

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: magisterský intenzivní péče (MIP)

ID studijního oboru: 5345TO24

Bc. Veronika Hrušková

Anestezie z pohledu pacienta

Diplomová práce

Magisterská závěrečná práce

Vedoucí práce: Mgr. Taťána Maňasová

Praha 18. 5. 2009

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala zcela samostatně a uvádím v ní veškeré informační zdroje.

Praha 18. 5. 2009

.....
Veronika Hrušková

Poděkování

Děkuji Mgr. Tat'áně Maňasové za konzultace, vedení a odbornou pomoc při zpracování mé diplomové práce. Zároveň děkuji zaměstnancům nemocnice Na Bulovce a nemocnice Pod Petřínem za ochotu a pomoc.

Identifikační záznam:

HRUŠKOVÁ, Veronika. *Anestezie z pohledu pacienta. (Anesthesia from view of patient)*. Praha, 2009. 57 stran, 4 přílohy, 21 tabulek, 20 grafů.

Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, vedoucí práce:
Mgr. Taťána Maňasová.

Abstrakt:

Cílem mé diplomové práce bylo zkoumání problematiky informovanosti pacientů ve výběru typů anestezie, jejího rozsahu a omezení, která přináší. Dále jsem sledovala vliv všeobecné sestry na informovanost pacientů. Podstatu práce tvoří část empirická, ve které bylo provedeno kvantitativně - výzkumné šetření. Uvádím zde výsledky získané ve skupině pacientů dvou pražských nemocnic. Informovanost pacientů i jejich pohled na vliv všeobecných sester v této oblasti se ukázaly být na velmi dobré úrovni.

Klíčová slova:

Anestezie, informace, lékař, pacient, všeobecná sestra

Abstract:

The main purpose of my graduation thesis was find out how informed the patients are in choosing types of anesthesia, its range and restriction. Than I observed an influence of a general nurse on patient's informedness on anesthesia. Main principle of my thesis is an empiric part, where I was caried out a quantative research. Here I bring a result which I obtained from a group of patients of two Prague hospitals. The informedness of patients and their point of view on influence of nurse turned out to be on quite good level there.

Keywords:

Anesthesia, information, medicine doctor, patient, nurse.

OBSAH

Úvod.....	10
I. Teoretická část.....	11
1. Charakteristika oboru	11
1.1 Historie vzniku oboru	11
1.2 Rozvoj oboru v našich zemích.....	11
2. Současná anestezie při operačních výkonech.....	13
2.1 Celková anestezie.....	14
2.2 Místní anestezie	15
2.3 Analgosedace	16
3. Výhody anesteziologických postupů.....	17
4. Komplikace v anestezii	18
4.1 Komplikace v celkové anestezii.....	18
4.2 Komplikace regionální anestezie	19
5. Příprava pacienta na anestezii a na operační výkon	22
5.1 Právní aspekty – informovaný souhlas	24
5.2 Poučení pacienta sestrou	24
5.3 Práva pacientů.....	25
5.4 Péče o pacienta při výkonu	26
II. Empirická část.....	29
6. Cíl práce a hypotézy.....	29
6.1 Metodika a organizace výzkumu	29
6.2 Základní charakteristika sledovaného souboru.....	31
6.3 Výsledky výzkumu	34
7. Hypotézy	52

8. Diskuse	53
III. Závěr	55
Seznam použité literatury	56
Přílohy	58

Úvod

Každá hospitalizace je pro pacienta zásahem do běžného života. Tím více operační výkon, spojený s obavou z nadcházejících neznámých situací.

Ve své práci se zabývám mírou informovanosti pacientů před výkonem v oblasti výběru anestezie, způsobu jejího provedení a specifiky v omezení určitých typů anestezie.

To, co můžeme pro pacienta udělat, je poskytnout mu dostatečné množství konkrétních informací ve snadno pochopitelné formě a zpětně zjistit, jak dalece jim porozuměl. Proto mě zajímá i vliv všeobecné sestry na oblast informovanosti pacienta, protože její chování a přístup k pacientovi ovlivní často nejen jeho informace, ale i pohled na oddělení, nemocnici i celé zdravotnictví.

Předpokládám, že na toto téma byla vytvořena celá řada prací, ale vzhledem k vysoké informovanosti populace prostřednictvím médií a neustálém zlepšování edukačních možností v jednotlivých zařízeních se situace stále mění a vyvíjí. Je tedy jisté, že některé aspekty informovanosti se výrazně zlepšily, ale také je určitě možné najít i nedostatky a možnosti zlepšení. Pokud tomu tak je, ráda bych k tomu svou prací přispěla.

I. Teoretická část

1. Charakteristika oboru

Anestezie (z řečtiny přeloženo bez vnímání) představuje umělé usnutí pacienta (celková anestezie), nebo znecitlivění určité části jeho těla (lokální anestezie) za účelem usnadnění nebo umožnění průběhu bolestivého lékařského zákroku a poskytnutí lepší péče. Anesteziologie převádí do praxe veškeré nejmodernější poznatky vědy. Zabývá se způsoby znecitlivění pro operace, léčebné a diagnostické výkony.

1.1 Historie vzniku oboru

Začátky anestezie spadají do starověku. V Egyptě a Sýrii používali lékaři odvary z opia a mandragory k potlačení bolesti. Celá staletí lidé hledali způsob, jak se bolesti zcela zbavit nebo ji alespoň potlačit. Průlomem se stal 16. říjen 1846. Tehdy totiž vyvrcholily výzkumy a experimenty vedené snahou zbavit pacienta bolesti. W. Morton znarkotizoval v bostonské nemocnici pacienta, jemuž chirurg poté odoperoval nádor na krku. Jednalo se o první bezbolestnou operaci a narkotickou látkou byl éter. Zanedlouho se tento způsob anestezie rozšířil do Evropy a éter nahradil chloroform. Další postup zaznamenala anestezie v roce 1884, kdy lékaři poprvé použili k topické anestezii kokain. Období po první světové válce významně přispělo k rozvoji anestezie zavedením nového intravenózního preparátu (Thiopental). Nejprezratnějším objevem se ale stala ve 40. letech 20. století svalová relaxancia blokující přenos na nervosvalové ploténce. Při jejich použití mohli anesteziologové vytvořit chirurgům skutečně ideální operační podmínky.

1.2 Rozvoj oboru v našich zemích

V Českých zemích se dějiny moderní anesteziologie začaly odvíjet 6. února 1847, kdy Celestin Opitz podal éterovou narkózu v nemocnici Milosrdných bratří Na Františku v Praze. Byl mezi prvními, kteří v Rakousko-Uhersku začali s pokusy s éterovou narkózou na zvířatech. Následně ji zavedl do klinické praxe.

První anesteziologická oddělení byla u nás založena po 2. světové válce v Ústřední vojenské nemocnici v Praze, v nemocnici v Krči a v nemocnici u sv. Anny v Brně. Zakladatelem moderní anesteziologie byl v našich zemích po 2. světové válce Lev Spinadel, který získal zkušenosti ve Velké Británii. V roce 1955 se obor stal

samostatnou medicínskou disciplínou (Kasal, 2006, str. 15).

2. Současná anestezie při operačních výkonech

V současné době se k anestezii využívá celá řada sedativ (zklidňující léky), hypnotik (spánek navozující léky), analgetik a anestetik (léky potlačující bolest a znečitlivující) a myorelaxancií (léky uvolňující svaly) ve formě injekční či inhalační. Anestezie není samoučelná a nesplňuje žádné terapeutické funkce. Slouží vždy k tomu, aby umožnila jiné medicínské výkony, operace a diagnostické výkony. Úzkým propojením s jinými medicínskými obory je pochopitelně posouzení rizika anestezie mimořádně ztíženo. Souhrn anamnézy, fyzikálních, laboratorních a aparativních vyšetření umožňuje zařazení pacienta do tzv. rizikové skupiny. Mezi různými způsoby zhodnocení se nejčastěji užívá schéma American Society of Anesthesiologists (ASA) z roku 1940. Toto rozdělení, které dodnes neztratilo na aktuálnosti, vychází v podstatě z objektivních kritérií, ale nakonec je subjektivním názorem anesteziologa, aniž by bralo v úvahu druh, rozsah operace a zkušenost operátora. Riziko je nutno minimalizovat, nelze je však plně vyloučit (Kasal, 2006, str. 45).

Při volbě postupu pro vedení anestezie by měly být dodrženy určité zásady např.:

- u dětí užití celkové anestezie
- u dospělých se krátké periferní výkony provádějí v místní anestezii
- déle trvající operace, výkony v poloze na boku nebo na břiše, torakochirurgické operace a výkony v oblasti nadbřišku se provádějí nejlépe v celkové anestezii s tracheální intubací a řízeným dýcháním
- krátkodobé výkony (30-45 minut) se mohou provést v inhalační anestezii obličejovou nebo laryngeální maskou
- u velmi obézních pacientů s krátkým krkem není doporučeno provádět anestezii maskou pro nebezpečí obstrukce dýchacích cest
- u pacientů zmatených nebo nespolupracujících nelze užít regionální anestezii
- urgentní operace se u pacientů s plným žaludkem provádějí v intubační anestezii. Pokud lze, podá se regionální anestezie, nikdy ne anestezie maskou
- pokud má pacient zavedenou chronickou medikaci, je nutné myslet na interakci léků s anestetiky (Larsen, 2004 str. 460)

2.1 Celková anestezie

Celková anestezie (řecky an – bez, aisthesis – pocit, vjem) neboli narkóza (z řeckého narkosis, narke – omámení) je vhodná k provádění rozsáhlých operačních výkonů.

Celkovou anestezii známe:

- inhalační
- intravenózní
- intramuskulární
- rektální

Inhalační anestezie je vyvolána zavedením anestetických plynů nebo par prchavých anestetik do dýchacích cest a plic nemocného. Odtud inhalační anestetika přestupují přes alveolokapilární membránu do krve, kterou jsou zanášena k cílovému orgánu - mozku. Po ukončení přívodu anestetik jsou tato částečně v nezměněné formě vylučována plícemi (vydýchána). Úvod do anestezie zahrnuje časové období od podání anestetika do organismu až po dosažení stádia, ve kterém lze provádět chirurgický zákrok, tzv. chirurgické stádium. Nemocnému vzrůstá hladina anestetika a on usíná. Dále je zajištěn bezpečný průběh (zajištění průchodnosti dýchacích cest, dostatečná ventilace, udržení základních životních funkcí) a bezpečné probouzení.

U dospělých je nejčastěji využíván intravenózní úvod pomocí intravenózních anestetik. U dětí se využívá úvod inhalační nebo intramuskulární. Je-li indikováno zajištění dýchacích cest tracheální intubací, je po nástupu účinku podaného anestetika aplikováno svalové relaxans. Je podáváno určité množství anestetika, které se z organismu vylučuje nebo odbourává. V tomto období se provádí operační výkon.

Pokud používáme kombinaci více způsobů najednou, jedná se o *anestezii doplňovanou*.

Má několik farmakologických komponent:

- hypnotikum
- silný opioid
- inhalační anestetikum
- svalové relaxans

Hlavním cílem kombinace látek při doplňované anestezii je snížené dávkování jejich jednotlivých složek a tím i podstatné omezení vedlejších a nežádoucích účinků.

Totální intravenózní anestezie je naopak technika celkové anestezie, při které se

užívají pouze intravenózní farmaka.

2.2 Místní anestezie

Na rozdíl od celkové anestezie působí místní jen na periferní nervy (tedy místně, nikoli celkově), a to od jejich výstupu z míšních kořenů až po terminální zakončení.

Dělíme ji na:

- a) *topickou (povrchovou, slizniční)* – spočívá v aplikaci anestetika na povrch, který je třeba znecitlivět. Užívány jsou anestetika amidového typu, dříve se užíval kokain
- b) *infiltrační* – využívá infiltrace přímo v místě operačního zákroku, např. vynětí malých kožních afekcí (pih apod.)
- c) *okrskovou* – jejímž základem je přerušování vodivosti nervových vláken v malé vzdálenosti od místa operačního zákroku
- d) *svodnou (blokádou nervových pletení)* – spočívá v zavedení anestetika cíleně k nervu nebo nervové pleteni, pomocí jehly (jednorázově) nebo ponechaným katétrem (kontinuálně, dlouhodobě)
- e) *spinální (míšní)*

Poslední typ místní anestezie – spinální - se dělí na dva typy:

- *spinální epidurální anestezie* – kdy je místní anestetikum zavedeno do páteřního kanálu vně vaku tvrdé pleny míšní (mezi dura mater a kostěnou stěnu páteřního kanálu). Anestetikum se rozprostře okolo vaku a přerušuje vedení nervového vzruchu při výstupu nervu z míšního vaku. Působí na nervy senzitivní, sympatické, ale více či méně i na motorické. Založená je na podtlaku v epidurálním prostoru a provádí se metodou „visící kapky“ u ústí jehly, která je vsáta do konusu jehly po proniknutí jejího hrotu do epidurálního prostoru, nebo metodou ztráty odporu, kdy je na jehlu připojena speciální injekční stříkačka naplněná vzduchem či fyziologickým roztokem. Za stálého mírného tlaku na píst stříkačky proniká jehla mezi výběžky obratle, proráží žlutý vaz a proniká do epidurálního prostoru. V tomto okamžiku píst stříkačky náhle ztrácí pružný odpor. Podle výšky punkce se epidurální anestezie dělí na lumbální (bederní, nejčastěji ve výši obratlů L3 – L4) a torakální (hrudní), výjimečně cervikální (krční). K této punkci jsou nejčastěji používány jehly Tuohyho nebo Crawfordova. Zvláštním případem epidurální

anestezie je tzv. *anestezie kaudální*, kdy je anestetikum zavedeno cestou punkce hiatus sacralis (křížového otvoru). Zde lze použít i katéتر, který může sloužit k podávání léčiv i měsíce (Kasal, 2006, str. 70).

- *spinální subarachnoidální anestezie* – je zavedení místního anestetika do štěrbiny mezi pia a dura mater, tedy subarachnoidálně do mozkomíšního moku. Punkce se provádí tenkou spinální jehlou, která pronikne do vaku tvrdé pleny. Podáme-li izobarické anestetikum, zůstává v místě aplikace a šíří se pouze difuzí. Podáme-li však hyperbarické anestetikum, pohybuje se toto podle gravitačních zákonů dolů a klesá. Polohováním pacienta tak lze měnit rozsah anestezie. Na stejném principu v opačném směru toku lze podávat hypobarická anestetika.

Indikací ke svodným nervovým a pletěnovým anesteziím jsou operace na končetinách. Indikací spinální a epidurální anestezie jsou některé výkony chirurgické, urologické, gynekologické, porodnické a ortopedické (Kasal, 2006, str. 70-71).

2.3 Analgosedace

Analgosedace (řecky an-bez, algos-bolest) se obvykle používá v případě drobných invazivních výkonů. Je to stav navozený kombinací analgetika se sedativem (nejčastěji opioidní analgetikum a benzodiazepin).

Cílem je utlumení bolesti, zklidnění pacienta a uvolnění svalů, nedochází ale k bezvědomí jako u celkové anestezie a pacient dýchá sám. Oproti celkové anestezii představuje analgosedace menší zdravotní zátěž pro organismus a je u ní mnohem menší riziko komplikací.

