

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ

**VÝZNAM EDUKACE PACIENTŮ PŘED
CELKOVOU ANESTÉZIÍ**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Jana RUTAROVÁ

Vedoucí práce:
Bc. Ivana KUPEČKOVÁ

Hradec Králové 2006

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji tímto vedoucí práce Bc. Ivaně Kupečkové za odborné konzultace, cenné rady, připomínky a čas, který mi věnovala při přípravě mé bakalářské práce.

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, s využitím citované literatury.

.....

Jana Rutarová

V Brně dne 1. dubna 2006

OBSAH

1. ÚVOD	6
2. CÍL PRÁCE	8
3. TEORETICKÁ ČÁST	9
3.1. HISTORIE OBORU.....	9
3.2. CELKOVÁ ANESTÉZIE.....	11
3.2.1. Dělení anestézie.....	11
3.2.2. Komplikace celkové anestézie.....	12
3.2.3. Role pracovníků v anesteziologii.....	12
3.3. EDUKACE PACIENTŮ.....	13
3.4. ÚZKOST A STRACH PACIENTŮ PŘED ANESTÉZIÍ.....	16
3.4.1. Příčiny strachu.....	16
3.4.2. Projevy strachu a úzkosti.....	17
3.4.3. Taktiky zvládnutí strachu a edukace pacientů.....	18
3.5. INFORMOVANÝ SOUHLAS.....	21
3.5.1. Úmluva o lidských právech a biomedicíně.....	22
3.5.2. Poučení před informovaným souhlasem.....	25
3.5.3. Význam anesteziologického dotazníku.....	28
3.6. OBOR OŠETŘOVATELSTVÍ.....	29
3.6.1. Koncepce ošetrovatelství a zákonné normy.....	29
3.6.2. Etika.....	31
3.6.3. Začlenění nelékařských pracovníků v anesteziologii.....	33
3.6.4. Pracovní náplň všeobecné sestry se specializovanou způsobilostí – sestry pro intenzivní péči.....	34
3.7. ZÁVĚR.....	37
4. EMPIRICKÁ ČÁST	39
4.1. ÚVOD.....	39
4.2. CÍL VÝZKUMU.....	39
4.3. HYPOTÉZY.....	40
4.4. METODA VÝZKUMU.....	40
4.5. VZOREK SLEDOVANÝH OSOB.....	41

4.6. VÝSLEDKY VÝZKUMU.....	42
4.6. DISKUSE.....	58
5. ZÁVĚR.....	63
6. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	65
7. PŘÍLOHY.....	67

1. ÚVOD

Obor anesteziologie zaznamenal v uplynulých desetiletích mimořádný rozvoj. Z původní působnosti na operačním sále se jeho rozsah rozšířil na celou oblast perioperační medicíny, zahrnující i předoperační posouzení zdravotního stavu, léčbu akutní i chronické bolesti, resuscitační a intenzivní péči a urgentní medicínu. Tento rozvoj anesteziologie se však v dostatečné míře neodráží v očích pacientů. Problém nedostatečné informovanosti pacientů není nikterak nový. Převážně v anglicky hovořících zemích byla provedena řada studií, které ukazují určité představy pacientů o způsobech podávání anestézie, o vlastním průběhu anestézie a v neposlední řadě o možnostech tlumení pooperační bolesti [1].

Potřeba informovanosti je přitom jednou ze základních potřeb člověka. Je prokázáno že strach, který vychází z nedostatečné informovanosti, zhoršuje celkový zdravotní stav pacienta a také zvětšuje vnímání bolesti. Naopak dostatek informací působí na průběh nemoci v nemocnici pozitivně.

Představy operace a anestézie tak, jak jsou zprostředkovány filmem či televizí, zejména neznámé prostředí operačního sálu apod., nikomu na klidu nepřidají. Připočteme-li strach z pooperačních bolestí a obavu, zda se operace vůbec podaří, není situace člověka – pacienta záviděníhodná. I tak „banální“ záležitost, jakou je pobyt v cizím nemocničním prostředí, je dalším zdrojem obav a stresů. V zátěžové situaci, jakou nemoc a operace rozhodně jsou, i maličkosti nabývají hrozivých rozměrů. Platí to i naopak: i drobnosti nás dokáží v těžké chvíli potěšit a pomoci nám. K takovým důležitým „drobnostem“, které v této situaci mohou velmi pomoci, patří dobrá informovanost o tom, co nás očekává. Podaří-li se nám vytvořit si představu nejen o vlastním operačním výkonu, o anestézii, ale i o prostředí, ve kterém budeme nuceni kratší či delší dobu pobývat, podaří se nám to nejdůležitější: zbavit se iracionálního strachu z neznáma. Více vědět znamená méně se bát [2].

Zvýšenou informovanost pacientů je možné zajistit prostřednictvím edukačních programů. Edukační činnost je provozována v mnoha lékařských oborech. V anesteziologii však doposud chybí. Přitom edukace pacienta zaujímá významné místo v každodenní práci zdravotníků.

Domnívám se, že v současné době jsou pacienti informováni před celkovou anestézií minimálně, a to pouze lékařem – anesteziologem. Lékařská terminologie se často stává pro pacienta nesrozumitelná a pacient nechápe obsah informací. To pak zpětně vyvolává u pacientů strach a nedůvěru k výkonu. Lékař by se přitom mohl plně věnovat pouze odborné přípravě pacienta před anestézií. Edukační činnost sester by lékaři navíc výrazně ušetřila čas, který by mohl věnovat jiným pacientům. Sestry by mohly edukovat pacienty a srozumitelně je informovat o průběhu předanestetického, anestetického a postanestetického období a také o možnostech tlumení pooperační bolesti. Myslím si, že subjektivní vnímání pacientovy bolesti je často podceňováno a proces hojení operační rány je tím zpomalen. Celková doba hospitalizace se pak prodlužuje. Kvalitní edukací můžeme navíc snížit strach pacientů z celkové anestézie, strach z něčeho neznámého. Předpokladem úspěšné práce sestry je pacientova důvěra. Zlepšila by se spolupráce pacientů před celkovou anestézií a zajistil se tak klidnější úvod pacienta do celkové anestézie. Je důležité, aby byl pacient dostatečně informován. Navíc musí informacím porozumět. Sestra to může ověřit aktivním dotazováním.

Na sestru by byly kladeny větší požadavky v oblasti kompetencí, ale tím by se současně zvyšovala profesní úroveň sester a prestiž našeho povolání. Vždyť i nová koncepce ošetrovatelství zdůrazňuje samostatnější a náročnější práci sester a zaměřuje se na potřebu stálého vzdělávání a zdokonalování nelékařských zdravotnických pracovníků.

Do jaké míry jsou vůbec pacienti informováni před celkovou anestézií? Jsou informováni stejně kvalitně jako chirurgem před operačním zákrokem nebo ještě lépe? Jak na ně působí prostředí a atmosféra operačních sálů? Jak na ně působí ošetřující personál? Jsou naši pacienti s anesteziologickou péčí spokojeni? Tímto problémem jsem se rozhodla zabývat ve své bakalářské práci a upozornit tak na nedostatky, které se týkají nedostatečné edukace pacientů a s tím související míra strachu před celkovou anestézií.

2. CÍL PRÁCE

Cílem mé práce je zjistit názory a postoje pacientů, kteří prodělali operační výkon v celkové anestézii, jejich představy o průběhu předoperačního období, vlastní anestézie a pooperačního období a míru informovanosti pacientů před celkovou anestézií vůbec.

V teoretické části stručně charakterizují historii anesteziologického oboru a základy celkové anestézie, role anesteziologických pracovníků, zabývám se významem edukace, oblastí strachu a úzkosti pacientů před celkovou anestézií. Navíc se zabývám informovaností pacientů a oblastí administrativní – informovaným souhlasem, právy a poučením pacientů před celkovou anestézií. Dále stručně definuji novou koncepci ošetrovatelství a etické zásady jako základní dokumenty pro každodenní práci sestry. Popisují zde pracovní náplň sester se specializovanou způsobilostí pro intenzivní péči.

V empirické části se budu na základě provedeného výzkumu zabývat, jak je uspokojována potřeba informovanosti u pacientů před operačním zákrokem v celkové anestézii. Ze zjištěných poznatků se pokusím vyvodit doporučení, která by mohla zvýšit edukaci pacientů před celkovou anestézií.

3. TEORETICKÁ ČÁST

3.1. HISTORIE OBORU

Žádný objev v lékařství nepřinesl lidstvu tolik dobrodiní jako objev anestézie. Zbavil nemocné utrpení při chirurgických výkonech. První zmínky o boji proti bolesti pocházejí z raného období civilizace v údolí Nilu a Mezopotámie z doby 3000 let př. n. l. [5]

Významná data v anesteziologii:

- 1400-1300 př. n. l. – mák jako uspávací a bolest tišící léčebná droga
- 1516 – první popis jihoamerického jedu curare
- 1540 – Valerius Cordus vytvořil éter (sladký olej z vitriolu)
- 1542 – Vesalius vykonal první tracheální intubaci u zvířat
- 1656 – Sir Christopher Wren – infúzní léčba u psa
- 1751 – anestézie definovaná jako porucha citlivosti (Bayleyho anglický slovník)
- 1771 – objev kyslíku (Priestley a Scheele)
- 1772 – objev tzv. rajského plynu
- 1788 – poprvé použita tracheální rourka při resuscitaci utopeného
- 1825 – první tracheotomie (u 4letého dítěte)
- 1831 – objev chloroformu a Atropinu
- 16.10.1846 – první narkóza éterem – William Morton v Bostnu (zubní lékař)
- 1847 – pojem anestézie zaveden do lékařské praxe (Oliver Wendell Holmes v USA)
 - zkonstruován inhalační aparát na éter a chloroform
 - první éterová anestézie v Čechách – mnich Celestýn Opitz v nemocnici v Praze na Františku. Své zkušenosti však neuveřejnil, snad proto, že nebyl graduovaným lékařem, ale jen magistrem chirurgie. Nicméně od tohoto roku se stalo podávání éterové anestézie v českých zemích běžné.
- 1853 – aplikace Morfinu kovovou jehlou do bolestivého místa (Alexander Wood)
- 1857 – působení curare na nervosvalové ploténce (Bernard)
- 1868 – kombinace O₂ + N₂O při operaci

