpečností pacientů, neboť chybné podhodnocení závažnosti zdravotního stavu může vést ke zpoždění diagnostiky a zahájení léčby, což zvyšuje riziko morbidity či mortality.

Naopak adekvátní klasifikace pacientů s nízkou naléhavostí přispívá k efektivnějšímu fungování UP, optimalizaci toku pacientů a ke zkrácení čekacích dob pro skutečně vysoce urgentní případy. Správně nastavený triážní systém tak představuje klíčový nástroj pro zajištění bezpečné, kvalitní a efektivní akutní zdravotní péče (Zachariasse et al., 2019).

1.2.1 Historie a vývoj

Etymologický původ pojmu triáž vychází z francouzského slova *trier*, které znamená třídit, a poprvé byl používán v Anglii a Francii v 15. století k označení rozdělování zboží podle jeho kvality a ceny (Christian, 2019). Odborné studie uvádějí, že slovo *trier* pochází již z 12. století a má kořeny v galo-románském výrazu *triare*. Zmíněný výraz lze rozložit na složky *tria* a *eur*, které jsou vykládány ve významu tři a drtivé či oddělující. Ve francouzském jazykovém kontextu je pojem *triage* spojován s významem prohlížet nebo přebírat, zatímco v angličtině bývá interpretován jako kategorizovat (Nakao et al., 2017).

Ve zdravotnictví představuje triáž systematický postup, podle závažnosti zdravotního stavu a stanovení priority poskytování zdravotní péče a monitorace. Historické kořeny triáže sahají do vojenského prostředí, kde byla využívána polními lékaři k rychlému posouzení zdravotního stavu zraněných vojáků a k rozhodnutí o dalším postupu léčby.

Významný přínos k rozvoji triáže měl v 18. století francouzský vojenský hlavní chirurg Dominique Jean Larrey, z Napoleonovi císařské gardy, který zavedl systematický způsob hodnocení a třídění raněných s cílem zajistit rychlou a efektivní péči. Zvolený přístup se postupně rozšířil i do civilního zdravotnictví a stal se nedílnou součástí urgentní medicíny. V současné době je triáž běžně využívána na pohotovostních odděleních jako nástroj pro efektivní řízení péče o pacienty.

Proces triáže lze rozdělit do několika fází, které zahrnují přednemocniční třídění, třídění na místě události a třídění po příjezdu do zdravotnického zařízení. Hlavním cílem triáže je zajistit poskytování péče podle naléhavosti zdravotního stavu pacienta a současně optimalizovat využití dostupných zdravotnických zdrojů a časové organizace péče (Yancey a O'Rourke, 2023).

Triáž představuje pouze jednu z částí komplexního hodnotícího procesu, který předchází evakuaci pacientů nebo jejich přijetí do zdravotnického zařízení. Klasifikační systémy jsou vždy vytvářeny s ohledem na konkrétní účel a jejich aplikace by měla probíhat v odpovídajícím kontextu. Přístup se může v průběhu času měnit v závislosti na aktuálních potřebách a podmínkách. Z tohoto důvodu je důležité porozumět historickému vývoji a původnímu významu pojmu triáž (Nakao et al., 2017).

1.2.2 Význam triáže pro efektivitu zdravotní péče

V rámci nemocničního prostředí je triáž realizována s cílem stanovit priority pacientů a v případě potřeby efektivně rozdělit dostupné zdroje pro definitivní léčbu, jako jsou chirurgické výkony či intervenční radiologické zákroky, a rovněž pro poskytování intenzivní péče včetně život podporujících terapií. Rozhodování v rámci nemocniční triáže je zpravidla komplexnější než v přednemocniční triáži, a to vzhledem k většímu množství informací získaných z více vyšetřovacích a hodnotících postupů.

Při plánování a realizaci triáže je nezbytné zohlednit několik zásadních faktorů a to zejména, kteří zdravotničtí pracovníci by měli triáž provádět, zda má být realizována jednotlivcem nebo multidisciplinárním týmem, a dále zda by se rozhodování mělo řídit striktně stanovenými protokoly, nebo zda je možné uplatnit klinický úsudek a zkušenosti zdravotnického personálu. V případě využívání triážních protokolů je rovněž důležité stanovit, na jakých kritériích by tyto postupy měly být založeny.

Efektivita třídění pacientů je úzce závislá na pečlivém výběru zdravotnického pracovníka, který je za tento proces odpovědný, neboť jeho odborné znalosti, klinická praxe a schopnost objektivního posouzení zdravotního stavu pacienta zásadním způsobem ovlivňuje kvalitu a spravedlnost triážního rozhodování. Odborná literatura se shoduje v tom, že v případech hromadných neštěstí by triáž měli provádět vysoce zkušení lékaři disponující odpovídajícími dovednostmi.

V případě, že není k dispozici zkušený lékař schopný triáž provést, mělo by být třídění svěřeno zdravotnickým pracovníkům s nejvyšší úrovní klinického vzdělání a praktických zkušeností dostupných v dané situaci (Christian, 2019).

1.2.3 Principy a etické aspekty triáže

V běžném provozu UP jsou pacienti přiváženi ZZS nebo přicházejí samostatně v důsledku náhlé změny zdravotního stavu, a to bez ohledu na tradiční rozdělení medicínských oborů. Přibližně 60-70 % těchto pacientů vykazuje zdravotní obtíže spadající do oblasti vnitřního lékařství nebo příbuzných specializací.

Díky organizační struktuře UP, který je rozdělen na více pracovišť, je pacient již při vstupu podroben triáži, během níž je stanovena priorita další diagnostiky, ošetření a léčby. Současně je pacient směřován na odpovídající vyšetřovací pracoviště. V podmínkách ČR jsou UP často organizovány jako soubor specializovaných ambulancí, přičemž odpovědnost za rozhodnutí o dalším směřování pacienta nese triážní pracovník.

Triážní proces představuje pro zdravotnický personál značnou psychickou zátěž, zejména v situacích, kdy klinické příznaky mohou odpovídat více medicínským oborům. V takových případech může docházet k nejasnostem při rozhodování o zařazení pacienta do konkrétní ambulance, což může vést k prodlžení v poskytování péče.

Další postup je následně přizpůsoben aktuálnímu zdravotnímu stavu pacienta. V případě potřeby může být pacient po krátkodobém sledování na expektačním lůžku předán k hospitalizaci na příslušné oddělení nebo, pokud to jeho zdravotní stav umožňuje, propuštěn do domácí péče. Pacienti klasifikovaní při triáži jako vysoce urgentní, vyžadují okamžité zahájení

intenzivní péče, která je zajišťována týmem UP ve spolupráci s lékaři dalších odborností (Hubáček et al., 2018).

Etické jednání zdravotnického pracovníka představuje základní součást profesionality a významně ovlivňuje jeho rozhodování i celkový přístup k pacientům. Etika se promítá do jeho hodnotového systému, který je formován morálními principy, smyslem pro spravedlnost a profesními i osobními zkušenostmi. Hodnotový rámec je ovlivněn nejen odbornou přípravou, ale také osobními vzory a životními zkušenostmi jednotlivce.

Zdravotničtí pracovníci disponují ve své profesi významnou mírou odpovědnosti a rozhodovací pravomocí, se kterou se učí zacházet v průběhu celé své profesní dráhy. Pacienti se na zdravotnický personál obracejí zejména v situacích, kdy nejsou schopni sami zajistit pomoc sobě ani svým blízkým. V těchto chvílích se často nacházejí ve stavu závislosti, nejistoty a strachu a očekávají profesionální přijetí a adekvátní pomoc.

Současně mohou pacienti pociťovat obavy z negativního hodnocení, např. že jejich potíže nejsou dostatečně závažné nebo že nevhodně využívají zdravotnické služby. Pro některé jedince může být obtížné správně posoudit závažnost svého zdravotního stavu a rozhodnout se, kdy je vhodné kontaktovat tísňovou linku nebo vyhledat UP. Situace vede k asymetrii ve vztahu mezi pacientem a zdravotnickým pracovníkem, kdy se pacient dostává do zranitelného a závislého postavení.

Způsob komunikace zdravotnického pracovníka s pacientem zároveň odráží jeho etický přístup. Profesionální komunikace by měla být založena na respektu, empatii a snaze o navázání důvěry. Nevhodně zvolená komunikace může naopak vést ke zhoršení psychického stavu pacienta, snížení jeho důvěry ve zdravotnický systém a negativně ovlivnit průběh poskytované péče (Šeblová a Matějka, 2023).

1.3 Systémy triáže používané v praxi

1.3.1 Třídící systém START

Metoda Simple Triage and Rapid Treatment (START) byla vyvinuta v 80. letech 20. století ve spolupráci nemocnice Hoag a hasičského sboru města Newport Beach v Kalifornii. V odborné literatuře je však často uváděno, že samotný princip triáže má své kořeny již v období napoleonských válek a je spojován s činností armádního chirurga Dominique Jeana Larreyho (Nakao et al., 2017).

Algoritmus START (obr.1) patří mezi specifické metody vyvinuté pro katastrofické situace, který se stal jedním z nejrozšířenějších systémů triáže na světě. Přestože je tento protokol široce implementován a používán za praktický nástroj pro rychlé rozhodování, jeho přesnost a celková účinnost nebyly dlouhodobě jednoznačně doloženy (Franc et al., 2021).

Jednoduchý a rychlý způsob třídění osob START (S – snadná, T – terapie, A–a, R – rychlé, T – třídění) je určen zejména pro situace, kdy dochází k zásahu v nebezpečné zóně, kde nelze zajistit standardní podmínky pro bezpečnou práci zdravotnických pracovníků, nebo v případech většího počtu postižených osob. Obvykle se jedná o situace s více než deseti zraněnými.

Výhodou metody je její použitelnost bez nutnosti speciálního technického vybavení. V průběhu třídění jsou současně poskytována základní neodkladná opatření k zajištění životních funkcí.

Pro efektivní uplatnění metody START je nezbytné stanovit třídící skupinu, složenou z minimálního počtu členů 1+2 osoby, která bývá součástí vyhledávací skupiny a spolupracuje se záchrannou skupinou zajišťující transport postižených osob. Vedoucí třídící skupiny postupuje systematicky a zajišťuje viditelné označení každé osoby, která již byla podrobena třídění. Postižení jsou rozdělováni do čtyř základních skupin.

1. Červená kategorie (bezprostřední ohrožení života, prioritní transport). Do skupiny jsou zařazeni pacienti v kritickém stavu, jejichž přežití závisí na okamžitém poskytnutí neodkladné péče a rychlém transportu. Posuzuje se především dýchání, prokrvení a úroveň vědomí. U těchto osob je nutné neprodleně provést život zachraňující úkony, jako je zástava masivního krvácení nebo zajištění průchodnosti dýchacích cest.
2. Žlutá kategorie (odkladná péče, transport po pacientech červené kategorie). U osob zařazených do žluté skupiny hodnotíme základní životní funkce, zejména kvalitu dýchání, stav prokrvení a úroveň vědomí. Pacienti nejsou bezprostředně ohroženi na životě, jejich respirační i oběhové funkce jsou stabilní a jejich zdravotní stav nevyžaduje okamžitý transport. Prognóza přežití je při poskytnutí adekvátní zdravotní péče do přibližně jedné hodiny od vzniku poranění velmi příznivá. Transport osob je realizován až po zajištění pacientů v červené kategorii.
3. Zelená kategorie (nízká priorita, schopni samostatného pohybu). Osoby reagující na výzvu, citují „*Všichni, kdo mě slyší a mohou chodit, přijďte ke mně!*“ (HZS ČR, 2017, s.2) jsou označeny zelenou barvou. Osoby jsou následně odvedeny mimo nebezpečnou zónu na stanoviště přednemocniční neodkladné péče, kde je přebírá zdravotnický personál. Je třeba počítat s tím, že někteří pacienti mohou mít tendenci vracet se zpět na místo události, z důvodu obav o osobní věci nebo blízké osoby. Ve výjimečných případech mohou, se souhlasem velitele zásahu a vedoucího lékaře, pomáhat při poskytování první pomoci ostatním postiženým.
4. Černá kategorie (zemřelí nebo poranění neslučitelná se životem). Do této skupiny jsou zařazeny osoby bez známek života nebo s poraněním, která jsou neslučitelná se životem. Jsou označeny příslušnou barvou a ponechány na místě nálezu do dalšího řešení situace (HZS ČR, 2017).

Cílem triáže v podmínkách hromadného postižení zdraví, a to jak v přednemocniční, tak i nemocniční fázi péče, je efektivní využití dostupných zdrojů a optimalizace výsledků pacientů (Franc et al., 2021).