3. Výhody anesteziologických postupů

Výhody různých typů anestezie nelze hodnotit plošně.

Výběr se odvíjí především od:

- klinického stavu pacienta
- typu výkonu
- délky výkonu
- pokud lze, bere se v úvahu přání pacienta

Techniky celkové anestezie zaujímají celosvětově dominantní postavení v rutinní anesteziologické praxi. Souvisí to nepochybně nejen s historií vývoje jednotlivých technik znecitlivění, ale i s psychologickými aspekty přístupu západní civilizace k bolesti.

S vývojem společnosti směrem k osvobození jedince a s důrazem na možnosti vlastního rozhodování o významných skutečnostech ovlivňujících jeho život, přichází historicky mladší technika regionální anestezie s možností dosáhnout požadovaného komfortu pacienta a spokojenosti operátora při uchování vědomého rozhodování jedince, jak o rozsahu léčebného nebo diagnostického zákroku a způsobu jeho provedení, tak i o vlastním chování v průběhu výkonu. V řadě situací se pak použití regionální techniky promítá do širších společenských vztahů, např. do rodinných vazeb. Zejména při porodnické analgezií a anestezii (vztah matka – otec - dítě).

Málokterá oblast medicíny je přitom zatížena v takovém rozsahu mýty, falešnými očekáváními a negativními emocemi jako regionální anestezie, a to jak mezi laiky, tak i mezi odbornou veřejností. Mnohokrát můžeme být svědky toho, jak si pacienti mezi sebou předávají informace typu: „dali mně injekci do míchy, řezali mě za živa, píchali mně do nervu“ apod.

Anesteziologové jsou jednotní v tom, že obě techniky mají své nezastupitelné místo v řadě konkrétních a vyhraněných situací, kdy jsou vzájemně nezaměnitelné. Obecně není jejich vztah vymezen jasně, takže je především na lékaři, na prostředí jeho odborného růstu, na jeho zkušenostech, znalostech a dovednostech, aby v dané konkrétní situaci zvolil příslušnou techniku znecitlivění správně (Miloschewský, 1998, str. 88).

4. Komplikace v anestezii

Všechny typy anesteziologických technik jsou ojediněle spojeny s komplikacemi ovlivňujícími morbiditu a dokonce i mortalitu. Nejčastěji jsou způsobeny stavem nemocného, ale také technickými i lidskými chybami. Anesteziolog musí znát všechny možnosti ohrožení nemocného v průběhu operace a anestezie, aby jim mohl účelně předejít nebo je operativně řešit (Larsen, 2004, str. 814).

4.1 Komplikace v celkové anestezii

Jsou to komplikace, k nimž dochází v průběhu anestezie nebo v příčinné souvislosti s anestezii. Nastávají v bezprostřední souvislosti s podanými anestetiky nebo anesteziologickou technikou a mohou vést ke smrti nebo k přetrvávajícímu poškození mozku pacienta. Anesteziologická příhoda se manifestuje jako zástava oběhu během anestezie nebo krátce po jejím ukončení.

Laryngospasmus

Je akutní uzávěr hrtanu způsobený spazmem nepravých vazů hlasových a aryepiglotických řas, způsobený drážděním dýchacích cest, např. sekrety v dýchacích cestách, pokusem o intubaci v nedostatečně hluboké anestezii, zavedením vzduchovodu v mělké anestezii apod. Vede k hypoxii a hyperkapnii. Pokud není léčen, vede k bradykardii, asfyxii a zástavě srdeční.

Bronchospasmus

Je kontrakce hladké svaloviny bronchů. Příčinou může být astma bronchiale, chirurgická stimulace, alergická reakce nebo plicní otok. Neléčen vede k bradykardii, asfyxii a zástavě srdeční.

Aspirace

Aspirace žaludečního obsahu je obávanou komplikací anestezie. Jsou jí ohroženi především pacienti s plným žaludkem. Z tohoto důvodu se provádějí plánované výkony u lačných nemocných, je jim doporučeno, aby alespoň 6-8 hodin nepřijímali potravu. Vdechnutí většího množství kyselého žaludečního obsahu (pH 1.7 – 2.4) vede k Mendelsonovu syndromu s chemickým zánětem plic. (Kasal, 2006, str. 79).

U pacientů, kteří nejsou lační, je vhodná regionální anestezie. Pokud tuto nelze použít a je nutná celková anestezie, provádí se intubace tzv. bleskovým úvodem se Sellickovým hmatem, který minimalizuje riziko aspirace na co nejmenší míru.

Anafylaxe a perioperační uvolnění histaminu

Anafylaxe je život ohrožující alergická reakce. Anafylaktická reakce je imunitní odpověď organismu, při níž je antigen navázán na specifickou protilátku lokalizovanou na povrchu žírných buněk a basofilů. Látky, které se uvolňují touto reakcí (histamin), vyvolávají vazodilataci, zvýšenou permeabilitu kapilár a mohou vést k bronchospazmu.

Anafylaktoidní reakce není na rozdíl od anafylaxe spuštěna reakcí antigen – protilátka. Průběh může být podobný nebo stejný.

Klinické projevy:

- kopřivka, erytém, konjunktivitida
- bronchospasmus
- otok HCD
- tachykardie
- poruchy srdečního rytmu až zástava srdeční a dýchání

Maligní hypertermie

Je to geneticky determinovaná, život ohrožující porucha funkce kosterních svalů, při níž je excesivně zvýšená látková přeměna a tělesná teplota. Je spuštěna volatilními anestetiky, suxametoniem, vzácně lidokainem, a velmi vzácně halogenovanými étery.

V předanestetickém vyšetření se cíleně tážeme na rodinnou anamnézu, ale i na toleranci kávy - predisponovaní pacienti udávají lehký trismus a ztuhlost maseterů (Larsen, 2004, str. 826).

4.2 Komplikace regionální anestezie

Regionální anestezie je invazivním způsobem anestezie a jako každý invazivní způsob má svá rizika.

Poranění nervové tkáně

Jehlou nebo elektrostimulací. Projevuje paresteziemi až bolestí při punkci nervu, nervového kořene. Může dojít k dočasné nebo trvalé paréze v postižené oblasti.

Krvácení

Je časnou komplikací při punkci cévy v blízkosti nervové struktury. Nebezpečí spočívá v intravazální aplikaci lokálního anestetika s následným rychlým rozvojem toxické reakce. Prevencí je aspirace během punkce prostoru a před aplikací anestetika. Pozdní komplikací je rozvoj epidurálního hematomu při centrálních blokáдах. Projeví se bolestí v zádech nebo dolních končetinách a při těžším průběhu i parézou dolních končetin.

Infekční komplikace

Jednou z nejdůležitějších podmínek při provádění tohoto typu anestezie je přísné dodržování asepse.

Hypotenze

Je častou komplikací centrálních blokády. Je způsobena blokem sympatiku. Dochází k ní většinou v prvních 20 minutách, ale může se objevit i později. Prevencí je úprava hydratace a cirkulujícího volum před podáním anestezie. Léčbou je objemová náhrada a vazopresorická podpora, např. efedrinem.

Bradykardie

Čím vyšší blokáda, tím nižší srdeční frekvence. Komplikace nebývá častá a nejvíce postihuje mladé pacienty a osoby léčené blokátory beta receptorů.

Po podání atropinu při malém poklesu a adrenalinu při velkém poklesu dochází k upravení frekvence.

Nevolnost a zvracení

Vzniká nejčastěji na počátku anestezie, ale i v celém průběhu a jejich léčba spočívá v úpravě cirkulujícího volum, podání efedrinu a antiemetik.

Totální subarachnoidální blokáda

Jedná se o časnou komplikaci epidurální anestezie, kdy do subarachnoideálního prostoru je aplikován několikanásobný objem lokálního anestetika, který je běžně užíván pro epidurální blokádu. Projeví se okamžitou ztrátou vědomí, zástavou dýchání, mydriázou a hypotenzí. Prevencí je podání testovací dávky lokálního anestetika při epidurální anestezii. Vždy ohrožuje pacienta na životě, neboť vyvolá obrnu bránice a kompletní blokádu sympatiku. Pacient je dušný, má hypotenzi, dojde k zástavě dechu a ztrátě vědomí. Nutná je okamžitá intubace a ventilace, doplnění oběhu a podání vazopresorů.

Pokles tělesné teploty

Vazodilatace vlivem blokády sympatiku může způsobit pokles teploty, který není vhodný např. u císařského řezu.

Poruchy dýchání

Jsou časnou i pozdní komplikací centrálních blokády a blokády v oblasti brachiálního plexu. Mohou být způsobeny vysokou subarachnoidální nebo totální spinální anestezí, pneumotoraxem vzniklým při anestezii brachiálního plexu, parézou n.phrenicus při anestezii brachiálního plexu a cervikální blokáde, nevhodnou polohou

pacienta. Důležitá je prevence a monitorace pacienta během svodné anestezie.

Postpunkční bolesti hlavy

Jedná se o pozdní komplikaci centrálních blokad. Vzniká při nechtěné punkci dura mater a úniku liquoru do epidurálního prostoru. Provází ji nauzea, zvracení a dvojité vidění. Prevencí je opatrnost při epidurální anestezii, použití atraumatických jehel. Léčba spočívá v doplnění objemu krystaloidy, klidu na lůžku, podání analgetik, kofeinu. Při neúspěchu lze provést „záplatu“ epidurálně aplikovanou autologní krví.

Retence moče

Je pozdní komplikací, která si může vyžádat i krátkodobou katetrizaci močového měchýře.

Vzácně se mohou objevit neurologické komplikace, jako jsou:

- bolesti zad
- epidurální hematom
- arachnoitida
- myelitida
- epidurální absces
- aseptická meningitida

Příznaky jako je teplota, bolesti, poruchy cití dolních končetin, brnění je nutné sledovat a okamžitě řešit (Kasal, 2006, str. 73-74).

5. Příprava pacienta na anestezii a na operační výkon

Je dávno překonaná představa, že jediným úkolem anesteziologa je podat vhodnou premedikaci a zajistit operační výkon bezpečnou anestezíí.

Úkolem anesteziologa je také pohovořit si s pacientem o jeho obavách a očekáváních a vysvětlit mu předpokládaný průběh anestezie. S některými pacienty je takový rozhovor snadný, s jinými se kontakt navazuje obtížněji a není jednoduché odhadnout, čeho se obávají, jaké informace potřebují, jakým způsobem a v jakém rozsahu je nejvhodnější jim je dodat.

Rozsah předoperačního vyšetření závisí na typu chirurgického výkonu, věku, celkovém stavu nemocného a také na urgenci operačního výkonu, tj. na čase, který je na vyšetření k dispozici.

Předanestetické vyšetření provádí lékař anesteziolog, který vyhodnocuje výsledky provedených předoperačních vyšetření (laboratorní vyšetření, interní vyšetření, RTG srdce a plic, funkční vyšetření aj.).

Vyšetření se zaměřuje především na:

- podrobnou anesteziologickou anamnézu
- fyzikální vyšetření dle volby anestezie
- podmínky možnosti intubace
- možnosti zajištění žilních vstupů
- anatomické poměry pro podání regionální anestezie
- psychickou přípravu a informování pacienta

Vhodnou pomůckou je i anesteziologický dotazník (příloha č. 1), který také umožňuje včas rozpoznat určitá rizika anestezie a zvýšit tak pacientovu bezpečnost při operaci.

Anesteziolog vysvětlí pacientovi, co proběhne a jaké chování a spolupráce se od něho očekávají. Cílem je formou srozumitelných informací, tj. způsobem odpovídajícím pacientovým schopnostem jim porozumět, pacienta seznámit s navrženou anestezíí vzhledem k jeho stavu a zákroku, možných alternativ, obecných rizik týkajících se anestezie, účelů premedikace, předoperační přípravy a užívaných léků popř. změn týkajících se dosavadní medikace.

Toto vyšetření by mělo probíhat v anesteziologické ambulanci, popř. přímo na pokoji pacienta, kde by se měl lékař snažit uchovat podmínky pro zachování soukromí nemocného. Důležitost anesteziologických ambulancí vidíme v zkvalitnění

předoperační přípravy při současném snížení ekonomické zátěže jednotlivých operačních oborů zdravotnického zařízení v rámci předoperačního vyšetření a zároveň omezení počtu neprovedených nebo odložených operačních výkonů pro neúplnost předoperačního vyšetření nebo z důvodu nedostatečné optimalizace zdravotního stavu nemocného. Předoperační příprava začíná již v okamžiku, kdy je nemocný indikován k operačnímu výkonu.

Předoperační příprava:

- všeobecná příprava - provádí se u všech nemocných a spočívá v očistě nemocného, přípravě operačního pole, vyprázdnění před některými typy operací, zajištění dostatečné hydratace nemocného
- chirurgická příprava zahrnuje zvláštní typy přípravy před některými vyšetřeními
- interní příprava - spočívá v kompenzaci komplikujícího onemocnění
- anesteziologická příprava - lačnění jako prevence aspirace, vyjmutí umělého chrupu jako prevence aspirace
- psychologická příprava může zásadním způsobem ovlivnit postoj a strach nemocného a jeho psychiku před operací (Kasal, 2006, str. 47)

Téměř všichni pacienti mají před anestezií a operací strach, ale různí pacienti jsou v rozdílné míře schopni si tento strach přiznat a otevřeně o něm hovořit.

Nejčastěji je to strach z toho, že se pacient po anestezií neprobudí, vyradí různé tajnosti, že bude po operaci trpět bolestmi, že se během operace probudí apod.

Strach a úzkosti narušují duševní rovnováhu pacientů, jsou stresorem a vedou k různým vegetativním doprovodným reakcím. Oba faktory působí nevýhodně při úvodu do anestezie a při pooperačním průběhu. Uklidňující vliv předanestetické návštěvy anesteziologa nemusí být dostatečný. Při psychologické přípravě pacienta na anestezií by měly být dodrženy ze stran ošetřujícího personálu následující zásady:

- být přátelský a plánovaný postup srozumitelným způsobem objasnit
- být pozorný, chápavý a trpělivý
- vcítit se do úzkosti pacienta
- uklidnit pacienta

U většiny pacientů musí být psychologická příprava krátce před operací doplněna podáním tzv. premedikace (Larsen, 2004, str. 448).

5.1 Právní aspekty – informovaný souhlas

Poučení pacienta o postupu při anestezii a postupu při operačním výkonu je z důvodů medicínských, psychologických i právních nezbytné. Na konci vysvětlujícího pohovoru a poučení musí lékař získat výslovný souhlas pacienta s navrhovanými a potřebnými opatřeními (přílohy č. 2, 3). Poučení pacienta o riziku operace musí být přiměřené rozsahu a naléhavosti operačního výkonu.

V Zákonu o péči a zdraví lidu je stanoveno, že vyšetřovací a léčebné zákroky se musí provádět se souhlasem nemocného. Výjimku tvoří pouze situace, které jsou zákonem jasně určeny. Souhlas pacienta musí splňovat tři základní náležitosti: musí být poučený, kvalifikovaný a svobodný. Je právním úkonem, v němž je projevena vůle pacienta.

