

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Všeobecné ošetřovatelství

VÝZNAM A EFEKTIVITA KOMUNIKACE NA  
URGENTNÍM PŘÍJMU JAKO KLÍČOVÝ PRVEK  
V URGENTNÍ PÉČI

Bakalářská práce

Autor práce: Olga Mikudová

Vedoucí práce: Mgr. Vendula Odehnalová, DiS.

Jihlava 2026

# Vysoká škola polytechnická Jihlava

Tolstého 16, 586 01 Jihlava

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce:	<b>Olga Mikudová</b>
Studijní program:	Všeobecné ošetřovatelství
Garant studijního programu:	doc. PhDr. Lada Cetlová, PhD.
Název práce:	<b>Význam a efektivita komunikace na urgentním příjmu jako klíčový prvek v urgentní péči</b>
Vedoucí práce:	Mgr. Vendula Odehnalová
Cíl práce:	1) Identifikovat klíčové faktory ovlivňující efektivitu komunikace na urgentním příjmu. 2) Analyzovat dopad efektivní/neefektivní komunikace na kvalitu poskytování péče u pacientů na urgentním příjmu.

## Abstrakt

Předložená bakalářská práce podrobuje analýze míru komunikace v prostředí urgentního příjmu a zároveň se zaměřuje na její vliv na kvalitu poskytované ošetrovatelské péče.

Teoretická část definuje postavení všeobecné sestry při třídění pacientů a představuje problematiku urgentního příjmu. Součástí teoretické části je komunikace v ošetrovatelství včetně bariér, které mohou tento proces narušovat.

Empirická část práce představuje realizaci výzkumného šetření prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů s pacienty.

Cílem bylo zmapovat úroveň komunikace a identifikovat dopady efektivní či neefektivní komunikace na kvalitu poskytované péče.

V závěru práce jsou uvedeny návrhy pro zefektivnění komunikačních standardů v ošetrovatelské praxi ve vztahu sestry a pacienta.

## Klíčová slova

Urgentní příjem; komunikace; všeobecná sestra; triáž pacientů; informovanost pacienta; kvalitativní výzkum

## Abstract

The submitted bachelor's thesis analyses the level of communication in the emergency department environment and focuses on its impact on the quality of nursing care provided. The theoretical part defines the role of the general nurse in patient triage and presents the issues of the emergency department. The theoretical part also includes communication in nursing, including barriers that may disrupt this process. The empirical part of the thesis presents the implementation of research through semi-structured interviews with patients. The aim was to map the level of communication and identify the effects of effective or ineffective communication on the quality of care provided. The conclusion of the thesis includes proposals to improve communication standards in nursing practice in the nurse-patient relationship.

## Keywords

Emergency Department; communication; general nurse; patient triage; patient awareness; qualitative research

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je původní a zpracoval/a jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušil/a 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“).

Byl/a jsem seznámen/a 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 vědom/a 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 22. dubna 2026

.....

Podpis studenta/ky

## Poděkování

*Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí mé bakalářské práce, paní Mgr. Vendule Odehnalové, DiS. za odborné vedení, cenné rady a ochotu při zpracování této práce. Dále děkuji všem respondentům, kteří se podíleli na výzkumné části práce. Poděkování také patří mé rodině a blízkým za trpělivost a podporu během studia.*

## Obsah

<b>Seznam obrázků.....</b>	<b>7</b>
<b>Seznam tabulek .....</b>	<b>8</b>
<b>Seznam zkratk.....</b>	<b>9</b>
<b>Úvod .....</b>	<b>10</b>
<b>1 Teoretická část .....</b>	<b>11</b>
1.1 Specifika pracoviště urgentního příjmu.....	11
1.2 Definice a typy urgentních příjmů .....	11
1.3 Triážní proces jako výchozí komunikační bod .....	12
1.4 Komunikace sestry a pacienta .....	13
1.5 Právní minimum ve vztahu k podávání informací ve zdravotnickém zařízení.....	16
<b>2 Výzkumná část .....</b>	<b>17</b>
2.1 Cíl práce a výzkumné otázky.....	17
2.2 Metodika výzkumu .....	18
2.3 Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí .....	19
2.4 Výsledky výzkumu.....	20
2.5 Zpracování získaných dat.....	20
2.6 Diskuze.....	26
2.7 Návrhy na doporučení pro praxi.....	30
<b>Závěr .....</b>	<b>31</b>
<b>Seznam použité literatury .....</b>	<b>32</b>
<b>Přílohy.....</b>	<b>34</b>

## Seznam obrázků

Obrázek 1: Struktura urgentního příjmu.....	34
Obrázek 2: Návrh informační brožury.....	35
Obrázek 3: Základní principy komunikace při triáži.....	36
Obrázek 4: Informace o čekací době.....	37
Obrázek 5: Efektivní komunikace s pacientem na UP.....	38
Obrázek 6: Edukace při propuštění.....	39

## Seznam tabulek

Tabulka 1: Spektrum respondentů.....	20
Tabulka 2: První kontakt a srozumitelnost informací při triáži.....	21
Tabulka 3: Informovanost o čekací době.....	22
Tabulka 4: Edukace o změně stavu.....	23
Tabulka 5: Komunikace během diagnosticko-terapeutických výkonů.....	23
Tabulka 6: Edukace při propuštění.....	25

## Seznam zkratek

AKS	Akutní koronární syndrom
Apod.	A podobně
Č.	Číslo
DiS.	Diplomovaný specialista
EAP	Embolie arteria pulmonalis (plicní embolie)
EKG	Elektrokardiogram
ID	Identification Card – Identifikační karta
KZP	Kancelář zdravotního pojištění
Mgr.	Magistr (vysokoškolský titul)
Mzcr.	Ministerstvo zdravotnictví české republiky
Např.	Například
Nemji.	Nemocnice Jihlava
PMK	Permanentní močový katétr
Příp.	Případně
s.c.	subcutaneus (označení pro podkožní injekci)
Sb.	Sbírky
Tzv.	Takzvaně
UP	Urgentní příjem
Viz	odkaz na
VŠPJ	Vysoká škola polytechnická Jihlava
WHO	World Health Organization (světová zdravotnická organizace)
ZZS	Zdravotnická záchranná služba

## Úvod

Oddělení urgentního příjmu a specifika jeho provozu a prostředí jsou důležitým segmentem léčebné a ošetrovatelské péče. Urgentní příjem je specifický svou nepředvídatelností událostí v rychlém časovém sledu, nutností okamžitých reakcí a rozhodování v časovém presu. V takovém prostředí je komunikace napříč profesemi a s pacienty základním nástrojem, který ovlivňuje celý léčebně diagnostický proces i jeho výsledek.

Pacient, který přichází na urgentní příjem s akutním problémem velmi senzitivně vnímá kvalitu poskytované péče. První kontakt pacienta s personálem urgentního příjmu bývá obvykle ve znamení formování subjektivních a objektivních pocitů na straně pacienta a vnímání objektivního stavu ze strany zdravotnického personálu (Polák, 2017).

Stěžejním bodem v prvním kontaktu pacienta s urgentním příjmem je proces triáže. Během triáže rozhoduje sestra o naléhavosti stavu pacienta na základě předem odebrané anamnézy dle jasných kritérií. V tomto bodě je stěžejní pozice sestry, jejímž úkolem je informovat pacienta o plánovaných úkonech, odhadované čekací době. Už tato základní komunikace s pacientem může pomoci snížit jeho hladinu kortizolu v krvi, což má přímý dopad na jeho compliance a celkový stav.

Psychický komfort pacienta, často doprovázený obavami z neznámého a bolestí, výrazně limituje jeho schopnost rozklíčování složitých medicínských informací.

Pokud pacient neobdrží tyto základní informace, vede toto obvykle k eskalaci napětí a vzájemnému nepochopení obou stran (Shesser, 2022).

Jestliže sestra dokáže efektivně komunikovat s pacientem, dokáže jej proměnit v plně informovaného účastníka a příjemce léčebné a ošetrovatelské péče. Právě tyto a další faktory v oblasti komunikace s pacientem je třeba analyzovat, abychom porozuměli tomu, proč efektivní komunikace selhává i u zkušeného a specializovaného zdravotnického personálu.

Cílem této bakalářské práce je identifikovat faktory, které determinují efektivitu komunikace na urgentním příjmu z pohledu pacienta. Tato práce analyzuje dopad informačního deficitu na vnímání kvality poskytované péče a zkoumá, jakým způsobem jsou pacienti informováni o plánované péči o sebe sama.

Bakalářská práce je dělena na část teoretickou a empirickou, kdy teoretická část definuje specifika práce na urgentním příjmu, základy komunikace a psychologické aspekty ošetrovatelské péče v urgentních stavech.

Empirická část prezentuje výsledky získané metodikou kvalitativního výzkumného šetření a definuje problematické uzly v komunikačním toku. Součástí empirické části je prezentace výsledků výzkumného šetření, diskuse a návrhy pro praxi, které by mohly pomoci vést k optimalizaci informačního a komunikačního toku na urgentním příjmu, s čímž následně souvisí i spokojenost a bezpečnost pacienta.

Poznámka autora, vymezení pojmů: v této práci je používán termín „sestra“, jako zkrácené označení pro všeobecnou sestru ve smyslu zdravotnického pracovníka dle platné legislativy. Při prvním výskytu je použit termín „všeobecná sestra“, v dalším textu je již užíván zkrácený výraz „sestra“.

# 1 Teoretická část

## 1.1 Specifika pracoviště urgentního příjmu

Oddělení urgentního příjmu, emergency nebo centrálního příjmu jsou v dnešní době již nedílnou součástí nemocničních zařízení napříč úrovněmi. Oddělení urgentního příjmu je tzv. vstupní branou do nemocničního zařízení a práce na těchto odděleních vyžaduje specifický přístup personálu. Na oddělení urgentního příjmu jsou přijímáni k ošetření pacienti s akutními zdravotními obtížemi od méně závažných až po kritické a život ohrožující. Cesta vstupu pacienta na oddělení urgentního příjmu může být prostřednictvím zdravotnické záchranné služby nebo po vlastní ose (Polák, 2017).

Urgentní příjmy představují pro Českou republiku významnou součást zdravotního systému a jejich cílem je zajištění efektivní a rychlé zdravotní péče v urgentních stavech. Oddělení urgentních příjmů jsou primárně koncipována tak, aby byla schopna zajistit a pokrýt zdravotní ošetření, a to nepřetržitě (MZCR., 2020).

Kočí, 2021 ve svém klinickém doporučení představuje bazální strukturu oddělení urgentního příjmu s jeho základními oddíly:

Recepce a čekárna – primární kontakt pacienta s všeobecnou sestrou (se specializací). Zde probíhá triáž a přidělení priority ošetření.

Ambulance – ambulance jednotlivých klinických odborností. Ambulantní část slouží k ošetření pacientů příchozích po vlastní ose.

Expektační lůžka – prostory disponující několika lůžky ke krátkodobé observaci pacienta.

Crash room – prostory s lůžky primárně sloužícími k příjmu pacientů od ZZS v různém stupni závažnosti.

Heliport – přímé propojení s UP.