1.3.2 Manchester Triage System (MTS)

Manchester Triage System (MTS) - manchesterský triážní systém (obr.2), patří mezi nejrozšířenější triážní systémy používané v evropských zemích. Systém umožňuje všeobecným sestram stanovit klinickou prioritu pacientů na základě aktuálně přítomných příznaků a symptomů, aniž by bylo nutné předem určovat konkrétní diagnózu. Pacienti jsou následně zařazeni do jedné z pěti kategorií naléhavosti, které vymezují maximální časový interval do prvního kontaktu s lékařem (Zachariasse et al., 2019).

MTS představuje pětistupňový algoritmus určený pro třídění pacientů na urgentních odděleních s 52 kartami určujícími rozhodovací algoritmus. Systém byl postupně vyvinut ve Spojeném království a následně implementován v řadě dalších zemí. MTS využívá pětibodovou triážní škálu, která byla schválena profesními organizacemi zdravotnických pracovníků v oblasti urgentní péče a je založena na algoritmickém postupu (Mirhaghi et al., 2017).

Pětistupňová škála priorit MTS slouží k rozhodování o naléhavosti poskytované zdravotní péče. Každé kategorii je přiřazena specifická barva a označení, které určují prioritu ošetření pacienta. Současně je pro jednotlivé kategorie stanovena maximální doporučená doba, během níž by měl pacient navázat první kontakt s vyšetřujícím zdravotnickým pracovníkem. Za první kontakt není považován samotný příchod pacienta do zdravotnického zařízení, ale až jeho přímé setkání s lékařem nebo jiným kvalifikovaným zdravotnickým pracovníkem na UP.

Barevné označení tedy určuje nejdelší přípustnou dobu, ve které musí být pacientovi poskytnuta zdravotní péče. Nejvyšší prioritu představuje červená kategorie, která vyžaduje okamžité ošetření. Následně oranžová kategorie označující velmi urgentní stav s doporučeným časem do prvního kontaktu do 10 minut. Žlutá kategorie zahrnuje pacienty s urgentním stavem, u níž by mělo dojít k vyšetření do 60 minut. Zelená kategorie označuje standardní případy s maximální čekací dobou přibližně 120 minut. V rámci systému byla zavedena také modrá kategorie, která označuje pacienty vyžadující pouze minimální zdravotnické ošetření. U těchto pacientů je vysoká pravděpodobnost, že po základním vyšetření budou propuštěni do domácí péče a ošetření může být odloženo až na 240 minut.

Pro správné zařazení pacienta do příslušné kategorie je klíčové identifikovat hlavní obtíž nebo příznak, který pacient udává nebo který je zdravotnickým pracovníkem rozpoznán. Na základě tohoto symptomu je vybrán odpovídající triážní diagram. Následně jsou posuzovány tzv. diskriminátory, tedy specifické klinické ukazatele, které pomáhají určit závažnost zdravotního stavu a stanovit prioritu ošetření.

Základním principem MTS není primárně stanovení konečné diagnózy, ale rychlé klinické zhodnocení zdravotního stavu pacienta a určení priority dalšího ošetření. Zvolený přístup umožňuje efektivní organizaci péče na UP a přispívá k optimalizaci využití dostupných zdravotnických zdrojů (Hubáček et al., 2018).

1.3.3 Emergency Severity Index (ESI)

Emergency Severity Index (ESI), neboli index závažnosti nouze (obr.3), představuje nástroj určený pro třídění pacientů na UP. Tento algoritmus umožňuje rychlou a reprodukovatelnou klasifikaci pacientů do pěti úrovní naléhavosti, přičemž úroveň 1 označuje nejvyšší prioritu a úroveň 5 nejnižší. Systém ESI hodnotí pacienty nejen na základě závažnosti jejich aktuálního stavu, ale také s ohledem na předpokládanou potřebu zdravotnických zdrojů, což umožňuje efektivnější řízení péče zejména u méně závažných případů (ESI ENA, 2023).

První úroveň ESI zahrnuje pacienty, u nichž je nezbytné bezodkladné zahájení život zachraňujících intervencí, např. při srdeční zástavě, těžké respirační insuficienci nebo poruše vědomí bez reakce.

Druhá úroveň ESI je určena pro pacienty ve vysoce rizikovém stavu, případně s výraznou bolestí, psychickým stresem či změnou vědomí, kteří vyžadují rychlé vyšetření, avšak jejich stav není bezprostředně život ohrožující.

Třetí úroveň ESI zahrnuje stabilní pacienty, u nichž je předpoklad potřeby dvou a více zdravotnických zdrojů, například laboratorních nebo zobrazovacích vyšetření či terapeutických výkonů.

Čtvrtá úroveň ESI zahrnuje stabilní pacienty, kteří vyžadují pouze jeden typ zdravotnického zdroje.

Pátá úroveň ESI odpovídá pacientům ve stabilním stavu, u nichž není nutné využití dalších zdrojů nad rámec základního klinického vyšetření.

V kontextu systému ESI jsou zdroje definovány jako diagnostické a terapeutické výkony přesahující základní odběr anamnézy a fyzikální vyšetření, např. laboratorní testy, zobrazovací metody, invazivní či neinvazivní zákroky nebo konziliární vyšetření specialistou (Healthcaretip, 2025)

Koncept ESI byl vyvinut v roce 1998 lékaři Richardem Wuerzem a Davidem Eitelem, kteří navázali na dřívější přístupy k triáži a dále je rozvinuli do komplexního algoritmu. Na jeho vývoji se podílela široká skupina odborníků, včetně zdravotnických pracovníků, manažerů a výzkumníků. Systém byl původně zaveden v univerzitních nemocnicích a následně rozšířen i do dalších zdravotnických zařízení Spojených států amerických. Postupně byl zdokonalován na základě praktických zkušeností a výzkumných poznatků, které prokázaly jeho spolehlivost, validitu a použitelnost v klinické praxi.

Významnou roli v implementaci a dalším rozvoji systému sehrála organizace Emergency Nurses Association (ENA), která publikovala metodické příručky zaměřené na zavedení a využívání ESI v praxi.

Základním principem triáže je rychlé klinické zhodnocení pacienta. K tomu slouží jednoduché a efektivní metody, jako je pozorování, poslech a palpce. Hodnoceny jsou především známky fyziologické stability, včetně dýchání, pulzu, barvy a teploty kůže či úrovně vědomí. Sledované ukazatele umožňují včas identifikovat pacienty, kteří vyžadují okamžitou zásah. Triáž by neměla být zdržována kompletním vyšetřením vitálních funkcí v případech, kdy je zjevné akutní zhoršení zdravotního stavu.

Efektivní implementace systému ESI vyžaduje adekvátní vzdělání a přípravu zdravotnického personálu. Zavedení systému by mělo být doprovázeno cíleným vzdělávacím programem zaměřeným na správné používání triážních postupů.

Mezi hlavní přínosy ESI patří především rychlá identifikace pacientů vyžadujících okamžitou péči, zlepšení organizace a plynulosti provozu na UP, lepší přehled o potřebách personálního zabezpečení a efektivnější komunikace mezi zdravotnickými pracovníky (ESI ENA, 2023).

1.3.4 Australasian Triage Scale (ATS)

Australasian Triage Scale (ATS) - australský triážní systém (obr.4), představuje klinický nástroj využívaný zejména zdravotnickými pracovníky na UP po celé Austrálii a Novém Zélandu,

k prioritizaci pacientů podle závažnosti jejich stavu. Systém umožňuje identifikovat pacienty, kteří mohou profitovat z časově kritických intervencí (Ryan et al., 2025).

ATS je klinický nástroj, který slouží k systematické prioritizaci pacientů na základě jejich aktuálního klinického stavu. Systém zajišťuje, že pacienti jsou ošetřováni v pořadí odpovídajícím naléhavosti jejich obtíží.

Metodika ATS detailně vymezuje klinické charakteristiky jednotlivých pěti kategorií a zároveň stanovuje obecné principy a minimální požadavky pro její správnou implementaci v praxi. Pro komplexní pochopení a správné využívání tohoto systému je doporučeno interpretovat jej v kontextu dalších odborných doporučení, zejména standardů vydaných Australian College for Emergency Medicine (ACEM) a vzdělávacích materiálů zaměřených na urgentní triáž (ACEM, 2023).

Na základě ATS vzniklo několik dalších mezinárodně využívaných triážních systémů. Mezi nejvýznamnější patří MTS, který je používán ve Velké Británii, a Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS) zavedený v Kanadě. Zmíněné systémy vycházejí z obdobných principů třídění pacientů podle naléhavosti jejich zdravotního stavu a představují modifikace původního konceptu ATS přizpůsobené specifikům jednotlivých zdravotnických systémů (ACEM, 2016).

1.3.5 Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS)

Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS) představuje klíčový prvek urgentní zdravotní péče v Kanadě (obr.5). Jedná se o standardizovaný pětistupňový systém využívaný na UP a v zařízeních neodkladné péče k hodnocení pacientů podle naléhavosti jejich zdravotního stavu. Hlavním cílem tohoto systému je zajistit jednotný a systematický přístup k třídění, který umožňuje zdravotnickým pracovníkům, nejčastěji triážním sestram, rychle stanovit závažnost stavu pacienta a adekvátně určit prioritu jeho ošetření.

Díky tomuto přístupu je zajištěno, že pacienti s nejzávažnějšími, život ohrožujícími stavy obdrží péči bez zbytečného odkladu, zatímco u méně naléhavých případů je péče organizována efektivně a včas.

První úroveň je označovaná jako resuscitační, zahrnuje pacienty v bezprostředním ohrožení života nebo s vysokým rizikem rychlého zhoršení stavu, u nichž je nutný okamžitý zásah. Patří sem stavy jako srdeční nebo respirační zástava, těžká traumata provázená šokem, závažné respirační selhání či poruchy vědomí.

Druhá úroveň představuje kategorii, do níž spadají pacienti s potenciálně život ohrožujícími stavy vyžadujícími rychlé lékařské ošetření. Jedná se o významné dechové obtíže, akutní bolest vysoké intenzity, suspektní CMP, bolesti na hrudi s podezřením na kardiální etiologii nebo poruchy vědomí.

Třetí úroveň zahrnuje pacienty s naléhavými stavy, které nepředstavují bezprostřední ohrožení života, ale mohou se zhoršit a vyžadují včasné ošetření. Patří sem např. středně silné bolesti, mírné respirační obtíže, zvýšený krevní tlak bez akutních komplikací.

Čtvrtá úroveň je určena pro méně naléhavé případy, u nichž je zdravotní stav stabilní a intervence může být doložitelnou bez rizika zhoršení. Typicky se jedná o drobná poranění, chronické obtíže, lehké infekce, které vyžadují jednoduché ošetření.

Pátá úroveň je označována jako neurgentní a zahrnuje pacienty s mírnými akutními obtížemi nebo stabilizovanými chronickými onemocněními. Vyšetření či terapeutický výkon může být bezpečně odložen, případně může být pacient přeměrován do jiného zdravotnického zařízení odpovídajícího charakteru péče.

Historicky se CTAS datuje do roku 1995, kdy byla původní ATS upravena pro potřeby kanadského zdravotnického systému Robertem Beveridgem. Zapojením širokého spektra odborníků již od počátku přispělo k vytvoření systému, který je robustní, univerzálně použitelný a reflektuje potřeby různých typů zdravotnických zařízení i specializací. Proces standardizace CTAS byl završen jeho oficiálním přijetím jako národní standart v roce 1998. Další vývoj systému probíhal pravidelnou aktualizací a revizí. V roce 2001 byly vytvořeny pediatrické implementační směrnice. Od roku 2003 byl zaveden národní seznam hlavních obtíží (CEDIS), který přispěl ke sjednocení terminologie a zlepšení sběru dat.

Proces aplikace CTAS začíná již při prvním kontaktu pacienta se zdravotnickým zařízením. Hodnocení zahrnuje několik faktorů, zejména hlavní obtíže, vitální funkce, relevantní klinické informace a specifické modifikátory. Široké využití tohoto systému v Kanadě poukazuje na jeho význam při zajištění konzistentního a spravedlivého hodnocení pacientů, což přispívá ke zlepšení organizace péče a celkových klinických výsledků.

Standardizace přístupu prostřednictvím CTAS rovněž podporuje efektivnější komunikaci mezi zdravotnickými pracovníky. Vytváří jednotný jazyk pro popis závažnosti stavu pacienta, což usnadňuje předávání informací, konzultace a koordinaci péče napříč různými zdravotnickými pracovišti. Tento aspekt je zvláště důležitý v dynamických a komplexních situacích urgentní medicíny (Triagelq, 2025).