- 1869 – použití tracheostomické kanyly s manžetou (Trendelenburg)
- 1894 – Codman a Cushing – doporučují zavedení anesteziologického záznamu
- 1900 – premedikace směsí Morfin + Atropin
- 1913 – Jackson USA – laryngoskop
- 1914 – konstrukce anesteziologického přístroje s průtokoměrem (Foregger)
- 1928 – intubace nosem naslepo (Magill)
- 1933 – popis ústního vzduchovodu (Guedel)
- 1934 – klinicky užit Thiopental (Lundy)
- 1942 – použití krátkodobých relaxancií
- 1948 – první anesteziologické oddělení v Praze ve Vojenské nemocnici
- 1951 – objev Halotanu (1956 poprvé použit v praxi)
- 1952 – založení anesteziologické komise chirurgické sekce ČLS J. E. Purkyně. Pod vedením doc. MUDr. J. Hodera, CSc. se zasadila o vybudování anesteziologické služby a o uznání anesteziologie jako samostatného lékařského oboru.
- 1965 – základy monitorování fyziologických funkcí
- 1969 – Československá anesteziologická společnost
- 1971 – použití Isofluranu, etomidátu
- 1994 – Česká společnost anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny
- po r. 1989 – velký rozvoj oboru, začlenění se do odborných struktur Evropy a světa, kvalita informací, vědecká a výzkumná činnost [3, 5, 9]

Jak je vidět na historických datech, obor má hlubokou minulost. Zároveň však vidím, že do 20. století vkročil a rozvinul se tak rychle, jako celé století v mnoha oblastech vědy a techniky. V současné době je oborem v medicíně nezastupitelným svou rozsáhlou oblastí urgentní medicíny, resuscitační a intenzivní péči. Rozvíjí se však i další oblasti. Zdravotnická zařízení se vybavují nejmodernější technikou, jsou kladeny stále vyšší požadavky na vzdělávání zdravotnických pracovníků a v neposlední řadě se do popředí dostává důraz na kvalitní léčbu akutní i chronické bolesti.

3.2. CELKOVÁ ANESTÉZIE

Celková anestézie je stav celkového znecitlivění se ztrátou vědomí a útlumem reflexní odpovědi na bolest.

3.2.1. DĚLENÍ ANESTÉZIE

a) **Farmakoanestézie** – celková anestézie se vyvolá použitím farmak.

- *Inhalační anestézie* – pacient vdechuje plynné nebo prchavé anestetikum do plic, ze kterých se anestetikum dostává do krve
- *Intravenózní anestézie* – celkové anestetikum se aplikuje do žíly
- *Intramuskulární anestézie* – aplikace celkového anestetika do svalu
- *Rektální anestézie* – celkové anestetikum se vstřebává do krve ze sliznice konečníku (je vyhrazena malým dětem)

b) **Hypnoanestézie** – celkové anestézie se vyvolá hypnotickým útlumem bolesti

c) **Elektroanestézie** – anestézie se vyvolá elektrickým proudem, který prochází mozkem [3, 5]

K celkové anestézii jsou užívány kombinace více látek působících na jednotlivé oblasti centrální nervové soustavy.

1. **bazální anestézie** – stav obluzení nebo povrchního spánku navozený podáním barbiturátu nebo jiných léků podaných nitrosvalově nebo rektálně
2. **kombinovaná anestézie** – současné užití několika druhů znecitlivění (např. kombinace intravenózní nebo inhalační anestézie s místní anestézií)
3. **doplňovaná anestézie** – celková anestézie navozená užitím několika různých druhů látek – celkových anestetik, analgetik, hypnotik apod.
4. **neuroleptanalgezie** – stav navozený podáním analgetika – narkotika (např. fentanylu) a neuroleptika. Při doplnění lokálního nebo celkového anestetika (nejčastěji N₂O) – **neuroleptanestézie**
5. **ataralgezie** – stav navozený nitrosvalovým podáním směsi ataraktika a analgetika, např. v kombinaci diazepam a fentanylu

6. disociační anestézie – způsobíme ji podáním ketaminu

7. trankvanalgezie – anestézie směsí ketaminu a diazepamu v poměru 5:1 [3, 5]

3.2.2. KOMPLIKACE CELKOVÉ ANESTÉZIE

Anesteziologické příhody jsou komplikace, k nimž dochází v průběhu nebo v příčinné souvislosti s anestézií, v bezprostřední souvislosti s anestetiky (alergická, anafylaktická reakce) nebo anesteziologickou technikou. Mohou vzniknout kdykoliv v údobí od úvodu do anestézie až po probuzení s návratem obranných reflexů. Nejčastější komplikace jsou klasifikovány jako nevýznamné: 941 komplikací z 10 000 anestézií bylo definováno jako nezávažných; 45 komplikací bylo definováno jako závažných (Cohen a kol. 1986). Patří mezi ně:

- *nevolnost a zvracení, škytavka, pocení*
- *bolesti v krku, bolesti ve svalech, hlavy, v zádech*
- *mechanické komplikace, poškození zubů, poranění očí, podchlazení*
- *respirační komplikace (zapadání jazyka, laryngospasmus, aspirace, bronchospasmus, atelektázy, edém plic, hypoventilace, hyperventilace, kašel, nepravidelné dýchání, reflexní zástava dechu apod.)*
- *kardiovaskulární komplikace (arytmie, infarkt myokardu, změny srdeční frekvence, změny elektrické aktivity, náhlá zástava oběhu, trombembolie v žilním systému, arteriální trombembolie, vzduchová embolie apod.)*
- *retence moče*
- *psychiatrické komplikace*
- *přidružená onemocnění [4, 5, 10]*

3.2.3. ROLE PRACOVNÍKŮ V ANESTEZIOLOGII

Organizace moderní medicíny je charakterizována týmovou spoluprací kvalifikovaného lékařského i nelékařského personálu.

Anesteziolog má odpovědnost za úkony u činností, které jsou náplní jeho oboru – volba anesteziologického postupu a vedení anestézie, sledování pacienta, podpora a udržování životních funkcí. Nese odpovědnost za prevenci komplikací, za léčbu komplikujících příhod a za následnou péči. Navíc je anesteziolog zodpovědný za polohu pacienta na operačním stole [10].

Anesteziologická sestra provádí přípravné a ukončovací práce, asistuje lékaři, podává injekce a infúze (na základě ordinace lékaře), odebírá krevní vzorky, zajišťuje připravenost pomůcek a funkčnost přístrojů. Současně si myslím, že do jejich kompetencí by měla být zahrnuta edukace pacientů podstupující výkon v celkové anestézii jako hlavní zdroj informací našich pacientů.

3.3. EDUKACE PACIENTŮ

Slovo edukace pochází z latiny a znamená v překladu výchova, vzdělání, řízený proces změn kvality. Chceme-li realizovat ve zdravotnictví profesionální edukaci, musíme vědět, co vše úspěšnost edukace ovlivňuje. Jakou efektivitu taková edukace má? Nové pojetí péče o vlastní zdraví je zaměřeno na sebevzdělávání, sebevýchovu [6].

Edukační lekce je každá záměrná učební jednotka, v níž má být dosaženo změny kvality u vzdělávaného jedince, klientovy podáváme informace. Edukace – lekce by měla obsahovat tyto body:

a) cíle – tj. představa kvality, k níž chceme směřovat. Cíle by měly být formulovány srozumitelně, jasně. Struktura cílů by měla postihovat celou osobnost učícího se jedince – kognitivní, afektivní i psychomotorickou [6].

Podle mého názoru by měly být cíle směřovány na objasnění toho, co se bude s pacientem dít před celkovou anestézií, během anestézie a po ukončení výkonu včetně poučení o možnostech tlumení bolesti. Domnívám se, že tlumení bolesti je po operaci podceňováno, a tím je ovlivňován negativně další průběh léčby. Prodlužuje se proces hojení a tím i doba hospitalizace. Strach z bolesti jistě zvyšuje strach z operačního výkonu včetně vlastní anestézie. Myslím si, že jsou pacienti informováni před anestézií jen minimálně, a to pouze lékařem – anesteziologem. Sestra se do role informátorky dostává až po příjezdu pacienta na operační trakt, kde mu

už jen zpravidla velmi stručně vysvětlí okolnosti týkající se celkové anestézie.

b) obsah = učivo – má tři základní podoby:

- formální (informační) – učivo je popsáno, definováno, jsou to fakta, soubory informací.
- realizované učivo – je to, co skutečně bylo účastníky edukace zpracováváno. Realizace je závislá na naší schopnosti postihnout všechny složky edukace – kognitivní, afektivní i motorickou.
- osvojené učivo – informace, se kterými jedinec správně operuje v rozhodovacích procesech. Osvojené učivo je výstupní kvalita edukovaného jedince a tvoří je vědomosti, dovednosti, schopnosti a postoje [6].

Sestra by si měla ověřovat aktivním dotazováním, zda pacient informacím porozuměl, zda získal důvěru a pozitivní přístup k dění před celkovou anestézií. Měla by dát současně prostor na případné dotazy pacienta.

c) metody – způsoby a činnosti, jimiž se jedinec učí danému učivu. Vytvoření představy je závislé na použité metodě [6].

Představu pacienta můžeme nejlépe zajistit konkrétními názornými ukázkami pomůcek, případně fotografiemi z prostředí operačního sálu. Tak zabráníme tomu, aby byla celková anestézie pro pacienta pouze něčím abstraktním, ale získal jasné a konkrétní představy o tom, co se s ním bude před celkovou anestézií a v průběhu anestézie dít. Myslím si, že názorným ukázkám porozumí pacient nejlépe. Měly by však být voleny tak, aby u pacienta nevyvolávaly strach.

d) materiálně technické vybavení lekce, organizační podmínky – k vybavení patří přístroje a pomůcky k prezentaci učiva, demonstrační modely, studijní opory (letáky, brožurky apod.) [6].