Rozhovor mezi pacientem a lékařem je založen na vzájemné důvěře a nemá se tedy jednat o formální žádost o podpis pacienta. Nejlepší postup je takový, kdy pacient nejdříve obdrží písemný materiál s popisem navrhovaného anesteziologického postupu. Dále navazuje rozhovor, který je pro pacienta zdrojem konkrétních informací a poučení. Poté by teprve měl lékař s pacientem podepsat formulář oprávněného souhlasu. Ten je následně založen do dokumentace.

5.2 Poučení pacienta sestrou

Sestra není kompetentní informovat pacienty o jejich zdravotním stavu. Je tedy na lékařích, aby pacienty informovali. Může se ale stát, že lékař informuje pacienta nedostatečně nebo netaktně. V takovém případě na to doplácí psychika pacienta, která hraje velmi důležitou roli v celkové léčbě a spolupráci. Ošetřovatelská diagnóza „nedostatek informací“ se vztahuje na jakékoliv dotazy o postupu a péči, které pacient bude absolvovat. Bývá to právě sestra, na kterou se obrací pacient s konkrétními dotazy. Je velmi časté, že pacient si po promyšlení všech informací od lékaře vyžádá názor sestry, a to nejen ohledně operačního postupu, ale i o výběru anestezie.

Proto se sestra, která je empatická a pacientovi se věnuje, dozví často i informace, které pacient nevedl lékaři. Musí si být ale přesně vědoma hranice, kterou nelze překročit a v případě jasných důkazů toho, že pacient nepochopil informace lékaře i v zásadních věcech znovu požádat lékaře o rozhovor s pacientem.

Sestra je oprávněna, ale i povinna poučit pacienta o postupu při zdravotnickém výkonu, který sama v rámci své působnosti provádí. Sestra specialista poučuje nejen

o postupu, ale i o prevenci, komplikacích a o možných rizicích, které zdravotní stav mohou provázet. Její poučení nesmí však být v rozporu s poučením ošetřujícího lékaře (Vondráček, 2005, str. 65).

5.3 Práva pacientů

Po dlouhá staletí neměli pacienti žádná práva. Pacient byl v minulosti plně závislý na lékaři. O právech pacientů se začíná hovořit v podstatě teprve na začátku sedmdesátých let minulého století. Lidé přijímají plnou odpovědnost za svůj život a přejí si, aby měli dostatek informací i v situaci nemoci a aby i v zdravotní nepřízni svého osudu mohli o sobě rozhodovat nebo alespoň minimálně spolupracovat. Jsou vzdělanější, zdravotně informovanější a nelze jim nadále vnučovat pouze submisivní roli. V souvislosti s rozvojem vědy a techniky prodělalo lékařství jako obor i zdravotnictví jako systém řadu změn. Profesionální péče o nemocné je týmová, specializovaná až superspecializovaná.

Nabídka diagnostických a terapeutických metod je pestrá a někdy je nesnadné určit, která varianta je pro pacienta nejlepší. Lékaři při volbě nejlepšího možného diagnostického postupu či léčby používají samozřejmě klasické konziliární metody, ale postupně docházejí k názoru, že svůj názor na věc mají vyjádřit i ti, kterých se léčba týká, tedy pacienti.

Ze stručně naznačených důvodů je zřejmé, že se pacientova role mění a že se nemocný stává nebo má stát plnoprávným partnerem lékaře. Respektovat skutečnost, že konkrétní nemoc je nemocí konkrétního člověka, že je to jeho obtíž, jeho trýzeň, jeho osud, a že tudíž právě on má právo rozhodovat či spolurozhodovat o realizaci lékařem navrhnutých postupů, je nutné.

Etický kodex „Práva pacientů“ jsou pravidla, která nejsou právně vynutitelná. Jejich dodržování je věcí zdravotníků a pacientů a opírá se o vzájemnou komunikaci. Zdravotníci by se podle nich měli chovat a sami pacienti by měli jejich dodržování vyžadovat (Kořenek, 2002, str. 76).

Úkolem zdravotníků v tomto směru je, aby jednak požadavky kodexu dodržovali, ale aby také pacienty o existenci těchto práv informovali a pomáhali tím k již zmíněnému partnerství se zdravotníky.

Pacient má také právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického a terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení má být

náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. Pokud existuje více alternativních postupů nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, která se na nich účastní. Všimněme si slova „zasvěceně“. Aby se pacient mohl takto rozhodnout, potřebuje podrobné informace o konkrétních postupech a technologiích nabízených jednotlivými poskytovateli, frekvenci provedení zákroků a v neposlední řadě informace o riziku nozokomiálních nákaz spojeném se zákrokem, které je pro každého pacienta jiné (rizikovější jsou pacienti starší, chronicky nemocní, podstupující imunosupresivní léčbu nebo se sníženou obranyschopností). Avšak tyto informace jsou pro pacienty stále tabu, které nechtějí nemocnice, pojišťovny ani lékaři překročit (Bártlová, 2005, str.124).

5.4 Péče o pacienta při výkonu

Anesteziologická příprava je dovršena tzv. premedikací. Premedikace je podání léků před operací, které mají zklidnit nemocného, navodit mu částečnou analgezii, usnadnit úvod do anestezie a potlačit nežádoucí reflexy.

Strach je příčinou stresu, který potencuje reakci organismu na zátěž. Zátěžová reakce vede ke zvýšení úrovně metabolismu s následkem zvýšené spotřeby kyslíku, zvýšené spotřeby anestetik a známých oběhových reakcí.

Premedikace se dělí na tzv. prepmedikaci, která se podává večer a má zajistit nemocnému klidný spánek. K vlastní premedikaci se podávají převážně anxiolytika perorálně nebo intramuskulárně, případně analgetika a atropin.

K podání anestezie je nutné standardní vybavení pro celkovou anestezii, a to i v případě, je-li naplánovaná anestezie regionální. Může se stát, že je nedostatečná účinnost regionální anestezie a anesteziolog musí přejít na anestezii celkovou. Kromě toho se během regionální anestezie mohou vyskytnout komplikace, které vyžadují okamžitou terapii.

Pacient přijíždí na operační sál již premedikovaný, s řádnou všeobecnou předoperační přípravou. Na anesteziologické přípravně operačního sálu proběhne krátký informativní a uklidňující rozhovor s anesteziologem a sestrou.

Anesteziologická sestra převezme pacienta a je většinou první, kdo podává informace o postupu, který bude v následujících chvílích prováděn. Má na paměti, že pacient je již utlumen premedikací, ale musí počítat s tím, že některým pacientům nemusí premedikace vyhovovat a naopak mohou být více neklidní. Vysvětlí pacientovi

nutnost zajištění žilního řečiště. Zavede pacientovi žilní vstup a zajistí monitoraci srdeční křivky, krevního tlaku, saturace krve kyslíkem (Kasal, 2006, str. 62- 63).

Podle předem zvoleného způsobu probíhá příprava k samotnému provedení anestezie.

Pokud byla zvolena regionální anestezie, poučí anesteziologická sestra pacienta, jakou polohu má zaujmout a společně s pomocným personálem a lékařem provede polohování pacienta.

Všechny tyto úkony mají velký vliv na pacienta, a proto je vhodné s ním neustále hovořit. Zajištění spolupráce u pacienta, který je spolupráce schopen, pomůže nejen ošetřovatelskému personálu v oblasti manipulace, ale i pacient má pocit své aktivní účasti.

Při plánované regionální anestezii bývá nemocný přivezen na sál již dříve, aby byla zajištěna časová rezerva pro nástup plného účinku anestezie. Při dobré organizaci provozu operačních sálů by tento časový faktor neměl být prostojem mezi operacemi. Je tedy velmi vhodné, aby pacient již byl obeznámen s technikou provedení, neboť správné a spolehlivé provedení tohoto výkonu je vázáno na spolupráci pacienta. Po zajištění žilního přístupu a změření krevního tlaku a napojení na EKG křivku pacient zaujme vyžadovanou polohu.

Nikdy nezapomínáme na nutnost monitorace a i to i vizuální!

Nástup anestezie je u subarachnoidální blokady do 15 minut, u epidurální blokady po dobu 30 až 40 minut.

U blokad nervových pletení nebo jednotlivých nervů je poloha dána anatomii nervu, jež mají být znecitlivěny. Pomocí tenké jehly, napojené na neurostimulátor, anesteziolog detekuje prostor v blízkosti nervu. Následuje aplikace anestetika, sterilní krytí vpichu, sledování pacienta.

Nástup anestezie je během 20 až 40 minut.

Péče o pacienta s regionální anestézií je stejně svědomitá jako při celkovém znecitlivění. Přiměřená sedace během operačního výkonu je neodmyslitelnou součástí regionální anestezie, zvláště nechce-li být pacient během operačního výkonu při vědomí. Její hloubku je nutné neustále sledovat. Nedostatečná, nebo naopak příliš silná sedace může být pro pacienta nebezpečná.

Před odjezdem na oddělení je vhodné znovu pacienta poučit o pohybovém režimu a dalších doporučených opatřeních z pohledu užití anestezie.

Celková anestezie je většinou podávána na operačním sále. Jak bylo již několikrát

zmíněno, anestezie a operace jsou u pacienta provázeny významnými obavami. Všechny přípravy k podání anestezie se musí odehrávat v klidné a přátelské atmosféře. Rozhovor s pacientem by měl být ukončen informací o podávání léku na vyvolání umělého spánku. Po připojení základních monitorovacích přístrojů a zaznamenání výchozích hodnot může být zahájen úvod do celkové anestezie, následně zajištění dýchacích cest, prohloubení a vedení anestezie ve vzájemné korelaci s operačním výkonem. Pokud je nutné polohovat pacienta na výkon, spolupracuje celý tým, často včetně operátora. U většiny pacientů po celkové anestezii probíhá stabilizace, popřípadě plné zotavení na pooperačním pokoji. Jsou-li vitální funkce stabilní, je pacient transportován na oddělení (Kasal, 2006, str.66).

Pacienta převáží lékař společně se sestrou z daného oddělení, během přepravy sledují vitální funkce pacienta, především z důvodu doznívání anestezie.

Na oddělení zůstává pacient v péči své sestry, která provede ordinace podle toho, jak je zaznamenal anesteziolog nebo operátor v dokumentaci. Během tohoto období sestra na oddělení sleduje vitální funkce pacienta, projevy nauzey, sekreci z rány a neopomene sledovat projevy bolesti u pacienta. Znovu ho poučí o podání léků proti bolesti a zaznamenává výši bolesti do záznamu. V případě užití regionální anestezie poučí pacienta o klidu na lůžku včetně pohybu na něm. Zamezí tím vzniku komplikací jako je zvracení, bolesti hlavy atd.

Spolupráce anestezie a ošetrovatelského personálu oddělení musí být vždy profesionální a její funkcí je hlavně vytvoření vhodného terapeutického prostředí pro pacienta. Je důležité, aby se pacient cítil bezpečně a věděl, že o jeho zdravotní stav je zájem a to od kteréhokoliv člena týmu.

II. Empirická část

6. Cíl práce a hypotézy

1. Zjistit míru informovanosti pacientů při volbě anestezie a způsobu jejího provedení.
2. Zhodnotit informovanost pacientů o omezeních vzhledem k užitému typu anestezie.
3. Porovnat vliv zdravotníků a vliv zkušeností samotných pacientů, jejich rodinných příslušníků a spolupacientů na možný výběr typu anestezie.
4. Posoudit přístup všeobecné sestry z pohledu pacienta.

Hypotéza 1

Na oddělení dochází k edukaci pacientů v oblasti výběru typu anestezie.

Hypotéza 2

Pacienti jsou dostatečně informováni o omezeních souvisejících s typem anestezie.

Hypotéza 3

Pacienti jsou již před přijetím ovlivněni ohledně výběru typu anestezie.

Hypotéza 4

Pacienti vnímají přístup všeobecné sestry velmi dobře.

6.1 Metodika a organizace výzkumu

Pro svou práci jsem zvolila způsob kvantitativního výzkumu, který jsem formou dotazníku prováděla na odděleních chirurgie, traumatologie, ortopedie a gynekologie (příloha č. 4). Dotazník obsahoval možnosti odpovědí v rozmezí 1 – 5 (velmi souhlasím, souhlasím, neumím se vyjádřit, spíše nesouhlasím, nesouhlasím). Pacienti tak měli možnost odpovídat podle hodnotící škály, což se ukázalo jako velmi zajímavé. Dotazníky byly jednotné pro všechny oddělení a byly anonymní. Formulace otázek vycházela z prací uvedených v seznamu literatury. Vzorek respondentů obsahoval 140 dotazníků, o spolupráci jsem požádala staniční sestry vybraných oddělení.

Dotazníkové šetření probíhalo v nemocnici na Bulovce a v nemocnici Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze.

Z celkového počtu 140 se mi zpět vrátilo 122 dotazníků a z tohoto množství jich 6 nešlo použít pro nedostatečné nebo zcela chybně formulované odpovědi. Ve své práci jsem mohla použít odpovědi 116 respondentů. Vycházím z tohoto čísla jako ze 100%. Zpracování dotazníků spočívalo v převedení odpovědí na absolutní čísla a procenta pomocí programu Microsoft Excel.

6.2 Základní charakteristika sledovaného souboru

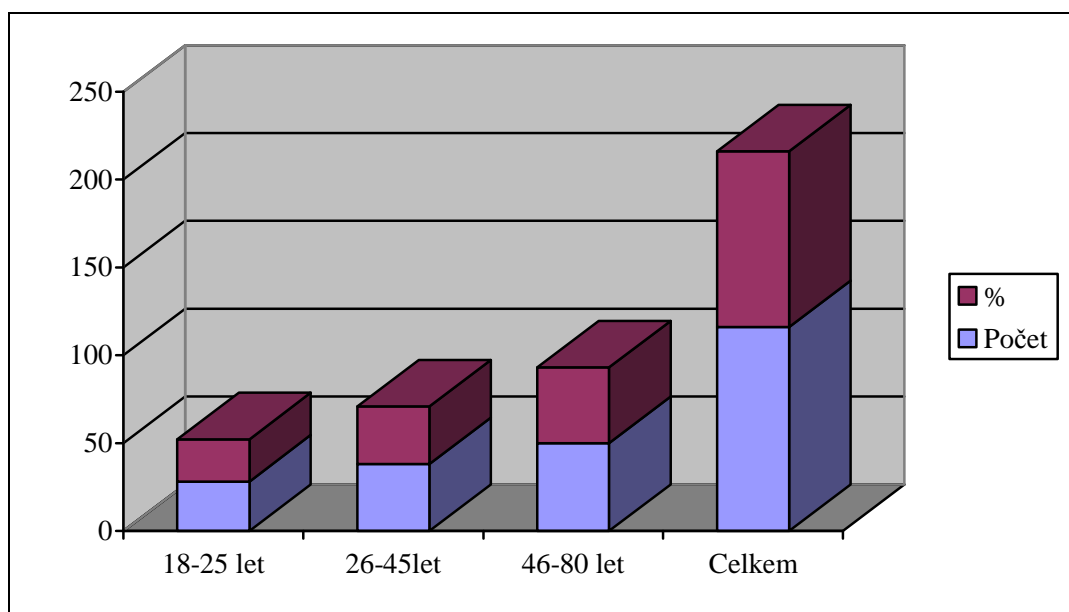
V první části dotazníku jsem zjišťovala informace o věku, vzdělání a pohlaví pacientů. Odpovídaly tomu otázky A, B, C.