## 1.2 Definice a typy urgentních příjmů

Oddělení urgentních příjmů se zpravidla dělí na oddělení vysokoprahová a nízkoprahová. Vysokoprahové urgentní příjmy přijímají pacienty s určitým typem diagnózy, zatímco nízkoprahové urgentní příjmy ošetřují a léčí všechny pacienty bez ohledu na diagnózu. Většina oddělení urgentních příjmů v České republice je nízkoprahová (Polák, 2017).

### 1.2.1 Urgentní příjem Nemocnice Jihlava

Urgentní příjem v jihlavské nemocnici je tvořen dvěma základními částmi, a to ambulantní částí a částí crash room a expektačních lůžek, které jsou propojeny tubusem s heliportem. Do ambulantní části UP přichází pacienti zpravidla po vlastní ose, kdežto do prostor crash room a expektačních lůžek přiváží pacienty záchranná služba. V ambulantní části UP se nachází recepce a několik ambulancí různých odborností. V ambulantní části UP, konkrétně v recepci probíhá vstupní triage pacientů všeobecnou sestrou se specializací.

Triage pacientů na UP Jihlava probíhá pomocí modifikovaného Manchester triage systém, upraveného do čtyř priorit naléhavosti (červená, žlutá, zelená, modrá).

Pacient na UP Jihlava je vyšetřen a ošetřen tak, že je schopen dimise nebo je nutné jej hospitalizovat (Golová, 2025).

### 1.2.2 Organizační a personální standardy

Koncepce urgentních příjmů je v současné době upravována Věstníkem Ministerstva zdravotnictví, kde jsou zcela přesně a jasně definovány personální a organizační podmínky i samotná činnost oddělení (mzcr., 2020). Oddělení urgentních příjmů představují výstupní bod zdravotnického zařízení, odkud se odvíjí koordinace léčebné a ošetrovatelské péče napříč nejrůznějšími specializacemi a klinickými obory (Šín a Štourač, 2024).

Personální dotaci urgentních příjmů v České republice upravuje vyhláška 99/2012 Sb. *O požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotnických služeb (mzcr., 2019)*.

Ministerstvo zdravotnictví dále v odkazu na vyhlášku 99/2012 specifikuje konkrétní, nutné zastoupení specializace lékařů a sester na odděleních urgentních příjmů (mzcr., 2019).

Na urgentních příjmech je personál permanentně exponován stresovým situacím a je tudíž nezbytné, aby lékařští i nelékařští pracovníci disponovali výbornými teoretickými znalostmi a zručností při výkonu praxe. Nedílnou součástí know – how personálu urgentního příjmu jsou i dobré technické znalosti, neboť oddělení UP disponují poměrně značným množstvím moderní přístrojové techniky. Konkrétní činnosti všeobecných sester vymezuje zákon č. 96/2004 Sb. A vyhláška č. 55/2011 Sb. (Šeblová, 2018).

### 1.2.3 Spektrum pacientů na urgentním příjmu

Jak uvádí Polák, 2017 je urgentní příjem velmi specifický svým širokým spektrem pacientů s rozmanitostí onemocnění napříč klinickými obory. Není výjimkou, kdy se jedná o pacienta polymorbidního či s nespecifickými klinickými příznaky, kdy rozklíčování základního problému nelze časně odhalit. Stěžejní roli v prvním kontaktu s pacientem přichozím do ambulantní části urgentního příjmu pak zaujímá triážní sestra.

## 1.3 Triážní proces jako výchozí komunikační bod

Triáž pacientů na urgentním příjmu představuje stěžejní bod od kterého se odvíjí další průběh ošetření.

Triáž představuje rychlý a standardizovaný proces, kdy je pacientovi určena priorita ošetření na základě naléhavosti jeho zdravotního stavu. Prioritu ošetření neurčuje doba příchodu na oddělení urgentního příjmu. Smyslem triáže je rozklíčování život ohrožujících stavů a zahájení diagnosticko – terapeutického procesu. Triáž funguje jako klíčový prvek při filtrování kriticky nemocných pacientů, od pacientů, u nichž lze ošetření odložit (v řádu minut až hodin) (WHO, 2018). Obvykle jsou pacienti přicházející na urgentní příjem k ošetření děleni do dvou kategorií: pacienti přichází po vlastní ose a pacienti přichází prostřednictvím zdravotnické záchranné služby. Na obou těchto částech probíhá triáž pacientů. Všeobecná sestra, která triáž provádí disponuje velkou mírou rozhodovací schopnosti a odpovědnosti. Dominujícími vlastnostmi triážní sestry jsou nejen vysoce specializovaná odbornost, ale i empatie, vstřícnost a komunikační dovednosti (Šeblová a Matějka, 2023).

## 1.4 Komunikace sestry a pacienta

Komunikace je základní nástroj pro utváření vztahu mezi pacientem a sestrou. Důležitými aspekty, který tento proces utváří jsou otevřenost, srozumitelnost, empatie, jasnost, výstižnost a opravdovost. V komunikační rovině nejde jen o převod informací dané osobě, ale i o přítomnost u pacienta, neboť už to má velký význam pro vytvoření kvalitního vztahu sestra – pacient. Komunikace není součástí osobnostního charakteru, kvalitní komunikaci je třeba se naučit. Je to neustálý proces rozvoje každého člověka, zdravotníky nevýmaje. Správná a kvalitní komunikace ve vztahu sestra – pacient může do jisté míry kladně ovlivnit úspěšnost, náklady a trvání léčby (Tomová, Křivková, 2016).

Dobrá komunikace pomáhá naplňovat sociální potřeby, přináší úlevu od stresu a vytváří užší lidské vazby. Komunikace je pro někoho snadná, pro někoho obtížnější, závisle na typu osobnosti introvert/extrovert. Schopnost efektivně komunikovat je klíčovou vlastností každého zdravotníka (Zbrozek, 2020).

Komunikace jako taková se řadí mezi základní články jakékoliv interakce. V podstatě nelze nekomunikovat, a to i v případě, že neřekneme nahlas nic, vysíláme velmi čitelné signály vůči svému okolí. Tyto signály tvoří tzv. neverbální komunikaci, která je neméně důležitá jako verbální komunikace. Posturologie, gesta, oční kontakt a další tvoří neverbální komunikaci.

Komunikace sestry nebo lékaře s pacientem je nenahraditelný proces, který i přes veškerou moderní techniku zůstává výhradně v gesci člověka. Základem v komunikačním procesu s pacientem v rámci zdravotní péče by cílem měla být jasná a srozumitelná informace o pacientově onemocnění, plánu léčby a dalších možnostech. V opačném komunikačním toku, tedy od pacienta ke zdravotníkovi, by měly přicházet konkrétní a pravdivé informace, tak aby mu mohlo být pomoci co nejdříve a nejefektivněji (Povolná, 2017).

### 1.4.1 Neverbální komunikace

Neverbální komunikace je nedílnou součástí komunikace verbální. Prostřednictvím mimiky, haptiky, formy gestikulace, pohledu, vzezření a mnoho dalšího lze snadno vyjádřit emoční ladění, porozumění pacientovi, empatii či soucit (Pospíšilová, 2017).

Verbální a neverbální komunikace se vždy prolínají a projektují myšlenky obou komunikačních stran. Díky neverbálním projevům, je komunikující člověk čitelný nejen z obsahu mluveného slova, ale z pocitů, emocí a nálad. Nejvýraznější jsou neverbální projevy čitelné v obličeji, na rukou, postojích a pohybu (Tomová, Křivková, 2016).

#### 1.4.2 Potřeby informovanosti pacienta v akutním stavu

Na oddělení urgentního příjmu je komunikace nedílným a stěžejním článkem v celém léčebně – diagnostickém procesu (Polák, 2017).

Při komunikaci a pacientem s akutním zdravotním problémem, je třeba mít na paměti, že velká většina populace není zdravotně gramotná a nesrozumitelná a věcně nesprávná komunikace představuje velké riziko nepochopení sděleného odborného obsahu.

Pacient, který přichází do zdravotnického zařízení s akutním zdravotním problémem, je vstupně vybaven základními informacemi neznámého rozsahu a kvality, na které ošetřující personál nahrne další množství informací, o diagnóze, prognóze, plánovaných vyšetřeních a léčbě. Bohužel v drtivé většině případů, není pacient schopen informace zpracovat v takové míře, aby pro něj byly srozumitelné a efektivní. Na základě výsledků z nejrůznějších studií a průzkumů bylo zjištěno, že téměř polovina populace v Evropě, nedokáže porozumět informacím, které obdrželi od zdravotnického personálu během své návštěvy (Novotná, 2023).

#### 1.4.3 Srozumitelnost a struktura sdělení

Když pomineme fakt, že je pacient vstupně indisponován nízkou zdravotní gramotností, jeho schopnost porozumět sdělené informaci od zdravotnického personálu snižuje diskomfort z bolesti, stresu z neznámého a další atributy, které se s návštěvou lékaře mohou pojít. Sestra a lékař by měli vycházet z toho, že ačkoliv pro ně jsou sdělované informace banalitou, pro pacienta mohou naopak znamenat závažnou stresovou situaci. Je pravděpodobné, že dobře informovaný pacient, který porozuměl tomu, co se s ním děje a jaký je další plán řešení jeho aktuálního zdravotního problému, může velmi dobře spolupracovat se zdravotnickým týmem a aktivně se podílet na léčbě a jejím úspěchu. Je třeba si uvědomit, že kvalita komunikace s porozumění sdělenému obsahu funguje pouze tehdy, mluví-li obě strany stejnou řečí. Je nereálné očekávat od pacienta rychlokurz v porozumění odborné lékařské terminologii, ale naopak je třeba si uvědomit, že zdravotník se musí umět vyjadřovat tak, aby mu pacient porozuměl. Důležitým bodem v takové komunikaci je i zpětná vazba, tedy ověření si, že pacient poskytnutým informacím rozuměl (Novotná, 2023).

#### 1.4.4 Komunikační bariéry

Samotný proces komunikace je velmi složitý a poměrně velký vliv na něj vyvíjí osobnostní faktory zúčastněných stran jako je vzdělání, inteligence, psychické ladění a zkušenosti. V souvislosti s tím mohou vzniknout bariéry v komunikačním procesu. Komunikační bariéry lze rozdělit do dvou základních skupin: interní a externí.

Interní komunikační bariéry se týkají problémů osobnostních – nesympatie, skákání do řeči, nesoustředěnost, zlost a u externích komunikačních bariér jsou to především rušivé elementy okolí – časová tíseň, vzdálenost mezi komunikujícími osobami, hluk v bezprostředním okolí komunikujících apod.

Komunikační bariéru si lze vysvětlit jako překážky, které musí komunikující strany překonat pro efektivní vedení komunikace (Tomová, Křivková, 2016).