Myslím si, že vhodné by bylo seznámit pacienta se základními anesteziologickými pomůckami – např. obličejovou maskou, tracheální rourkou, ústními či nosními vzduchovody, intravenózními kanylami apod.,

a tím by mohla být zajištěna větší spolupráce s pacienty na operačním sále. Možná by ale současně mohly tyto pomůcky vzbuzovat v některých pacientech větší obavy a strach. Současně by mohli být pacienti vybaveni základními informacemi o operačním sále, tím by získali větší představu o jeho prostředí a před anestézií by vyvolávalo méně nepříjemné pocity a bylo tak zajištěno klidnější usínání. Edukační lekce by mohla probíhat ještě před návštěvou anesteziologa přímo u lůžka pacienta nebo v zajištěné klidné místnosti, např. na vyšetřovně. Současně by mohly být pacientům na oddělení k dispozici připravené informační letáky, brožurky nebo leporelo, kde by získali alespoň základní informace o celkové anestézii. Domnívám se, že informace, které jsou součástí písemného poučení před anestézií, jsou nedostačující.

Při získávání podkladů k mé práci jsem se zaměřila také na problematiku dostupnosti informací pro pacienty na Internetu. Zjistila jsem, že informace v českém jazyce jsou pro pacienty, kteří podstupují operační výkon v celkové anestézii, velmi omezené. Kvalitní a dokonalé informace poskytují zpravidla zahraniční zdroje. Domnívám se, že by bylo vhodné dát veřejnosti možnost získat dostatečné informace i tímto způsobem. Navrhla bych doplnit do českých zdrojů podrobné informace týkající se operačního výkonu v celkové anestézii, aby měli pacienti představy o vlastní přípravě a postanestetickém období.

e) kontrolní – evaluační systém. Jde o systém diagnostiky – zjišťování, posuzování a hodnocení vstupních podmínek, průběžného stavu a závěrečných výstupů z edukačního programu. U pacientů zjišťujeme např. jejich vědomosti o diagnóze, obavy a sebehodnocení, zájem o léčbu, charakter dotazů apod. [6].

f) cílová uživatelská skupina - je třeba respektovat odlišnosti věkové, individuální, profesní zvláštnosti, vzdělanostní úroveň, styl učení, celkové zkušenosti a schopnosti [6].

Domnívám se, že lidé s vyšším vzděláním budou požadovat více informací než lidé se vzděláním nižším, mladší generace bude chtít být taktéž více informována než starší apod. Proto by sestra měla nejdříve znát

základní údaje o pacientovi a informace pak přizpůsobit individuálně podle jeho potřeb.

Edukace vyžaduje navíc systémový přístup pracoviště i ošetřujícího personálu [6].

Myslím si, že edukační programy by měla zajišťovat anesteziologická sestra. Edukace by měla být poskytnuta nejpozději den před plánovaným operačním výkonem tak, aby měl pacient možnost si vše promyslet, na vše se připravit, případně měl prostor na doplňující dotazy. U akutních výkonů by byla příprava omezenější z důvodu krátkého času pro přípravu pacienta, ale neměla by být zcela vynechána. Tím by se zvýšila nejen informovanost pacientů, ale omezil by se jejich strach z neznáma, a tím by se také zlepšila spolupráce pacientů před celkovou anestézií. S tím však souvisí změna systému práce sester. Bylo by nutné vypracovat nové náplně práce anesteziologických sester, dát sestřím kompetence v oblastech edukace. Muselo by být jasně vytyčeno, v jakém rozmezí má sestra informace pacientům podávat, aby se nedostala do konfliktu s kompetencemi lékaře. Domnívám se, že tím by se navíc ulehčila práce anesteziologa v předanestetickém období a mohl by se již plně věnovat odborné přípravě pacienta.

3.4. ÚZKOST A STRACH PACIENTŮ PŘED ANESTÉZIÍ

Téměř všichni pacienti mají před anestézií a operací strach, ale různí pacienti jsou v rozdílné míře schopni si tento strach přiznat a otevřeně o něm hovořit [9]. Strach postihuje přibližně 64% pacientů, je líčen jako subjektivní, velmi nepříjemný pocit, spojený s vnitřním napětím [7].

Úzkost a strach v nás podněcuje něco neznámého nebo naopak to, co je zprostředkováno televizí, tiskem nebo něčím, co jsme zaslechli od známých, přátel, rodiny apod. Domnívám se, že strach postihuje více než uvedených 64% pacientů. Myslím si, že zpravidla o něm pacienti nechtějí hovořit a snaží se jej zakrývat.

3.4.1. PŘÍČINY STRACHU

dle výsledků Bühlera a Biekera (1985) jsou nejčastější příčiny:

- strach, že se pacient po anestézii neprobudí,
- během anestézie se zadusí,
- během anestézie vyzradí různé tajnosti,
- bude operován ještě než „usne“ a bude mít velké bolesti,
- během operace se probudí a bude vše prožívat,
- bude operací zmrzačen (typické strachy dětí),
- po operaci bude trpět silnými bolestmi,
- strach z komplikací, nesoběstačnosti [10]

V bezprostředním období před výkonem pocit strachu a reakci na něj akutně potencují další faktory: hluk, spěch, svlékání, pocit zimy v chladném prostoru [7].

K tomuto faktoru přispíváme my všichni. Prostředí operačního sálu samo o sobě vzbuzuje v pacientech před operačním výkonem nepříjemné pocity. Pacienti mají navíc často zkreslené informace o tom, co se bude dít. Do zdravotnického zařízení zpravidla přichází „poučení“ z nějakého filmu, tisku, kde jsou často informace velmi zkreslené a skutečnosti vzdálené. Pacienti s těmito představami přichází na operační sál, neinformováni o dalším dění, vidí zde spěch zdravotníků, slyší mnohdy nepříjemný hluk instrumentaria nebo nevhodného rozhovoru zaměstnanců operačního sálu. Tyto faktory si často ani my – zdravotníci – neuvědomujeme, a tím tak narušujeme nejen soukromí pacienta, ale i další období úvodu pacienta do anestézie, které má být klidné, aby se zajistil plynulý a hladký průběh celé anestézie.

3.4.2. PROJEVY STRACHU A ÚZKOSTI

Strachy a úzkosti narušují duševní rovnováhu pacientů, jsou stresorem a vedou k různým vegetativním doprovodným reakcím. I když sám nemocný o strachu a úzkosti veřejně nehovoří, můžeme u něj pozorovat následující příznaky:

- a) zrychlený puls
- b) nadměrné pocení
- c) studená kůže
- d) zarudnutí, bledost v obličeji

- e) zimomřivost
- f) nutkání na močení, stolicí a další [8].

Všechny tyto projevy jsou nepříjemným faktorem, který může ovlivnit výsledky operačního zákroku, a to i v dlouhodobém vizu [8].

Sestra je musí umět monitorovat a umět včas zasáhnout. Faktory působí nevýhodně nejen při úvodu do anestézie, ale i v pooperačním průběhu. Sestra svým klidným a empatickým přístupem a dostatečnou informovaností může výrazně ovlivnit celý průběh pacientových reakcí na zátěžovou situaci a zpříjemnit tak jejich celkový pobyt ve zdravotnickém zařízení.

U některých pacientů se mohou vyskytnout také předoperační psychické poruchy. Nejzávažnější jsou:

- a) **odmítavá reakce** – vzniká při nedůvěře pacienta a manifestuje se jako odpor a nedostatečná spolupráce
- b) **konverzní reakce** – projevuje se jako neobvyklé motorické chování a ve formě vegetativních symptomů
- c) **poruchy spánku**
- d) **poruchy prožívání** – manifestují se jako fixní ideje, únavnost, pocity viny a sebepodceňování
- e) **poruchy vnímání reality** – tyto ojedinělé poruchy se manifestují jako panický strach, např. útěk z operačního stolu [10]

Nestabilita základních životních funkcí v úvodu anestézie zvyšuje spotřebu léků, které mohou mít další neblahé účinky na organismus. Jiné projevy strachu a úzkosti mohou mít za následek zhoršenou spolupráci s nemocným v bezprostředním pooperačním období, ale i v dalších fázích pooperační rekonvalescence [8].

3.4.3. TAKTIKY ZVLÁDNUTÍ STRACHU A EDUKACE PACIENTŮ

Tomu všemu lze do určité míry zabránit vhodnou informovaností pacienta a maximální spoluprací s nemocným. V této spolupráci musíme akceptovat všechny jeho projevy, byť pro nás zdravotníky často velmi nepříjemné. Musíme vycházet z toho,

v jaké situaci se pacient nachází, jaký typ osobnosti je, jak svůj strach, úzkost verbalizuje. Zdravotní stav je především majetkem pacienta, proto by měly veškeré informace směřovat především k němu. Poučením nemocného dosáhneme nejen lepší spolupráce, ale do jisté míry i ochráníme před traumatizací nevhodnými a zkreslenými informacemi spolupacientů a negativně posbíranými informacemi v průběhu života. Všeobecná sestra se zaměřuje na informace, týkající se potřeb v předoperačním období, připravuje nemocného na období pooperační. Snaží se zprostředkovat nemocnému kontakt s lékařem, který musí respektovat podávání informací o zdravotním stavu nemocnému opakovaně [8].

Při psychologické přípravě pacienta na anestézii by se měly dodržet 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 anxiolytik – sedativ [10].

Psychologickou péči je nutné specifikovat také podle věku, aktuálnosti situace, která vede k nutnosti operačního výkonu. Psychiku pacienta nepříznivě ovlivňuje nejen strach z operace a anestézie, ale i všechny negativní momenty související s jeho pobytem v nemocnici. Pacient velmi citlivě vnímá zvýšený ruch okolo sebe a nervozitu zdravotnických pracovníků, jejich chování se k sobě navzájem, nepříznivě působí i množství zdravotnické techniky [3].

Je pravdou, že strach pacientů před celkovou anestézií podněcujeme nejvíce my – zdravotníci - svým nevhodným chováním. Zpravidla si toto ani neuvědomujeme, chováme se tak spontánně. I přes to, že jsme k pacientovi přátelští, pozorní a empatičtí, tyto negativní momenty zpravidla působí silně na psychický stav pacienta.

U pacientů, kteří se již předem něčeho konkrétního bojí, má i krátký pohovor uklidňující ráz. Možnost, aby se pacient sám zeptal podle svého uvážení, je optimální. Také přečíst si v klidu informace doma, popř. je probrat s členy rodiny, shlédnout uklidňující video určené laikům, pro děti prohlédnout zábavné leporelo o nemocnici patří dnes k postupům dobře vedených pracovišť v zahraničí a již i u nás [7].