Otázka A se týkala věku respondentů.

Tabulka A

	Počet	%
Od 18 let do 25 let	28	24,13
Od 26 let do 45 let	38	32,77
Od 46 let do 80 let	50	43,10
Celkem	116	100

Graf A



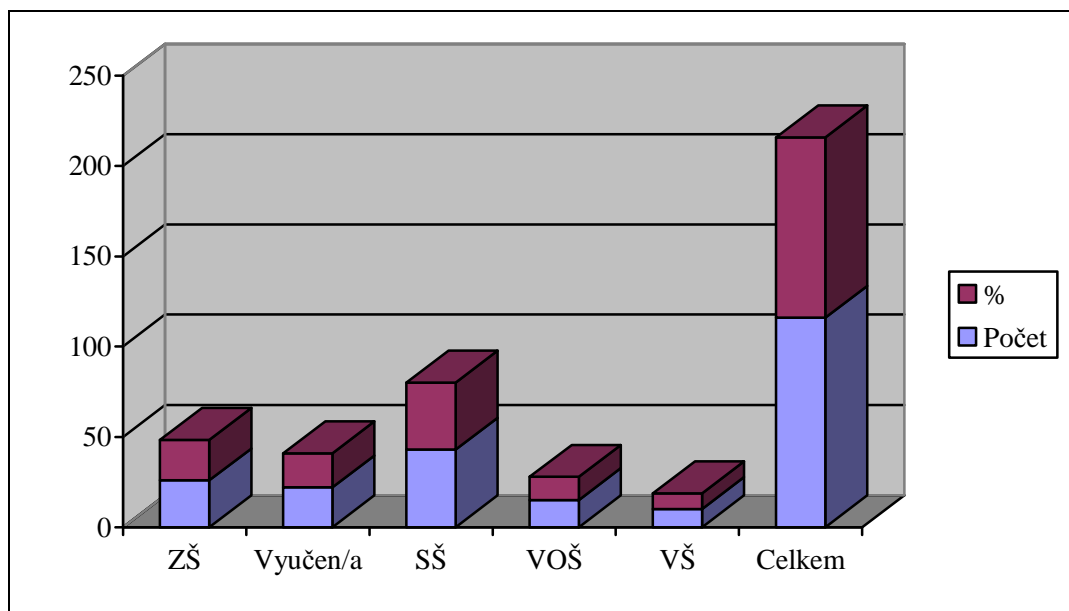
Studie zahrnuje pacienty od 18 let, nejstaršímu oslovenému pacientovi bylo 80 let. Aritmetický průměr respondentů byl 49 let. Jejich věkové spektrum je znázorněno v tabulce a grafu A.

Otázka B se týkala *dosaženého stupně vzdělání* respondentů.

Tabulka B

Typ vzdělání	Počet	%
ZŠ	26	22,4
Vyučen/a	22	18,98
SŠ	43	37,06
VOŠ	15	12,93
VŠ	10	8,62
Celkem	116	100

Graf B



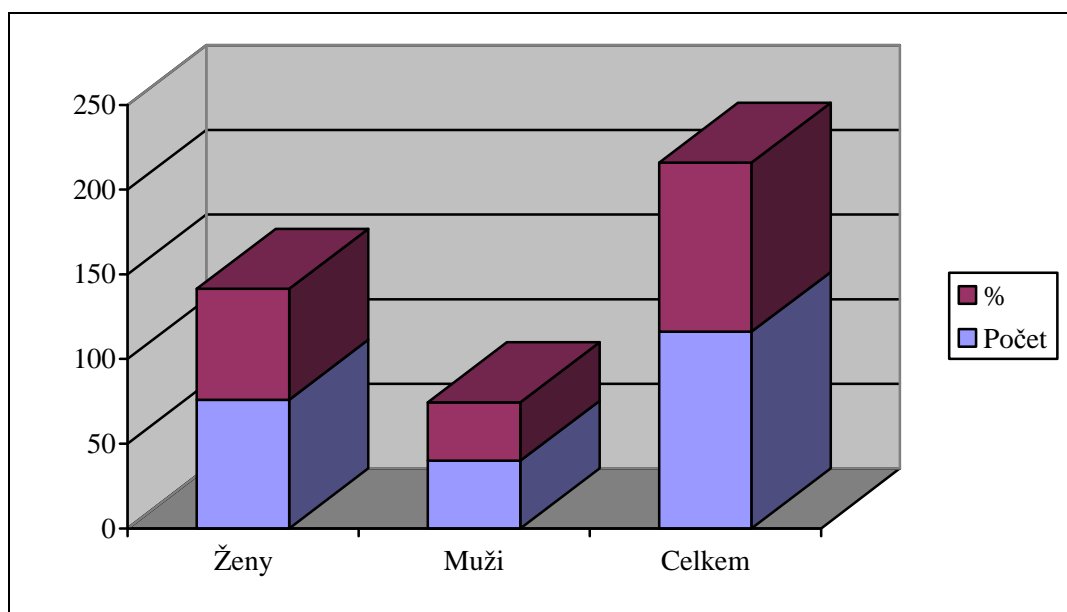
Tato tabulka a graf informují o zastoupení respondentů podle vzdělání, kdy nejvyšší procento tvořili respondenti se středoškolským vzděláním. Rozdělení podle vzdělání odpovídalo následujícímu složení respondentů - základní vzdělání mělo 22,41%, vyučen/a 18,98%, střední vzdělání uvádělo 37,06%, vyšší školu 12,93% a vysokoškolské vzdělání uvádělo 8% dotázaných.

Otázka C charakterizovala soubor respondentů podle *pohlaví*.

Tabulka C

	Počet	%
Ženy	76	65,52
Muži	40	34,48
Celkem	116	100

Graf C



Šetření se zúčastnilo 65,52% žen a 34,48% mužů.

6.3 Výsledky výzkumu

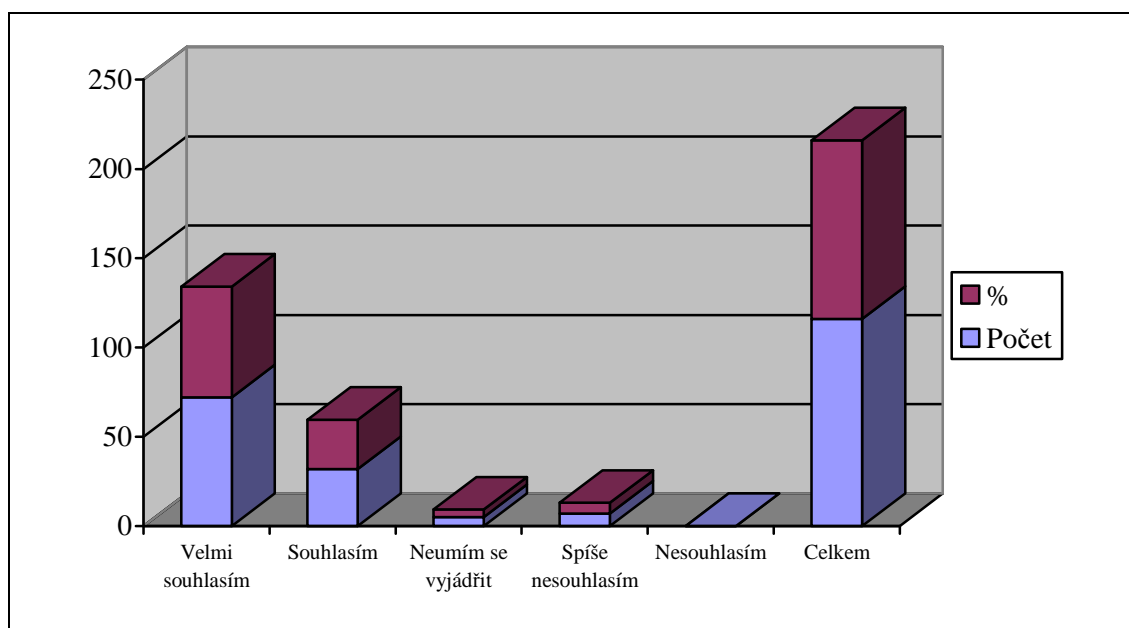
Otázka č. 1

Byl/-a jsem spokojený/-á s informacemi ohledně výběru anestezie?

Tabulka č. 1

	Počet	%
Velmi souhlasím	72	62,07
Souhlasím	32	27,59
Neumím se vyjádřit	5	4,31
Spíše nesouhlasím	7	6,03
Nesouhlasím	0	0
Celkem	116	100

Graf č. 1



Spokojenost s nejvyšší informovaností ohledně výběru anestezie vyjádřilo 62,07% respondentů, souhlasilo 27,59%, neumělo se vyjádřit 4,31%, spíše nesouhlasilo 6,03% a nesouhlasilo 0% respondentů. Můžeme tedy zhodnotit 89,66% kladných odpovědí, kdy se pacienti vyjádřili pozitivně o své informovanosti v této otázce a 6,03% záporných odpovědí.

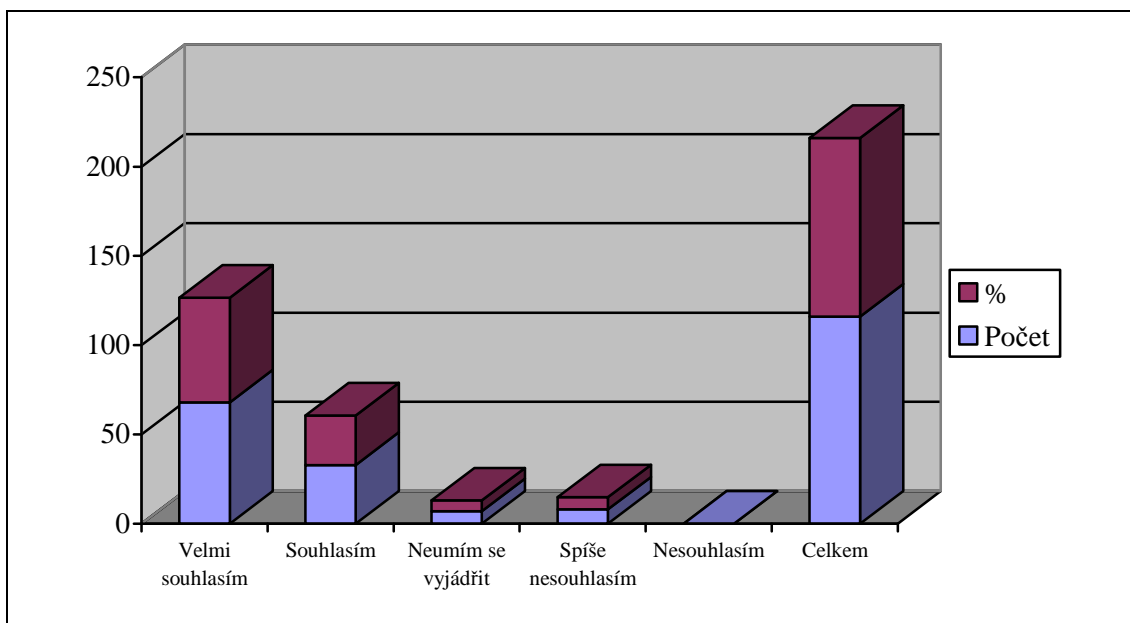
Otázka č. 2

Byl/-a jsem poučený/-á o tom, jak se od sebe užívané typy anestezie odlišují?

Tabulka č. 2

	Počet	%
Velmi souhlasím	68	58,62
Souhlasím	33	27,59
Neumím se vyjádřit	7	6,03
Spíše nesouhlasím	8	6,90
Nesouhlasím	0	0
Celkem	116	100

Graf č. 2



Zde odpovídalo nejvyšším ohodnocením 58,62% respondentů, souhlasilo 27,59%, neumělo se vyjádřit 6,03%, spíše nesouhlasilo 6,90%, žádný z dotázaných nebyl neinformován. Spokojenost s poučením tedy vyjádřilo 86,21%, neumělo se vyjádřit 6,03% respondentů a nespokojeno bylo 6,90% respondentů.

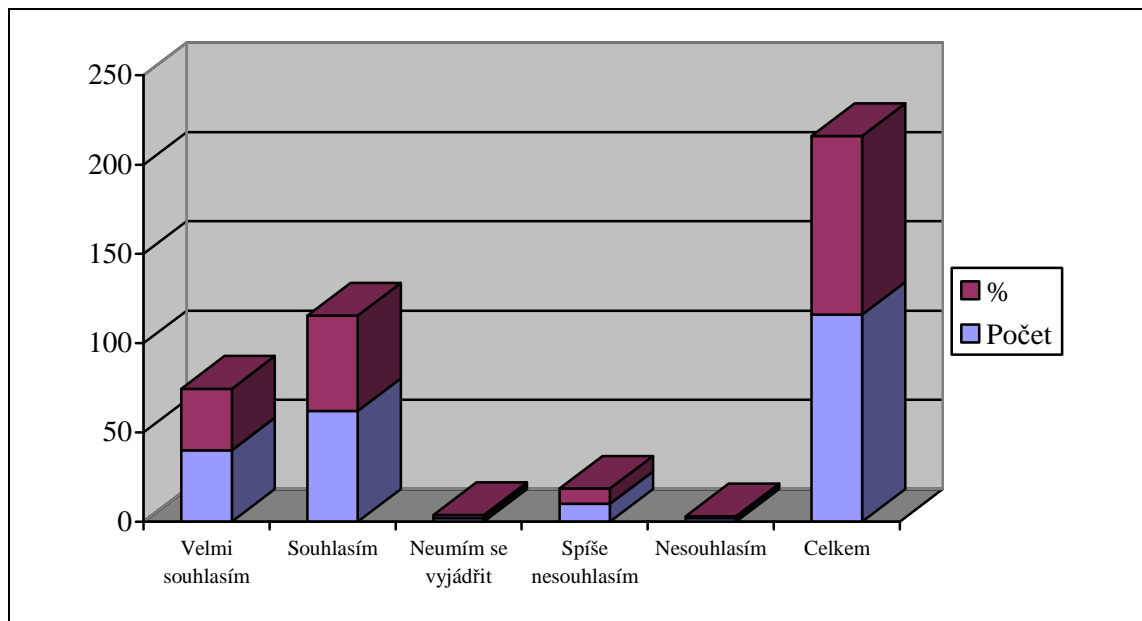
Otázka č. 3

Znal/-a jsem výhody i nevýhody zvoleného typu anestezie?

Tabulka č. 3

	Počet	%
Velmi souhlasím	40	34,48
Souhlasím	62	53,46
Neumím se vyjádřit	2	1,72
Spíše nesouhlasím	10	8,62
Nesouhlasím	2	1
Celkem	116	100

Graf č. 3



V této otázce velmi souhlasilo 34,48% respondentů, souhlasilo 53,46%, neumělo se vyjádřit 1,72%, spíše nesouhlasilo 8,62%, nesouhlasilo 1,72% pacientů. Svůj souhlas se znalostí výhod užití anestezie tedy vyjádřilo 87,94% respondentů.