#### 1.4.5 Komunikace s pacientem na urgentním příjmu

Křehký vztah mezi sestrou a pacientem navazuje každý pacient, který navštíví zdravotnické zařízení s akutním zdravotním problémem. Tak, aby byla komunikace s pacientem smysluplná a efektivní, musí sestra dodržovat několik základních pravidel:

- Přivítání a pozdravení se s pacientem, samozřejmostí je ID karta sestry
- Oslovení pacienta titulem, popř. příjmením
- Udržování očního kontaktu po celou dobu komunikace s pacientem a při ošetrovatelských výkonech
- Po odběru základní anamnézy nutné pro triáž oznámit pacientovi přidělenou prioritu a plán dalšího postupu včetně odhadované čekací doby
- Před každým výkonem pacienta informujeme o jeho průběhu a o tom co od konkrétního vyšetření očekáváme
- Během komunikace s pacientem nevyřizovat osobní hovory
- Zpětná vazba cíleným dotazem na pacienta k ozřejnění pochopení sděleného obsahu
- Barva hlasu sestry by měla být vlídná, klidná, bez známek časové tísně
- Sestra nestaví pacienta do submisivní role
- Sestra se maximálně snaží o udržení soukromí pacienta (Hubková, 2021).

Efektivní komunikace mezi zdravotníkem a pacientem na urgentním příjmu, může být velmi náročná, zejména v časově i psychicky náročných situacích. Porozumění celému procesu komunikace a informovanosti pacienta v akutní péči je klíčovým milníkem pro spokojenost s kvalitou odvedené péče (Blackburn, Ousey, Goodwin, 2019).

#### 1.4.6 Edukační role sestry při propuštění pacienta z urgentního příjmu

Propuštění pacienta z ambulantní péče konkrétně z oddělení urgentního příjmu je stěžejním momentem důležitým pro zachování kontinuity poskytované péče. Klíčovou roli pro pacienta zde představuje sestra, která je hlavním edukátorem a v omezené časové dotaci musí pacientovi poskytnout množství srozumitelných informací. Vzhledem k rozmanitosti a multioborového zastoupení na urgentním příjmu, musí sestra umět vyfiltrovat prioritní a podstatné informace, které pacient nezbytně potřebuje. Součástí závěru edukačního procesu je provedení zpětné vazby a ověření, zda pacient předanému obsahu sestrou porozuměl a nechat prostor pro případné dotazy. Aktuální ošetrovatelská doporučení se opírají o metodu zpětného ověření pochopení předaných informací, kdy při pouhém pasivním předání mohou zůstat skryty nedostatky. Doporučuje se pro to využít interaktivního přístupu k pacientovi a požádat ho například

o předvedení manipulace s nově implementovanou zdravotní pomůckou. Tento přístup pochopitelně zvyšuje pacientovu autonomii a schopnost sebepéče.

Je prokázáno, že kvalitně edukovaní pacienti při propuštění z oddělení urgentního příjmu méně často opětovně navštěvují lékařské zařízení se stejnou záležitostí než pacienti, kteří byli edukováni nekvalitně či vůbec.

Pacient při propuštění z ambulantního ošetření mnohdy v přísunu velkého množství, obvykle i odborných informací, ztrácí přehled o sděleném obsahu a nedokáže se orientovat v základních

věcech. Jedná se zejména o následný postup – doporučená příští kontrola, nutnost návštěvy praktického lékaře, vysvětlení diagnostického závěru, změna ve farmakoterapii apod. V této fázi pobytu pacienta na urgentním příjmu je stěžejní role sestry, jejímž úkolem je „přeložení“ lékařské terminologie a doporučení následného postupu, do srozumitelné a laické rétoriky, kterou běžný pacient snadno pochopí. Důležitý je i kontakt s rodinou pacienta (Jack, 2019).

## 1.5 Právní minimum ve vztahu k podávání informací ve zdravotnickém zařízení

Každý pacient má dle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, právo na informace o svém zdravotním stavu, o plánu léčebné a ošetrovatelské péče, a to v dostačujícím rozsahu. Informacemi o zdravotním stavu rozumíme především informace o původu či příčině onemocnění, pokud je známa, stadiu nemoci a jejím předpokládaném vývoji. Dále o očekávaném profitu a možných důsledcích navrhovaných zdravotních služeb a jednotlivých výkonů.

Pacient musí být o svém zdravotním stavu informován při přijetí do léčebné péče a dále vždy s ohledem na prováděné zdravotní výkony a služby.

Pacientovi musí být umožněn dostatečný prostor pro kladení doplňujících otázek souvisejících s jeho aktuálním zdravotním stavem a navrhovaným zdravotnickým službám či výkonům.

Dalším neméně důležitým dokumentem je Etický kodex práv pacientů, který upravuje detaily v přístupu k pacientovi při poskytování odborné zdravotnické péče. Etický kodex uvádí například, že pacient ošetřovaný a léčený v rámci ambulantního či nemocničního vyšetření, má právo na zajištění soukromí v maximálním možném rozsahu, přičemž rozbor a jakékoliv konzultace jeho případu jsou důvěrné a je třeba je provádět s maximální diskrétností, odborností a ohleduplností, kvalifikovanými pracovníky (KZP, 2026).

## 2 Výzkumná část

### 2.1 Cíl práce a výzkumné otázky

Cíl práce:

1. Identifikovat klíčové faktory ovlivňující efektivitu komunikace na urgentním příjmu
2. Analyzovat dopad efektivní či neefektivní komunikace na kvalitu poskytované péče u pacientů na urgentním příjmu

Výzkumné otázky:

1. Jakým způsobem sestry v rámci triážního procesu informují pacienty o provozních aspektech urgentního příjmu a předpokládané čekací době?
2. Jak pacienti vnímají srozumitelnost a dostatečnost informací o diagnosticko-terapeutickém plánu v souvislosti s ošetřením na urgentním příjmu?
3. Jaká je zkušenost pacientů s edukací a předání srozumitelných informací při propouštění z urgentního příjmu?
4. Jaký dopad má nedostatečná informovanost na subjektivní pocit bezpečí pacienta během pobytu na urgentním příjmu?

## 2.2 Metodika výzkumu

Pro účely empirického šetření této bakalářské práce bylo zvoleno kvalitativní výzkumné šetření. Dle Hendla (2016), se kvalitativní forma výzkumu jeví jako optimální pro hlubší porozumění subjektivním sdělením respondentů. Na rozdíl od metody kvantitativního šetření, kde je hlavním záměrem testování hypotéz a statistické roviny, v kvalitativní formě výzkumu jde především o hledání výsledků v přirozených podmínkách s holistickým obrazem.

Každému kvalitativnímu výzkumnému šetření náleží určité teoretické pozadí, v jehož návaznosti jsou formulovány výzkumné otázky (Mišovič, 2025).

Sběr dat potřebných pro empirické šetření probíhal s využitím polostrukturovaných rozhovorů s pacienty, kteří byli na urgentním příjmu ošetřeni. Před zahájením výzkumného šetření byla v této záležitosti oslovena náměstkyně nelékařských profesí, ve věci schválení provedení empirického šetření. Žádosti bylo vyhověno (viz příloha Žádost o povolení výzkumu).

Polostrukturovaný rozhovor je populární pro svou jednoduchost, flexibilitu a dostupnost. Velmi často se jedná o neefektivnější prostředek k získání informací, které jsou pro výzkum potřebné. V neposlední řadě poskytuje respondentovi možnost uvažovat způsobem jemu blízkým a odpovídat v jeho hovorovém jazyce (Mišovič, 2025).

Polostrukturované rozhovory, mnohdy nazývané rozhovory dle návodu, představují určitou formu kompromisu mezi narativním rozhovorem a přísně strukturovaným dotazníkem. Hendl (2016), dále uvádí, že hlavní podstata polostrukturovaného rozhovoru je založena na seznamu témat či otázek, které mají být probrány, avšak jejich pořadí a přesná formulace se mohou přizpůsobovat aktuální situaci a reakcím respondentů.

Tento způsob dotazování je pro zkoumání komunikace na urgentním příjmu ideální hned z několika důvodů. Umožňuje výzkumníkovi zajistit pokrytí všech klíčových témat. Výhodou této metody je také možnost vyjádření subjektivních pocitů a postřehů pacientů/respondentů, které by při využití metody kvantitativního šetření zanikly.

Nepsaným předpokladem při využití techniky kvalitativního výzkumného šetření je obsahové naplnění jak metodických, tak metodologických požadavků (Mišovič, 2025).

## 2.3 Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí

Výzkumné šetření pro účely této bakalářské práce bylo provedeno v prostředí urgentního příjmu v jihlavské nemocnici, a to v období od ledna do března 2026. Výzkumný vzorek tvořilo 10 pacientů, různých věkových kategorií, kteří byli ošetřeni v ambulantní části urgentního příjmu, tedy všichni se dostavili k ošetření po vlastní ose a všichni byli po ošetření propuštěni domů.

Kritéria výběru respondentů:

1. Věk nad 18 let
2. Ošetření v ambulantní části urgentního příjmu
3. Rozdílné zdravotní potíže
4. Schopnost verbální komunikace a orientace v čase a prostoru (kvalita vědomí nenarušena)
5. Ochota účastnit se výzkumného šetření a vyslovit s tímto souhlas

Vylučujícím kritériem byl takový zdravotní stav, který by vyžadoval okamžitou intervenci k záchraně života, tedy život ohrožující stavy a jakkoliv snížená kvalita či kvantita vědomí.

Výzkumné šetření bylo realizováno v souladu s etickými standardy, které jsou součástí výzkumných prací v oboru ošetřovatelství. Všichni respondenti byli podrobně seznámeni s účelem empirického šetření a o způsobu využití získaných dat. Všichni respondenti byli zároveň obeznámeni s možností kdykoliv od rozhovoru odstoupit, a to bez udání důvodu. Všichni respondenti byli upozorněni na nahrávání rozhovorů a v souvislosti s tímto byli požádáni, aby během nahrávání v rozhovoru nezmiňovali své osobní údaje. Bylo jim vysvětleno, že po přepsání nahrávek budou audiozáznamy vymazány. Všichni respondenti souhlasili s uveřejněním nasbíraných dat v této bakalářské práci.

Polostrukturované rozhovory s pacienty obsahovaly dvě základní části, obecnou a speciální. Obecná část zahrnovala představení výzkumníka, vysvětlení důvodů výzkumného šetření a obeznámení ohledně anonymity, likvidaci dat apod. uvedená výše. Rozhovory probíhaly s předem připravenými otázkami, a v souvislosti s vývojem rozhovoru i s otázkami doplňujícími, což je jednou z výhod kvalitativního šetření. Rozhovory byly sestaveny tak, aby se dotýkaly tří základních kategorií: informovanost pacienta v rámci triáže, včetně čekací doby, komunikace při jednotlivých ošetřovatelských výkonech a edukace pacienta při propuštění. Rozhovory s respondenty byly vedeny v takových prostorách urgentního příjmu, kde nebyla nijak narušena koncentrace obou stran.

Tab. 1: Spektrum respondentů

Spektrum respondentů/pacientů		
P1	Akutní úraz hrudníku	78 let
P2	Suspektní EAP/AKS	39 let
P3	Kontrola zhojení po úrazu	56 let
P4	Bolesti břicha	27 let
P5	Defekt na noze	82 let
P6	Bolesti zad	40 let
P7	Dušnost	62 let
P8	Anemie	57 let
P9	Retence moči	77 let
P10	Alergická reakce	29 let

Zdroj: vlastní (2026)

## 2.4 Výsledky výzkumu

### 2.4.1 Kategorizace výsledků

1. První kontakt a srozumitelnost informací při triáži
2. Informovanost o čekací době
3. Edukace o změně stavu (přetriážování)
4. Komunikace během diagnosticko-terapeutických výkonů
5. Edukace při propuštění

## 2.5 Zpracování získaných dat

Všechna získaná data z polostrukturovaných rozhovorů s pacienty byla analyzována. Každý rozhovor byl doslovně přepsán a následně opakovaně pročitán s cílem účelně identifikovat jeho význam. Další fází bylo kódování a seskupení do jednotlivých kategorií na základě určité obsahové podobnosti. Během analýzy byly definovány hlavní témata a subtémata, která korelují se stanovenými cíli.