1.3.6 Česká specifika a interní nemocniční systémy triáže

Pacienti přicházející na UP se vyznačují širokým spektrem obtíží lišících se charakterem i závažností. Naléhavost vyšetření a následného ošetření je možné hodnotit z několika perspektiv, a to jak z pohledu samotného pacienta, tak z pohledu zdravotnických pracovníků, kteří se podílejí na jeho odeslání či transportu. Jedná se zejména o lékaře indikující vyšetření či o ZZS a v neposlední řadě o příjímáčí tým UP. Je důležité zdůraznit, že tyto jednotlivé pohledy se nemusí shodovat. Zatímco pacient zpravidla vnímá své obtíže jako akutní a vyžadující okamžitou péči, konečné posouzení naléhavosti zdravotního stavu a potřeby urgentního řešení náleží lékařům UP.

Pacienti na UP mohou přijít samostatně nebo v doprovodu rodinných příslušníků, případně na základě doporučení k vyšetření. Dále pak může být dopraven ZZS, přičemž již během přednemocniční péče může být využit třídící systém START. Primárně je určen pro mimořádné události, avšak v určitých situacích může být aplikován i u pacientů s interními obtížemi.

Odlisná situace nastává u pacientů, kteří přichází na UP bez přímého zásahu ZZS. V těchto případech představuje UP první místo kontaktu se zdravotnickým systémem. Zdravotnický personál musí následně posoudit závažnost stavu pacienta a rozhodnout o prioritě jeho vyšetření a ošetření.

Pro správné stanovení priority ošetření je nezbytné, aby byl zdravotnický personál adekvátně proškolen v systému cíleného sběru informací. Prvotně jsou zjišťovány základní anamnestické

údaje. U cizích státních příslušníků lze využít strukturované dotazníky, které usnadní získání potřebných informací. Na základě těchto údajů je pacient zařazen do příslušné triážní kategorie, která určí pořadí jeho vyšetření a ošetření. Pořadí pacientů na UP není určováno časem jejich příchodu, ale závažností jejich zdravotního stavu. K určení priority vyšetření a ošetření slouží systém třídění pacientů.

Triáž je v současné době rutinní součástí provozu UP, přestože její využití může být v některých zařízeních stále nedostatečné. Zkušenosti ze zahraničních pracovišť ukazují, že systematické uplatňování triáže přispívá ke zvýšení efektivity péče, lepší organizaci práce zdravotnického personálu a snížení výskytu konfliktních situací mezi pacienty a zdravotníky, které bývají často způsobeny dlouhým čekáním.

Mezi nejrozšířenější triážní systémy patří americký ESI a evropský MTS, který byl vyvinut ve Velké Británii a následně přijat jako standardizovaný národní systém. V různých zemích existují také modifikace těchto přístupů, které kombinují jejich principy a přizpůsobují je specifickým podmínkám zdravotnického systému. Pacienti jsou zařazováni do jednotlivých triážních kategorií, které určují maximální přípustnou dobu do zahájení vyšetření. V rámci pětistupňového systému jsou rozlišovány následující skupiny: pacienti v emergentním stavu – červená kategorie, u nichž je nutné okamžité ošetření; velmi urgentní pacienti – oranžová kategorie, s doporučeným časem do vyšetření do 5–10 minut; urgentní pacienti – žlutá kategorie, s časovým limitem do 30 minut; standardní pacienti – zelená kategorie, je možné vyšetření odložit na jednu hodinu; neurgentní pacienti – modrá kategorie, může být vyšetření odloženo na dobu 2–4 hodin.

O zařazení pacienta rozhoduje kvalifikovaný zdravotnický pracovník, zpravidla lékař nebo zkušená sestra, který současně určuje další postup do příslušné části UP. Pacienti mohou být ponecháni k observaci na UP, přijati na lůžko intenzivní nebo standardní péče, případně přeloženi do specializovaného zdravotnického zařízení prostřednictvím sekundárního transportu. V některých případech pacient nevyžaduje hospitalizaci a je předán do ambulantní péče, případně může dojít k úmrtí pacienta ještě v rámci UP (Polák, 2023).

1.3.7 Základní organizační struktura a pravidla fungování UP Nemocnice Jihlava.

UP je tvořen několika funkčními částmi. Jednou z nich je tzv. crash room (obr.7), který slouží k přijetí pacientů přivezených ZZS (obr.8), zejména těch se závažným ohrožením vitálních funkcí. Tato část je vybavena příjmovými lůžky, místnostmi pro akutní ošetření a zákrovým sálem.

Další složkou jsou expektační lůžka (obr.9) určená ke krátkodobé observaci pacientů před stanovením definitivní diagnózy a dalším rozhodnutím o léčebném postupu. Lůžka mohou být využívána rovněž k dočasné léčbě pacientů, kteří již mají stanovenou diagnózu i léčebný plán. Pobyť pacienta na expektačním lůžku by neměl přesáhnout 24 hodin a je podmíněn stabilním stavem pacienta. Součástí této části je také izolační box určený pro pacienty s infekčním onemocněním s cílem minimalizovat riziko přenosu nákazy.

Ambulantní trakt (obr.10) zahrnuje odborné ambulance jednotlivých oddělení, které zajišťují vyšetření a ošetření pacientů s akutními obtížemi. Důležitou součástí organizace je rovněž zajištění efektivní komunikace se ZZS prostřednictvím kontaktních míst, což umožňuje koordinaci příjmu pacientů a plynulé navázání zdravotní péče.

Příjem pacientů přivážených ZZS je předem avizován kontaktnímu místu nemocnice, a to prostřednictvím elektronického systému nebo telefonického hlášení. V rámci tohoto avíza jsou předávány základní informace o pacientovi, jako je pracovní diagnóza, naléhavost stavu, identifikační údaje, věk, pohlaví, hodnoty vitálních funkcí, předpokládaný čas příjezdu a cílové pracoviště. Po potvrzení převzetí pacienta ze strany nemocnice je povinné zajistit odpovídající péči, zejména v případech bezprostředního ohrožení života.

Základní triáž je prováděna buď posádkou ZZS nebo se provádí vstupní triáž lékařem či kvalifikovaným nelékařským zdravotnickým pracovníkem. Po převzetí pacienta je informován příslušný odborný lékař podle charakteru obtíží.

Na UP jsou pacienti tříděni podle klinického stavu do čtyř základních kategorií: pacienti vyžadující neodkladné ošetření – červená kategorie; pacienti vyžadující akutní ošetření – žlutá kategorie; pacienti, u nichž je možné ošetření s určitým odkladem – zelená kategorie; a pacienti s neakutními obtížemi – modrá kategorie (obr.6).

Systém triáže je modifikovaný MTS a umožňuje stanovit naléhavost péče a zároveň určuje frekvenci monitorování vitálních funkcí zaznamenávaných při přijetí a při propuštění, zatímco u pacientů s vyšší prioritou jsou kontroly prováděny v kratších časových intervalech.

Proces třídění pacientů zajišťuje zdravotnický personál podle charakteru příchodu pacienta, přičemž výsledné zařazení do triážní kategorie je zaznamenáno do zdravotnické dokumentace (Nemocnice Jihlava, 2026).

1.4 Role všeobecné sestry v procesu triáže

Přesné provedení triáže všeobecnými sestrami na UP představuje klíčový předpoklad pro správné stanovení priority péče a volbu adekvátního léčebného postupu. Nedostatečná nebo naopak nadhodnocená triáž však i nadále představuje významný problém v péči o pacienty přicházející na UP (Suamchaiyaphum et al., 2023).

V závislosti na proměnlivém počtu pacientů a rostoucí komplexnosti klinických stavů dochází v poslední době k rozvoji metod využívajících umělou inteligenci a analýze dat, které představují perspektivní nástroje pro zefektivnění triážního procesu (El Arab a Al Moosa, 2025).

Připravované změny v rámci kompetencí nelze chápat pouze jako rozšíření dílčích kompetencí zdravotnických pracovníků, ale jako zásah do celkového systému poskytování zdravotní péče. Navrhovaná opatření směřující k širší transformaci zdravotnického rámce, která přesahuje pouhé legislativní úpravy stávajícího zákona č. 96/2004 Sb. a vyhlášku č. 55/2011 Sb. a reflektuje potřebu komplexních systémových změn. Mezi ty patří například úprava sazebníku výkonů, práce s katalogem činností či rozvoj právního prostředí v návaznosti na doporučené postupy a standardizované operační protokoly, s cílem zajistit bezpečnost poskytované péče (Citores, 2026).

V rámci odborných diskuzí dle hlavní sestry ČR převažuje názor, že zdravotnický pracovník s rozšířenými kompetencemi by měl disponovat odpovídající specializovanou způsobilostí. Současně probíhá debata o podobě systému specializačního vzdělávání, který by mohl být strukturován prostřednictvím volitelných modulů zakončených certifikací. Tyto kvalifikace by následně byly evidovány v registru zdravotnických pracovníků.

Důležitým aspektem je také řešení přechodného období, které musí zohlednit stávající skupinu sester s tradičním vzděláním. Uvedená skupina tvoří významnou část zdravotnického personálu, a proto je nezbytné nastavit podmínky tak, aby připravované změny nebyly určeny pouze pro nově vzdělané absolventy, ale byly aplikovatelné i na stávající pracovníky.

V souvislosti s rozšiřováním kompetencí se uvažuje zejména o rozvoji pokročilých klinických dovedností. Ty zahrnují především schopnost komplexního klinického hodnocení pacienta, rozhodování o ošetrovatelské péči na vyšší a specializované úrovni a jasně definovanou roli sestry v rámci multidisciplinárního týmu.

V ambulantní péči se rozšířené kompetence mohou týkat například provádění triáže pacientů, plánování péče, řízení chronických onemocnění či organizace a koordinace preventivních programů.

Navrhované změny jsou koncipovány jako komplexní systémová úprava, nikoli jako izolované opatření. Jejich cílem je připravit zdravotnické pracovníky na nové role tak, aby byly jednoznačně vymezeny jejich kompetence, odpovědnosti i podmínky výkonu. Ze zmíněného důvodu je nezbytné komunikovat a vnímat tyto změny v širším kontextu celého zdravotnického systému.

Zavedení těchto opatření je považováno za krok směřující ke zlepšení fungování zdravotnictví, přičemž klíčovým aspektem je vytvoření odpovídajícího legislativního rámce. Ten by měl zajistit bezpečné a jasně definované podmínky pro uplatnění odborných znalostí a dovedností zdravotnických pracovníků v rámci plánovaných systémových změn (Hobzová, 2026).

2 Výzkumná část

2.1 Cíl práce

Cílem bakalářské práce je zjistit, jak probíhá proces triáže pacientů na urgentním příjmu a posoudit správnost a efektivitu z pohledu všeobecných sester.

2.2 Výzkumné otázky

V práci jsem si zadala výzkumné otázky:

1. Jak probíhá proces triáže pacientů na UP v běžné praxi z pohledu všeobecných sester?
2. Jak všeobecné sestry vnímají správnost a efektivitu realizace triáže na UP?
3. Jaké faktory ovlivňují rozhodování všeobecných sester při určování priority pacientů?
4. Jaké rozdíly lze identifikovat mezi doporučeným postupem triáže a její skutečnou realizací v praxi UP?

2.3 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor byl vytvořen všeobecnými sestrami pracujícími na UP Nemocnice Jihlava, kde také probíhal samotný sběr dat. Výzkum byl realizován v období od prosince 2025 do února 2026 a byl schválen náměstkyní nelékařských profesí. Zaměření na konkrétní zdravotnické zařízení umožnilo detailní vhled do reálné praxe triáže pacientů v podmínkách regionální nemocnice.

Výzkumného šetření se zúčastnilo celkem 10 respondentů. Do výzkumu byly zařazeny pouze všeobecné sestry s minimální tříletou praxí v oboru, které již prošly adaptačním procesem. Kritérium bylo stanoveno s cílem zajistit dostatečnou odbornou zkušenost respondentek a jejich schopnost reflektovat proces triáže na základě vlastní klinické praxe. Naopak ze souboru byly vyloučeny sestry v adaptačním procesu a sestry s kratší dobou praxe než tři roky, jelikož by jejich výpovědi mohly být ovlivněny nedostatečnou profesní zkušeností.

Výběr respondentů byl realizován formou záměrného výběru, kdy byly osloveny sestry splňující předem stanovená kritéria relevantní k výzkumnému problému. Zmíněný přístup umožnil získat kvalitativně hodnotná data od respondentek, které se aktivně podílejí na procesu triáže pacientů a mají s ním praktické zkušenosti.

Sběr dat probíhal prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů, které kombinovaly předem připravené otázky s možností flexibilně reagovat na odpovědi respondentek. Metodologický přístup umožnil hlubší porozumění nejen samotnému průběhu triáže pacientů na UP, ale také subjektivnímu vnímání její správnosti, identifikaci problematických oblastí a návrhům na její zefektivnění.