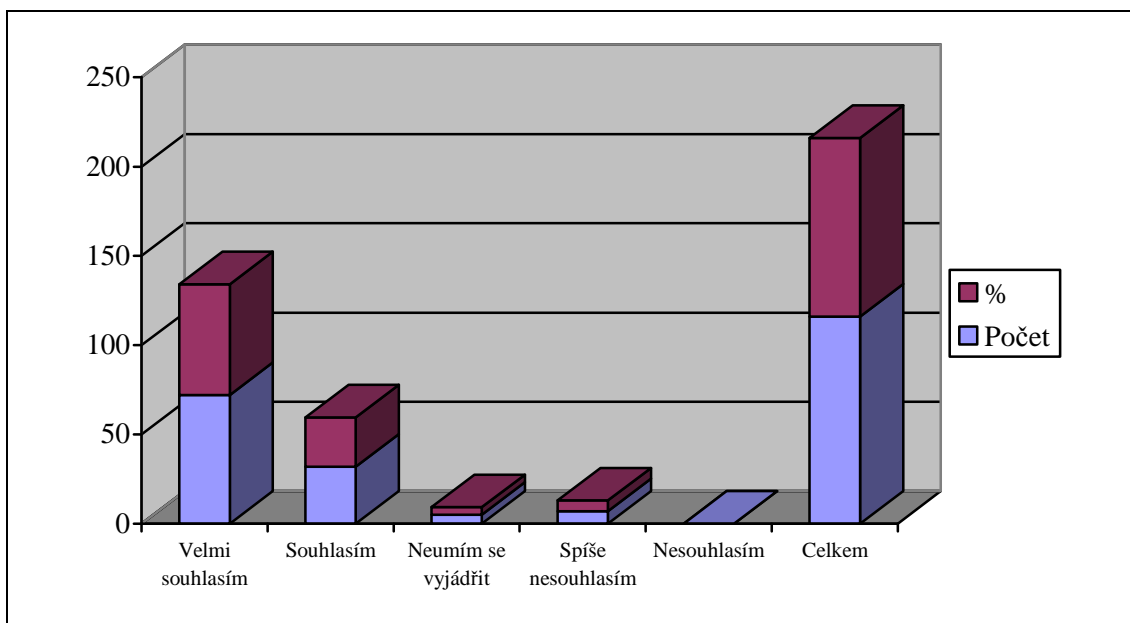
Otázka č. 4

Byl/-a jsem seznámen/-a se způsobem provedení?

Tabulka č. 4

	Počet	%
Velmi souhlasím	72	62,07
Souhlasím	32	27,59
Neumím se vyjádřit	5	4,31
Spíše nesouhlasím	7	6,03
Nesouhlasím	0	0
Celkem	116	100

Graf č. 4



Na tuto otázku odpovědělo velmi souhlasně 62,07% respondentů, souhlasilo 27,59%, neumělo se vyjádřit 4,31%, spíše nesouhlasilo 6,03% a nesouhlasilo 0% respondentů. Znalost se způsobem provedení vybrané anestezie vyjádřilo 89,66% respondentů.

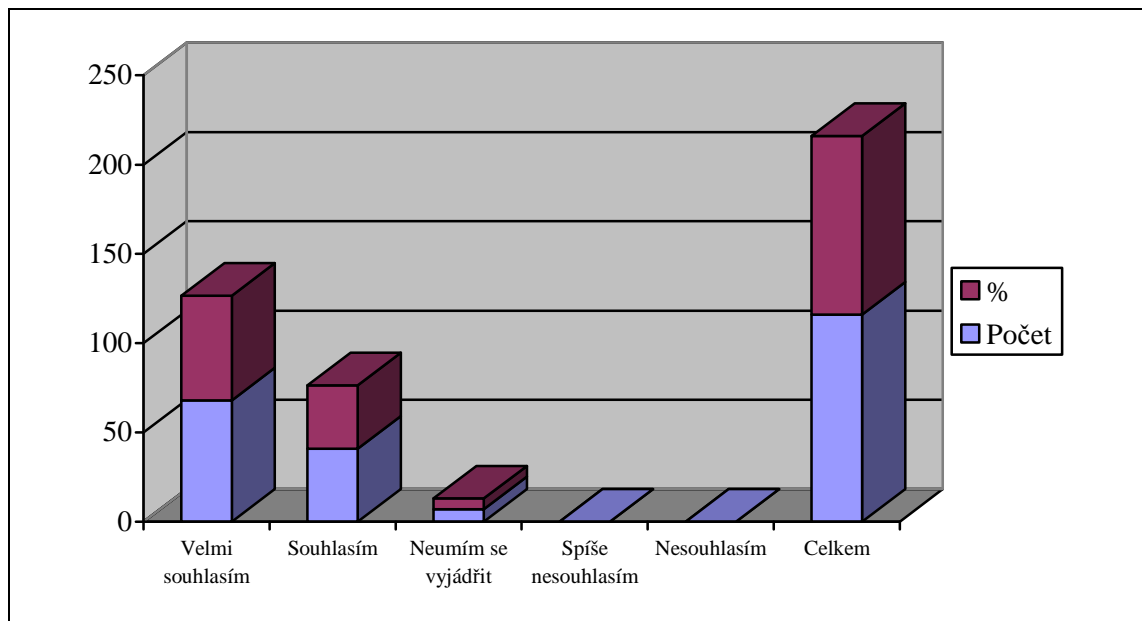
Otázka č. 5

Byl/-a jsem seznámen/-a s možnostmi komplikací?

Tabulka č. 5

	Počet	%
Velmi souhlasím	68	58,62
Souhlasím	41	35,35
Neumím se vyjádřit	7	6,03
Spíše nesouhlasím	0	0
Nesouhlasím	0	0
Celkem	116	100

Graf č. 5



Zde graf i tabulka ukazují, že téměř všichni pacienti byli s možnostmi komplikací velmi dobře seznámeni. Velmi souhlasilo 58,62%, souhlasilo 35,35%, neumělo se vyjádřit 7 (6,03%).

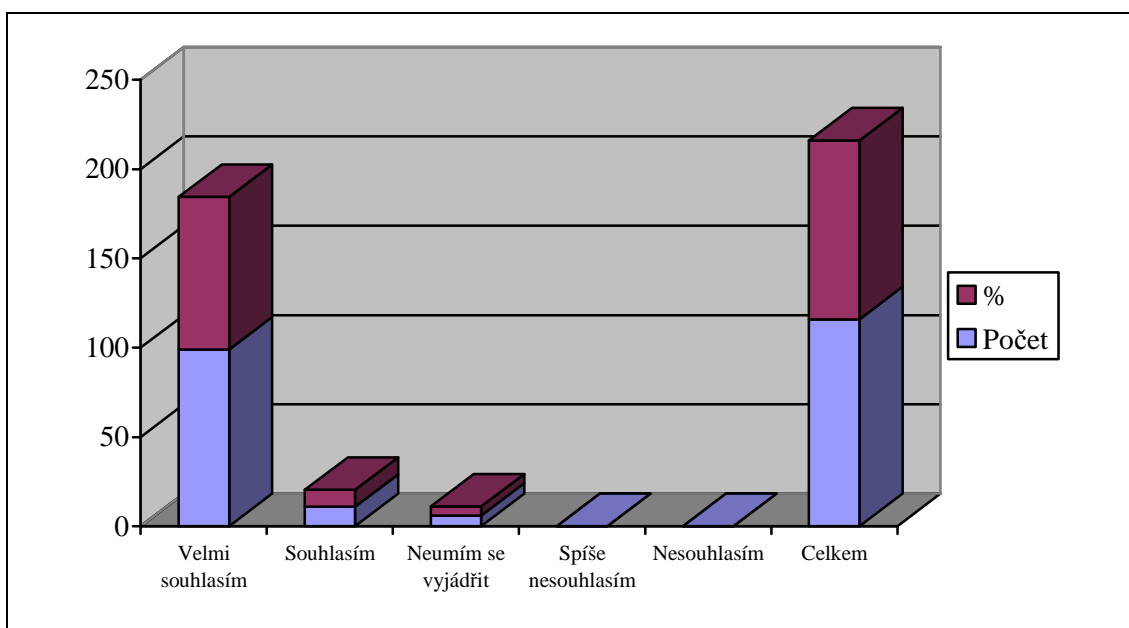
Otázka č. 6

Věděl/-a jsem o omezeních pohybu vzhledem k užití regionální/svodné anestezie?

Tabulka č. 6

	Počet	%
Velmi souhlasím	99	85,35
Souhlasím	11	9,48
Neumím se vyjádřit	6	5,17
Spíše nesouhlasím	0	0
Nesouhlasím	0	0
Celkem	116	100

Graf č. 6



U této otázky velmi souhlasilo 85,35% respondentů, souhlasilo 9,48%, neumělo se vyjádřit 5,17%. Žádný respondent nevyjádřil nesouhlas. O nutnosti omezení pohybu mělo tedy znalosti celkem 94,83% respondentů.

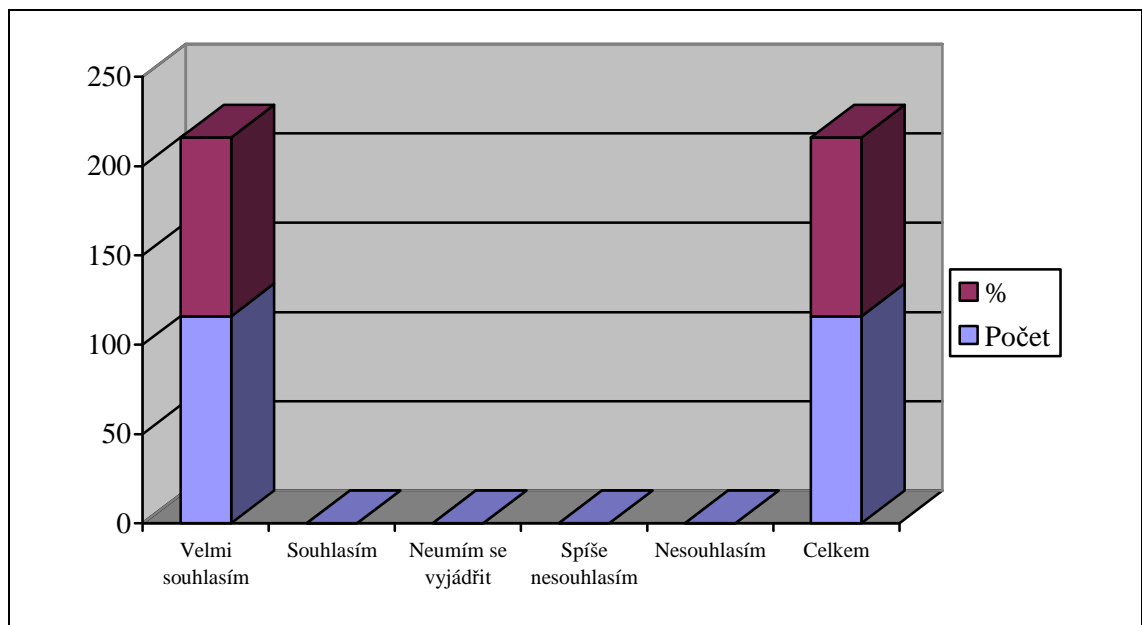
Otázka č. 7

Byl/-a jsem informován/-á o omezení příjmu tekutin a potravy při využití místní i celkové anestezie?

Tabulka č. 7

	Počet	%
Velmi souhlasím	116	100
Souhlasím	0	0
Neumím se vyjádřit	0	0
Spíše nesouhlasím	0	0
Nesouhlasím	0	0
Celkem	116	100

Graf č. 7



Informovanost respondentů v otázce příjmu potravy a tekutin byla 100%.

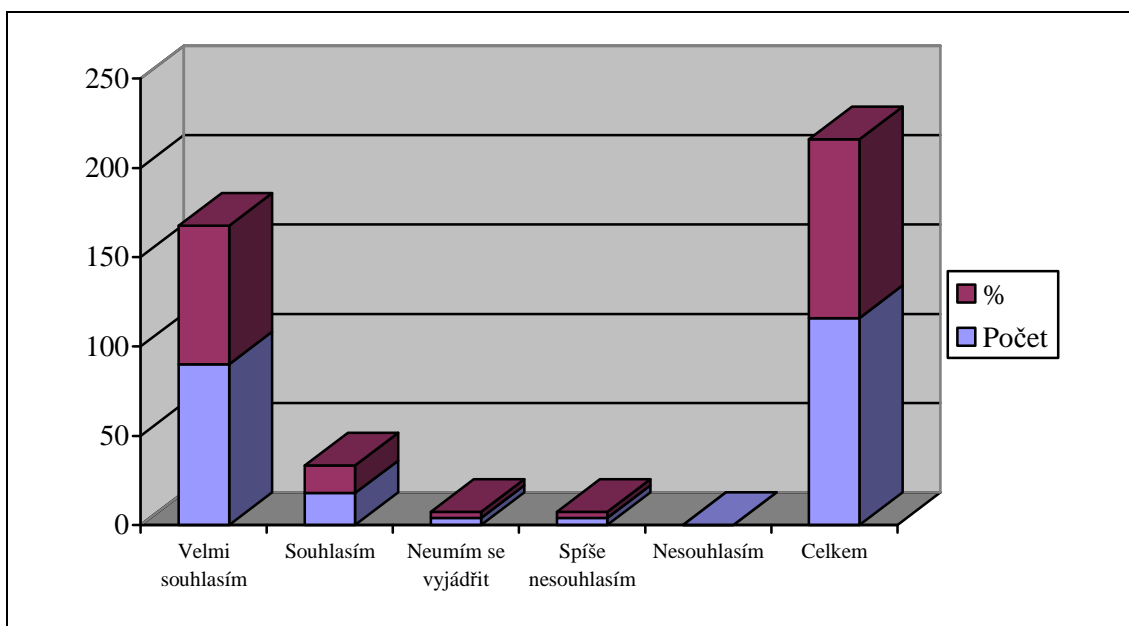
Otázka č. 8

Bylo mi známo, že potíže, které si mohu způsobit nedodržením doporučených opatření jsou závratě, zvracení, bolesti hlavy...?

Tabulka č. 8

	Počet	%
Velmi souhlasím	90	77,59
Souhlasím	18	15,51
Neumím se vyjádřit	4	3,45
Spíše nesouhlasím	4	3,45
Nesouhlasím	0	0
Celkem	116	100

Graf č. 8



V otázce č. 8 velmi souhlasilo 77,59% respondentů, souhlasilo 15,51%, neumělo se vyjádřit 3,45%, spíše nesouhlasilo 3,45%, nesouhlasilo 0% respondentů. Svůj souhlas se znalostí obtíží, které si mohou způsobit nedodržením uvedených doporučení uvedlo 93,10% respondentů, neumělo se vyjádřit 3,45% a bez informací se domnívalo být 3,45% respondentů.