### 2.5.1 První kontakt a srozumitelnost informací při triáži

Iniciální kontakt pacienta s ošetřovatelským personálem se odehrává ve všech případech v prostorách čekárny, respektive recepcie urgentního příjmu. Respondenty byla tato část vnímána jako stěžejní pro jejich další působení na urgentním příjmu. Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že samotný administrativní zápis pacienta probíhal standardně bez odchylek, avšak míra poskytovaných a tolik potřebných informací o provozu oddělení se významně liší.

Polovina respondentů (P1, P4, P5, P8, P10) uvedla, že jim nebyl vysvětlen systém triáže a přidělení priority k ošetření. Co se týče prvotního kontaktu došlo ve dvou případech (P6 a P10) k negativnímu přístupu k pacientovi: „sestra mi řekla, že jsem to měl řešit dřív s obvodním“ (P6)

a „vysvětlila mi jen, že dlouhodobější problém jsem měl řešit dříve, ideálně tam, kde se na to specializují“ (P10). Taková komunikace může u pacienta vyvolat pocit, že personál obtěžuje, což potvrzuje respondent P10: „přišlo mi spíše, že jsem obtěžoval“.

Naopak pozitivní zkušenost popisuje respondent P7, kterému sestra vysvětlila své detailní dotazování na různé anamnestické údaje snahou o zařazení ke správnému odborníkovi: „vysvětlila mi, že mě potřebuje správně zařadit, abych zbytečně nebyl vyšetřen u někoho, kdo můj problém třeba nevyřeší“ (P7). Takovýto přístup může v pacientovi evokovat důvěru v odbornost a smysluplnost.

Tab. 2: První kontakt a srozumitelnost informací při triáži

První kontakt a srozumitelnost informací při triáži				
Kategorie	Subkategorie	Kód	Popis	Respondenti
První kontakt a srozumitelnost informací při triáži	Organizace prvního kontaktu	Standardní průběh administrativy	Administrativní příjem bez odchylek	-
	Informovanost o triáži	Nedostatečné vysvětlení triáže	Nevysvětlen systém triáže a přidělení priority	P1, P4, P5, P8, P10
	Zkušenost	Negativní přístup	Odmítavá komunikace	P6, P10
	Zkušenost	Pozitivní přístup	Vysvětlení triáže	P7
		Budování důvěry	Komunikace zvyšuje důvěru pacienta	P7

Zdroj: vlastní (2026)

### 2.5.2 Informovanost o čekací době

Čekací doba je jedním z nejvýznamnějších stresorů v urgentní péči. Z výsledků empirického šetření vyplynulo, že informovanost v této oblasti je poměrně komplikovaná. Zatímco někteří respondenti obdrželi konkrétní odhad doby čekání k ošetření: „více než tři hodiny“ (P3), jiní byli ponechání v nejistotě (P1 a P5). Respondent P8 dokonce uvedl svůj neúspěšný pokus o získání informace o odhadované délce čekání k ošetření: „když jsem se byl po 20 minutách zeptat, řekla mi, že neví, že to nemůže odhadnout“.

Respondent P3 pozitivně hodnotil informaci, že bude volán na rentgen ještě před vstupem do ambulance, což mu umožnilo se lépe zorientovat v organizaci ošetření. Kladnou zkušenost prezentoval i respondent P2, kterému sestra sdělila počet pacientů, čekajících k ošetření do stejné ambulance před ním: „říkala, že to bude asi jen chvilka, že je přede mnou jeden člověk“.

Tab. 3: Informovanost o čekací době

Informovanost o čekací době				
Kategorie	Subkategorie	Kód	Popis	Respondenti
Informovanost o čekací době	Důvod čekání	Stresor	Čekání znamená významný stresový faktor	-
	Informace o čekací době	Konkrétní odhad	Pacient obdržel konkrétní časový odhad čekání	P3
	Informace	Nejistota	Pacient neobdržel konkrétní informace o čekací době	P1, P5
		Neúspěšné získání informace	Personál nesdělil odhad čekací doby	P8
	Zkušenost	Pozitivní	Informace o pořadí	P2

Zdroj: vlastní (2026)

### 2.5.3 Edukace o změně stavu (přetriázování)

Z výsledků empirického šetření dále vyplynulo, že většina respondentů (P1, P3, P5, P6, P8, P10) nebyla edukována o konkrétním postupu při náhlém zhoršení zdravotního stavu během čekání k ošetření. Absence této informace bohužel zvyšuje riziko přehlédnutí kritického zhoršení pacientova zdravotního stavu, což může mít fatální následky.

Pouze tři respondenti (P2, P4, P7) uvedli, že byli instruováni, jak postupovat při zhoršení zdravotního stavu: „*sestřička mi v recepci říkala, že kdybych začala zvracet nebo se to zhoršilo, že mám hned zavolat nebo zamávat*“ (P4). Tato jednoduchá instruktáž zvyšuje subjektivní komfort a pocit bezpečí pacienta a je základním prvkem efektivní ošetrovatelské péče.

Tab. 4: Edukace o změně stavu

<b>Edukace o změně stavu</b>				
<b>Kategorie</b>	<b>Subkategorie</b>	<b>Kód</b>	<b>Popis</b>	<b>Respondenti</b>
Edukace o změně stavu	Informovanost pacientů	Absence edukace	Pacienti nebyli poučeni o postupu při zhoršení stavu	P1, P3, P5, P6, P8, P10
	Instruktaž	Pozitivní	Pacienti dostali jasné pokyny při zhoršení stavu	P2, P4, P7
	Dopad edukace	Pocit bezpečí	Instruktaž zvyšuje komfort a bezpečí pacienta	

Zdroj: vlastní (2026)

#### 2.5.4 Komunikace během diagnosticko-terapeutických výkonů

Ošetřovatelská péče a samotný přístup sestry v ambulanci je respondenty hodnocen lépe než proces triáže. Klíčovými prvky v komunikaci při diagnosticko-terapeutických výkonech v ambulanci je dle výpovědi respondentů komentování prováděných výkonů a jejich význam. Respondenti P2, P4, P7 a P9, uvedli, že jim sestra vysvětlovala důvod odběru krve, natáčení EKG, zavádění močového katétru a CT vyšetření. Respondent P2 uvedl: „vysvětlovala mi, co všechno bude z těch odběrů vidět, bylo vidět, že se v tom orientuje a zná to“.

Oproti tomu respondenti P3, P5, P8 uvedli, že komunikace ze strany sestry byla strohá: „sestra v ambulanci něco málo povídala, měřila mi tlak a brala krev“ (P8). Takový přístup může v pacientovi vyvolat spíše obavu klást otázky.

Tab. 5: Komunikace během diagnosticko-terapeutických výkonů

<b>Komunikace během diagnosticko – terapeutických výkonů</b>				
<b>Kategorie</b>	<b>Subkategorie</b>	<b>Kód</b>	<b>Popis</b>	<b>Respondenti</b>
Komunikace během výkonů	Pozitivní	Vysvětlování	Vysvětlování výkonů a vyšetření	P2, P4, P7, P9
	Negativní	Strohost	Minimum komunikace	P3, P5, P8

Zdroj: vlastní (2026)

### 2.5.5 Edukace při propuštění a kontinuita péče

Závěrečná fáze komunikace se u sester na urgentním příjmu ukázala jako velmi silné místo. Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že v této fázi komunikace projevovaly sestry ve velké většině empatii a přátelský a kvalifikovaný přístup.

Analýza jednotlivých rozhovorů identifikovala několik forem efektivní komunikace při propuštění pacienta:

- Interpretace lékařské zprávy: Sestra velmi často funguje jako tzv. překladatelka odborného doporučení lékaře a tlumočí jej do srozumitelného jazyka pacientovi: „*prošla se mnou to doporučení od pana doktora, podtrhla mi tam, kdy se mám dostavit na vyšetření na které mě objednali a jak mám postupovat doma. Potom mi vysvětlila a ukázala, jak si mám píchat injekce*“ (P2), „*sestřička mi důležité věci podtrhla v té zprávě od pana doktora. Potom mi zavolala taxi, protože jsem neměla žádný odvoz*“ (P4).
- Praktická instruktáž: Návuk dovedností a zpětná vazba od pacienta např. aplikace injekcí (P2) nebo péče o močový katetr (P9) „*podrobně mi vysvětlila, jak mám obsluhovat močový katetr a sběrný sáček a chtěla abych jí to ukázal, jak s tím budu pracovat*“.  
Organizační podpora: Pomoc s odvozem domů (P4): „*Potom mi zavolala taxi, protože jsem neměla žádný odvoz*“, či nasměrování do lékárny (P1, P5): „*vysvětlila mi, kde je lékárna a co si tam mám jít koupit, co doporučil pan doktor*“, „*vysvětlila, kde si mám vyzvednout pomůcky, které mi předepsal pan doktor*“.

U respondentů P3, P7 a P8 byla tato část komunikace minimalizována, protože informace od lékaře byly natolik srozumitelné a dostačující, že nebylo zapotřebí následné intervence sestry. Je zřejmé, že pokud se sestra aktivně zapojí do edukačního procesu při propouštění pacienta, je toto pacienty vnímáno velice kladně a dochází k eliminaci nejistoty pacienta po odchodu z nemocnice. „*Sestřička mi důležité věci podtrhla v té zprávě od pana doktora*“ (P4).

Výsledky výzkumného šetření dále potvrzují přímou korelaci mezi stylem komunikace sestry a emočním stavem pacienta. Pozitivní a empatický přístup sestry vedl k pocitům úlevy a spokojenosti (P2, P4, P7, P9). Naopak způsob komunikace, kde dominuje spěch, moralizování pacienta nebo nezáměr o navázání užší komunikace, vyvolává v pacientovi negativní emoce a sníženou ochotu spolupracovat: „*na nic jsem se raději neptal, nebyla moc dobře naladěná*“ (P6).

Z výzkumného šetření dále vyplývá, že efektivita komunikace ve vztahu sestra x pacient nespočívá pouze v předávání informací, ale o vytváření bezpečného prostředí, kde se pacient cítí být plnohodnotným účastníkem celého procesu, nikoliv pouze pasivním příjemcem péče.