Rozhovor však musí být zaměřen individuálně. U úzkostných pacientů by mohlo paradoxně dojít k navození strachu, a to i u pacientů, kteří jej předtím nepociťovali a kteří jím reagují na informaci anesteziologa o eventuálním riziku či nežádoucích účincích [7].

Navíc je potřebné, aby měli pacienti opravdu možnost informace si v klidu přečíst doma a zabránit tak, aby byl pacient nucen rozhodnout se rychle, aniž by pochopil podstatu problému.

Nemocného je vhodné současně poučit, že v pooperačním období se běžně podávají prostředky dobře tlumící bolest, připravit ho na včasnou mobilizaci a rehabilitaci. Po anesteziologickém vyšetření má mít nemocný pocit bezpečí [5].

U nás bývají pacienti před celkovou anestézií poučeni anesteziologem při anesteziologické vizitě zpravidla den před plánovaným operačním zákrokem. Získávají souhrnné informace o celkové anestézii. Pacienti mají možnost se zeptat podle svého uvážení na otázky, které je zajímají. Otázkou však vyvstává, co pacientům odborné informace od lékaře přináší, jestli je jsou schopni pochopit a objektivně je interpretovat v laické mluvě. Součástí je poučení o nutnosti dodržování předanestetického režimu. Myslím si, že tato část informací by mohla spadat do kompetencí anesteziologických sester. Ještě před návštěvou anesteziologa by pacienta navštívila sestra, která by pacientovi srozumitelným způsobem vysvětlila veškeré okolnosti týkající se anestézie. Navíc by mohla pacientovi ukázat např. fotografie anestezovaného pacienta, poskytnout by brožurky, letáčky a mnoho dalších pomůcek. Tím by získala nejen větší důvěru pacienta, ale zmírnily by se jeho obavy před anestézií a zvýšila se jeho spolupráce při úvodu do anestézie. Pacient by měl navíc dostat prostor pro případné otázky buď k edukující sestře nebo následně k lékaři. Sestra by nakonec ověřovala dotazováním se, zda pacient informacím porozuměl. Lékaři by toto jistě ušetřilo čas a mohl se tak po odborné stránce více věnovat pacientovi. Je však potřeba, aby byl vypracován projekt pro edukační činnost. Ten by stál určitý finanční obnos, ale přesto si myslím, že by program zkvalitnil informovanost pacientů a především zajistil uklidnění a větší spolupráci pacientů před celkovou anestézií.

Psychologická příprava vrcholí v bezprostředním předoperačním období, kdy se musí nevyhnutelně splnit tyto požadavky:

- v noci před operací zabezpečit pacientovi vydatný a klidný spánek,

- z prostředí, ve kterém pacient čeká na operaci, odstranit všechny rušivé vlivy, a tak mu zabezpečit tělesný i duševní klid,
- po převezení pacienta na operační sál se postarat o jeho šetrné uložení na operační stůl v poloze, která mu nejlépe vyhovuje,
- prověřit, že účinek podané premedikace je dostatečný,
- pacientovi jednoduše vysvětlit další postup před úvodem do anestézie a účinek podávaných látek,
- chovat se k pacientovi tak, abychom ho povzbudili a uklidnili,
- zajistit klidné a tiché prostředí operačního sálu až do úplné ztráty vědomí [3].

Tento postup je standardní pro všechna zdravotnická zařízení. Z vlastní praxe však můžu vytyčit některé body, které se spíše budou týkat většiny nemocnic. Klidný spánek zpravidla nezajistíme na vícelůžkových pokojích, kde má každý pacient jiné zvyky usínání nebo spánku, navíc se jedná o cizí prostředí, které negativně působí na psychický stav. Ani zajištění nerušeného prostředí, ve kterém pacient čeká na operaci, není často reálné. Pacienti jsou uloženi na předsáli, kde je velký obrat zdravotnického personálu a pacienti jsou neustále rušeni jejich přítomností. I přes veškerou péči na operačním sále se většinou neubráníme rušivým vlivům, jako je např. hluk při manipulaci s instrumentariem. K tomu všemu ale nejvíce přispíváme my sami. Pacienti se bojí vlastního výkonu, kterému můžeme do určité míry zabránit, např. zmíněnou edukační činností sester, ale ještě více můžeme ovlivnit prostředí, ve kterém se pacient v této nezáviděníhodné situaci nachází, svou ohleduplností.

3.5. INFORMOVANÝ SOUHLAS

Každá anestézie vyžaduje, stejně jako jiné lékařské úkony a výkony, poučení – informovaný souhlas pacienta. Poučení souhlas k provedení lékařského opatření může dát pacient pouze tehdy, když byl předem informován a poučen o jeho smyslu a účelu. Poučení pacienta patří k právním povinnostem lékaře [10].

Informovaný souhlas má charakter závazných pravidel vyplývajících z legislativy:

- Úmluva Rady Evropy na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny
- Ústava České republiky
- zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu [11]

3.5.1. ÚMLUVA O LIDSKÝCH PRÁVECH A BIOMEDICÍNĚ

Základní legislativní normou je **Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny**, která byla přijatá 4. dubna 1997 v Oviedu a 1. prosince 1999 vstoupila v platnost. Pro Českou republiku byla vyhlášena pod č. 96/2001 Sb. mezinárodních smluv a vstoupila v platnost 1. října 2001. Její název je často zkracován a v praxi používán jako Úmluva o biomedicíně. Kapitola II, Souhlas, obsahuje:

Článek 5 (Obecné pravidlo):

- Nikdo nesmí být nucen podstoupit jakýkoli zákrok, aniž by k tomu dal souhlas. Člověk musí mít možnost svobodně dát nebo odmítnout souhlas s jakýmkoli zákrokem týkajícím se jeho osoby.
- Souhlas pacienta se pokládá za svobodný a poučený, pokud je dán na základě objektivních informací poskytnutých zodpovědným profesionálním zdravotnickým pracovníkem ohledně povahy a možných následků plánovaného zákroku, prostého jakéhokoli nátlaku od kohokoli. Aby byl souhlas platný, musí být dotyčný informován o podstatných skutečnostech týkajících se zamýšleného zákroku. Tyto informace musí uvádět účel, povahu a následky zákroku, jakož i rizika s ním spojená.
- Kromě toho musí být informace dostatečně jasné a vhodně formulované pro osobu, která má zákrok podstoupit.
- Souhlas může mít různé podoby. Může být výslovný nebo předpokládaný. Výslovný souhlas může být buď ústní nebo písemný. Požadavek písemného souhlasu závisí do značné míry na povaze zákroku.
- Svoboda souhlasu znamená, že souhlas může být kdykoli odvolán, jakmile byl dotyčný plně informován o následcích a jeho rozhodnutí musí být respektováno. Tato zásada však neznamená, že je nutno vždy respektovat odvolání souhlasu pacienta, například pokud se tak stane v průběhu operace.

- f) Informace je právem pacienta, avšak musí být vyhověno případnému přání pacienta, aby informován nebyl. Tím se však neobchází potřeba snažit se získat souhlas k zákroku, který byl pacientovi navržen [12].

Článek 6 (Ochrana osob neschopných dát souhlas)

- a) Někteří jednotlivci mohou být neschopni dát úplný a platný souhlas se zákrokem vzhledem ke svému věku (nezletilí) nebo v důsledku duševní nezpůsobilosti.
- b) Je na vnitrostátní právní úpravě jednotlivých zemí, aby bylo odpovídajícím způsobem stanoveno, zda určitá osoba je schopna dát souhlas k zákroku.
- c) V zájmu ochrany základních lidských práv jsou důvody, kdy je možné dospělou osobu podle vnitrostátního práva pokládat za neschopnou dát souhlas, tj. duševní postižení, nemoc, úrazy nebo stavy kómatu, kdy pacient není schopen formulovat nebo sdělit svá přání.
- d) Kdykoli je uznáno, že osoba není schopna dát svůj souhlas, musí zákrok sloužit k přímému prospěchu osoby.
- e) Není-li nezletilá nebo dospělá osoba schopná dát svůj souhlas k zákroku, smí být zákrok proveden pouze se souhlasem rodičů, kteří o nezletilou osobu pečují, se souhlasem jejího zástupce, úřední osoby, či jiné osoby nebo orgánu, které určí zákon. V určitých situacích, kdy se bere v úvahu povaha a závažnost zákroku, jakož i věk nezletilého a jeho schopnost chápat, má se názoru nezletilých vzrůstající měrou přisuzovat závažnost při konečném rozhodování.
- f) Mimoto se nesmí nikdy zcela vyloučit účast dospělých osob neschopných dát souhlas. Je tedy nezbytné jim vysvětlit význam a okolnosti zákroku a pak získat jejich názor.
- g) Osobě nebo instituci, jejíž souhlas se k provedení zákroku požaduje, musí být poskytnuty řádné informace o následcích zákroku a o riziku se zákrokem spojeným.
- h) Dotyčná osoba nebo příslušný orgán může kdykoli svůj souhlas odvolat, pokud tak učiní v zájmu osoby, která není schopna dát svůj souhlas.
- i) Zákrok smí být proveden pouze „se souhlasem dotyčného nebo jeho zákonného zástupce nebo příslušného orgánu nebo osoby či instituce pověřených ze zákona“ [12].

Článek 7 (Ochrana osob s duševní poruchou)

- a) Podmínkou je, že osoba musí trpět duševní poruchou. Má-li toto ustanovení být použito, musí být pozorováno narušení duševních schopností dotyčného.
- b) Zákrok je nezbytný právě k léčení těchto duševních poruch. Pro jakýkoli jiný druh zákroku si musí lékař vyžádat souhlas pacienta, pokud je to možné a souhlas nebo odmítnutí pacienta musí být respektovány. Jestliže se osoby schopné dát svůj souhlas odmítnou podrobit zákroku, jehož cílem není léčba jejich duševní poruchy, jejich odmítnutí musí být respektováno stejně jako u jiných pacientů, kteří jsou schopni svůj souhlas dát.
- c) Další podmínkou je, že bez léčby duševní poruchy pacienta by pravděpodobně došlo k vážnému poškození jeho zdraví. Takovéto riziko např. existuje, když osoba trpí sebevražednými sklony a představuje tak nebezpečí sama sobě.
- d) Je nutné dodržovat opatření stanovená zákonem na ochranu těchto osob. Tyto podmínky musí zahrnovat náležité dozorčí, kontrolní a odvolací řízení, jako např. zajištění ochrany soudním orgánem [12].