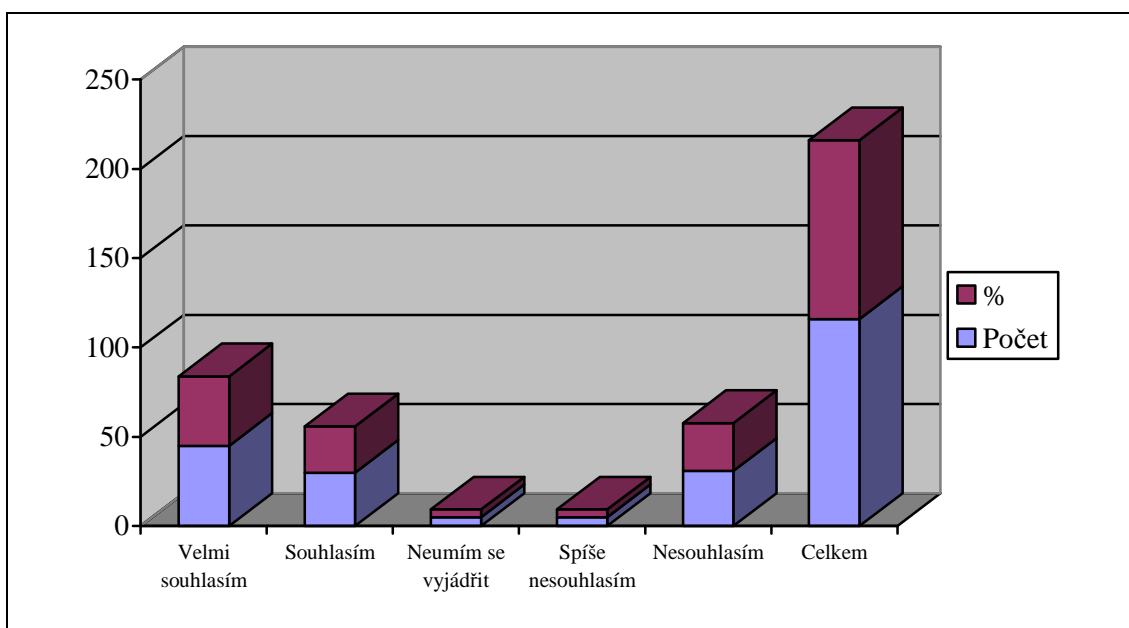
Otázka č. 9

Pro mou volbu anestezie měl značný význam rozhovor s lékařem?

Tabulka č. 9

	Počet	%
Velmi souhlasím	45	38,79
Souhlasím	30	25,87
Neumím se vyjádřit	5	4,31
Spíše nesouhlasím	5	4,31
Nesouhlasím	31	26,72
Celkem	116	100

Graf č. 9



Velmi souhlasilo 38,79% respondentů, souhlasilo 25,87%, neumělo se vyjádřit 4,31%, spíše nesouhlasilo 4,31%, nesouhlasilo 26,72% respondentů. Jak znázorňuje graf č. 9, 64,66% pacientů ovlivnil rozhovor s lékařem. Nesouhlas s ovlivněním svého rozhodnutí lékařem vyjádřilo 31,03% respondentů.

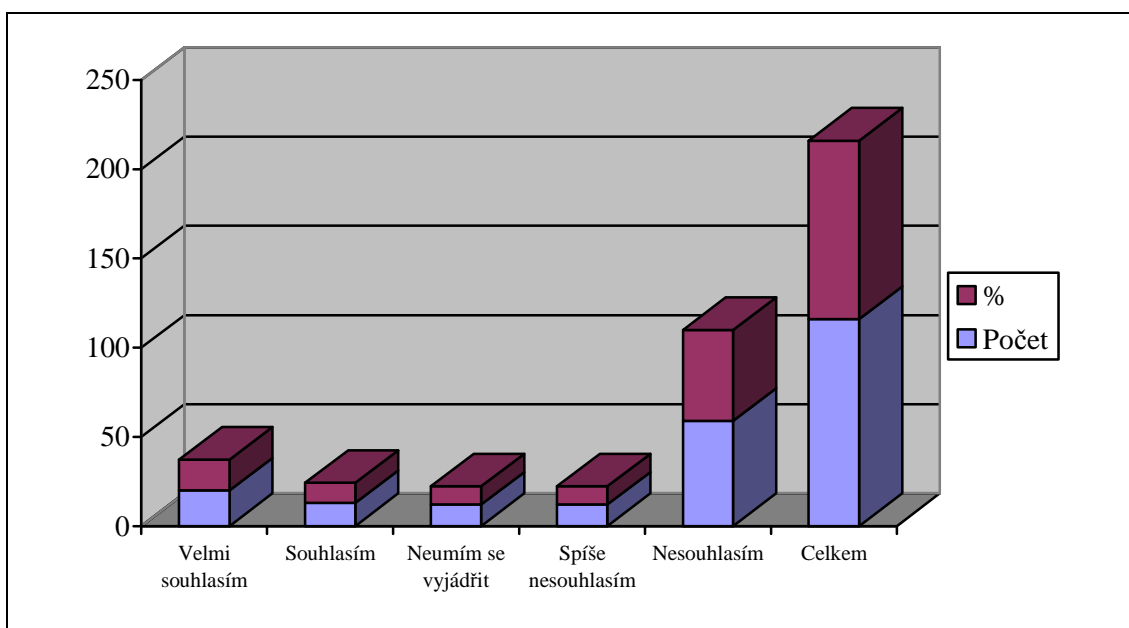
Otázka č. 10

Pro mou volbu anestezie měly značný význam informace podané všeobecnou sestrou?

Tabulka č. 10

	Počet	%
Velmi souhlasím	20	17,24
Souhlasím	13	11,20
Neumím se vyjádřit	12	10,34
Spíše nesouhlasím	12	10,34
Nesouhlasím	59	50,88
Celkem	116	100

Graf č. 10



Velmi souhlasilo 17,24% respondentů, souhlasilo 11,20%, neumělo se vyjádřit 10,34%, spíše nesouhlasilo 10,34%, nesouhlasilo 50,88% respondentů. To, že získání doplňujících informací od sestry ovlivnilo jejich rozhodnutí, uvedlo pouze 28,44% respondentů, neumělo se vyjádřit 10,34% a rozhovor se sestrou neovlivnil ve výběru způsobu anestezie 61,22% respondentů.

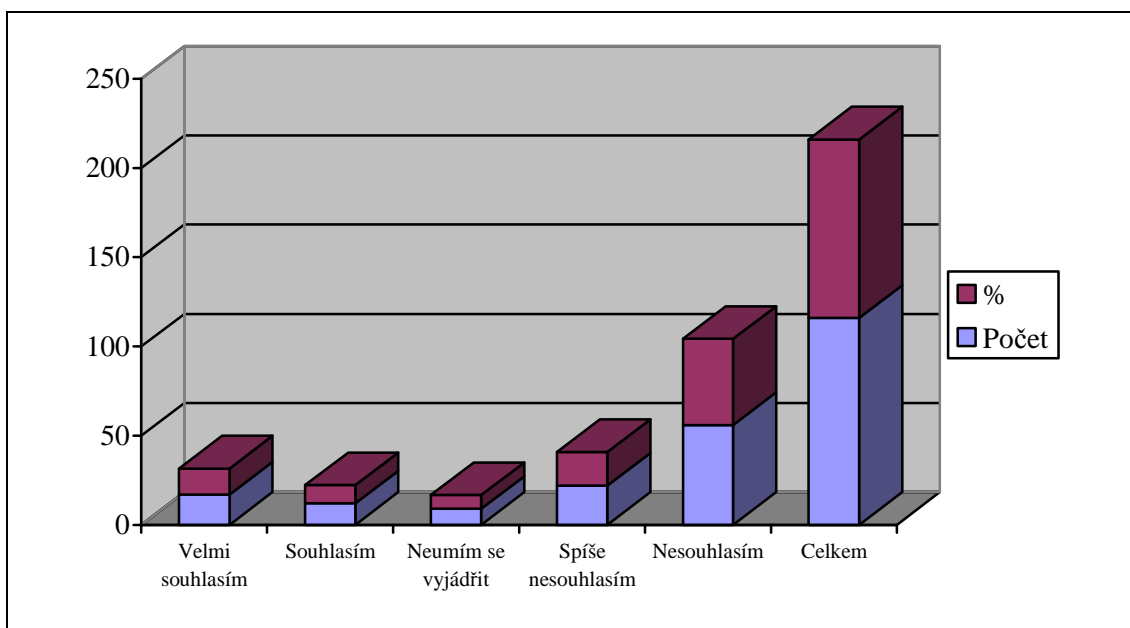
Otázka č. 11

Výběr typu anestezie jsem provedl/-a již před nástupem na operaci podle zkušeností, které měli moji známí, příbuzní?

Tabulka č. 11

	Počet	%
Velmi souhlasím	17	14,66
Souhlasím	12	10,34
Neumím se vyjádřit	9	7,76
Spíše nesouhlasím	22	18,96
Nesouhlasím	56	48,28
Celkem	116	100

Graf č. 11



Na otázku výběru typu anestezie v návaznosti na zkušenosti známých, příbuzných velmi souhlasilo 14,66% respondentů, souhlasilo 10,34%, neumělo se vyjádřit 7,76%, spíše nesouhlasilo 18,96% a nesouhlasilo 48,28% respondentů. Zde jasně převažují nesouhlasné odpovědi 67,24% pacientů.

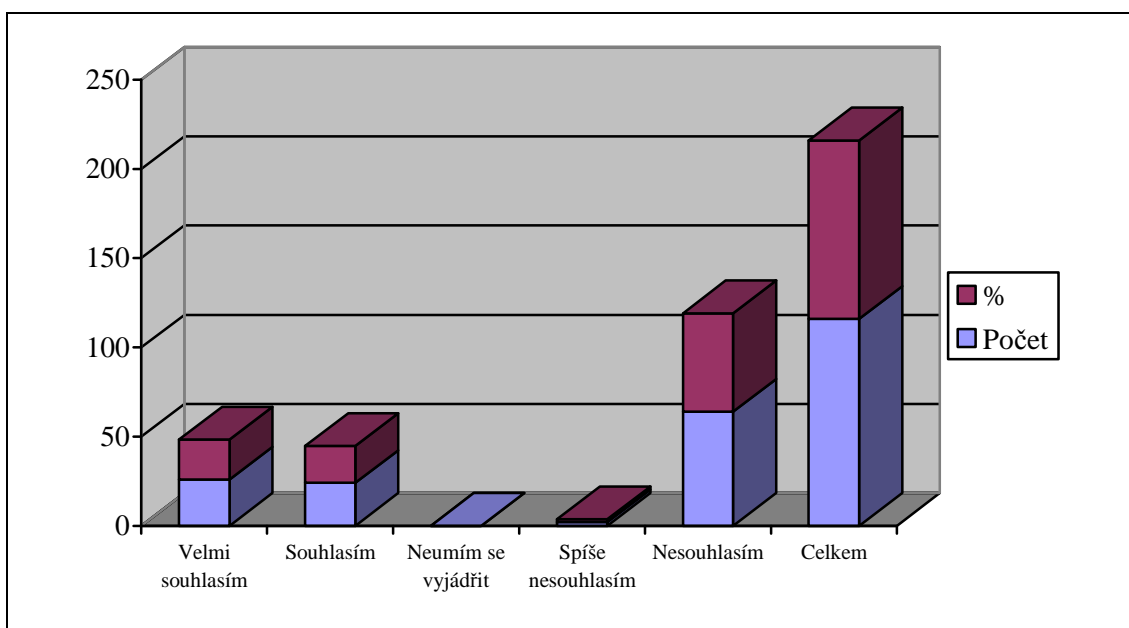
Otázka č. 12

Na mou volbu měl vliv fakt, že jsem již zvolený typ anestezie absolvoval/-a?

Tabulka č. 12

	Počet	%
Velmi souhlasím	26	22,41
Souhlasím	24	20,90
Neumím se vyjádřit	0	0
Spíše nesouhlasím	2	1,72
Nesouhlasím	64	55,18
Celkem	116	100

Graf č. 12



Podle odpovědí v této otázce velmi souhlasilo 22,41% respondentů, souhlasilo 20,69%, neumělo se vyjádřit 0%, spíše nesouhlasilo 1,72%), a nesouhlasilo 55,18% respondentů. Podle grafu č. 12 je vidět, že ovlivněno předchozími zkušenostmi bylo jen 43,10%, a na dalších 56,90% respondentů neměly předchozí zkušenosti žádný vliv.

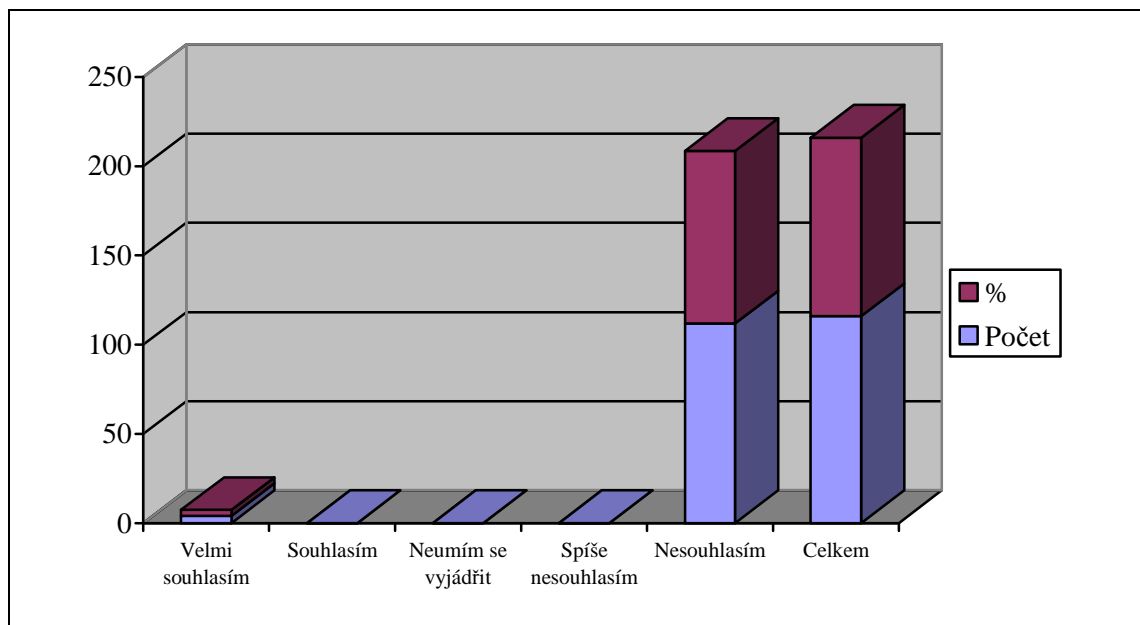
Otázka č. 13

Na výběr anestezie měl vliv kontakt se spolupacienty?

Tabulka č. 13

	Počet	%
Velmi souhlasím	4	3,45
Souhlasím	0	0
Neumím se vyjádřit	0	0
Spíše nesouhlasím	0	0
Nesouhlasím	112	96,55
Celkem	116	100

Graf č. 13



Odpovědi na tuto otázku byly v podstatě jednoznačné, velmi souhlasilo pouze 3,45% respondentů, a nesouhlasilo 96,55% respondentů.