**Tab. 6: Edukace při propuštění**

<b>Edukace při propuštění</b>				
<b>Kategorie</b>	<b>Subkategorie</b>	<b>Kód</b>	<b>Popis</b>	<b>Respondenti</b>
Propuštění	Interpretace Informací	Překlad zprávy	Vysvětlení doporučení	P2, P4
	Praktická Instruktáž	Nácvik dovedností	Pacient se učí praktické dovednosti	P2, P9
	Podpora	Zajištění ná vaznosti péče	Pomoc s odvozem, lékárnou, kontrolami	P1, P4, P5
	Variabilita komunikace	Minimální edukace	Někteří pacienti nepotřebovali doplnění informací	P3, P7, P8
	Dopad	Pozitivní emoce	Empatická komunikace vede k úlevě a spokojenosti	P2, P4, P7, P9
		Negativní emoce	Strohá komunikace vede k nejistotě a noncompliance	P6

Zdroj: Vlastní (2026)

## 2.6 Diskuze

Předložená bakalářská práce se zaměřila na analýzu komunikačních procesů na oddělení urgentního příjmu, přičemž stěžejním prvkem bylo hodnocení efektivity předávání důležitých informací sestrou pacientovi. Jinými slovy lze říct, že výzkumné šetření analyzovalo subjektivní pocity pacientů, kteří byli na urgentním příjmu ošetřeni s různými zdravotními problémy v různou denní dobu, různými sestrami. Výsledky šetření umožňují identifikovat specifické oblasti, kde dochází k diskrepanci mezi očekáváním pacienta a realitou. Subjektivní dojmy pacientů doplňují objektivní poznatky z komunikačního procesu ve vztahu sestra x pacient. Data, která byla tímto kvalitativním šetřením získána, odhalila několik problematických oblastí, které vycházejí z poznatků moderního ošetrovatelství.

Bylo vytvořeno 5 kategorizačních skupin, které jsou v následující části diskuze podrobně rozebrány.

Kategorie první kontakt a srozumitelnost informací při triáži. Triážní sestra je obvykle prvním odborným pracovníkem, který plní funkci nejen diagnostickou a technickou, ale i koordinační. Je to obvykle první člověk, se kterým se přichází pacient na urgentní příjem setkávat. Recepce urgentního příjmu, kde se triáž odehrává, je tedy prvním kontaktním bodem. Při triáži je určena nejen pacientova priorita k ošetření, ale dochází zde i k nastavení určité emoční stability pacienta. To, jaké bude emoční ladění pacienta, určuje do značné míry postoj, empatie a vstřícnost triážní sestry. Pacient s akutním problémem podvědomě očekává určitý druh empatie, a především všestranné profesní kvality, což následně rozhodne o jeho emočních projevech.

Výsledky výzkumného šetření naznačují, že ačkoliv je triáž pacientů prováděna správně po technické stránce, komunikační složka často postrádá několik důležitých bodů, které jsou důležité pro kvalitně odvedenou péči o pacienta. Komunikace s pacientem a informování jej je omezena na komunikační minimum. Toto lze přikládat především tomu, že v recepci urgentního příjmu je sestra v časové indispozici, kdy v jeden okamžik čeká na triáž několik pacientů. Komunikace v náročném prostředí urgentní péče je ovlivněna vysokou mírou stresu, časovým deficitem a velkou fluktuací pacientů.

Tento deficit v komunikaci vstupně vytváří bariéru, kterou lze v pozdějších fázích odstranit obtížně.

Odborná literatura uvádí, že ucelená a srozumitelná informace o předpokládané čekací době k ošetření je základním článkem pro snížení stresu a frustrace pacienta (Zacharová, 2016).

Z výzkumného šetření vyplynulo, že pacienti, kteří obdrželi informaci o alespoň rámcovém odhadu času, projevovali vyšší míru tolerance a spolupráce než pacienti, kteří byli ponecháni v nejistotě.

Co se týče kategorie edukace o změně stavu (přetriážování). Z výsledků výzkumu vyplynulo, že sestry při triáži pacienta edukují a informují velmi zřídka o nutnosti signalizovat změnu subjektivního stavu během čekání k ošetření. Lze ale předpokládat, že sestra, která vede triáž je natolik zkušená a dokáže vyfiltrovat u kterého pacienta je taková edukace nezbytná a u kterého pacienta potřebná není (např. běžná monotraumata, kontrolní vyšetření apod.).

Pokud sestra vynechá edukační minimum o nutnosti signalizace změny zdravotního stavu pacienta, dochází k narušení pocitu bezpečí, což může mít negativní vliv na pacienta zejména pak v akutním stavu. Aktivní zapojení pacienta do monitoringu svého stavu může být jedním ze základních článků bezpečnosti pacientů při čekání k ošetření.

Další významnou kategorií je informovanost o probíhajících vyšetřeních a výkonech. V této kategorii byly výsledky šetření velmi uspokojivé. Informace a edukace přicházející od sestry v ambulanci byly ve většině případů odborné, věcné, sestra působila empatickým a uklidňujícím dojmem, což mělo velmi pozitivní vliv na pacientovu psychiku. Velmi podobné výsledky uvádí ve své výzkumné práci Pospíšilová (2017), kdy byli pacienti velmi kvalitně informováni a edukováni o průběhu ošetření a diagnosticko-terapeutickém kolečku. Pospíšilová (2017) ve své práci dále uvádí, že každý pacient přicházející k ošetření na urgentní příjem má svoje určité potřeby a úkolem zdravotníků je jeho potřeby saturovat. Součástí těchto potřeb je právě potřeba informovanosti. Pacient potřebuje vědět co ho čeká, jaký je další plán v jeho diagnostice a léčbě, jaká vyšetření ho čekají, jaké dostává léky apod. S tímto následně úzce koreluje pacientova emoční stabilita a psychické ladění.

Blackburn, Ousey, Goodwin, 2019, ve své studii uvádějí, že provedli rozhovory s 15 pacienty a jejich rodinami. Z výzkumu vyplynulo, že smysluplné a interaktivní informace, které pacient na urgentním příjmu obdrží, jsou nezbytnou součástí pozitivní zkušenosti pacienta. Výsledky analýzy této výzkumné studie odhalily několik témat, souvisejících s komunikací a informovaností pacientů na urgentním příjmu: Pocit informovanosti, jak dlouho budu muset čekat, vysvětlení léčby a péče, vysvětlení třídění, písemná komunikace.

Další zahraniční studii, jejímž cílem bylo zkoumání důvodů vedoucích k agresi pacientů na urgentním příjmu v Irsku. Tato výzkumná studie probíhala prostřednictvím rozhovorů se sestrami, které shodně identifikovaly dva faktory přispívající k eskalaci agrese na urgentním příjmu: čekací doba a nedostatek komunikace s pacientem. Jedním z návrhů pro praxi bylo doporučení ke zvážení zavedení pozice komunikačního pracovníka na urgentním příjmu (Angland; Dowling; Casey, 2014).

Poslední kategorií vyplývající z výzkumného šetření této bakalářské práce byla edukace při propuštění. V oblasti propuštění pacienta do domácí péče výsledky šetření naznačují, že edukace sestrami funguje na velmi dobré úrovni. Většina pacientů byla v samotném závěru vyšetření mile překvapena interaktivním přístupem sestry, která se aktivně zapojila do tzv. přetlumočení terminologie lékaře, vysvětlila důležité body v doporučení lékaře a provedla praktický nácvik s manipulací s novou pomůckou. Nechybělo ani využití zpětné vazby od pacienta, kdy sestra požadovala předvedení právě naučené a vysvětlené praktické dovednosti (aplikace s.c. injekce, manipulace s PMK). U třech respondentů byly informace poskytnuté lékařem natolik dostačující a jednoduché, že nebylo třeba další intervence sestry. Studie ukazují, že především nepochopení doporučeného pacientem vede často k opětovné návštěvě zdravotnického zařízení, či noncompliance v léčebném procesu. Adherence pacienta k nastaveným doporučením je přímo úměrná míře edukace sestrou při propuštění (Gurková, 2017). Pro pacienty na urgentních příjmech je klíčová stručnost a jasnost, v písemné formě. Informovanost pacientů po propuštění z urgentního příjmu popisuje i zahraniční studie. Ve Finsku proběhl výzkum za pomoci strukturovaného dotazníku během telefonického rozhovoru s pacienty den po propuštění z urgentního příjmu. Bylo vyslechnuto 132 pacientů. Drtivá většina pacientů, tedy devadesát procent potvrdila, že obdrželo při propuštění konkrétní pokyny. Polovina pacientů však byla spokojena s předáním informací, druhá polovina nikoliv. Dvacet procent pacient dokonce ani nemělo možnost klást otázky. Asi dvacet procent pacientů pak uvedlo, že pokynům jednoznačně nerozuměli, přes šedesát procent pacientů pokynům při propuštění rozumělo a byli schopni je dodržet.

Bohužel tempo na urgentních příjmech je rychlé a délka pobytu pacienta obvykle krátká. Pacient je v roli aktivního příjemce péče, odpovědného za sebe sama. Nedodržení léčebného režimu a doporučení po propuštění, může vést k opakovaným návštěvám urgentních příjmů (Blackburn, Ousey, Goodwin, 2019).

### 2.6.1 Vyjádření k cílům práce a k výzkumným otázkám

První cíl bakalářské práce zaměřený na identifikaci klíčových faktorů ovlivňujících efektivitu komunikace na urgentním příjmu, byl splněn. Na základě analýzy dat získaných rozhovory byly identifikovány tyto faktory: míra informovanosti pacienta, způsob a aktivita ze strany sestry, individuální přístup a osobnostní charakteristiky sestry, organizační podmínky pracoviště což je především časový tlak, velké množství pacientů a přetížení urgentního příjmu.

Druhý cíl, zaměřený na analýzu dopadu efektivní a neefektivní komunikace na kvalitu poskytované péče, byl splněn. Výsledky výzkumného šetření prokázaly přímou souvislost kvalitní komunikace a přísunu konkrétních informací ze strany sestry k pacientovi, se subjektivním pocitem bezpečí, spokojenosti pacienta a jeho důvěry ve zdravotnický personál. Naopak nedostatek konkrétních informací, neempatický přístup sestry, nezájem o pacienta, eskalují negativní emoce a nejistotu u pacienta a degradují kvalitu poskytované péče.

První výzkumná otázka, jakým způsobem sestry v rámci triážního procesu informují pacienty o provozních aspektech urgentního příjmu a předpokládané čekací době. Na základě analýzy výzkumného šetření vyplynulo, že způsob, jakým jsou pacienti na urgentním příjmu informováni v rámci triáže je poměrně nejednotný a variabilní. Zatímco někteří respondenti uvedli, že jim byly předány konkrétní nebo základní informace, jiní popisovali minimální nebo zcela nedostačující komunikaci ze strany triážní sestry. V oblasti vysvětlení základní organizace a struktury péče na urgentním příjmu, se výsledky také různí, u části respondentů byly zaznamenány alespoň bazální informace o zařazení do příslušné ambulance a pořadí k ošetření. Podobná variabilita se ukázala i v informování o čekací době. Část pacientů obdržela alespoň okrajové informace, malá část konkrétní časový údaj, což zlepšilo psychický komfort pacienta. Velká část pacientů nebyla informována vůbec, což vedlo k jejich pocitu nejistoty a nezájmu. Významným je zjištění, že pacienti nebyli vůbec informováni o způsobu a významu triáže. Pouze ojediněle bylo respondentům sděleno, že akutní případy mají přednost.

Celkově lze shrnout, že poskytování informací pacientům v rámci triáže není standardizované a vždy závisí na konkrétním přístupu a komunikační vybavenosti sestry.