Článek 8 (Stav nouze vyžadující neodkladná řešení)

- a) V naléhavých situacích se mohou lékaři ocitnout před konfliktem dvou povinností, povinností poskytnout ošetření a povinností získat souhlas pacienta. To opravňuje lékaře okamžitě jednat, aniž by čekal, až bude moci získat souhlas od pacienta, resp. od jeho zákonného zástupce.
- b) Tato možnost je omezena na stavy nouze, které lékaři znemožňují získat řádný poučený souhlas.
- c) Tato možnost je omezena výlučně na nezbytné léčebné zákroky, které nesnesou odkladu.
- d) Zákrok musí být proveden pro přímý prospěch dotyčného [12].

Článek 9 (Dříve vyslovená přání)

- a) Účelem tohoto článku je postihnout případy, kdy osoby, schopné pochopit situaci, již dříve vyslovily své platné stanovisko (tj. schválení nebo zamítnutí) se zřetelem k předvídatelným situacím, za kterých by nemohly vyjádřit svůj názor na takový zákrok.

- b) Tento článek se zabývá také situacemi, kdy jednotlivci předvídali, že by se mohli dostat do stavu, ve kterém nebudou schopni dát svůj platný souhlas např. v případě progresivní choroby, jakou je senilní demence.
- c) Pokud někdo již dříve vyjádřil svá přání, je nutno tato přání respektovat. To, že předem vyslovená přání se mají zohlednit, neznamená, že by musela být splněna za každých okolností. Lékař by si měl být pokud možno jist, že se přání pacienta týkají současné situace a jsou stále platná, zejména s ohledem na současný stav vědy a technický pokrok v medicíně [12].

Americký výzkum, provedený Hastings centre, ukázal, že pacienti nečtou formuláře souhlasu pečlivě. Předpokládají, že někdo jiný prozkoumal rizika a užitek za ně. Mnoho pacientů uvedlo, že se rozhodli již předtím, než jim byl dán formulář pro souhlas, a poté se neobtěžovali ho číst. Možná je informovaný souhlas již zastaralá koncepce a pacienti by měli být povzbuzováni, aby aktivně požadovali určitý způsob léčby, poté co byli adekvátně informováni o možnostech. Tento požadavek přesouvá zodpovědnost na pacienta – konzument zdravotní péče je zodpovědný za svou volbu [15].

U nás se v mnoha oblastech zdravotní péče souhlas automaticky předpokládá. Jedná se zpravidla o běžné rutinní zákroky jako je odběr krve, změření krevního tlaku apod. Něco jiného je to však u invazivních výkonů. Tím je i celková anestézie. Jedná se o zásah do lidské suverenity a takový výkon musí být řádně právně ošetřen. Úmluva dává jasnou odpověď, co jsme povinni vzhledem k pacientovi dodržovat za pravidla a chránit ho tak před nelegálním postupem.

3.5.2. POUČENÍ PŘED INFORMOVANÝM SOUHLASEM

V §3 Etického kodexu České lékařské komory v bodě 4 se uvádí [13]: *Lékař je povinen srozumitelným způsobem pro pacienta odpovědně informovat nemocného nebo jeho zákonného zástupce o charakteru onemocnění, zamýšlených diagnostických a léčebných postupech včetně rizik, o uvažované prognóze a o dalších důležitých okolnostech, které během léčení nastanou.*

Souhlas pacienta s provedením výkonu je platný jen v případech, kdy předcházel informace, vysvětlení a poučení pacienta. K poučení patří informace o:

- diagnóze
- průběhu
- riziku [10]

Informace a poučení o diagnóze. Podané informace a z nich vyplývající poučení se věnují diagnóze; většinou postačuje hrubý náčrt, srozumitelný a pochopitelný pro konkrétního pacienta [10].

Informace a poučení o průběhu. Sděluje pacientovi rámcově typ, rozsah, závažnost, způsob provedení, bolestivost výkonu; informuje o komplikacích, jistých vedlejších následcích a o možném nepředvídatelném rozsahu výkonu, o němž bude nutné rozhodnout až peroperačně [10].

Informace a poučení o riziku. Zahrnuje informace o rizikových momentech a o možných nežádoucích až negativních následcích výkonu [10].

Informace a poučení probíhají v zásadě formou rozhovoru mezi lékařem a pacientem. Poučení obsahuje zcela základní informace týkající se předanestetického, anestetického a postanestetického období. Navíc se poučení řídí „podle přání pacienta“, tj. podle nároku na rozsah informovanosti. Zpravidla se jedná o konkrétní otázky pacienta. Pacient může požadovat od zcela souhrnné informace až po podrobnosti, omezit se na určité jednotlivé otázky nebo vyjádřit svou důvěru tím, že bližší informace odmítne. Možnost peroperační srdeční zástavy patří k obecným rizikům anestézie a není třeba proto o ní informovat a zahrnovat ji do poučení. Informací a poučením pacienta nelze přeneseně pověřit nelékařský personál, tj. sestry, klinického psychologa apod. Informace a poučení musí proběhnout vždy před zahájením navrhované léčebné péče. Informace a poučení o anestézii a o jejích rizicích mohou proběhnout v předoperačním období, u plánovaných výkonů až do doby večera před vypsáním výkonem [10].

Weiβbauer říká [10], str. 910: V anesteziologii se osvědčuje koncepte stupňovité informace a poučení. Nejčastěji pacient obdrží nejdříve základní písemnou informaci o

navrhovaném anesteziologickém postupu. Na to navazuje konkrétní rozhovor, který je pro individuálního pacienta zdrojem konkrétních informací a poučení. Informace, poučení i informovaný souhlas jsou pacientem podepsány.

Informace se zvláště zabývá následujícími důležitými body:

- různými technikami anestézie (celková, místní) s přihlédnutím k přání pacienta,
- různými způsoby pooperační analgésie,
- předpokládanými riziky anestézie,
- možným selháním regionální anestézie a situací, kdy je třeba přejít na celkovou anestézii,
- možností krevního převodu v případech, kdy lze předpokládat větší krevní ztrátu [14]

Významné je před anestézií poučení pacienta, které obsahuje informace o:

- zahájení předoperačního lačnění alespoň 6 až 8 hodin před plánovaným výkonem, zákazu pití tekutin alespoň 4 hodiny před anestézií,
- zákazu kouření alespoň den před operací,
- nutnosti sejmutí ozdob (prsteny, řetízky, náramky), brýlí, kontaktních čoček a zubních náhrad,
- vhodnosti nepoužití kosmetického líčení a laku na nehty,
- opatřeních před operací: manžeta na měření krevního tlaku, žilní kanyla apod.,
- EKG, kyslíkové masce, způsobu úvodu do anestézie,
- pooperačních opatřeních: ARO, event. JIP, tracheální rourka (nemožnost mluvit), řízené nebo podpůrné dýchání, monitorace, drenáž [10].

Prohlášení potvrzuje lékař, který pacienta nebo jeho zákonného zástupce informoval. Myslím si, že tato část by mohla být rolí sestry. Významně by se zde uplatňovala edukační činnost anesteziologických sester. Pacienti by mohli být před anestézií poučeni nejen prostřednictvím vypracovaných informačních letáčků, brožurek, případně zábavného leporela, ale i prostřednictvím osobního kontaktu sestry s pacientem. Toto v současné době nepatří mezi standardní praktiky nemocnic. Anesteziologická sestra by tak měla možnost bližšího kontaktu s pacientem před celkovou anestézií, zvýšila by tak jejich informovanost a zlepšila tak i jejich spolupráci

před celkovou anestézií. Tím by přispěla k celkově klidnějšímu a vyrovnanějšímu vnímání celkové anestézie pacientů. Domnívám se, že by i toto poučení anesteziologickými sestrami výrazně ušetřilo čas lékaře a ten by se mohl již plně věnovat odborné přípravě pacienta.

3.5.3. VÝZNAM ANESTEZIOLOGICKÉHO DOTAZNÍKU

Anesteziologický dotazník je vypracován v písemné podobě. Nemocní jej obdrží buď při prvním kontaktu s lékařem nebo při přijetí nemocného do nemocnice. Dotazníky znamenají určitý přínos k získání informací o nemocném, které mohou poukázat nebo vyloučit některé možné rizikové faktory a tím i zajistit větší bezpečnost pro nemocné během anestézie a operace.

Z dotazníku můžeme získat následující informace:

- a) zda v minulosti byl nemocný anestezován, zda byla podána místní či celková anestézie, zda byly pooperační komplikace,
- b) sledování je zaměřeno na rodinnou anamnézu, možné farmakologické odchylky – na přetrvávající svalovou relaxaci, protražované buzení z anestézie, na příznaky maligní hypertermie,
- c) v osobní anamnéze se zaměřuje na závislost na lécích – hypnotika, analgetika, narkotika, na nesnášenlivost některých léků. Speciální dotaz je na pití kávy, kde je nutno zhodnotit i reakci na kávu jako možný indikátor predispozice ke vzniku maligní hypertermie. Dotaz musí rovněž ozřejmit kouření a počet cigaret včetně bronchitických obtíží,
- d) důležité jsou nepřímé údaje o tělesné zdatnosti – sportovní výkonnost, dárcovství krve apod.,
- e) podané transfúze, reakce na ně, podané léky a reakce na ně,
- f) zjištění alergií a alergického onemocnění (astma),
- g) je nutno pátrat po komplikujících onemocněních dýchacího ústrojí, po zánětlivých komplikacích horních dýchacích cest, po plicních afekcích staršího i nejnovějšího data,

- h) informace dotazující se kardiovaskulárního, neurologického, psychiatrického, metabolického postižení, onemocnění jater, ledvin, nádorová onemocnění apod. [5]

Tyto informace lékař zhodnotí a provede úvahu nad možnými anesteziologickými postupy podle zařazení pacienta do kategorie ASA, rozhodne o přípravě k výkonu podle výsledků předanestetického vyšetření, případně i použití pomůcek při vedení celkové anestézie (např. posouzení nutnosti tracheální intubace u předpokládané obtížné intubace pacienta). Vezme v úvahu přání, vyjádřená pacientem. Anesteziologické vyšetření je možné provádět na anesteziologické ambulanci. Ambulance je určena pro pacienty, kteří nejsou hospitalizováni a pro chodící hospitalizované pacienty. Zajišťuje jim optimální komfort i prostředí, v němž lze respektovat požadavek lékařského tajemství. Na anesteziologické ambulanci by se také mohla projevit role sestry jako informátorky. Zpravidla se jedná o dostatečné a klidné prostředí umožňující přípravu pacienta před celkovou anestézií. Sestra zde může pacienty poučit o způsobech anestézie, celkově je poučit o nutnosti dodržování předanestetické přípravy a informovat o tom, co se s nimi bude dít v období těsně před celkovou anestézií a po ní.