Definovaný výzkumný soubor poskytuje relevantní základ pro naplnění stanovených cílů práce, tedy zjištění, jakým způsobem proces triáže na UP probíhá z pohledu všeobecných sester, zda je realizován správně, a následně formulaci doporučení pro případnou modifikaci vedoucí ke zvýšení efektivity a kvality poskytované péče.

2.4 Metodika výzkumu

Pro zpracování praktické části bakalářské práce byl zvolen kvalitativní výzkumný přístup. Data byla získána prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů a nezúčastněného pozorování v přirozeném prostředí UP.

Polostrukturované rozhovory byly vedeny podle předem připravených tematických okruhů, které umožnily respondentům volně vyjádřit své zkušenosti a názory na proces triáže. Rozhovory byly zaměřeny především na průběh triáže, její správnost a faktory ovlivňující rozhodování sester.

Pozorování bylo realizováno za účelem doplnění informací o skutečném průběhu triáže v praxi. Zaměřovalo se zejména na organizaci triáže, komunikaci s pacientem a dodržování standardních postupů.

K provedení výzkumu na UP Nemocnice Jihlava jsem podala žádost náměstkyni pro NLZP dané nemocnice, ta žádosti vyhověla (viz příloha B.3).

2.4.1 Kvalitativní výzkum

Kvalitativní výzkum je v odborné literatuře interpretován různými způsoby. Někteří metodologové jej používají pouze za doplněk tradičních kvantitativních přístupů, zatímco jiní jej chápou jako samostatný a rovnocenný výzkumný směr, případně jako opozici vůči přístupům založeným na přírodovědném paradigmatu. Postupem času si však kvalitativní výzkum v oblasti sociálních věd vybudoval plnohodnotné postavení vedle ostatních výzkumných metod.

Neexistuje jednotná a všeobecně přijímaná definice kvalitativního výzkumu ani jednoznačný způsob jeho vymezení. Strauss a Corbinová (1990) jej např. definují negativně, tedy jako typ výzkumu, jehož výsledky nejsou získávány prostřednictvím statistických metod či jiných forem kvantifikace. Přístup však není obecně přijímán a řada autorů s ním nesouhlasí, neboť podle nich nelze podstatu kvalitativního výzkumu redukovat pouze na absenci kvantifikace. Problematika spočívá v tom, že pojem kvalitativního výzkumu zahrnuje široké spektrum různorodých přístupů. Významný metodolog Creswell (1998) proto přistupuje k jeho vymezení komplexněji a chápe kvalitativní výzkum jako proces zaměřený na porozumění zkoumaným jevům, který vychází z různých metodologických tradic, cituji:

„Kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní, holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách.“ (HENDL, 2023, s. 48)

V kvalitativním výzkumu si výzkumník na počátku stanovuje výzkumné téma a formuluje základní výzkumné otázky, které však mohou být v průběhu výzkumného procesu upravovány či doplňovány v závislosti na průběžně získaných datech a jejich analýze. Z tohoto důvodu je kvalitativní výzkum často označován jako flexibilní či emergentní, neboť jeho podoba se vyvíjí v čase. V průběhu výzkumu dochází nejen k formulaci nových otázek, ale také k vytváření hypotéz a rozhodování o dalším postupu sběru a analýzy dat.

Role kvalitativního výzkumníka bývá připravována k práci detektiva, jelikož aktivně vyhledává a analyzuje informace vedoucí k objasnění zkoumaného problému. Využívá přitom jak

induktivní, tak deduktivní přístupy. Výzkum často probíhá přímo v přirozeném prostředí sledovaných jedinců a zahrnuje kontakt s účastníky výzkumu. Sběr a analýza dat probíhají paralelně a opakovaně v cyklech, přičemž výzkumník průběžně vyhodnocuje získané informace.

Celý proces má zpravidla dlouhodobý charakter a může zahrnovat opakované sledování vybraných jedinců či situací v různých časových intervalech. Výzkumník během tohoto procesu průběžně ověřuje své interpretace a závěry a posuzuje jejich validitu na různých úrovních. Výstupem kvalitativního výzkumu je podrobná zpráva obsahující charakteristiku prostředí, citace z rozhovorů a záznamy z terénního šetření. Na základě získaných poznatků může výzkumník formulovat teoretická vysvětlení zkoumaného jevu a reflektovat také názory a zkušenosti účastníků výzkumu.

Přehled hlavních metod kvalitativního výzkumu bývá shrnut v tabulkách či přehledech, které zároveň ilustrují typický postup realizace tohoto typu výzkumu. (HENDL, 2023).

2.4.2 Charakteristika kvalitativního výzkumu

Kvalitativní výzkum je charakteristický dlouhodobým a intenzivním kontaktem výzkumníka s přirozeným prostředím nebo situacemi jednotlivců či skupin. Uvedené situace zpravidla odrážejí běžnou realitu každodenního života jedinců, skupin, organizací či celé společnosti. Cílem výzkumníka je získat komplexní a kontextuálně ukotvený pohled na zkoumaný jev, včetně porozumění jeho vnitřní logice a explicitním i implicitním pravidlům, která jej ovlivňují.

V kvalitativním výzkumu se využívají méně standardizované metody sběru dat, přičemž hlavním nástrojem je samotný výzkumník. Data mohou mít různorodou podobu, například terénní poznámky z pozorování, přepisy rozhovorů, audiovizuální záznamy, dokumenty či osobní záznamy, které umožňují hlubší porozumění každodennímu životu zkoumaných osob.

Výzkumníci se zaměřují na identifikaci významných témat, projevů a vzorců v datech, přičemž se snaží zachovat jejich kontext. Hlavním cílem je porozumět tomu, jak lidé interpretují své zkušenosti, proč jednájí určitým způsobem a jak organizují své zkušenosti, proč jednájí určitým způsobem a jak organizují své každodenní činnosti a sociální interakce.

Analýza dat probíhá převážně induktivně, kdy výzkumník postupně vytváří interpretace na základě získaných informací. Výsledkem není pevně daná struktura, ale postupně se formující obraz reality, která vzniká v průběhu sběru a analýza dat. Výzkumník se snaží zachytit co nejúplnější popis zkoumané situace a neopomenout žádné relevantní informace, které by mohly přispět k jejímu vysvětlení.

Mezi často uváděné nevýhody kvalitativního výzkumu patří jeho subjektivní charakter, který může vést k interpretaci výsledků jako souboru individuálních dojmů. Vzhledem k jeho flexibilitě a nižší míře standardizace je obtížné zmíněný typ výzkumu přesně replikovat. Omezený počet účastníků a specifické prostředí výzkumu zároveň ztěžují zobecnění výsledků na širší populaci. Další kritika směřuje k nižší transparentnosti, kdy nemusí být vždy zcela zřejmé, jak probíhal výběr účastníků nebo samotná analýza dat (HENDL, 2023).

2.4.3 Polostrukturované rozhovory

Polostrukturovaný rozhovor představuje výzkumnou techniku, která se nachází mezi plně strukturovaným a nestrukturovaným rozhovorem. Lze jej chápat jako střední bod pomyslného kontinua, kde se prolínají prvky pevně dané struktury s flexibilitou otevřeného rozhovoru. Díky této pozici umožňuje eliminovat některé nevýhody obou krajních přístupů.

Základem polostrukturovaného rozhovoru je předem připravený soubor témat a otázek, které výzkumník během rozhovoru systematicky sleduje. Klíčovou částí je tzv. jádro rozhovoru, tvořené tematickými okruhy, jež musí být v průběhu rozhovoru pokryty. Vedle těchto hlavních otázek může výzkumník využívat doplňující otázky, které umožňují rozvíjet odpovědi respondentů a lépe porozumět zkoumanému jevu v jeho kontextu. Struktura rozhovoru se může pohybovat od více formalizované podoby až po relativně volné uspořádání.

Volba konkrétní podoby rozhovoru závisí na jeho délce, složitosti i cílech výzkumu. Výzkumník často využívá různé podpůrné nástroje, např. osnovu rozhovoru, která napomáhá udržet strukturu, nebo záznamové archy sloužící k zachycení klíčových poznatků. Významným aspektem této metody je také její psychologický efekt, kdy připravenost výzkumníka může pozitivně ovlivnit průběh komunikace s respondentem.

Polostrukturovaný rozhovor je ceněn zejména pro svou flexibilitu, srozumitelnost a schopnost odhalovat hlubší, často skryté významy lidského jednání a zkušeností. Umožňuje výzkumníkovi přizpůsobovat formulaci i pořadí otázek aktuálnímu průběhu rozhovoru a reagovat na nové podněty. Zároveň poskytuje respondentovi prostor vyjádřit se vlastním způsobem a v jeho přirozeném jazyce.

Metoda vychází z předpokladu, že rozhovor je interaktivním procesem, v němž jsou výzkumník i respondent rovnocennými účastníky. Výsledná data proto nejsou pouhým odrazem reality, ale vznikají jako produkt sociální interakce a interpretace. Způsob kladení otázek i osobnost výzkumníka mohou ovlivnit získané odpovědi, což je nutné při analýze dat reflektovat.

Polostrukturovaný rozhovor umožňuje soustředit se na hlavní výzkumný problém a zároveň respektovat kontext prostředí, ve kterém probíhá. Neusiluje primárně o získání jednoznačných objektivních odpovědí, ale o hlubší porozumění významům, které účastníci přikládají svým zkušenostem.

Důležitou součástí této metody je reflexivita výzkumníka, tedy uvědomění si vlastního vlivu na průběh rozhovoru i interpretaci dat. Výzkumník musí počítat s tím, že respondent může své odpovědi přizpůsobovat očekáváním nebo sociálnímu kontextu. Proto je vhodné kombinovat různé typy otázek a postupně budovat důvěru, aby byla minimalizována zkreslení.

Dalším specifikem je možnost průběžné úpravy výzkumného postupu. Výzkumník může na základě předchozích rozhovorů modifikovat otázky či zaměření dalších rozhovorů, čímž dochází k postupnému zpřesňování výzkumného záměru. Rozhovor tak není rigidní strukturou, ale dynamickým procesem, který se vyvíjí v čase.

Celkově lze polostrukturovaný rozhovor charakterizovat jako efektivní nástroj kvalitativního výzkumu, který umožňuje získat hluboké a kontextově zakotvené informace, přičemž zachovává rovnováhu mezi systematickostí a flexibilitou (Mišovič, 2025)

2.5 Výsledky výzkumu

Na základě získaných dat z provedeného empirického šetření za pomoci polostrukturovaných rozhovorů, byly definovány 4 kategorie.

2.5.1 Zpracování získaných dat

Výzkumné šetření bylo realizováno formou kvalitativního výzkumu pomocí polostrukturovaných rozhovorů. Výzkumný soubor tvořilo 10 všeobecných sester pracujících na urgentním příjmu, které byly označeny jako R1 – R10. Délka jejich praxe se pohybovala v rozmezí 13–30 let, přičemž délka praxe na UP činila 3 až 14 let.

Získaná data byla analyzována metodou otevřeného kódování, na jehož základě byly vytvořeny kategorie, které odpovídají stanoveným cílům práce. Jednotlivé kategorie jsou dále rozpracovány a doplněny o výpovědi respondentů.

Pro obsáhlejší a podrobnější analýzu efektivity a správnosti triáže na urgentním příjmu, bylo ve výzkumném šetření přistoupeno ještě k metodě utajeného pozorování všeobecných sester při triážním procesu.

2.6 Kategorizace výsledků

1. Proces triáže v běžné klinické praxi
2. Faktory ovlivňující správnost a efektivitu triáže
3. Kompetence, zkušenosti a vzdělávání sester
4. Rozdíl mezi doporučeným postupem a realitou klinické praxe

2.6.1 Proces triáže v běžné klinické praxi

Z analýzy výzkumného šetření vyplynulo, že proces triáže na urgentním příjmu je systematický, avšak současně velmi dynamický proces, který začíná již při prvním kontaktu pacienta s urgentním příjmem. V drtivé většině případů obdrží příchozí pacient na urgentní příjem pořadové číslo, pod kterým je následně vyvolán k triážnímu rozhovoru na recepci. Respondentky shodně uvedly, že všeobecná sestra během tohoto kontaktu provádí základní zhodnocení zdravotního stavu pacienta prostřednictvím cílených otázek. Z rozhovorů je zřejmé, že triáž probíhá metodou cíleného rozhovoru, odběru anamnézy a vizuálního hodnocení pacienta. Polovina sester uvedla, že při rozhodování zařazení do příslušné odbornosti s přidělením priority je důležitý nejen obsah sdělení pacienta, ale i neverbální projevy, bolest, dušnost, kvalita vědomí, orientace a celkový klinický dojem.

Jedna z respondentek popsala triáž jako proces založený na kombinaci komunikace a klinického úsudku: „pacient přijde do čekárny urgentního příjmu, vytiskne pořadové číslo a následně je vyvolán. Cílenými dotazy se ptám na obtíže a celkový stav pacienta.“ (R1).