Druhá výzkumná otázka, jak pacienti vnímají srozumitelnost a dostatečnost informací o diagnosticko-terapeutickém plánu v souvislosti s ošetřením na urgentním příjmu. Z výsledků výzkumu i v tomto případě vyplynula rozdílnost a nejednotnost. I v tomto případě je míra komunikace a kvalita poskytovaných informací přímo úměrná zájmu a komunikační vybavenosti sestry. Respondenti, se kterými sestra aktivně komunikovala, edukovala je jednotlivých výkonech a vyšetřeních, hodnotili tyto informace jako dostačující, na velmi vysoké odborné úrovni, vypovídající o určité odborné prestiži sestry. Tito respondenti se shodli, že pro ně bylo velmi uklidňující vědět, co se s nimi děje, jaký je další plán vyšetření a výkonů. V opačném případě část respondentů hodnotila komunikaci a přístup sestry za pasivní a část informací tedy respondenti získali od lékaře nebo neměli informace žádné. Srozumitelnost a kvalita

poskytovaných informací není definována pouze sdělovaným obsahem, ale aktivním přístupem a empatií ze strany zdravotnického personálu.

Třetí výzkumná otázka, jaká je zkušenost pacientů s edukací a předáním srozumitelných informací při propuštění z urgentního příjmu. I zde část respondentů uvedla velkou spokojenost s aktivním přístupem sestry, která jim důkladně vysvětlila důležité informace, přeložila doporučení lékaře, tak aby bylo srozumitelné a lépe se v něm zorientovali a poskytla praktickou edukaci s nově ordinovanou pomůckou. Zde byla velkým přínosem i zpětná vazba neboli ověření si pochopení vysvětleného. Malé části respondentů nebyly informace při propuštění sestrou předány vůbec. Tato skutečnost byla v jednom případě vysvětlena jednoduchostí sdělení od lékaře, tedy nebylo třeba další intervence ze strany sestry.

Poslední výzkumná otázka, jaký dopad má nedostatečná i informovanost na subjektivní pocit bezpečí pacienta během pobytu na urgentním příjmu. Zde analýza výsledků získaných dat odhalila přímý vliv dostatečné informovanosti a kvalitní komunikace sestry na subjektivní pocit zájmu o pacienta, bezpečí, vysoké odbornosti a tím i důvěry ve zdravotnický personál. Empatický přístup a komunikace sestry vedl k eliminaci stresu a snadnějšímu zvládnutí celého procesu souvisejícím s návštěvou urgentního příjmu. V případě nedostatečné a neempatické komunikace, dochází u pacienta k eskalaci napětí, stresu a negativních emocí, které zvyšují pocit frustrace a nejistoty. Takový pacient je pasován do role obtěžujícího a opomíjeného.

Z výsledků jednoznačně vyplynulo, že komunikace představuje klíčový prvek, který je důležitý pro bezpečí pacienta a kvalitně odvedenou péči. Kvalitu odvedené léčebné a ošetrovatelské péče může nedostatečná komunikace, negativní a neempatický přístup degradovat na velmi nízkou úroveň, a to i v případě, že byla provedena odborně správně.

Po shrnutí výzkumných otázek je zřejmé, že komunikace sestry s pacientem na urgentním příjmu není jednotná a významně se liší v návaznosti na konkrétní osobu sestry a její komunikační, empatické a odborné know – how.

## 2.7 Návrhy na doporučení pro praxi

Vzhledem k tomu, že jedním z klíčových zjištění z výzkumného šetření byla nedostatečná informovanost pacientů o organizaci péče oddělení, zejména o systému triáže pacientů, předpokládané čekací době, přidělení priority k ošetření a možnosti přetřažování, jeví se v tomto případě jako vhodné vytvoření informační brožury. Informační brožura či leták by byl pacientovi k dispozici již od příchodu na urgentní příjem. Informační materiál by měl být srozumitelný, stručný a graficky poutavý a přehledný. Cílem informační brožury je zvýšení informovanosti pacienta a s tím související vyšší míry jistoty a emoční stability.

Informační brožura by měla obsahovat základní princip fungování urgentního příjmu, průběh pobytu na UP, faktory, které ovlivňují čekací dobu a doplňující praktické informace. Navrhovaná informační brožura by mohla nést např. název: „*Cesta pacienta urgentním příjmem*“

Návrh informační brožury znázorňuje obrázek č. 2.

Dalším slabým místem v komunikaci všeobecných sester na urgentním příjmu, které bylo odkryto výzkumným šetřením, je oblast komunikačních dovedností a individuálním přístupem sestry. Z tohoto důvodu je vhodné zaměřit se na systematické vzdělávání sester v oblasti krizové komunikace, která je pro prostředí urgentního příjmu klíčová. Okruhy pro tuto oblast vzdělávání mohou tvořit např. komunikace ve stresových situacích, posílení empatie v přístupu k pacientovi, schopnost srozumitelného předávání informací, zvládnání náročných situací u konfliktních pacientů, techniky deeskalace konfliktu, time management v komunikaci apod.

Následující oddíl je spíše než návrhem pro praxi jakýmsi zamyšlením se nad tématem, které je aktuální nejen v naší republice. Případná změna celého systému však není v rukou a možnostech zdravotníků, nelze ji tedy realizovat na základě doporučení pro praxi.

Výsledky výzkumného šetření ukázaly mimo jiné i na fakt, že na urgentní příjem přicházejí i pacienti s neakutními obtížemi nebo obtížemi dlouhodobými, které lze řešit například u praktického lékaře. Nadužívání urgentní péče neurgentními stavy nebo chronickými obtížemi, představuje dlouhodobý problém nejen v České republice. Zahlcování urgentních příjmů vede k přetížení zdravotnického personálu, prodlužování čekací doby k ošetření, mnohdy i k zastření vážných případů či život ohrožujících stavů a následnému snížení kvality poskytované péče. Přeplněnost urgentních příjmů negativně ovlivňuje komunikaci zdravotnického personálu a pacienta, organizaci práce a dříve nebo později je rizikem frustrace a syndromu vyhoření pro personál, který na urgentním příjmu pracuje.

V situacích, kdy je oddělení urgentního příjmu zahlceno, dochází k výrazné eliminaci prostoru a možnosti individuálního přístupu k pacientovi, z čehož plynou aspekty a problémy, které byly v tomto výzkumném šetření odhaleny. Téma přeplněnosti a nadužívání urgentních příjmů je minimálně hodno pozornosti nejen na úrovni zdravotnických zařízení, ale spíše v rámci širšího systému zdravotní péče.

## Závěr

Bakalářská práce se zaměřila na analýzu komunikačních procesů v prostředí urgentního příjmu, které samo o sobě koncentruje vysokou míru fyzické i psychické zátěže v oblasti ošetrovatelské péče. Hlavním záměrem bylo identifikovat faktory, které odhalují efektivitu v komunikačním toku mezi sestrou a pacientem. Výzkumné šetření analyzovalo, do jaké míry jsou pacienti informováni a edukováni o klíčových bodech, které jsou pro ně důležité při pobytu na urgentním příjmu. Během výzkumného šetření se podařilo nahlédnout do subjektivního prožívání pacientů a odhalit kritická místa, kde dochází k informačním absencím.

Z výsledků výzkumu je zřejmé, že důvody omezené komunikace a edukace ze strany sestry podléhají vnějším vlivům, jako je vysoká fluktuace pacientů na urgentním příjmu, časová tíseň pro velký počet čekajících pacientů, pacienti s vážným a život ohrožujícím onemocněním a další. Výzkumným šetřením se dále ukázalo, že proces triáže, ačkoliv je primárně určen k přidělení priority ošetření pacienta, hraje nezastupitelnou roli v uspokojení pacientových potřeb z hlediska informovanosti a komunikace a nastavení jeho emoční stability. Triážní sestra představuje důležitý článek poskytovatele a zprostředkovatele bazálních informací o provozu urgentního příjmu, přidělení priority a odhadované čekací době. Ve chvíli, kdy tyto informace pacient neobdrží, posouvá se do role přehlíženého, což vede ke zvyšování jeho pocitů úzkosti. Tento deficit v primární informovanosti se následně promítne do celkové spokojenosti s kvalitou poskytované péče, a to i v případě, že diagnostika i léčba byly provedeny na vysoké odborné úrovni. Lze konstatovat, že pro pacienta je subjektivní pocit plynoucí z přísunu informací v daný moment úplně stejně významný, jako kvalita provedeného terapeutického a diagnostického zákroku.

Výsledky výzkumu dále prokázaly, že neefektivní komunikace prokazatelně snižuje kvalitu poskytované péče a zvyšuje riziko nedorozumění, což může vést k noncompliance pacienta a k eskalaci agrese. Pokud pacient nerozumí důvodu dlouhé čekací doby k ošetření, povaze vyšetření, klesá jeho důvěra v ošetrovatelský tým. V opačném případě, tedy při efektivním způsobu komunikace, přirozené míře empatie a porozumění, může sestra svým jednáním přispět k deeskalaci napětí a agrese a posílit spolupráci obou stran.

Vzhledem k malému souboru respondentů, který je dán primárně zvolenou metodou kvalitativního výzkumu je nutné zohlednit limity tohoto výzkumného šetření. I přesto data získaná při výzkumném šetření poskytují určitý vhled do reality akutní péče přímo na oddělení urgentního příjmu a poslouží jako podklad pro doporučení pro praxi.

Závěrem je třeba říct, že komunikace s pacienty na urgentním příjmu není doplňková dovednost či forma nadstandardní péče, ale základní nástroj, který přímo souvisí s výslednou kvalitou poskytované péče.

Identifikované bariéry v oblasti komunikace jako je časová tíseň, velký počet pacientů v akutním stavu a mnoho dalších lze alespoň částečně eliminovat vzděláváním personálu v oblasti krizové komunikace.

Výsledkem bakalářské práce je potvrzení faktu, že informovaný pacient je klidnější, spolupracuje, což v neposlední řadě zvyšuje i prestiž ošetrovatelské profese v očích veřejnosti.

## Seznam použité literatury

ANGLAND, Shirley; DOWLING, Maura; CASEY, Dymna. Nurse's perceptions of the factors which cause violence and aggression in the emergency department. A qualitative study, *International Emergency Nursing*. Vol. 22. Issue 3. 2014. [online]. [cit. 2026 04-15]. ISSN 1755-599X. Dostupné z: [http://www. Nurses' perceptions of the factors which cause violence and aggression in the emergency department: a qualitative study - PubMed](http://www.Nurses' perceptions of the factors which cause violence and aggression in the emergency department: a qualitative study - PubMed).

BLACKBURN, Joanna; OUSEY, Karen; GOODWIN, Emma. *Information Emergency Nursing. International Emergency Nursing*. 2019. Vol. 42. ISSN 1755-599X.

GOLOVÁ, Jana. Organizace provozu urgentního příjmu. Jihlava, 2025. Řízený dokument. Nemocnice Jihlava.

GURKOVÁ, Elena. *Nemocný a chronické onemocnění: edukace, motivace a opora pacienta*. Sestra. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-271-0461-1.

HENDL, Jan. Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace. 4., přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.