3.6. OBOR OŠETŘOVATELSTVÍ

Ošetřovatelství je samostatná vědecká disciplína zaměřená na aktivní vyhledávání a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb nemocného a zdravého člověka v péči o jeho zdraví.

3.6.1. KONCEPCE OŠETŘOVATELSTVÍ A ZÁKONNÉ NORMY

Koncepce klade důraz na náročnější a samostatnější práci ošetřovatelského personálu. Zdůrazňuje nutnost práce metodou ošetřovatelského procesu doprovázeného řádně vedenou zdravotnickou dokumentací. K moderním trendům ošetřovatelství patří mimo jiné poskytování ošetřovatelské péče víceúrovňovým způsobem, jehož předpokladem je ošetřovatelský tým, složený z ošetřovatelského

personálu s různou úrovní kvalifikace. Kompetence těchto pracovníků jsou vymezeny podle stupně dosaženého vzdělání a specializace. Koncepce otevírá cestu k zajištění kvalitní ošetrovatelské péče prostřednictvím ošetrovatelských standardů. Ošetrovatelské standardy se týkají kategorií a kvalifikace ošetrovatelského personálu, realizace ošetrovatelského procesu, ošetrovatelské dokumentace, pracovních postupů, vybavení a personálního obsazení pracoviště z hlediska ošetrovatelské péče [16].

Koncepce ošetrovatelství určuje základní perspektivu vývoje českého ošetrovatelství. Minulé pojetí ošetrovatelské péče zaměřené převážně na plnění lékařských ordinací se mění na zdůrazňování náročnější a samostatnější práci sester orientovanou na podporu zdraví člověka a jeho potřeby. Hlavním principem nového ošetrovatelství je člověk se svými potřebami a problémy na jedné straně, na druhé pak sestra, jejímž úkolem je problémy identifikovat, stanovit stupeň jejich závažnosti a najít nejvhodnější způsob řešení. Zdůrazňuje nutnost zavedení ošetrovatelského procesu doprovázeného ošetrovatelskou dokumentací jako základního metodického postupu sestry při práci se zdravým a nemocným člověkem, jeho rodinou a sociálním okolím. Otevírá cestu k zajištění kvalitní ošetrovatelské péče prostřednictvím ošetrovatelských standardů. Koncepce ukazuje směr, kterým je třeba dokončit transformaci vzdělávání ošetrovatelských pracovníků, navrhuje systém registrace sester. Domnívám se, že spousta sester i lékařů si tuto změnu nepřipouští. Měla by se však projevat i v oblasti anesteziologie. Myslím si, že bylo potřebné tuto koncepci vytvořit a směřovat tak české ošetrovatelství moderním směrem v péči o nemocného člověka.

Pracovníci v oboru a jejich vzdělávání:

Ošetrovatelskou péči zajišťují zdravotničtí pracovníci podle:

- Zákona č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání,
 - Vyhlášky č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.
- a) Zdravotničtí pracovníci způsobilí k výkonu povolání bez odborného dohledu po získání odborné způsobilosti. Kvalifikační studium probíhá na vyšších

zdravotnických školách a na vysokých školách v souladu s příslušnými směnicemi Evropské unie.

- b) Zdravotničtí pracovníci způsobilí k výkonu povolání pod odborným dohledem nebo přímým vedením. Kvalifikační studium probíhá na střední zdravotnické škole nebo v akreditovaném kvalifikačním kurzu [16].

Vzdělávání pro pracovníky v ošetrovatelství zaznamenalo těsně před vstupem ČR do Evropské unie zásadní změny, a to hlavně z důvodu nutnosti naplnění směrnic Evropské unie. Směrnice regulují vzdělávání tak, aby bylo zajištěno uznání kvalifikace a tak umožněn volný pohyb po jednotlivých zemích Evropské unie. Celoživotní vzdělávání je povinné pro všechny zdravotnické pracovníky a plnění povinnosti se prokazuje na základě kreditního systému, který slouží pro zápočet k vydání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu. Myslím si, že současná praxe je v oblasti vzdělávání zatím nejednotná, ale uvedené legislativy zajišťují povinnost zdravotnických pracovníků stále se vzdělávat a získávat co nejvíce informací o metodách nového ošetrovatelství. Anesteziologické sestry se tak stávají ve své profesi samostatnější. Je kladen důraz na náročnější práci anesteziologických sester a jejich vzdělávání.

3.6.2. ETIKA

- Zdravotnický pracovník při své práci zachovává úctu k životu, respektuje lidská práva a důstojnost každého jednotlivce bez ohledu na věk, pohlaví, rasu, národnost, víru, politické přesvědčení a sociální postavení.
- Zdravotnický pracovník dbá na dodržování Úmluvy o lidských právech a biomedicíně, na dodržování práv pacientů.
- Zdravotnický pracovník je povinen přistupovat ke své práci s veškerou odbornou schopností, kterou má, s vědomím profesionální odpovědnosti za podporu zdraví, prevenci nemocí, za obnovu zdraví a zmírňování utrpení.
- Zdravotnický pracovník poskytuje zdravotní péči jednotlivcům, rodinám, skupinám a spolupracuje s odborníky jiných oborů.

- Zdravotnický pracovník je povinen chránit informace o těch, kterým poskytuje své služby. Dokumentaci vede pečlivě a pravdivě, chrání ji před zneužitím a znehodnocením.
- Zdravotnický pracovník aktivně prohlubuje znalosti o právních předpisech.
- Zdravotnický pracovník respektuje životní hodnoty občanů, jejich životní zvyky, duchovní potřeby a snaží se vytvářet podmínky zohledňující individuální potřeby jednotlivců.
- Zdravotnický pracovník v rozsahu své odbornosti a pravomocí poskytuje občanům informace, které jim pomáhají převzít spoluzodpovědnost za jejich zdravotní stav a případnou léčbu.
- Zdravotnický pracovník považuje informace o pacientech za důvěrné a je si vědom povinnosti zachovávat mlčenlivost.
- Zdravotnický pracovník dbá při poskytování péče o zajištění intimity.
- Zdravotnický pracovník se snaží při poskytování zdravotní péče docílit vztahu založeného na důvěře, který ctí práva pacienta, reaguje na aktuální rozpoložení pacienta.
- Zdravotnický pracovník poskytuje zdravotní péči v rozsahu své odbornosti a pravomocí, s potřebnou mírou autoregulace a empatie.
- Zdravotnický pracovník aktivně usiluje o vlastní odborný, osobní a intelektuální růst po celou dobu svého profesionálního života a své nové znalosti a dovednosti se snaží využít v praxi.
- Zdravotnický pracovník usiluje o co nejvyšší kvalitu a úroveň poskytované zdravotní péče.
- Zdravotnický pracovník poskytne nezbytně nutnou zdravotní péči i nad rámec svých pravomocí, pokud ji nemůže poskytnout způsobilý zdravotnický pracovník.
- Zdravotnický pracovník jedná a vystupuje tak, aby jeho chování přispělo k udržení prestiže a zvyšování společenského uznání zdravotnických povolání.
- Zdravotnický pracovník spolupracuje v rámci mezioborového týmu s ostatními odborníky tak, aby byly splněny všechny cíle plánu komplexní zdravotní péče o pacienta.
- Zdravotnický pracovník respektuje znalosti a zkušenosti svých kolegů i spolupracovníků jiných odborností.

- Zdravotničtí pracovníci se navzájem podporují ve svých odborných rolích.
- Zdravotnický pracovník je odpovědný za kvalitu jím poskytované zdravotní péče a za co nejvyšší odbornou úroveň svého vzdělávání.
- Zdravotnický pracovník se neustále snaží o rozvoj své profese, o rozvoj svého profesního zaměření a zvýšení své odborné úrovně.
- Zdravotnický pracovník dbá na udržování a zvyšování prestiže své profese [17].

Dnešní přetechnizovaná doba občas zapomíná na morálku. Žijeme ve století informací a objevů, ale také lhostejnosti, arogance a nevraživosti. Současně však vidím i druhou, lepší stránku naší doby – svět porozumění, empatie, snahy pomoci druhému. Věřím, že do toho lepšího světa patří i naše zdravotnictví. Péče se mění na týmovou a vysoce specializovanou. Pacient se však někdy ztrácí jako člověk. Cílem ošetrovatelské etiky je humanizace mezilidských vztahů, zejména mezi nemocným a sestrou, mezi ošetřujícím personálem a rodinou nemocného, ale i zlidštění vztahů mezi lékaři a sestrami, mezi sestrami navzájem. Spolupráce zahrnuje aktivní účast sester při zajišťování kvalitní péče. Záměrem etiky je také porozumět člověku, pochopit tíživost jeho situace a podle možností mu také pomoci. Sestra musí nejen respektovat základní lidské hodnoty pacienta ale i jednat v souladu s ochranou pacientovi lidské důstojnosti a soukromí. Pilířem etických zásad každodenní práce zdravotníků by měl být individuální přístup ke klientovi. Ten zabezpečuje uspokojování všech potřeb pacienta. Tyto etické zásady by měly být dodržovány i v prostředí operačního sálu. Často se stává, že pacient je pouze „diagnózou“ a středem operačního výkonu a nikoliv individuální bytostí. Sestry mají výjimečné postavení mezi ostatními zdravotnickými profesionály, mají prioritu v možnosti poskytování holistické péče. Umět aplikovat etické principy v praxi vede k obohacování každodenního ošetrovatelství.