Další respondentka zdůraznila význam vizuálního hodnocení: „triáž probíhá pomocí cílených dotazů a vizuálního hodnocení klinického stavu pacienta, například dušnosti.“ (R5).

Všechny respondentky shodně uvedly, že triáž pacientů přivezených zdravotnickou záchrannou službou je odlišná od triáže pacientů přichozích na urgentní příjem po vlastní ose. Personál urgentního příjmu obdrží do mobilního telefonu (určeného pouze pro komunikaci se záchrannou službou) avízo, kde jsou uvedeny základní, předběžné informace a údaje o pacientovi. Sedm respondentek uvedlo, že informace přicházející v předstihu od záchranné služby, umožňují přípravu zdravotnického personálu na příjem pacienta a samotný proces triáže je tímto usnadněn „*pacienti, které přiváží záchranka, jsou dopředu nahlášeni avízem, kde je diagnóza a naléhavost*“ (R1, R3, R4, R5, R8, R9, R10).

Tři z dotazovaných respondentek uvedly, že vstupní triáž proces triáže nekončí, ale je nutno pacienta sledovat a dle jeho aktuálního zdravotního stavu eventuelně prioritu změnit. „*Když zjistím, že se stav pacienta změnil, provedu přetriážování*“ (R10).

Z výsledků výzkumu je zřejmé, že triáž je v běžné klinické praxi velmi dynamický proces, který je kombinací standardizovaného procesu a odborného úsudku všeobecné sestry.

2.6.2 Faktory ovlivňující správnost a efektivitu triáže

Analýza dat z empirického šetření ukázala, že správné a efektivní provedení triáže je ovlivněno řadou faktorů, které zasahují do rozhodovacího procesu sestry, a to jak negativně, tak pozitivně. Ve většině případů uvedly respondentky důležitost kvalitní komunikace s pacientem (R1, R2, R4, R6, R7, R8, R10). V případě, že pacient nedokáže kvalitně a co nejpřesněji popsat své subjektivní či objektivní obtíže a uvádí pouze obecné symptomy „*není mi dobře*“ (R2, R3) nebo „*je mi celkově špatně*“ (R5), může dojít ke zkreslené informaci a chybnému vyhodnocení sestrou. Obdobná situace nastává i při agresivitě či neochotě pacienta spolupracovat a odpovídat na otázky sestry „*nejhorší je, když pacienta mé otázky obtěžují*“ (R2). Takové situace jsou časté u pacientů, kteří přicházejí pod vlivem alkoholu, návykových látek či s jazykovou bariérou.

Zajímavostí, která v této kategorii vyplynula z rozhovorů je nejistota sestry při výsledném rozhodování v triáži, při rozdílných informacích a popisování obtíží od doprovodu pacienta a pacienta samotného (R3, R6).

Výsledky výzkumného šetření dále odhalily další významný faktor, který může zásadně přispět k neefektivní či nesprávné triáži, a to je nedostatek soukromí pacienta při sdělování důvěrných informací o svém zdravotním stavu. Velká většina respondentek shodně uvedla prostory recepce jako nevyhovující místo ke sdělování pacientových obtíží (R1, R2, R3, R5, R6, R7, R8, R10). „*Pacient v recepci nemá žádné soukromí a celé čekárně sděluje své mnohdy intimní trable*“ (R1), „*pacient v podstatě celou čekárnu informuje o tom s čím přišel*“ (R5). „*Několikrát se mi už stalo, že pacient v recepci sdělil úplně něco jiného, než s čím doopravdy přišel, nejčastěji je to při postiženích intimních míst. Nechtěl, aby to slyšela celá čekárna*“ (R6). Většina respondentek apelovala na nevhodné prostředí recepce urgentního příjmu, kde pacient hovoří s všeobecnou sestrou přes sklo, tudíž mnohdy ještě hlasitěji, než je pro něj komfortní. Tento faktor může vést k tomu, že pacient své obtíže bagatelizuje a mnohdy v důsledku studu uvede zcela jinou lokalizaci z obavy narušení soukromí a osobní důstojnosti.

Neméně zásadním faktorem, který přispívá k eliminaci efektivit triážního procesu je časový tlak a přetížení urgentního příjmu. Polovina respondentek uvedla, že velké množství pacientů a neustále se tvořící fronty pacientů před recepcí, vytvářejí nevhodné emoční klima triážních sester. V časovém tlaku může být sestra nervózní, jednat neadekvátně a chybně se rozhodovat.

Velké množství pacientů, čekajících na triáž i k ošetření, vyvíjí velký tlak na rozhodovací proces. Jak uvádí respondentky (R1, R2, R5 a R10), je zřejmé, že v takovém prostředí je obtížné se každému pacientovi věnovat naplno. „Někdy mám pocit, že jsem u někoho na něco zapomněla, nebo si nejsem vůbec jistá, že jsem ho zapsala správně, protože odbavím i několik desítek pacientů za hodinu.“ (R5). „Nemáme dostatek času k triáži, protože je urgent přetížený“.

Z výsledků empirického šetření je zřejmé, že rozhodující pro kvalitu triáže je i jazyková bariéra. S narůstajícím počtem cizinců trvale žijících v České republice (například z důvodu válečného konfliktu v jejich domovské zemi) je výskyt pacientů jazykově kompromitovaných obrovský. „velmi špatná domluva je s Ukrajinci, kteří mluví svou řečí a myslí si, že jim všechno rozumíme“. (R10). „Za posledních pár let ošetřujeme velké množství cizinců, se kterými je prakticky nulová domluva“ (R7).

2.6.3 Kompetence, zkušenosti a vzdělávání sester

Ze získaných empirických dat je zřejmé, že zkušenost a vzdělanost sester jsou subjektivně vnímány jako klíčové faktory v celém procesu triáže. Většina respondentek hodnotila svou odbornou připravenost a zkušenost kladně. Většina respondentek uvedla, že s přibývajícím délkou praxe rostou zkušenosti a odborná vybavenost všeobecné sestry (R1, R2, R3, R4, R7, R8, R9, R10). Letitá praxe na urgentním příjmu, a to i díky jeho rozmanitosti napříč klinickými obory, přispívá k rychlejšímu rozhodování a snadnější identifikaci klinických symptomů. „Myslím, že za ty roky jsem schopná rozpoznat a odhadnout, že pacient není dobrý a že se děje něco závažného“. (R7). „Na rozdíl od sestřiček, které právě na urgent nastoupily, nebo jsou tu krátce, mám výhodu, že vím, na co mám cílit a na co konkrétně se pacienta ptát, tak abych ho zařadila správně.“ (R10). Polovina sester shodně uvedla, že triáž pacientů není jen o teoretických znalostech, ale hlavně o zkušenostech z praxe a o opakovaném kontaktu s pacientem napříč klinickým spektrem (R1, R2, R4, R8, R9).

Jedna z respondentek uvedla, že „systém triáže není dobře uchopen a necítím se dobře připravená“ (R7). Zajímavostí je i postřeh jedné respondentky, která uvedla že „pro nově nastupující personál by bylo vhodné nějaké školení nebo nácviky triáže, protože nevědomost a neschopnost kvalitní triáže potom komplikuje práci všem ostatním“ (R5).

Prakticky všechny respondentky se shodly, že ke správně prováděné triáži je zapotřebí i kontinuální vzdělávání a refresh odborných znalostí. V několika případech respondentky uvedly, že by uvítaly praktická cvičení triáže v podobě kazuistik a modelových situací (R3, R8, R9).

2.6.4 Rozdíl mezi doporučeným postupem a realitou praxe

Poslední kategorie poukazuje na rozdíl mezi teoreticky doporučeným postupem při triáži pacientů a skutečností při provádění triáže v praxi na urgentním příjmu. Respondentky shodně uvedly, že triáž tak, aby byla efektivní a správně provedená, se musí odehrávat především v komfortním prostředí pro pacienta, s dostatkem soukromí a času na komunikaci. Reálný provoz však bohužel často přináší situace, které se od tohoto ideálního modelu rozcházejí. Velká většina respondentek uvedla jako stěžejní nedostatek personálu, administrativní náročnost

a problém nadužívání urgentního příjmu a tím zahlcení oddělení (R1, R2, R9). Respondentky opakovaně upozornily na špatný systém organizace péče urgentních příjmů, vysoká návštěvnost pacientů s neakutními obtížemi a banalitami, a tím zvyšující se míra frustrace zdravotnického personálu. Tyto skutečnosti ovlivňují samotnou triáž, všeobecná sestra pracuje pod tlakem, v terénu psychického diskomfortu (R4, R6, R9, R10).

Výzkumné šetření dále odhalilo často nefunkční model mezioborové spolupráce v praxi. Většina respondentek uvedla, že komunikace s ostatními kolegy ať již lékaři či nelékařskými zdravotnickými pracovníky je obtížná. Důvodem obvykle bývá situace, kdy lékař zpochybňuje správnost přidělení pacientovy priority, či přiřazení k odbornosti. Není výjimkou, že lékař nerespektuje rozhodnutí triážní sestry o zařazení pacienta do příslušné odbornosti (R1, R2, R4, R6, R7). „*Stane se, že mi lékař z ambulance zavolá, že pacienta ošetřovat nebude, že není jeho, a to i v případě, aniž by ho viděl*“ (R10), „*triáž sestry často není lékařem respektována*“ (R9) Takové okolnosti vedou k prodlevě v ošetření pacienta a k zvyšování nervozity a nejistoty triážní sestry.

2.7 Utajené pozorování

Vzhledem ke skutečnosti, že u pacientů přivezených zdravotnickou záchrannou službou probíhá triáž v režimu přijetí avíza do mobilního telefonu s předběžnou diagnózou a naléhavostí, bylo přistoupeno k pozorování pouze v recepci, tedy v ambulantní části urgentního příjmu.

Metoda utajeného pozorování byla zvolena za účelem získání objektivního pohledu na skutečný průběh triáže pacientů na urgentním příjmu a ověření, zda triážovací proces probíhá v souladu s doporučenými postupy.

Utajené pozorování umožňuje sledovat chování zdravotnického pracovníka v přirozeném pracovním prostředí, aniž by byl ovlivněn vědomím, že je pozorován, což by v opačném případě mohlo zásadním způsobem ovlivnit výsledky výzkumu.

Pozorování procesu triáže prováděného všeobecnými sestrami probíhalo pomocí předem vytvořeného záznamového archu o třinácti hodnotících otázkách, zaměřených na klíčové oblasti triážního procesu.

Vyhodnocení výsledků utajeného pozorování je znázorněno v záznamovém archu, do kterého byly evidovány odpovědi výzkumníka dle předem připraveného check listu (příloha B1).

Odpovědi byly zaznamenány tímto způsobem: A – ano, N – ne, Č – částečně, 0 - nehodnoceno

Cílem utajeného pozorování bylo identifikovat silné stránky a odhalit případné nedostatky v provádění celého procesu. Pozorovací metoda současně poskytla výzkumníkovi pohled do reality klinické praxe.

Tab. 1: Záznamový arch

Záznamový arch – pozorování všeobecných sester při provádění triáže										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Prodlení při triáži	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
Představení sestry	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
Cílený odběr anamnézy	A	A	N	A	A	N	Č	Č	A	A
Charakter, délka a intenzita obtíží	A	A	N	Č	A	A	Č	A	A	A
Vědomí, dýchání, celkový vzhled	0	0	N	0	A	A	A	0	A	A
Správné přidělení priority	A	A	A	A	N	A	A	A	A	A
Správné použití MTS	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
Doplňující informace	N	N	N	A	N	N	A	N	N	N
Komunikace s pacientem	A	Č	A	N	A	N	A	N	A	A
Triážní dokumentace	A	A	A	A	A	N	Č	A	A	A
Přetriážování v případě potřeby	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Edukace pacienta o struktuře odd.	A	Č	Č	A	N	N	A	A	N	N
Odborné znalosti sestry v prioritizaci	A	A	A	A	Č	A	A	Č	A	A

Zdroj: vlastní (2026)

2.7.1 Výsledky pozorování

Výsledky pozorování prokázaly, že ve většině sledovaných oblastí je triáž pacientů na urgentním příjmu prováděna správně, v souladu s doporučenými postupy. Oblast, která má prokazatelně nejlepší výsledky je správné použití Manchester Triage Systemu. Velmi vysoká úspěšnost byla ve většině případů oblast správného přidělení priority k ošetření. Další oblastí s vysokou úspěšností v rámci pozorování byly odborné znalosti všeobecných sester, které triáž provádějí.

Pozitivní hodnocení náleží i oblasti triážní dokumentace, která byla drtivou většinou pozorovaných prováděna správně a přehledně.