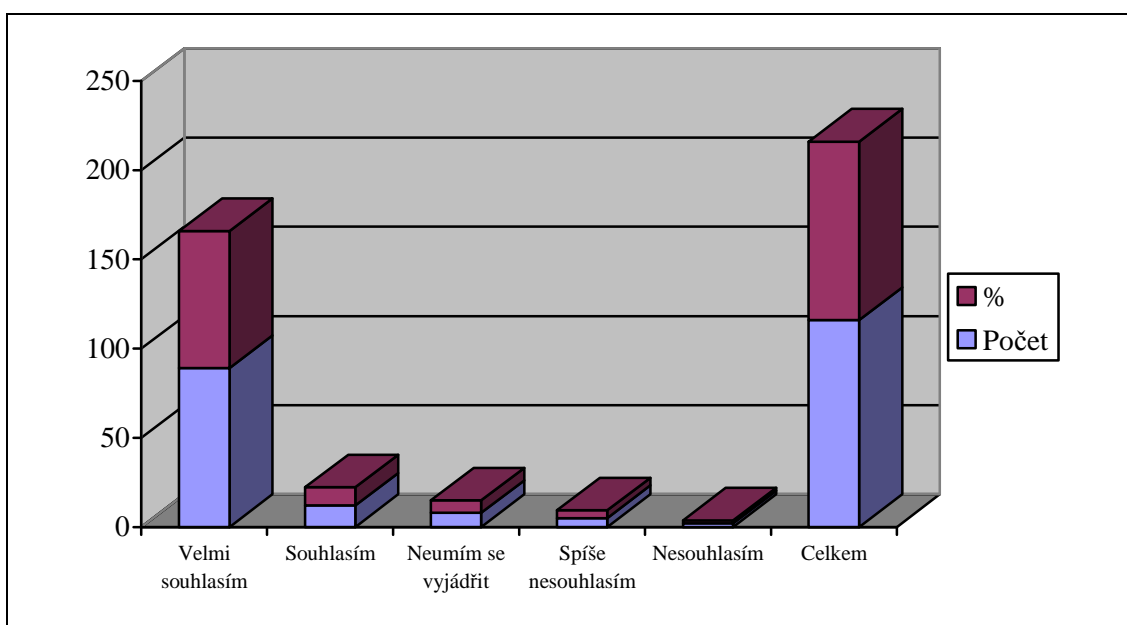
Otázka č. 14

Sestry se podílely na doplnění informací ohledně anestezie?

Tabulka č. 14

	Počet	%
Velmi souhlasím	89	76,73
Souhlasím	12	10,34
Neumím se vyjádřit	8	6,90
Spíše nesouhlasím	5	4,31
Nesouhlasím	2	1,72
Celkem	116	100

Graf č. 14



V této otázce velmi souhlasilo 76,73% respondentů, souhlasilo 10,34%, neumělo se vyjádřit 6,90%, spíše nesouhlasilo 4,31%, nesouhlasilo 1,72% respondentů. Sestry se podílely na doplnění informací u 87,03% respondentů.

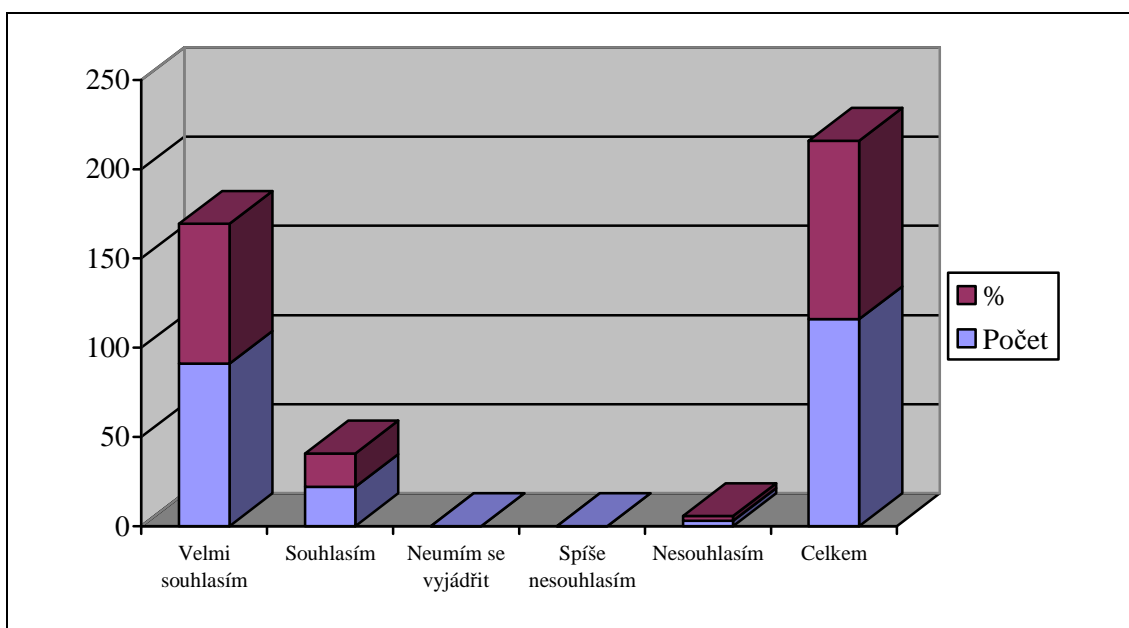
Otázka č. 15

Sestry se svými informacemi podílely na mé psychické pohodě před výkonem?

Tabulka č. 15

	Počet	%
Velmi souhlasím	91	78,44
Souhlasím	22	18,79
Neumím se vyjádřit	0	0
Spíše nesouhlasím	0	0
Nesouhlasím	3	2,59
Celkem	116	100

Graf č. 15



V odpovědích velmi souhlasilo 78,44% respondentů, souhlasilo 18,97% a nesouhlasilo 2,59% respondentů. Z grafu č. 15 je zřejmé, že téměř všichni respondenti (97,41%) souhlasí s podílem všeobecných sester na jejich psychické pohodě před operačním výkonem. Nesouhlas projevilo pouze 2,59% respondentů.

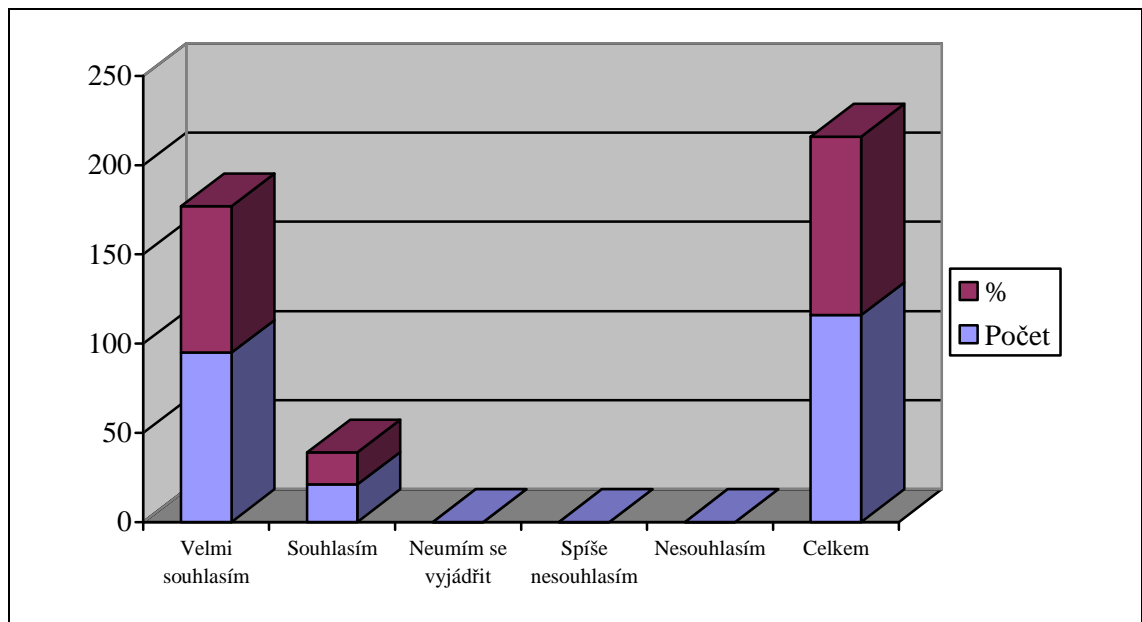
Otázka č. 16

Měl/-a jsem důvěru v informace od sester?

Tabulka č. 16

	Počet	%
Velmi souhlasím	95	81,90
Souhlasím	21	18,10
Neumím se vyjádřit	0	0
Spíše nesouhlasím	0	0
Nesouhlasím	0	0
Celkem	116	100

Graf č. 16



V odpovědích respondentů velmi souhlasilo 81,90% a souhlasilo 18,10%. Zápor nikdo nevedl. Z odpovědí je vidět, že důvěra pacientů v informace od sester je velmi vysoká, souhlasné odpovědi tvoří 100%.

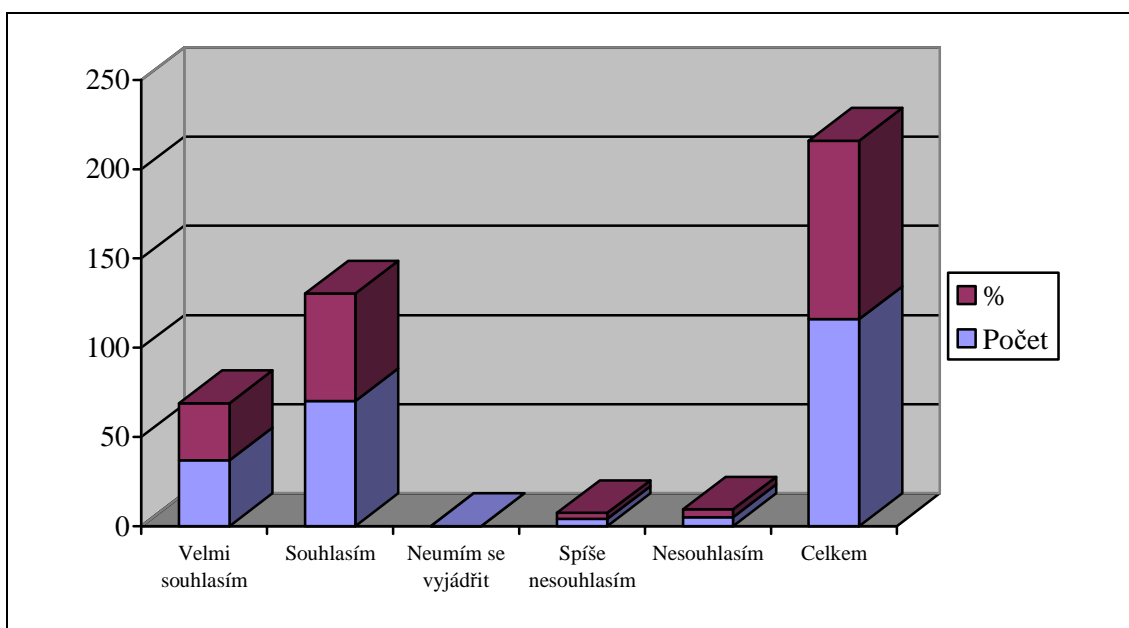
Otázka č. 17

Sestry byly trpělivé, pokud jsem informaci neporozuměl/-a, a znovu mně ji opakovaly?

Tabulka č. 17

	Počet	%
Velmi souhlasím	37	31,89
Souhlasím	70	60,34
Neumím se vyjádřit	0	0
Spíše nesouhlasím	4	3,45
Nesouhlasím	5	4,31
Celkem	116	100

Graf č. 17



Podle odpovědí v této otázce velmi souhlasilo 31,89% respondentů, souhlasilo 60,34%, neumělo se vyjádřit 0%, spíše nesouhlasilo 3,45% a nesouhlasilo 4,31%. Podle grafu č. 17 je vidět, že pokud někdo z 92,34% respondentů žádal upřesnění informace, bylo mu vyhověno. Nespokojenost jsem zaznamenala pouze u 3,45% pacientů.

Tabulka č. 18

Souhrnné odpovědi všech respondentů v absolutních číslech

(1 = velmi souhlasím → 5 = nesouhlasím)

Hodnotící stupnice	1	2	3	4	5
1. Byl/-a jsem spokojený/-á s informacemi ohledně výběru anestezie?	72	32	5	7	0
2. Byl/-a jsem poučený/-á o tom, jak se užití typy anestezie odlišují?	68	32	7	8	1
3. Zнала/-a jsem výhody i nevýhody zvoleného typu anestezie?	40	62	2	10	2
4. Byl/-a jsem seznámen/-a se způsobem provedení?	72	32	5	7	0
5. Byl/-a jsem seznámen/-a s možnostmi komplikací?	68	41	7	0	0
6. Věděl/-a jsem o omezeních pohybu vzhledem k užití regionální/svodné anestezie (zavedení anestetika jehlou do meziobratlového prostoru)?	99	11	6	0	0
7. Byl/-a jsem informován/-á omezení příjmu tekutin a potravy při využití místní i celkové anestezie?	116	0	0	0	0
8. Bylo mi známo, že potíže, které si mohu způsobit nedodržením doporučených opatření jsou závratě, zvracení, bolesti hlavy...?	90	18	4	4	0
9. Pro mou volbu anestezie měl značný význam rozhovor s lékařem?	45	30	5	5	31
10. Pro mou volbu anestezie měly značný význam informace podané všeobecnou sestrou?	20	13	12	12	59
11. Výběr anestezie jsem provedl/-a již před nástupem na operaci podle zkušeností, které měli moji známí, příbuzní?	17	12	9	22	56
12. Na mou volbu měl vliv fakt, že jsem již zvolený typ anestezie absolvoval/-a?	26	24	0	2	64
13. Na výběr anestezie měl vliv kontakt se spolupacienty (jejich obavy, zkušenosti)?	4	0	0	0	112
14. Všeobecné sestry se podílely na doplnění mých informací ohledně anestezie?	89	12	8	5	2
15. Všeobecné sestry se svými informacemi podílely na mé psychické pohodě před výkonem?	91	22	0	0	3
16. Měl/-a jsem důvěru v informace od všeobecných sester?	95	21	0	0	0
17. Sestry byly trpělivé, pokud jsem informaci neporozuměl/-a, a znovu mně ji opakovaly?	37	70	0	4	12

7. Hypotézy

Hypotéza 1

Na oddělení dochází k edukaci pacientů v oblasti výběru typu anestezie.

Tato hypotéza se potvrdila. Na oddělení dochází k dostatečné edukaci pacientů v oblasti výběru typu anestezie a jejího provedení. Podle výsledků mého šetření jsou pacienti na oddělení dostatečně informováni zdravotnickým personálem ohledně užití anestezie.

Hypotéza 2

Pacienti jsou dostatečně informováni o omezeních vzhledem k užitému typu anestezie.