3.6.3. ZAČLENĚNÍ NELÉKAŘSKÝCH PRACOVNÍKŮ V ANESTEZIOLOGII

Celková anestézie je lékařská činnost, která představuje závažný zásah do suverenity lidského organismu. Lékařské výkony nelze přenášet na nelékařské zdravotnické pracovníky, a to ani v případech, kdy jde o pracovníky s odpovídajícím pomaturitním specializačním studiem sester v anesteziologii, v resuscitační a

intenzivní péči, o diplomované sestry pro intenzivní péči a sestry s dlouholetou praxí a velkými zkušenostmi na anesteziologickém úseku. Spolupráce při celkové anestézii je možná pod vedením a za trvalého sledování vedoucím anesteziologem nebo jeho kvalifikovanými lékařskými spolupracovníky [10].

Z vlastní praxe můžu potvrdit, že taková spolupráce anesteziologa a sestry je opravdu možná. Jedná se o výkony, které se provádí pod odborným dohledem lékaře nebo pod jeho přímým vedením. Často se vyskytují problémy týkající se personálního obsazení anesteziologického pracoviště. Mělo by být snahou managementu nemocnic zajistit nejen optimální počet ošetrovatelského personálu, ale zajistit i kvalitu poskytované ošetrovatelské péče. Té můžeme docílit neustálým vzděláváním nelékařských pracovníků a umožněním odborné a kvalifikované práce sester.

3.6.4. PRACOVNÍ NÁPLŇ VŠEOBECNÉ SESTRY SE SPECIALIZOVANOU ZPŮSOBILOSTÍ – SESTRY PRO INTENZIVNÍ PÉČI

Dle vyhlášky č. 424/2004 Sb., § 49, odstavec 1.

Sestra pro intenzivní péči vykonává činnosti podle § 48 při péči o pacienty starší 10 let, u kterých dochází k selhání základních životních funkcí nebo toto selhání hrozí:

- **bez odborného dohledu a bez indikace**

- a) sleduje a analyzuje údaje o zdravotním stavu, zejména fyziologické funkce, hodnotí závažnost stavu a provádí kardiopulmonální resuscitaci s použitím dostupného technického vybavení,
- b) pečuje o dýchací cesty pacientů se zajištěnými dýchacími cestami i při umělé plicní ventilaci, včetně odsávání z dolních cest dýchacích,
- c) sleduje funkčnost speciální přístrojové techniky a zajišťuje jejich stálou připravenost,
- d) provádí defibrilaci srdce elektrickým výbojem;

- **bez odborného dohledu na základě indikace lékaře**

- a) provádí měření a analýzu fyziologických funkcí specializovanými postupy pomocí přístrojové techniky, včetně využití invazivních metod,

- b) provádí katetrizaci močového měchýře mužů,
- c) zavádí nasogastrické a jejunální sondy pacientům v bezvědomí, kteří jsou starší 10 let,
- d) provádí výplach žaludku i u pacientů se zajištěnými dýchacími cestami starších 10 let;

- **pod odborným dohledem lékaře**

- a) provádí zajištění dýchacích cest dostupnými pomůckami,
- b) provádí endobronchiální laváže u pacientů s tracheální intubací nebo tracheostomií, předchází případným komplikacím, rozpoznává je a řeší,
- c) aplikuje transfúzní přípravky a krevní deriváty;

- **pod přímým vedením lékaře**

- a) provádí punkci artérií, zejména arterie radialis a arterie femoralis, k jednorázovému odběru krve a k invazivní monitoraci krevního tlaku,
- b) provádí extubaci tracheální rourky.

Sestra pro intenzivní péči se zaměřením na péči v anesteziologii vykonává činnosti podle odstavce 1 v souvislosti s anesteziologickými výkony:

- **bez odborného dohledu a bez indikace**

- a) poskytuje specializovanou ošetrovatelskou péči pacientům při přípravě, v průběhu a bezprostředně po ukončení všech způsobů celkové a místní anestézie,
- b) zajišťuje stálou připravenost anesteziologického pracoviště;

- **bez odborného dohledu na základě indikace lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru anesteziologie a resuscitace**

- a) připravuje pacienta, léčivé přípravky a vybavení k jednotlivým způsobům a technikám celkové i místní anestézie a asistuje při jejich provedení,
- b) provádí činnosti spojené s přípravou, průběhem a ukončením metod léčby bolesti;

- **pod přímým vedením lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru anesteziologie a resuscitace**
 - a) provádí tracheální intubaci
 - b) podílí se na vedení anestézie [18].

Proces poskytování léčebné péče v sobě zahrnuje velké množství činností, na kterých se podílejí vedle lékařů i další kategorie zdravotnických pracovníků. Specifické a významné místo mezi nimi zauímají především všeobecné sestry. Vždyť úroveň ošetrovatelské péče tvoří spolu s úrovní diagnostiky a s terapeutickými postupy pilíř, o který se opírá celková úroveň péče v každé nemocnici. V současnosti však zůstává v popředí problém týkající se kompetencí jednotlivých pracovníků. U nás je tradice neodlišovat kompetence. Současná pracovní náplň rozdělená v kategoriích jasně stanovuje, jaké činnosti může vykonávat sestra pro intenzivní péči nebo sestra se zaměřením na péči v anesteziologii, a tím je chráněna před střetem kompetencí jednotlivých zdravotnických pracovníků či před neoprávněným výkonem ve své profesi. Touto náplní bych chtěla současně apelovat na sestry, aby si uvědomovaly rozdíl mezi činnostmi, které provádí pod odborným dohledem lékaře (tj. dostupností lékaře např. na telefonu, vedlejším operačním sále apod.) a činnostmi, které provádí pod jeho přímým vedením (tj. v bezprostřední blízkosti sestry, aby byl lékař schopen v případě potřeby okamžitého zásahu). Domnívám se, že v praxi se však tento rozdíl nerozlišuje a bude těžké jej uplatňovat (např. z personálních důvodů). Edukační činnost vyplývá ze základní pracovní náplně všeobecných sester. V náplni práce anesteziologických sester edukační činnost však přímo uvedena není. Myslím si, že by bylo vhodné edukaci doplnit do konkrétních náplní činností na jednotlivých pracovištích, vypracovat plány, materiály a nové standardy. Edukační činnost by se tak stala samozřejmou v každodenní práci anesteziologických sester.

3.7. ZÁVĚR

V teoretické části jsem se pokusila upozornit na nedostatečnou edukační činnost zdravotnických pracovníků u pacientů před celkovou anestézií. Nabízím zde řešení, jak by mohla probíhat předanestetická příprava ze strany sestry, a to formou edukačních programů. Přiznejme si skutečnost, že edukační činnost sester v našich zařízeních není nijak obvyklá, často probíhá pouze formou poučení lékařem, a to velmi obecně. Prostřednictvím edukačních programů by měla anesteziologická sestra možnost bližšího kontaktu s pacientem a mohla by zvýšit informovanost pacientů, zlepšit tak jejich spolupráci před celkovou anestézií a přispět k celkově klidnějšímu a vyrovnanějšímu vnímání této těžké situace, jakou celková anestézie je. Navíc by edukační činnost anesteziologických sester ušetřila čas lékaři, který by se mohl již plně věnovat pouze odborné přípravě pacienta před celkovou anestézií.

Pacient se dostává do neznámého prostředí, čeká ho operační výkon a s tím související celková anestézie. Pacienti prožívají před celkovou anestézií velkou psychickou zátěž. Popisují zde, jaké reakce může sestra očekávat od nemocného, jak rozdílně pacienti prožívají strach a úzkost. Proto musíme my – sestry - zajišťovat komplexní péči o nemocného, zabývat se všemi potřebami člověka. Toto vystihuje nová koncepce ošetrovatelství. Koncepce navíc zdůrazňuje samostatnou práci sester formou ošetrovatelského procesu a dbá na vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků, intenzivní péče a anesteziologie nevyjímaje.

Upozorňuji zde na nutnost informovaného souhlasu pacientů, protože se jedná o zásah do lidské suverenity a každý takový výkon musí být řádně právně ošetřen. Za získání legálního, informovaného souhlasu s anestézií je zodpovědný lékař. Sestra však může být součástí poučení pacienta před celkovou anestézií. Mohla by k tomu přispívat svou edukační činností, která by vedla k větší informovanosti pacientů před celkovou anestézií. Pacienti by mohli být před anestézií poučeni prostřednictvím vypracovaných informačních letáčků, brožurek, případně zábavného leporela. Toto však v současné době zatím nepatří mezi standardní praktiky chirurgických pracovišť. Myslím si, že informace bývají velmi omezené, pacient často podepíše vesměs jakýsi formulář při příjmu bez jakéhokoliv vysvětlování. Moderní praxe by však měla být jiná. Sestra by měla pacienta poučit o obsahu daného formuláře, o následné návštěvě

lékařem a o možnosti otázek, pokud pacient něčemu nerozumí nebo chce vědět více informací.

Cílem mé práce bylo nejen zjistit míru informovanosti pacientů před celkovou anestézií, jejich názory k prostředí operačního sálu a postanestetického období, ale také se zaměřuji na postavení zdravotníků, především anesteziologických sester, jejich kompetence a možnosti rozšíření jejich rolí.

4. EMPIRICKÁ ČÁST

4.1. ÚVOD

Potřeba informovanosti je jednou ze základních potřeb člověka. Ve zdravotnictví je tato potřeba zdůrazňována mnohonásobně. Ne vždy však zdravotnický personál správně posoudí potřebu informovanosti pacientů. Prostřednictvím edukačních programů by se zvýšila nejen informovanost pacientů před celkovou anestézií, ale snížily se tak i jejich negativní pocity v souvislosti s celkovou anestézií. Zajistila by se tak i větší spolupráce pacientů před celkovou anestézií a následný klidný úvod do anestézie.

Pracuji jako anesteziologická sestra a ve své každodenní praxi se setkávám s mnoha rozlišnými pacienty na operačních sálech a s jejich různými reakcemi na tak zátěžovou situaci, jako celková anestézie je. Všimla jsem si, jak mnohdy nedostatečná informovanost pacientů ovlivňuje nejen možnost volby z některého druhu anestézie, ale prostřednictvím strachu z anestézie a pooperačních bolestí, o nichž není pacient dostatečně informován, negativně ovlivňuje i průběh anestézie samotné.