Pozorováním bylo dále zjištěno, že všeobecné sestry v rámci triáže prokazují dobrou orientaci v klinickém posouzení zdravotního stavu pacienta. Většina triážních sester správně vyhodnotila charakter a intenzitu obtíží pacienta.

Výzkumné šetření v rámci pozorování odhalilo několik slabých míst triáže. Jednou z hůře hodnocených oblastí byly doplňující informace. Triážní sestry neuvedly doplňující otázky pacientům v rámci hodnocení subjektivních a objektivních obtíží pacienta. Důsledkem může být nesprávné zařazení do odbornosti či přidělení špatné priority k ošetření. Tento fakt koreluje s výsledky rozhovorů, kdy respondentky poukázaly na práci pod časovým tlakem a nedostatek času na pacienta.

Dalším slabým místem v rámci pozorování byla edukace pacienta o organizaci oddělení, v jaké ambulanci bude ošetřen a dalších pro pacienta důležitých provozních náležitostech. Edukace pacientů nebyla během pozorování provedena vůbec či pouze částečně, a to v šesti případech pozorování.

Zvláštní oblastí pozorování bylo představení sestry pacientovi. Z výsledků pozorování je zřejmé, že tato oblast komunikace s pacientem není v rámci triáže zavedena vůbec.

Závěrem lze konstatovat, že proces triáže pacientů na urgentním příjmu probíhá odborně správně, rezervy jsou ale prokazatelně v oblasti komunikace, edukace pacienta a získávání doplňujících informací o anamnéze.

2.8 Porovnání rozhovorů a utajeného pozorování

Velmi zajímavé bylo porovnání výpovědí respondentek, s průběhem triáže v reálné praxi, zachycené prostřednictvím utajeného pozorování.

Z rozhovorů vyplynulo, že všeobecné sestry, které triáž pacientů provádějí, vnímají tento proces jako náročný a uvědomují si důležitost kvalitní komunikace s pacientem, diskrétnosti a validního odběru anamnézy. Z analýzy dat získaných z pozorování vyplynulo, že odborně je proces triáže prováděn správně. Shoda mezi výpověďmi respondentek v rozhovorech a s pozorováním byla nalezena v oblasti správného používání Manchester Triage System, schopnost přiřadit správnou prioritu k ošetření, odborná orientace sester a vliv časového tlaku na kvalitu triáže. Rozdíly se objevily v oblasti komunikace. Respondentky shodně poukázaly na význam efektivní komunikace s pacientem během triáže, avšak v praxi byla edukace pacienta spíše velmi strohá či téměř žádná.

2.9 Diskuze

Výsledky kvalitativního výzkumného šetření poukázaly na fakt, že triáž pacientů na urgentním příjmu je složitým komplexním procesem, významně ovlivňujícím organizaci péče na oddělení a bezpečnost pacienta a je jedním z důležitých komponent pro kvalitně odvedenou péči o pacienta. Z analýzy dat získaných z polostrukturovaných rozhovorů je zřejmé, že všeobecné sestry vnímají triáž pacientů jako důležitý nástroj k filtrování pacientů dle závažnosti zdravotního stavu. Současně všeobecné sestry upozorňují na řadu aspektů, které samotný proces triáže zásadně ovlivňují, a to jak z hlediska korektnosti, tak efektivity. Z výzkumného šetření vyplynulo, že triáž pacientů není pouhým mechanicky osvojeným procesem, jehož cílem je začlenění pacienta do určité kategorie, ale jedná se o kombinace velmi kvalitních odborných znalostí, komunikačních schopností, podložených praktickými zkušenostmi.

První výzkumná otázka se zaměřila na proces triáže a jeho fungování v praxi u všeobecných sester. Z polostrukturovaných rozhovorů vyplynulo, že struktura procesu triáže je na oddělení urgentního příjmu poměrně jednotná. Respondentky shodně popisovaly triáž pacientů jako ucelený proces od příchodu pacienta, odběru základní anamnézy, zhodnocení subjektivních a objektivních příznaků a následně určení priority jeho ošetření. Respondentky poukazovaly i na fakt, že udělením priority k ošetření proces triáže nekončí, ale jedná se o dynamický děj, jehož podstatou je neustálá monitorace pacienta a v případě změny jeho zdravotního stavu i změna původně přidělené priority. Přetriážování odpovídá i moderním principům triážovacích systémů, které kladou důraz na nutnost opakovaného hodnocení zdravotního stavu.

Krejčová (2020) ve své výzkumné práci porovnávala systém triáže pacientů na urgentních příjmech v Kraji Vysočina. Z jejího výzkumu vyplynulo, že všeobecné sestry disponují velmi nízkou odbornou vybaveností a o systému triáže pacientů nemají kvalitní informace. V porovnání s předkládanou bakalářskou prací lze sledovat výrazný progres v problematice systému triáže a povědomí všeobecných sester o něm.

Jak ukázaly výsledky výzkumného šetření, na sledovaném pracovišti urgentního příjmu je v praxi využíván modifikovaný Manchester Triage System, který je přizpůsoben konkrétním potřebám provozu. Z výpovědí respondentek dále vyplynulo, že standardizovaný triážní systém, byť dobře propracovaný, je vždy ovlivněn subjektivním rozhodováním triážní sestry. Je zřejmé, že samotný algoritmus triážního systému není garancí správnosti provedení triáže, k tomu je vždy zapotřebí správného klinického úsudku všeobecné sestry a jejich znalostech a kontinuálním vzdělávání.

Druhá výzkumná otázka se týkala vnímání efektivity a správnosti provedení triáže pacientů u všeobecných sester. Respondentky obecně hodnotily triáž jako efektivní nástroj k rozklíčování základního problému pacienta a určení jeho priority k ošetření. Současně však respondentky apelovaly na klíčové faktory, které triáž pacientů negativně ovlivňují. Nejzávažnějším z negativních faktorů triáže je indiskrétní prostředí pro odběr anamnézy pacienta. Totožný problém popisuje ve své výzkumné práci Pospíšilová (2017), která uvádí že prostory v čekárně urgentního příjmu, konkrétně recepce jsou pro sdělování intimních záležitostí naprosto nevyhovující. V podstatě jde o sdělování citlivých informací pacientem nejen triážní sestře, ale v podstatě i ostatním „posluchačům“ v čekárně.

Významnou problematickou oblast v procesu triáže tvoří komunikační bariéry. Jedná se nejčastěji o obtížnou komunikaci s pacienty ve stresu, s pacienty intoxikovanými návykovou

noxou, či v poslední době vzrůstajícím trendem pacientů s jazykovou bariérou, jejichž počet prudce vzrostl v důsledku válečného konfliktu v jejich domovské zemi. Vzhledem k tomu, že respondentky uvedly, že kvalita provedené triáže se odvíjí od množství získaných informací od pacienta, a to v poměrně krátké časové ose, jsou komunikační bariéry velkým problémem. Problematiku neefektivní komunikace uvádí ve své práci Krejčí (2023). Nejčastějšími problémy zmiňuje negativní zkušenosti pacientů s protivným, arogantním a nadřazeným chováním sestry. Jedním z dalších shodujících se aspektů je práce triážní sestry v časovém tlaku a vysoká fluktuace pacientů. Krejčí dále uvádí pozitivní zkušenosti pacientů, kteří uvedli, že jim práce sestry pod časovým tlakem nevadila a nebyla jim nepříjemná, ale naopak sestru obdivovali a ocenili její příjemné vystupování i přes časovou tíseň.

Třetí výzkumná otázka se zaměřila na faktory ovlivňující počínání všeobecných sester při přidělování priority. Výsledky prokázaly, že rozhodování o přidělení priority k ošetření pacienta není založeno pouze na objektivních faktorech, ale velkou mírou i na osobních zkušenostech triážní sestry a prostředí triáže.

Čtvrtá výzkumná otázka byla zaměřena na rozdíl mezi systematickou metodikou provedení triáže a jejím reálným odrazem v praxi. Z výsledků je zřejmé, že teoretický model triážního systému v praxi často naráží na organizační limity. Respondentky shodně uvedly jako důvody odchylky od nastaveného modelu především vysoký počet pacientů s neakutními obtížemi a banalitami a nedostatek personálu. Tyto faktory jsou základní stavební jednotkou pro frustraci triážní sestry z nedostatku časové dotace na jednotlivého pacienta.

Z výzkumného šetření dále vyplynula nespokojenost všeobecných sester s nejednotností v rozhodování o přidělování priority k ošetření a zařazení do příslušné odbornosti. Zpochybňování kvality provedené triáže lékařem, vyvolává napjaté interpersonální vztahy na pracovišti a negativně působí ve výsledném subjektivním dojmu pacienta z průběhu ošetření na urgentním příjmu.

Zatímco polostrukturované rozhovory poskytly subjektivní pohled všeobecných sester na triážní proces, pozorování triáže pacientů umožnilo objektivní úsudek výzkumníka o fungování v klinické praxi.

Závěrem lze konstatovat, že triážní proces představuje klíčovou oblast cesty pacienta urgentním příjmem, ale jeho výsledná kvalita je přímo úměrná podmínkám každodenní praxe.

2.10 Návrh na řešení pro praxi

Na základě výsledků kvalitativního výzkumného šetření předkládané bakalářské práce, byl formulován následující návrh na doporučení pro praxi.

Z výsledků vyplynulo, že triáž pacientů na urgentním příjmu je náročný proces, pro nějž je zapotřebí nejen perfektních odborných znalostí všeobecné sestry, ale praktická zkušenost a umění efektivní komunikace v nepříznivých podmínkách.

Prvním z navrhovaných doporučení je zajištění diskrétního prostředí pro triážní rozhovor. Stavební a prostorové uspořádání ambulantní části urgentního příjmu je v současné době ne zcela vyhovující pro sdělování intimních potíží pacientů. Pacienti velmi často sdělují své intimní záležitosti v doslechu obvykle nemalého počtu přítomných osob, což může vést k omezení sdělení pacienta na minimum a zamlčení důležitých příznaků.

Druhým doporučením pro praxi je zavedení checklistů pro všeobecnou sestru, která triáž provádí (příloha A.11). Check list může být eventuálním vodítkem pro nově nastupující sestry, které nemají s triáží dostatek zkušeností. Jednoduchý seznam triážních otázek a varovných klinických příznaků může pomoci rizika opomenutí důležitých informací během rozhovoru s pacientem. Standardizace určitých částí triážního procesu může vést k eliminaci subjektivní složky v rozhodování triážní sestry.

Důležitou oblastí, která má své slabší místo v triážním procesu je komunikace s pacientem. Navrhované doporučení směřuje ke zlepšení komunikačních dovedností triážních sester, především v oblasti edukace a krizové komunikace s pacientem. Existuje předpoklad, že efektivnější komunikace vede k eliminaci konfliktů a zvýšení důvěry pacientů ve zdravotnický personál. Zlepšení komunikačních dovedností je možné uskutečnit pomocí nejrůznějších vzdělávacích aktivit, konference, kurzy apod. Cílem vzdělávacích akcí by mělo být umění zvládat konfliktní situace, komunikaci s agresivním pacientem a v neposlední řadě umění deescalovat napětí.

Velkým přínosem může být zavedení určité formy tréninku triáže pacientů formou modelových situací. Modelové situace lze cílit na komplikované případy triáže nebo na představení kazuistik z praxe, kdy byla triáž provedena chybně vzhledem ke složitosti zdravotních obtíží pacienta. Cílem zpětné vazby v chybně provedených případech triáže není kritika triážní sestry, ale podpora profesního rozvoje a prevence opakování pochybení.

Závěr

Bakalářská práce se zabývala problematikou triáže pacientů na UP jako klíčového prvku efektivní zdravotní péče. Hlavním cílem práce bylo zjistit, jak probíhá proces triáže pacientů na UP a posoudit jeho správnost a efektivitu z pohledu všeobecných sester. Vzhledem k významu triáže v prostředí urgentní medicíny bylo cílem nejen popsat samotný průběh procesu, ale také identifikovat faktory, které mohou ovlivňovat kvalitu rozhodování a organizaci péče.

Teoretická část práce se zaměřila na charakteristiku UP, význam triáže v systému zdravotní péče a přehled nejčastěji používaných triážních systémů. Zvláštní pozornost byla věnována MTS, který představuje základní nástroj prioritizace pacientů na sledovaném pracovišti. Teoretická část zároveň poukázala na význam role všeobecné sestry při prvotním kontaktu s pacientem a na vysoké nároky, které jsou na triáž kladeny z hlediska odbornosti, komunikace a schopnosti rychlého rozhodování.

Praktická část byla realizována formou kvalitativního výzkumu prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů a utajeného pozorování. Rozhovory s všeobecnými sestrami poskytly hlubší pohled na jejich zkušenosti, vnímání triáže a každodenní praxi na UP. Utajené pozorování umožnilo zachytit reálný průběh triáže v přirozeném pracovním prostředí a ověřit soulad mezi deklarovaným postupem a skutečnou realizací.