HUBKOVÁ, Gabriela. Komunikace ve zdravotnictví aneb kdy se pacient cítí v pasti. Pardubice. [online]. 2021 [cit. 2026-03-10]. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice. Dostupné z: [http://www. Komunikace ve zdravotnictví aneb kdy se pacient cítí v pasti – Gabriela Hubková](http://www.Komunikace ve zdravotnictví aneb kdy se pacient cítí v pasti – Gabriela Hubková).

JACK, Brian W. et al. A reengineered hospital discharge program to decrease rehospitalization. *Annals of Internal Medicine*. [online]. 2019 [2026-03-05]. roč. 150, s. 178–187. Dostupné z: [http://www. A Reengineered Hospital Discharge Program to Decrease Rehospitalization: A Randomized Trial - PMC](http://www.A Reengineered Hospital Discharge Program to Decrease Rehospitalization: A Randomized Trial - PMC).

KANCELÁŘ ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ. Práva pacienta – informace a zdravotnická dokumentace [online]. 2026 [cit. 2026-04-19]. Dostupné z: <https://kancelarzp.cz/zdravotni-pojisteni-a-pece-v-cr/prava-pacienta-informace-a-zdravotnicka-dokumentace/>

KOČÍ, Jaromír. KDP pro organizaci urgentních příjmů [online]. 2021 [cit. 2026-03-26]. Dostupné z: <https://kdp.uzis.cz/res/file/kdp/21-organizace-urgentniho-prijmu-final.pdf>

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. Stanovisko č. j. MZDR 32087/2020-1/OZP ze dne 3. srpna. [online]. 2020 [cit 2026-03-10]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR. Dostupné z: [http://www. Stanovisko-MZ-personální-zabezpečení-zdravotních-slужeb-poskytovaných-formou-ambulantní-péče-požadavky-na-způsobilost-lékaře aktualizované-znění.pdf](http://www.Stanovisko-MZ-personalni-zabezpeceni-zdravotnich-sluzeb-poskytovaných-formou-ambulantní-péče-požadavky-na-způsobilost-lékaře aktualizované-znění.pdf)

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky: metodický pokyn pro zřízení a vedení urgentních příjmů poskytovateli akutní lůžkové péče v ČR [online]. 2020, č. 9, s. 152–160 [cit. 2026-02-19]. Dostupné z: <https://mzd.gov.cz/vestnik/vestnik-c-9-2020/>

MIŠOVIČ, Ján. Kvalitativní výzkum se zaměřením na polostrukturovaný rozhovor. 2. vydání. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2025. ISBN 978-80-246-6195-7.

NOVOTNÁ, Hana. Informovaný pacient se lépe uzdravuje. Pro sestry [online]. 2023 [cit. 2026-04-19]. Dostupné z: <https://www.prosestri.cz/>

POLÁK, Martin; ZIKA, Jiří; HLOCH, Ondřej. Urgentní příjem: komentované kazuistiky. Praha: Mladá fronta, 2017. ISBN 978-80-204-3941-3.

POSPÍŠILOVÁ, V. Zajištění intimity a důstojnosti u pacientů na urgentním příjmu: samozřejmost, nebo nadstandard? České Budějovice, 2017. Diplomová práce.

POVOLNÁ, Pavla. Informace pro lékaře a zdravotníky. Medila Bulletin. Praha: IPVZ, 2017.

RENNÉT, Ondřej a ŠEBLOVÁ, Jana. Přetížení urgentního příjmu a možná řešení. Urgentní medicína. 2022. [Online]. Roč. 25, č. 2, s. 7-10. ISSN 1212-1924. [cit. 2026-04-01]. Dostupné z: [https://urgentnimedicina.cz/casopisy/UM\\_2022\\_2.pdf](https://urgentnimedicina.cz/casopisy/UM_2022_2.pdf).

ŠEBLOVÁ, Jana; KNOR, Jiří. Urgentní medicína v klinické praxi lékaře. 2., doplněné a aktualizované vydání. Praha: Grada Publishing, 2018. ISBN 978-80-271-0596-0.

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

SHESSER, Robert. *Emergency Department Technician Handbook*. 1st ed. Amsterdam: Elsevier. [online]. 2022 [cit. 2026-03-18]. e-book. ISBN 978-0-323-83002-7. Dostupné z: [http://www. The Emergency Department Technician Handbook, E-Book - Google Books](http://www.TheEmergencyDepartmentTechnicianHandbook,E-Book-GoogleBooks).

ŠÍN, Robin; ŠTOURAC, Petr. Urgentní medicína. Praha: Galén, 2024. ISBN 978-80-7492-706-5.

TOMOVÁ, Šárka; KŘIVKOVÁ, Jana. Komunikace s pacientem v intenzivní péči. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-271-0064-4.

WEBB, Lucy. Communication skills in nursing practice. London: SAGE Publications. [online]. 2019 [cit. 2026-04-06]. ISBN 978-1-5297-0053-4. Dostupné z: [http://www. Communication Skills in Nursing Practice - Google Books](http://www.CommunicationSkillsinNursingPractice-GoogleBooks).

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Basic emergency care: approach to the acutely ill and injured [online]. Geneva: World Health Organization. [online]. 2018 [cit. 2026-04-19]. Dostupné z: <https://www.who.int/publications/i/item/basic-emergency-care-approach-to-the-acutely-ill-and-injured>

ZACHAROVÁ, Eva. Komunikace v ošetrovatelské praxi. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-271-0156-6.

Zbrozek AS. Effective communication with health professionals needed. [online].2020 [cit. 2026-04-20]. Am J Hosp Pharm. Aug;44(8):1777-8. PMID: 3631103. Dostupné z: [http://www. Effective communication with health professionals needed - PubMed](http://www.Effectivecommunicationwithhealthprofessionalsneeded-PubMed).

## Přílohy

### Příloha A. 1 Fungování urgentního příjmu



Obr. 1: Struktura urgentního příjmu

Zdroj: vlastní (2026)

## Příloha A. 2 Návrh informační brožury

### VÍTEJTE NA URGENTNÍM PŘÍJMU

Důležité informace  
o provozu a péči o vás



**Jsmo tu pro vás,  
když to nejvíc potřebujete.**

#### 1 CO JE URGENTNÍ PŘÍJEM?

Urgentní příjem slouží k ošetření pacientů s náhlými zdravotními potížemi nebo zhoršením stavu.

**KDY VYUŽÍT URGENTNÍ PŘÍJEM?**

- ✓ náhlé bolesti na hrudi
- ✓ dušnost
- ✓ silné bolesti břicha
- ✓ úrazy, krvácení
- ✓ náhlé zhoršení zdravotního stavu
- ✓ stavy ohrožující život nebo zdraví

**KDY JE VHDNĚJŠÍ JINÁ PÉČE?**

- ✗ lehčí nachlazení, kašel, rýma
- ✗ bolesti zad bez úrazu
- ✗ dlouhodobé potíže bez zhoršení
- ✗ administrativní záležitosti (neschopenky, potvrzení apod.)

**i** V případě nejasností se zeptejte našeho personálu. Rádi vám poradíme.

#### 2 SYSTÉM TRIÁŽE (TRÍDĚNÍ PACIENTŮ)

Pacienti nejsou ošetřováni podle pořadí příchodu, ale podle závažnosti jejich zdravotního stavu.

**1 STAVY OHROŽUJÍCÍ ŽIVOT** 

Bezprostřední ohrožení života. Ošetření ihned.

**2 VELMI URGENTNÍ STAV** 

Závažný stav. Ošetření do 10 minut.

**3 URGENTNÍ STAV** 

Stabilní, ale vyžaduje včasné ošetření. Ošetření do 60 minut.

**4 MĚNĚ URGENTNÍ STAV** 

Stabilní stav. Ošetření do 120 minut.

**i** Pořadová čísla slouží pro více ambulancí a neurčují přesné pořadí ošetření. Vyšší číslo může být ošetřeno dříve, pokud má závažnější zdravotní stav.

#### 3 CESTA PACIENTA URGENTNÍM PŘÍJMEM

- 1 REGISTRACE A TRIÁŽ**  
Sestra provede základní vyšetření a určí prioritu ošetření.
- 2 ČEKÁNÍ NA OŠETŘENÍ**  
Budete čekat podle závažnosti stavu. Očekávanou dobu ovlivňuje aktuální vytíženost pracoviště.
- 3 VYŠETŘENÍ A DIAGNOSTIKA**  
Lékař rozhodne o dalším postupu, např. o odběrech, RTG, CT nebo jiných vyšetřeních.
- 4 ČEKÁNÍ NA VÝSLEDKY**  
Po vyšetřeních je nutné počkat na výsledky a jejich vyhodnocení lékařem.
- 5 ZÁVĚREČNÉ OŠETŘENÍ A DOPORUČENÍ**  
Lékař vám sdělí závěr, doporučení a případně předepíše léčbu.
- 6 PROPUŠTĚNÍ**  
Sestra vám předá další informace, případně edukaci a doporučení do domácí péče.

**i** V průběhu pobytu se můžete kdykoli zeptat personálu, pokud potřebujete informace.

#### 4 CO OVLIVŇUJE ČEKACÍ DOBU?

Na délku čekání má vliv více faktorů, které není vždy možné ovlivnit.

**PŘÍJEM AKUTNÍCH PACIENTŮ**  
Příjezd záchranné služby nebo náhlé zhoršení stavu jiných pacientů má přednost.

**VYTIŽENOST PRACOVIŠTĚ**  
Počet pacientů může výrazně kolísat během dne i noci.

**VAZBA NA JINÁ ODDĚLENÍ**  
Laboratoře, RTG, CT a další vyšetření mohou mít svou čekací dobu.

**NÁROČNOST PŘÍPADU**  
Každý pacient potřebuje jiný čas pro vyšetření a ošetření.

**i** Děkujeme za vaši trpělivost a ohleduplnost k ostatním. Pomáháte nám poskytovat péči těm, kteří ji potřebují nejvíce.

#### 5 JAK MŮŽETE SPOLUPRACOVAT?

-  Informujte personál, pokud se váš stav zhorší.
-  Dodržujte pokyny zdravotníků.
-  Ptějte se, pokud něčemu nerozumíte.
-  Buďte ohleduplní k ostatním pacientům i personálu.
-  Mějte s sebou doklady, kartičku pojištěnce a seznam užívaných léků.

#### 6 PRAKTICKÉ INFORMACE

-  **Doprovod:** doprovod je vítán podle potřeby pacienta.
-  **Občerstvení:** k dispozici je automat na nápoje a drobné občerstvení.
-  **Toalety:** nachází se v čekárně.
-  **Lékárna:** v areálu nemocnice nebo na vyznačeném místě.