Tato hypotéza se potvrdila. Díky stále se zlepšující informovanosti pacientů a stále zkvalitňující spolupráci mezi členy ošetrovatelského týmu je tento problém z velké části vyřešen. Je samozřejmě jasné, že vždy bude co zlepšovat. Zvláště v případech péče o pacienty, kteří obtížně chápou, v případě starých lidí a dětí.

Do budoucnosti vidím dobrou cestu ve vzniku tzv. informačních materiálů, se kterými jsem se již setkala.

Hypotéza 3

Pacienti jsou již před přijetím ovlivněni ohledně výběru typu anestezie.

Tato hypotéza se nepotvrdila. Ve výsledcích mého šetření je početně, procentuálně i graficky vidět, že se většina respondentů rozhodla k volbě způsobu anestezie až po rozhovoru s lékařem, ostatní vlivy jsou zde zastoupeny v malém množství.

Hypotéza 4

Pacienti vnímali přístup všeobecné sestry velmi dobře.

Tato hypotéza se také potvrdila, pacienti vesměs hodnotí sestru velmi dobře a to nejen ve vztahu k informacím, ale i v celkovém přístupu.

V některých případech, kde byly rezervy v komunikaci mezi lékařem a pacientem, pacienti vyhledávali další doplňující informace u sestry. Zde bych viděla možnost zlepšení v dostatečné časové rezervě, kterou by lékař měl pro komunikaci s pacientem mít. Také bych ale viděla určitou možnost zlepšení práce všeobecné sestry v oblasti informovanosti pacientů.

8. Diskuse

Prvním cílem mé práce bylo zjistit úroveň informovanosti pacientů při výběru anestezie k operačnímu výkonu a o způsobu jejího provedení. Míru této informovanosti jsem zjišťovala pomocí prvních pěti otázek. Z odpovědí vyplynulo, že pacienti mají dobré informace ohledně volby způsobu anestezie (89,66% z počtu všech respondentů). Nedostatečně informováno se cítilo pouze okolo 6 % pacientů. S poučením o odlišnosti typů anestezie (otázka č. 2) byla spokojenost u pacientů obdobná. K dobré znalosti výhod vybrané anestezie (otázka č. 3) se přiklonilo 87,94% respondentů. Tomu jistě napomohl informační materiál používaný na některých odděleních (velmi pěkný materiál chirurgického oddělení nemocnice Pod Petřínem). Pacienti dále uváděli, že jim byly poskytnuty dobré informace o způsobu provedení vybrané anestezie (otázka č. 4). I v oblasti prevence komplikací u použitého typu anestezie (otázka č. 5) vyjádřilo dostatečnou informovanost až 93,97%. Vzhledem k tomu, že jsem se nesetkala s další písemnou verzí edukačního materiálu, prokázala se velmi dobrá práce lékařů a všeobecných sester v oblasti informovanosti pacientů. Pokud byla v některé otázce nedostatečná informovanost, byla zřejmě způsobena spíše komunikační chybou v jednotlivých případech, než nedostatečnou snahou o edukaci pacientů.

Hypotéza o dobré edukaci pacientů v oblasti výběru typu anestezie se potvrdila.

Další tři otázky se vztahovaly k cíli č. 2 a podle uvedených tabulek i grafů se výsledky informovanosti pacientů pohybovaly také na velmi dobré úrovni. Tím se potvrzuje i druhá hypotéza. Pacienti se cítili dobře poučení v oblasti omezení po provedení regionální (svodné) anestezie (otázka č. 6), kde v konkrétní otázce odpovědělo 94,83% respondentů pozitivně a pouze 5,17% se neumělo vyjádřit, tedy počítám s tím, že otázce dostatečně neporozumělo. Byla jsem velmi zvědavá na hodnocení otázky týkající se znalosti možných potíží v případě nedodržení doporučených omezení (otázka č. 8) a výsledek mě překvapil, protože svůj souhlas se znalostí obtíží uvedlo 93,10% respondentů a bez informací se domnívalo být pouze 3,45% respondentů. Potíže, které pacienti občas udávají, mohou být tedy způsobeny i nedostatkem ochoty poslechnout uvedená doporučení.

Třetím cílem bylo porovnat vliv zdravotníků a zkušeností samotných pacientů, jejich rodinných příslušníků nebo spolupacientů na možný výběr způsobu anestezie. Ve výsledcích se ukázalo, že pacienti se při volbě anestezie rozhodují především podle

radu lékaře (otázka č. 9) a to 64,66% z dotázaných. Kromě doporučení lékaře ovlivňuje pacientův výběr i získání doplňujících informací od všeobecných sester (otázka č. 10) a to uvedlo 28,44% respondentů. Na otázku č. 11, zda byli pacienti ovlivněni míněním svých rodinných příslušníků, převažují nesouhlasné odpovědi (67,24%). Z grafu č. 11 můžeme tedy usuzovat, že pacienti převážně volili jako zdroj informací lékaře a zdravotnický personál obecně. Stejný výsledek se projevuje v hodnocení otázek na vliv předešlých zkušeností na výběr anestezie a na vliv spolupacientů a jejich zkušeností.

Hypotéza č. 3 o ovlivnění pacientů ohledně výběru typu anestezie již před přijetím do nemocnice se tedy nepotvrdila.

Posledním cílem bylo posoudit přístup všeobecných sester z hlediska komunikace a edukace. Pacienti se vyjadřovali k otázce, jak se sestry podílely na doplnění informací ohledně anestezie (otázka č. 14), kde souhlasně odpovědělo 87,03% respondentů a jen necelých 13% mělo pocit, že se jim sestra na sále nevěnovala. Vliv sestry na pacienta, a pohled pacienta na přístup sestry k jeho osobě je současný a navzájem se ovlivňující. Pacienti podle uváděných výsledků většinou hodnotí sestry a jejich přístup pozitivně. Uvádějí, že poučení sester (otázka č. 15) jim velmi pomohlo v psychické přípravě na operaci. Znamená to, že 97,41% respondentů souhlasí s podílem všeobecných sester na jejich psychické pohodě před operačním výkonem. Dále byli respondenti dotazováni na důvěru v informace podané všeobecnou sestrou (otázka č. 16), kde je z odpovědí vidět, že důvěra pacientů v informace sester je velmi vysoká, souhlasné odpovědi tvoří 100%. Všeobecné sestry jsou hodnoceny jako velmi trpělivé v případě neporozumění informacím (otázka č. 17), kde souhlas uvedlo celkem 92,34% a nesouhlas pouze 7,76% dotázaných pacientů. Toto číslo, i když z mého pohledu nízké, by si zasloužilo další prozkoumání, důvod negace je možná v špatné komunikaci, přetížení sester atd. Nicméně se ale potvrdila i poslední hypotéza.

Pokud bych dále pracovala s tímto tématem, určitě bych mu věnovala více pozornosti a prostoru.

III. Závěr

Ve své práci jsem se snažila formou výzkumu zjistit informovanost pacientů při výběru anestezie, pooperační péči, znalost možných komplikací a v neposlední řadě pohled pacientů na všeobecnou sestru jako odborníka a její úlohu v oblasti informovanosti pacientů. Výsledky mého výzkumu pocházejí z nemocnice Pod Petřínem a nemocnice Na Bulovce. Velmi zajímavé bych viděla do budoucna porovnání obou nemocnic v celé této oblasti, ale i porovnání s velkými fakultními nemocnicemi, kde je denně v provozu nepoměrně více operačních sálů.

Přestože se názory pacientů různily, celkový pohled ukázal velmi dobrou informovanost v uvedených oblastech. Také pohled pacientů na práci všeobecné sestry je velmi pozitivní. Je tak nejlépe vidět, jak velký pokrok udělala v posledních letech oblast informovanosti pacientů. Soubor pacientů uvedený v této práci hodnotil svou informovanost a přístup personálu obecně na velmi vysoké úrovni. Vím, že se jednalo pouze o malý vzorek celkového množství pacientů, kteří projdou operačními sály, ale i tak byl podán dobrý obraz práce celé řady členů ošetřujícího týmu. Vzhledem ke svému povolání jsem samozřejmě ráda viděla, jak pacienti kladně hodnotí práci všeobecných sester jako profesionálů, kterým se dá věřit a kteří pomáhají pacientovi mimo jiné i porozumět stavu v kterém se ocitl, porozumět tomu co bude následovat, získat informace a tak eliminovat vznik následných problémů. Samozřejmě je vždy možnost k zlepšení, sestry se mohou ještě více snažit a zdokonalovat své komunikační dovednosti a schopnosti, ale i odborné znalosti. Také je zde, jak jsem již zmínila, velký prostor pro rozšíření písemného edukačního materiálu. V tom bych viděla cestu i pro další realizaci všeobecných sester. V dnešní době rostoucí specializace ve zdravotnictví, může být často pacient zmatený množstvím informací. Vhodně sestavený a interpretovaný informační materiál může velkou měrou napomoci k dobré přípravě pacienta na anestezii i výkon samotný. Přispěje zároveň i k psychické pohodě pacienta a tím i dobré spolupráci a lepší cestě k uzdravení.

Seznam použité literatury

- BÁRTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. Praha: Grada, 2006 (188s.).
ISBN 80-247-1197-4
- BÁRTLOVÁ, S.; HNILICOVÁ, H. *Vybrané metody a techniky výzkumu; Zjišťování spokojenosti pacientů*. Brno: IDV PZ, 2000 (118 s.).
ISBN 80-7013-311-2
- Česká asociace sester - sekce managementu. *Změny v roli sestry na počátku nového tisíciletí. In sborník příspěvků z konference s mezinárodní účastí*. Brno: NCO NZO, ISBN 80-7013-449-6
- České ošetrovatelství 11. *Sestra reprezentant profese*. Brno: IDV PZ, 2002 (78s.).
ISBN 80-7013-368-6
- České ošetrovatelství 13. *Sestra a pacient; Zdravotnické právo v ošetrovatelské praxi*. Brno: NCO NZO, 2003 (67 s.). ISBN 80-7013-388-0
- České ošetrovatelství 5. *Manuálek o etice*. Brno: IDV PZ, 2000 (46 s.).
ISBN 80-7013-310-4
- HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. Praha: Galén, 1994. ISBN 80-85824-03-5
- HORKÝ, K. *Lékařské repetitorium*. Praha: Galén,(788 s.). ISBN 80-7262-351-6
- JOBÁNKOVÁ, M.; et. al. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*.
Brno: NCO NZO, 2003 (225 s.). ISBN 80-7013-390-2
- KÁBRT. J.; KÁBRT. J. jr. *Lexikon medicun*. Praha: Galén, 2001 (1136 s.).
ISBN: 80-7262-067-3
- Kolektiv autorů: *LEMON 2. Učební texty pro sestry a porodní asistentky*. Brno:
NCO NZO, 1996-1997
- Kolektiv autorů: *LEMON 3. Učební texty pro sestry a porodní asistentky*. Brno:
NCO NZO, 1996-1997
- Kolektiv autorů: *LEMON 4. Učební texty pro sestry a porodní asistentky*. Brno:
NCO NZO, 1996-1997
- KOŘENEK, J. *Lékařská etika*. Praha: Triton, 2002 (276 s.). ISBN 80-7254-235-4
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Rozhovor lékaře s pacientem*. Brno: IDVZP, 1995 (155 s.).
ISBN 80-7013-187-X
- LARSEN, R. *Anestezie*. Praha: Grada Publishing, 2004 (1471 s.).
- MILOSCHIEWSKÝ, D. a kol., *Regionální anestezie*. Praha: Astra
Pharmaceuticals,1998. (206 s.). ISBN 80-9025-32-9-6

PERLÍK, F. *Základy Farmakologie*. Praha: Galén 2005 (190 s.).

ISBN 80-7262-374-5

RUNCUMAN, A. *Struktura kompetencí všeobecné sestry podle ICN*. Brno:

IDVPZ, 2003 ISBN 80- 7013 -392-9

TRACHTOVÁ, E.; a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno:

IDVPZ, 200, ISBN 80-7013-324-4

VONDRÁČEK, L. *Právní předpisy nejen pro hlavní, vrchní, staniční sestry*.

Praha: Grada Publishing, 2005 (100 s.). ISBN 80-247-1198-2

VONDRÁČEK, L.; VONDRÁČEK, J. *Pochybení a sankce při poskytování ošetrovatelské péče*. Praha: Grada Publishing, 2003 (68 s.).

ISBN 80-247-0705-5

Přílohy

Příloha č. 1

Dotazník

Vážená paní / Vážený pane,

dostává se Vám do rukou dotazník, zaměřený na zjištění Vaší informovanosti týkající se problematiky výběru typu anestezie, pracovních postupů spojených s anestezií při vašem výkonu, dodržování režimu předcházejícího komplikacím i pooperační péče. Mým cílem je zjištění kvality poskytovaných informací ze strany lékařů a sester. Poskytnuté údaje mi pomohou zpracovat výzkumnou práci na téma „Anestezie z pohledu pacienta“. Výsledky dotazníku budou publikovány prostřednictvím magisterské práce.

Dotazník je anonymní. Vybrané odpovědi prosím označte křížkem v kolonce číslic od 1 do 5.

Jako vysvětlení k dotazníku vám pomůže hodnotící stupnice na jeho začátku.

Za vyplnění děkuji

Veronika Hrušková

Identifikační údaje

Věk:

Vzdělání:

Pohlaví:

HODNOTÍCÍ STUPNICE

Velmi souhlasím	Souhlasím	Neumím se vyjádřit	Spíše nesouhlasím	Nesouhlasím
1	2	3	4	5

Vaši odpověď vyznačte křížkem	1	2	3	4	5
1. Byl/-a jsem spokojený/-á s informacemi ohledně výběru typu anestezie?					
2. Byl/-a jsem poučený/-á o tom, jak se od sebe užitý typy anestezie odlišují?					
3. Znal/-a jsem výhody i nevýhody zvoleného typu anestezie?					
4. Byl/-a jsem seznámen/-a se způsobem provedení?					
5. Byl/-a jsem seznámen/-a s možnostmi komplikací?					
6. Věděl/-a jsem o omezeních pohybu vzhledem k užití regionální/svodné anestezii (zavedení anestetika jehlou do meziobratlového prostoru)?					
7. Byl/-a jsem informován/-á o omezení příjmu tekutin a potravy při využití místní i celkové anestezie?					
8. Bylo mi známo, že potíže, které si mohu způsobit nedodržením doporučených opatření jsou závratě, zvracení, bolesti hlavy...?					
9. Pro mou volbu anestezie měl zásadní význam rozhovor s lékařem?					
10. Pro mou volbu anestezie měl zásadní význam rozhovor se sestrou?					
11. Výběr typu anestezie jsem provedl/-a již před nástupem na operaci podle zkušeností, které měli moji známí, příbuzní?					
12. Na mou volbu měl vliv fakt, že jsem již zvolený typ Anestezie absolvoval/-a?					
13. Na výběr anestezie měl vliv kontakt se spolupacienty?					
14. Anesteziologické sestry se podílely na doplnění mých informací ohledně anestezie?					
15. Sestry se svými informacemi podílely na mé psychické pohodě před výkonem?					
16. Měl/-a jsem důvěru v informace sester?					
17. Sestry byly trpělivé, pokud jsem informaci neporozuměl/-a, znovu mně ji opakovaly?					