Na základě analýzy rozhovorů byly identifikovány čtyři hlavní tematické kategorie: proces triáže v běžné klinické praxi, faktory ovlivňující správnost a efektivitu triáže, kompetence a vzdělávání sester a rozdíl mezi doporučeným postupem a realitou provozu. Výsledky ukázaly, že triáž je všeobecnými sestrami vnímána jako odborně náročný a odpovědný proces, který vyžaduje zkušenost, klinický úsudek a schopnost rychle reagovat na měnící se zdravotní stav pacienta.

Výzkum potvrdil, že proces triáže na UP probíhá podle zavedeného systému a ve většině případů odpovídá doporučeným postupům. Sestry využívají cílený odběr anamnézy, vizuální hodnocení pacienta a klinické zkušenosti k určení priority ošetření. Triáž však není vnímána jako statický proces, ale jako kontinuální hodnocení zdravotního stavu pacienta, které může být v průběhu čekání upravováno.

Výsledky dále ukázaly, že správnost a efektivita triáže jsou významně ovlivněny řadou faktorů. Mezi nejčastěji zmiňované patřila nedostatečná diskrétnost prostředí, časový tlak, vysoký počet pacientů, komunikační bariéry a nedostatek personálu. Respondentky upozorňovaly také na problematiku spojené s agresivními pacienty, intoxikací nebo jazykovou bariérou. Zmíněné faktory mohou ovlivnit kvalitu získaných informací a následně i správnost triážního rozhodnutí.

Utajené pozorování potvrdilo, že odborná úroveň triáže byla ve většině sledovaných oblastí vysoká. Sestry správně využívaly MTS, adekvátně určovaly prioritu pacientů a vedly triážní dokumentaci. Na druhé straně byly identifikovány rezervy zejména v oblasti doplňujících otázek, edukace pacientů a některých komunikačních aspektů. Tyto výsledky korespondovaly s výpověďmi respondentek, které samy upozorňovaly na vliv pracovního zatížení a nedostatku času.

Stanovený cíl práce byl splněn. Bylo zjištěno, že triáž pacientů na UP probíhá podle zavedených principů a je všeobecnými sestrami vnímána jako zásadní nástroj efektivní organizace péče.

Současně bylo potvrzeno, že kvalita triáže není závislá pouze na odborných znalostech personálu, ale významně ji ovlivňují organizační podmínky, pracovní prostředí a dostupnost personálních kapacit.

Za přínos práce lze považovat propojení subjektivního pohledu všeobecných sester s objektivním pozorováním reálné praxe. Výsledky mohou sloužit jako podklad pro další zlepšování triážního procesu, zejména v oblasti vzdělávání personálu, podpory komunikace s pacientem a optimalizace pracovních podmínek na UP.

Závěrem lze konstatovat, že triáž představuje nezbytnou součást urgentní péče, která významně ovlivňuje bezpečnost pacienta, organizaci provozu a efektivitu poskytované zdravotní péče. Správně provedená triáž umožňuje rychlé rozpoznání závažných stavů a zajišťuje prioritní přístup pacientům, kteří vyžadují neodkladnou péči. Pro udržení vysoké kvality triáže je však nezbytné podporovat odborný rozvoj sester, zlepšovat pracovní podmínky a reflektovat potřeby klinické praxe.

Seznam použité literatury

AUSTRALASIAN COLLEGE FOR EMERGENCY MEDICINE. 2017. *Triage*. [online]. Dostupné z: <https://acem.org.au/Content-Sources/Advancing-Emergency-Medicine/Better-Outcomes-for-Patients/Triage> [cit. 2026-03-22].

EL ARAB, Rasha A. a Omar A. AL MOOSA. 2025. *The role of artificial intelligence in emergency department triage: an integrative systematic review*. *Intensive and Critical Care Nursing*, 89, 104058. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2025.104058> [cit. 2026-04-02].

EMERGENCY NURSES ASSOCIATION. 2023. *Emergency Severity Index (ESI) Handbook*. [online]. Dostupné z: https://media.emscimprovement.center/documents/Emergency_Severity_Index_Handbook.pdf [cit. 2026-03-22].

FRANC, Jeffrey Michael et al. 2021. *METASTART: A systematic review and meta-analysis of the diagnostic accuracy of the Simple Triage and Rapid Treatment (START) algorithm for disaster triage*. *Prehospital and Disaster Medicine*, 37(1), 106–116. Dostupné z: <https://doi.org/10.1017/S1049023X2100131X> [cit. 2026-03-15].

Guidelines on Implementation of the ATS [online]. Dostupné z: https://acem.org.au/getmedia/51dc74f7-9ff0-42ce-872a-0437f3db640a/G24_04_Guidelines_on_Implementation_of_ATS_Jul-16.aspx [cit. 2026-03-22].

HASIČSKÝ ZÁCHRANNÝ SBOR ČR. 2017. *Třídění velkého počtu raněných metodou START: Bojový řád jednotek požární ochrany*. [online]. Dostupné z: <https://hzscr.gov.cz/soubor/5-s-s-ml11-r-hromadna-nestesti-trideni-ranenych-pdf.aspx> [cit. 2026-04-12].

HEALTHCARE TIP. 2025. *ESI triáž úrovně 1–5: Kritéria, algoritmus, graf, životní funkce a příklady*. [online]. Dostupné z: <https://www.healthcaretip.com/2025/07/esl-triage.html> [cit. 2026-03-22].

HENDL, Jan. 2023. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 5., přepracované vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1968-6.

HUBÁČEK, Petr; FILIPČÍKOVÁ, Radka; VRZALOVÁ, Drahomíra; LABONKOVÁ, Monika; BEZDIČKOVÁ, Marcela et al. *MTS – třídění zraněných a nemocných s interní problematikou – principy a efektivita*. Dostupné z: <https://doi.org/10.36290/int.2018.017> [cit. 2026-04-02].

CHRISTIAN, Michael D. 2019. *Triage*. *Critical Care Clinics*, 35(4), 575–589. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.ccc.2019.06.009> [cit. 2026-02-04].

KREJČÍ, Natálie. 2023. *Komunikace jako součást ošetrovatelské péče na oddělení urgentního příjmu*. [online]. Diplomová práce. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Dostupné z: <https://theses.cz/id/58mfak/>. [cit. 2026-04-11].

KREJČOVÁ, Denisa. 2020. *Práce sestry na urgentním příjmu*. [online]. Bakalářská práce. Jihlava: Vysoká škola polytechnická Jihlava.

MIRHAGHI, A., R. MAZLOM, A. HEYDARI a M. EBRAHIMI. 2017. *Reliability of the Manchester Triage System: a meta-analysis*. Journal of Evidence-Based Medicine. 10(2), 129–135. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/jebm.12231> [cit. 2026-03-14].

MIŠOVIČ, Ján. *Kvalitativní výzkum se zaměřením na polostrukturovaný rozhovor*. Vydání druhé, v Karolinu první. Studijní texty. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2025. ISBN 978-80-246-6195-7.

NAKAO, H., I. UKAI a J. KOTANI. 2017. Přehled historie vzniku třídění z pohledu katastrofické medicíny. *Acute Medicine & Surgery*. 4(4), 379–384. Dostupné z: <https://doi.org/10.1002/ams2.293> [cit. 2026-02-05].

NEMOCNICE JIHLAVA. 2026. *Organizace urgentního příjmu, verze 7*. Interní dokument. [online]. Dostupné z: pouze pro kompetentní osoby, interní systém Nemocnice Jihlava (SharePoint) [cit. 2026-04-02]

POLÁK, Martin. *Urgentní příjem Nejčastější znaky, příznaky a nemoci na oddělení urgentního příjmu: 3., přepracované a doplněné vydání*. Grada, 2023. ISBN 978-80-271-3506-6. Dostupné také z: <https://www.bookport.cz/kniha/urgentni-prijem-nejcastejsi-znaky-priznaky-a-nemoci-na-oddeleni-urgentniho-prijmu-11966/>.

POSPÍŠILOVÁ, Vendula. Zajištění intimity a důstojnosti u pacientů na urgentním příjmu: samozřejmost, nebo nadstandard? České Budějovice, 2017. Diplomová práce. [online]. *Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích*. Dostupné z: dspace.jcu.cz/bitstream/handle/20.500.14390/34969/DP_finalni_verze_Pospisilova_PDF.pdf?sequence=1. [cit. 2026-04-10].

RYAN, Kimberley et al. 2025. *Evaluation of the Australian Triage Scale in patients who present to the emergency department with upper gastrointestinal bleeding*. Australasian Emergency Care. 28(1), 57–62. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.auec.2024.10.001> [cit. 2026-03-22].

SESTRY mají získat širší kompetence. Změna zasáhne celý systém. 2026. *Medical Tribune* [online]. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/vsechny-clanky/sestry-maji-ziskat-sirsi-kompetence-zmena-zasahne-cely-system/> [cit. 2026-04-12].

SUAMCHAIYAPHUM, Krisada, Allison R. JONES a Adelais MARKAKI. 2024. *Triage accuracy of emergency nurses: an evidence-based review*. Journal of Emergency Nursing. 50(1), 44–54. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.jen.2023.10.001> [cit. 2026-04-02]

ŠEBLOVÁ, Jana a MATĚJEK, Jaromír. *Etika urgentní medicíny z pohledu každodenní praxe*. Praha: Grada Publishing, 2023. ISBN 978-80-271-3007-8.

TRIAGEIQ. 2025. *Understanding the Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS)*. [online]. Dostupné z: <https://blog.triageiq.com/understanding-the-canadian-triage-and-acuity-scale-ctas> [cit. 2026-03-28].





TRIÁŽ i zapojení do výzkumu. Hlavní sestra ČR představila plán na rozšíření kompetencí. 2026. *Zdravotnický deník* [online]. Dostupné z: <https://www.zdravotnickydenik.cz/2026/02/jake-pokrocile-kompetence-by-mohly-sestry-ziskat/> [cit. 2026-04-12].

YANCEY, C. C. a M. C. O'ROURKE. 2023. Emergency triage. In: *StatPearls* [online]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/> [cit. 2026-02-17].

ZACHARIASSE, Joany M. et al. 2019. Performance of triage systems in emergency care: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 9(5), e026471. Dostupné z: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-026471> [cit. 2026-02-05].






Přílohy

Příloha A.1 START

START – SIMPLE TRIAGE AND RAPID TREATMENT			
KATEGORIE	BARVA	CHARAKTERISTIKA	KRITÉRIA
Immediate		Kritický stav – nutná okamžitá péče.	Bez dýchání, těžké krvácení, šok, poruchy vědomí.
Delayed		Stabilní, ale péči lze odložit.	Závažné, ale stabilní zranění, život není bezprostředně ohrožen.
Minor		Lehce zraněný, chodící pacient.	Menší poranění, pacient je schopen chůze a komunikace.
Deceased		Bez známek života.	Bez dýchání, pulzu, žádné známky života.

Obr. 1: START
Zdroj: vlastní (2026)

Příloha A. 2 MTS

MTS – MANCHESTER TRIAGE SYSTEM		
KATEGORIE	BARVA	MAXIMÁLNÍ ČAS DO OŠETŘENÍ
Immediate		0 minut
Very urgent		do 10 minut
Urgent		do 60 minut
Standard		do 120 minut
Non-urgent		do 240 minut






Obr. 2: MTS
Zdroj: vlastní (2026)

Příloha A. 3 ESI

ESI – EMERGENCY SEVERITY INDEX	
ÚROVEŇ ESI	CHARAKTERISTIKA
ESI 1	Okamžitý zásah Pacient vyžaduje okamžitou resuscitaci nebo má bezprostředně ohrožující stav.
ESI 2	Vysoce rizikový stav Pacient je vysoce rizikový, zmatení, silná bolest, ohrožení života.
ESI 3	Stabilní pacient – ≥ 2 zdroje Potřeba alespoň dvou zdrojů (např. laboratorní vyšetření, zobrazovací metody, intravenózní medikace).
ESI 4	Stabilní pacient – 1 zdroj Potřeba jednoho zdroje.
ESI 5	Stabilní pacient – bez zdrojů Nevyžaduje žádné diagnostické ani terapeutické zdroje.






Obr. 3: ESI
Zdroj: vlastní (2026)

Příloha A. 4 ATS

ATS – AUSTRALASIAN TRIAGE SYSTEM			
KATEGORIE	BARVA	MAXIMÁLNÍ ČAS DO OŠETŘENÍ	CHARAKTERISTIKA
1 – Resuscitation		0 minut	Bezprostřední ohrožení života, vyžaduje okamžitou péči.
2 – Emergency		do 10 minut	Vážný stav, vysoké riziko zhoršení.
3 – Urgent		do 30 minut	Stabilní, ale vyžaduje lékařské vyšetření a ošetření.
4 – Semi-urgent		do 60 minut	Stabilní stav, může být odloženo ošetření.
5 – Non-urgent		do 120 minut	Nekomplikované stavy, administrativní záležitosti.