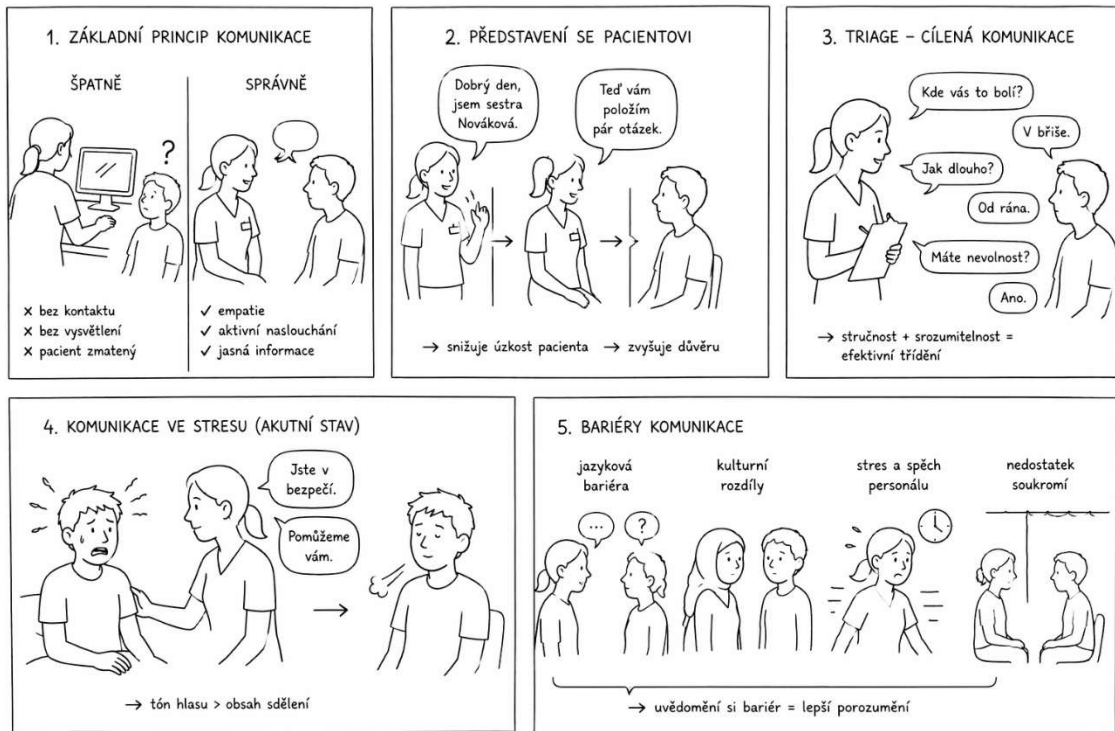
**!** V PŘÍPADĚ ZHORŠENÍ STAVU OKAMŽITĚ INFORMUJTE SESTRU NEBO LÉKÁŘE.

**☎** NEJSTE SI JISTÍ, ZDA JÍT NA URGENTNÍ PŘÍJEM?  
Volejte infoliniku **1221** nebo kontaktujte svého praktického lékaře.

 Více informací najdete i na webu naší nemocnice.

Obr. 2: Návrh informační brožury  
Zdroj: vlastní (2026)

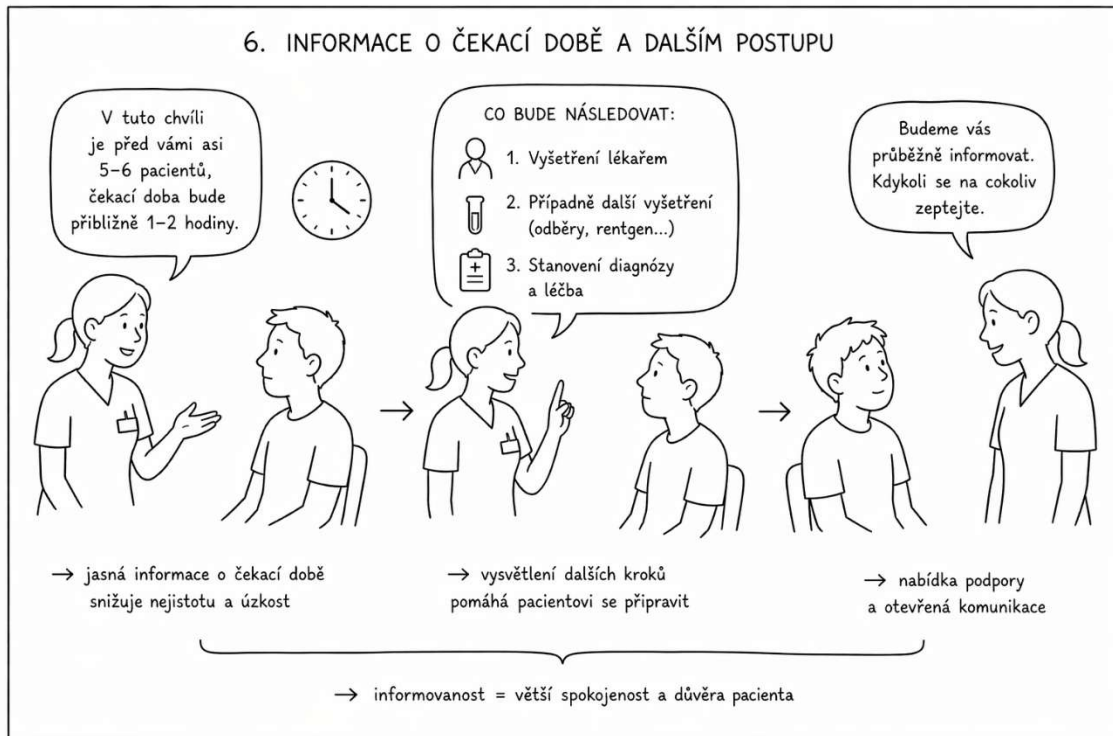
## Příloha A. 3 Základní principy komunikace při triáži



Obr. 3: Základní principy komunikace při triáži

Zdroj: vlastní (2026)

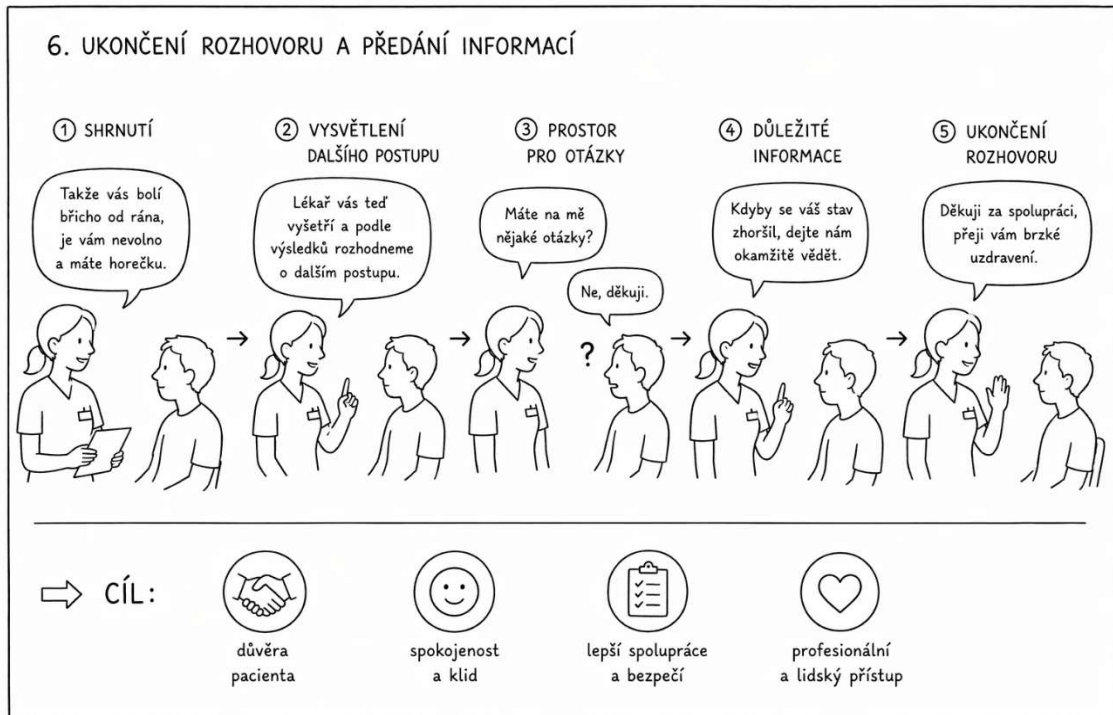
## Příloha A. 4 Informace o čekací době



**Obr. 4: Informace o čekací době**

Zdroj: vlastní (2026)

## Příloha A. 5 Efektivní komunikace



Obr. 5: Efektivní komunikace s pacientem na UP

Zdroj: vlastní (2026)

## Příloha A. 6 Edukace při propuštění

**7. EDUKACE PŘI PROPUŠTĚNÍ DOMŮ**

Než půjdete domů, ještě si všechno shrneme.

Tady máte to všechno písemně, kdybyste na něco zapomněl.

**KDY NA KONTROLU**  
Přijďte na kontrolu za 5 dní k praktickému lékaři.

**KDE SI VYZVEDNOUT POMŮCKY**  
Pomůcky (např. berle) si vyzvednete v prodejně zdravotnických potřeb MEDI, ul. Zdravá 15.

**KDE SI VYZVEDNOUT LÉKY**  
Léky máte předepsané elektronicky, vyzvednete je v lékárně U Nemocnice.

**KDY SE VRÁTIT DŘÍVE:**

- zhoršení potíží
- zvýšená teplota nad 38 °C
- silná bolest, dušnost, krvácení
- jiný náhlý problém

→ V takovém případě přijďte na urgentní příjem ihned.

→ správná edukace = bezpečnější zotavení doma

Obr. 6: Edukace při propuštění

Zdroj: vlastní (2026)

## Příloha B. 1 Polostrukturovaný rozhovor

Dobrý den, moje jméno je Olga Mikudová. Studuji obor Všeobecné ošetřovatelství na Vysoké škole polytechnické Jihlava a ráda bych Vás požádala o poskytnutí krátkého rozhovoru, který je součástí mé bakalářské práce. Téma mé bakalářské práce je: Význam a efektivita komunikace na urgentním příjmu jako klíčový prvek v urgentní péči. Rozhovor je zcela anonymní a kdykoliv jej můžete ukončit. Vaše odpovědi budou určeny pouze pro účely bakalářské práce. Pokud souhlasíte, ráda bych si náš rozhovor nahrála.

Obecná část rozhovoru:

- 1. Kolik je Vám let?**
- 2. S jakým zdravotním problémem jste byl/a na urgentním příjmu ošetřen/a?**

Speciální část rozhovoru:

- 1. Jakým způsobem s Vámi po příchodu na urgentní příjem komunikovala sestra? Pomohla Vám zorientovat se v tom, co Vás čeká?**
- 2. Byl jste sestrou informován o předpokládané čekací době k ošetření?**
- 3. Vysvětlila Vám sestra systém a priority ošetření na urgentním příjmu?**
- 4. Informovala Vás sestra o možnosti tzv. přetriažování v případě, že dojde ke zhoršení Vašeho zdravotního stavu?**
- 5. Komunikovala s Vámi sestra během vyšetření? Můžete popsat jakým způsobem?**
- 6. Měl jste možnost klást otázky a bylo Vám na ně sestrou odpovězeno?**
- 7. Vysvětlila Vám sestra srozumitelně doporučení lékaře a další kroky po odchodu z urgentního příjmu? (návštěva lékárny, pomoc s přivoláním doprovodu, režimová opatření, průběh příští kontroly apod.)?**
- 8. Jaký vliv na Vaše emoční ladění měla komunikace sestry vůči Vám?**