Obr. 4: ATS
Zdroj: vlastní (2026)

Příloha A. 5 CTAS

CTAS – CANADIAN TRIAGE AND ACUITY SCALE			
ÚROVEŇ	BARVA	CHARAKTERISTIKA	MAXIMÁLNÍ ČAS DO OŠETŘENÍ
1		Resuscitace Bezprostřední ohrožení života.	0 minut
2		Velmi urgentní Potenciálně ohrožující stav.	do 15 minut
3		Urgentní Stabilní stav, ale vyžaduje lékařské ošetření.	do 30 minut
4		Málo urgentní Stabilní stav, může být odloženo ošetření.	do 60 minut
5		Neurgentní Nekomplikované stavy, informace, administrativní případy.	do 120 minut

Obr. 5: CTAS

Zdroj: vlastní (2026)

Příloha A. 6 Modifikovaný MTS UP Nemocnice Jihlava

ORGANIZACE PÉČE NA URGENTNÍM PŘÍJMU INFORMAČNÍ MATERIÁL PRO PACIENTY

V zájmu zlepšení kvality péče o Vás, naše pacienty, je zaveden systém třídění všech příchozích pacientů

Není v našich silách ošetřit všechny pacienty najednou, proto využíváme systém třídění dle závažnosti příznaků, bez ohledu na konkrétní specializovanou ambulanci, kam jsou poté pacienti odesláni

Cílem třídění je určit stupeň naléhavosti než dojde k prvnímu kontaktu s lékařem
Není cílem stanovit diagnózu, ale co nejrychleji ošetřit pacienty v bezprostředním ohrožení života

Priorita ošetření je dána stupněm naléhavosti, nikoliv pořadím příchodu pacienta na Urgentní příjem

Neodkladné ošetření POŘADÍ 1	Pacient s vyjádřenou nebo akutně hrozící poruchou vitálních funkcí. (Např. bezvědomí, kolapsový stav, těžká dušnost, rychle narůstající otok při alerg. reakci apod.) – často v rámci výběhu po nemocnici
Akutní ošetření POŘADÍ 2	Pacient s hrozící poruchou životních funkcí. (Např. bolest na hrudi, dušnost, podezření na krvácení do zažívacího traktu, porucha vědomí, zmatenost, desorientace, úzkost, těžká bolest (stupeň 7 a více)
Akutní ošetření s možným odkladem POŘADÍ 3	Pacient s charakterem onemocnění vyžadující ošetření v průběhu 1–2 hodin. (Např. nevolnost, zvracení, průjemy, bolesti břicha, jednoduchá izolovaná traumata – drobné řezné rány apod.)
Neakutní stavy, vyžadující běžné vyšetření a ošetření POŘADÍ 4	Pacient s charakterem onemocnění umožňující odklad více než 2 hod: Plánované kontroly, doplňující vyšetření, plánovaná infuzní terapie apod. (Např. mírné teploty, lehká nevolnost, drobné úrazy)

Mohou Vám být provedena: laboratorní vyšetření, vyšetření RTG, CT, ultrazvukové vyšetření, magnetická rezonance, konziliární vyšetření. V případě, že není nutné okamžitě léčit, mohou být výsledky těchto vyšetření k dispozici i za několik hodin.

Toto nejsou schopni pracovníci Urgentního příjmu ovlivnit

Až po kompletaci všech výsledků Vám může lékař dokončit ošetření a rozhodnout o dalším postupu

Zpracovala: Bc. Hana Hladíková
Vědní sestra UP – AT

Garant: MUDr. Eiběl Zdeněk ml.
Vedoucí MKAUP – AT

Obr. 6: Modifikovaný MTS UP Nemocnice Jihlava

Zdroj: vlastní (2026)

Příloha A. 7 Crash room UP Nemocnice Jihlava



Obr. 7: Crash room UP Nemocnice Jihlava

Zdroj: vlastní (2026)

Příloha A. 8 Příjezd ZZS na UP Nemocnice Jihlava



Obr. 8: Příjezd ZZS na UP Nemocnice Jihlava
Zdroj: vlastní (2026)

Příloha A. 9 Expektační lůžka UP Nemocnice Jihlava



Obr. 9: Expektační lůžka UP Nemocnice Jihlava

Zdroj: vlastní (2026)

Příloha A. 10 Čekárna, ambulantní trakt UP Nemocnice Jihlava



Obr. 10: Čekárna, ambulantní trakt UP Nemocnice Jihlava
Zdroj: vlastní (2026)

Příloha A. 11 Návrh pro praxi

EFEKTIVNÍ TRIÁŽ = SPRÁVNÝ PACIENT, SPRÁVNÁ PÉČE, SPRÁVNÝ ČAS

JAK NA EFEKTIVNÍ TRIÁŽ

**POSTUP PRO SESTRY
PODLE MTS**

KAŽDÝ PACIENT ZASLOUŽÍ RYCHLÉ, SPRÁVNÉ A BEZPEČNÉ ROZHODNUTÍ!

CÍL TRIÁŽE

- ✓ Rychle určit závažnost stavu
- ✓ Stanovit prioritu ošetření (MTS 1–4)
- ✓ Zajistit bezpečí pacienta
- ✓ Směřovat pacienta na správné místo
- ✓ Průběžně přehodnocovat stav

1 PŘIVÍTEJ A NAVAŽ KONTAKT

Dobrý den, jsem zde, abych vám pomohla.

Představ se, udržuj oční kontakt, mluv klidně a srozumitelně.

2 RYCHLÉ ZHODNOCENÍ – PRVNÍ DOJEM

Vypadá vážně?

Během prvních 10 sekund zhodnot: vědomí, dýchání, krevní oběh, bolest, krvácení, celkový vzhled.

3 ZJISTI HLAVNÍ POTÍŽ (PRESENTING COMPLAINT)

Co vás přivádí k nám dnes? Co je pro vás nejhorší problém?

Nech pacienta, aby popsal svůj hlavní problém vlastními slovy.

4 ZAMĚŘENÉ OTÁZKY – DLE MTS

Použij strukturované otázky MTS:

- délka trvání
- intenzita / závažnost
- provokující / zlepšující faktory
- doprovodné příznaky
- rizikové faktory v anamnéze

5 ZÍSKEJ ZÁKLADNÍ INFORMACE A ZHODNŮT

VITÁLNÍ FUNKCE

VĚDOMÍ

DÝCHÁNÍ

BOLEST (0–10)

KRVÁCENÍ

TĚLESNÁ TEPLOTA

Vyhodnot informace rychle, ale systematicky. Využij své znalosti, zkušenosti a intuici.

6 URČI PRIORITY – MTS (1–4)

1 OKAMŽITÉ – ČERVENÁ
Bezprostřední ohrožení života.

2 VELMI URGENTNÍ – ORANŽOVÁ
Vážný stav, hrozí zhoršení.

3 URGENTNÍ – ŽLUTÁ
Stabilní stav, potřebuje vyšetření a léčbu.

4 MĚNĚ URGENTNÍ – ZELENÁ
Stabilní stav, může čekat.

Při nejistotě zvol vyšší prioritu.

7 SDĚL PACIENTOVÍ VÝSLEDEK A DALŠÍ POSTUP

Podle zhodnocení je vaše priorita 2 – oranžová. Sestra / lékař se vám bude věnovat co nejdříve.

Informuj jasně, stručně a empaticky. Ujistí pacienta, že je v bezpečí.

8 DOKUMENTUJ

TRIÁŽNÍ ZÁZNAM

- ✓ Anamnéza
- ✓ Nález
- ✓ Vitální funkce
- ✓ MTS priorita
- ✓ Čas triáže

Zapiš objektivní údaje, prioritu MTS, čas triáže a své iničiály.

9 ZAJISTI BEZPEČÍ PACIENTA A PRŮBĚŽNĚ PŘEHODNOUJ

Stav se může změnit kdykoliv!

- ✓ Pravidelně sleduj
- ✓ Reaguj na změny
- ✓ Přehodnoť prioritu
- ✓ Informuj tým

Sleduj pacienty ve čekárně, vnímej změny stavu a jednej včas.

10 SPOLUPRACUJ A KOMUNIKUJ

Týmová spolupráce je klíč!

Komunikuj s lékaři, sestrami i ostatními složkami. Sdílej informace, ptej se, ověřuj.

★ ZLATÁ PRAVIDLA TRIÁŽE

BEZPEČÍ NA PRVNÍM MÍSTĚ
 Vždy nejdříve vyluč ohrožení života.

BUĎ SYSTEMATICKÝ, ALE FLEXIBILNÍ
 Dodržuj postup, ale přizpůsob se situaci.

POUŽÍVEJ SVÉ ZNALOSTI A INTUICI
 Vnímej, co ti pacient „říká“ beze slov.

RESPEKTUJ PACIENTA
 Empatie a přístup jsou součástí péče.

NEJISTÝ? – PŘEHODNOŤ, ZKONZULTUJ, ZVOL BEZPEČNĚJŠÍ VARIANTU. TRIÁŽ MÁ SMYSL!

Obr. 21: Návrh pro praxi
Zdroj: vlastní (2026)

Příloha B. 1 Polostrukturovaný rozhovor

Vážený respondent,

Jmenuji se Kateřina Marková a jsem studentkou VŠPJ v oboru všeobecné ošetrovatelství. V rámci svého studia zpracovávám bakalářskou práci na téma „Triáž pacientů jako klíčový prvek efektivní péče na urgentním příjmu z pohledu sestry“.

Cílem práce je zjistit, jakým způsobem probíhá proces triáže na urgentním příjmu a zda je z pohledu sester realizován správně. Zároveň se práce zaměřuje na možnosti zlepšení a optimalizace tohoto procesu na základě získaných poznatků.

Výzkum je realizován metodou kvalitativní, formou polostrukturovaného rozhovoru. Veškeré získané informace budou použity výhradně pro účely této bakalářské práce a budou zpracovány anonymně.

Děkuji Vám za ochotu podělit se o své zkušenosti a názory.

A:

1. Kolik let praxe máte ve zdravotnictví?
2. Jak dlouho pracujete na urgentním příjmu?
3. Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

B:

1. Jak obvykle probíhá proces triáže na vašem pracovišti od příchodu pacienta až po zařazení do priority?
2. Jaké nástroje nebo triážní systém používáte (např. MTS, ESI...)?
3. S jakými nejčastějšími situacemi nebo obtížemi se při triáži setkáváte?
4. Myslíte si, že současný proces triáže odpovídá potřebám oddělení? Pokud ne, v čem vidíte nedostatky?
5. Vyskytují se situace, kdy musí být triážní hodnocení dodatečně upraveno? Co bývá nejčastější příčinou?
6. Jak hodnotíte vlastní připravenost a kompetence pro provádění triáže pacientů?
7. Jaké změny nebo zlepšení v procesu triáže by podle vás mohly zvýšit efektivitu poskytované péče?
8. Co by vám v praxi pomohlo lépe a přesněji zařazovat pacienty do prioritních kategorií?
9. Jaké organizační či personální opatření by podle vás mohla přispět k lepšímu průběhu triáže?
10. Existují oblasti, kde podle vás sestry potřebují další podporu, školení nebo metodické vedení v rámci triáže?
11. Máte osobní návrh či zkušenost s opatřením, které se již osvědčilo?

Příloha B. 2 Check list pro utajené pozorování

Check list – pozorování správnosti provádění triáže

1. Byl pacient po příchodu na UP triážován bez zbytečného prodlení?
2. Představila se sestra pacientovi a navázala profesionální komunikaci?
3. Proběhl cílený odběr anamnézy zaměřený na hlavní obtíže pacienta?
4. Zjišťovala sestra charakter, intenzitu a délku trvání obtíží?
5. Byly během triáže zhodnoceny základní známky akutního stavu (vědomí, dýchání, celkový vzhled)?
6. Zařadila sestra pacienta do priority na základě klinického stavu a získaných informací?
7. Byla triáž provedena v souladu s triážním systémem používaným na pracovišti?
8. Projevovala sestra aktivní snahu získat doplňující informace při nejasných obtížích?
9. Probíhala komunikace s pacientem diskrétním a respektujícím způsobem?
10. Byla triážní dokumentace vyplněna úplně a přehledně?
11. Reagovala sestra adekvátně na známky zhoršení zdravotního stavu pacienta?
12. Byla při triáži patrná orientace sestry v prioritizaci akutních stavů?
13. Byl pacient po triáži správně nasměrován do odpovídající odbornosti nebo části UP?

Příloha B. 3 Žádost o výzkum