Ve svém důsledku může omezená informovanost potencovat strach pacientů, ale také negativně ovlivňovat jejich fyzický stav. Prodlužuje se proces hojení operační rány, a tím se prodlužuje doba, která je potřebná pro jejich navrácení se do produktivního smysluplného života.

4.2. CÍL VÝZKUMU

Ve své bakalářské práci jsem se zaměřila na význam edukační činnosti anesteziologických sester u pacientů podstupující operační výkon v celkové anestézii. Cílem výzkumu bylo zjistit u skupiny pacientů, kteří podstoupili operační zákrok v celkové anestézii, jak byla před anestézií uspokojována potřeba informovanosti, jaké pocity měli z prostředí operačního sálu, jak na ně působila atmosféra na operačním sále a následná míra informovanosti z těsného postanestetického období. Zabývám se i pooperační bolestí, protože se domnívám, že subjektivní pocity bolesti jsou často podceňovány a bolest není tlumena dostatečně.

Tento výzkum by mohl napomoci lékařům i sestřám identifikovat strach pacientů, který vychází z jejich nedostatečné informovanosti před celkovou anestézií, a tak celkově klidněji zajistit průběh anestézie, pozitivnější vnímání vlastní nemoci, léčení i spolupráci pacienta s ošetřujícím personálem.

4.3. HYPOTÉZY

- 1.) Předpokládám, že nejvíce informací o způsobu a průběhu anestézie získávají pacienti od rodiny, příbuzných nebo známých.
- 2.) Více informací o tom, co se bude dít, dostávají pacienti od chirurga než od anesteziologa, důvěra v chirurga i v anesteziologa je přitom stejná.
- 3.) Předpokládám, že více než polovina pacientů pocítuje nepohodlí na operačním sále nebo po operaci.
- 4.) U více než 50% pacientů je respektováno soukromí na operačním sále.
- 5.) Alespoň 75% pacientů je na operačním sále informováno sestrou o tom, co se bude dít.
- 6.) Více než polovina pacientů má po operaci bolesti.
- 7.) Více než 50% pacientů uvítá návštěvu anesteziologické sestry před anestézií.

4.4. METODA VÝZKUMU

Jako hlavní výzkumnou metodu jsem si zvolila anonymní dotazník. K práci jsem využila dotazník se svolením Kliniky anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny Fakultní nemocnice v Hradci Králové, který zde již sloužil jako součást výzkumné práce. Výzkum se týkal spokojenosti pacientů s anestézií. V dotazníku jsem provedla pouze úpravy otázek podle potřeb mé bakalářské práce a změnila systém jejich následného hodnocení. V dotazníku respondenti zaškrtovali zpravidla jednu z nabízených odpovědí, pokud nebylo uvedeno jinak.

Dotazník se skládá ze dvou částí. První část tvoří obecné informace (věk, pohlaví, vzdělání, dřívější anestézie a zkušenosti s nimi, prameny informací o celkové anestézii). Druhá část obsahuje 17 otázek, které jsou zaměřené na oblast předoperační, perioperační a pooperační péče. Jedná se o konkrétní dotazy, které se týkají subjektivního vnímání míry informovanosti pacientů ze strany celkové anestézie, tak i

vlastního chirurgického zákroku. Dále jsou zde otázky zaměřené na pocity pacientů z prostředí operačního sálu, na dodržování etických zásad zdravotnických pracovníků a míru informovanosti pacientů v postanestetickém období. Další otázka je zaměřena na vlastní názor pacientů na edukační činnost anesteziologických sester. Dávám zde navíc pacientům na závěr prostor pro sdělení případných nedostatků a poznámek, které se týkají průběhu anesteziologické péče.

4.5. VZOREK SLEDOVANÝCH OSOB

K průzkumu jsem využila dvou pracovišť: chirurgického oddělení Vojenské nemocnice v Brně a Kliniky úrazové chirurgie ve Fakultní nemocnici v Brně Bohunicích. K průzkumu jsem vybrala nahodilý vzorek nemocných po celkové anestézii, kteří byli přijati pro plánovaný chirurgický výkon. Co největší přesnost a objektivnost údajů jsem zajistila omezením věku pacientů do 70 let. Výzkum jsem prováděla v období prosinec roku 2005 až leden roku 2006. Průzkumu se zúčastnilo 50 nemocných na každém z uvedených pracovišť – celkem tedy 100 nahodilých pacientů, kteří splňovali kritéria plánovaného výkonu a věku do 70 let. Ve Vojenské nemocnici v Brně jsem dotazníky rozdala osobně, ve Fakultní nemocnici v Brně - Bohunicích moje kolegyně, kterou jsem předem poučila o metodě výzkumu. Pacientům jsme rozdaly dotazníky den po provedeném operačním zákroku. Vysvětlily jsme jim cíle výzkumu a zdůraznily, že odpovědi jsou anonymní. Vyplněné dotazníky jsme vybíraly osobně následujícího dne. Všech 100 dotazníků se mi vrátilo. Pokud dotazník nebyl zcela vyplněn (z důvodu neporozumění otázky či strachu ze špatné odpovědi), požádaly jsme o doplnění informací, které jsme pak samy zapsaly. Pacienti vyplnili dotazník vesměs sami bez naší pomoci, kterou jsme jim při rozdávání dotazníků nabídly. Ve Fakultní nemocnici v Brně – Bohunicích kolegyně pomohla s vyplněním dotazníku u třech pacientů, já jsem ve Vojenské nemocnici poskytla pomoc dvěma pacientům. Přímo se zúčastnit průzkumu neodmítl nikdo.

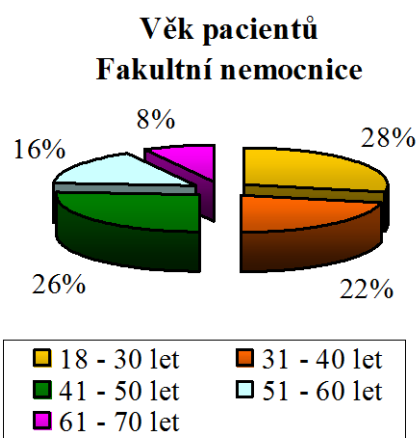
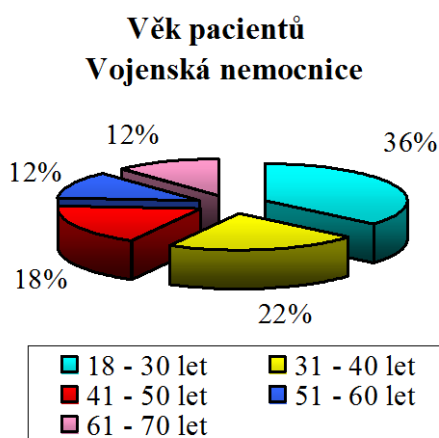
4.6. VÝSLEDKY VÝZKUMU

První část se týká obecných informací o respondentech:

Otázka 1: Věk

V odpovědích jsem zvolila věkové skupiny v rozmezí 18 – 30 let, 31 – 40 let, 41 – 50 let, 51 – 60 let a 61 – 70 let. Pro spolehlivost a objektivnost výsledků jsem nezařazovala pacienty starší 70 let.

Pracoviště	Vojenská nemocnice		Fakultní nemocnice	
	Počet odpovědí	Vyjádřeno v %	Počet odpovědí	Vyjádřeno v %
18 - 30 let	18	36	14	28
31 - 40 let	11	22	11	22
41 - 50 let	9	18	13	26
51 - 60 let	6	12	8	16
61 - 70 let	6	12	4	8



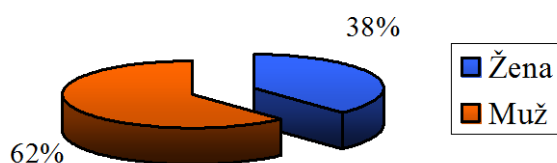
Z následujících údajů je patrné, že největší zastoupení obou pracovišť má mladá a střední generace.

Otázka 2: Pohlaví

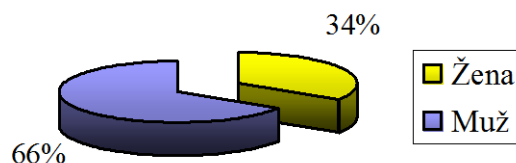
Výzkumu se zúčastnili všichni hospitalizovaní pacienti. Tabulka znázorňuje poměr mezi muži a ženami ve zkoumaném vzorku.

Pracoviště	Vojenská nemocnice		Fakultní nemocnice	
	Pohlaví	Počet odpovědí	Vyjádřeno v %	Počet odpovědí
Žena	19	38	17	34
Muž	31	62	33	66

**Poměr dotazovaných žen a mužů
Vojenská nemocnice**



**Poměr dotazovaných žen a mužů
Fakultní nemocnice**

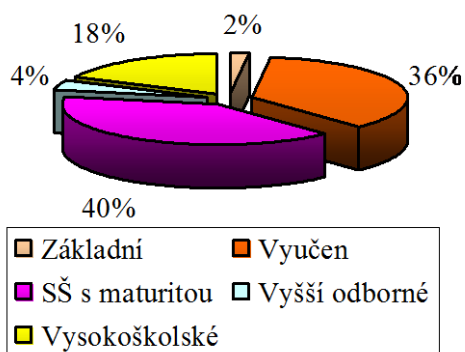


Na obou pracovištích bylo dotázáno více mužů, a to 64%. Ženy tvoří 38% dotázaných.

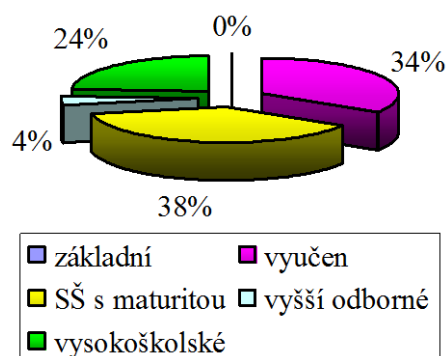
Otázka 3: Nejvyšší ukončené vzdělání

Pracoviště	Vojenská nemocnice		Fakultní nemocnice	
	Vzdělání	Počet odpovědí	Vyjádřeno v %	Počet odpovědí
Základní	1	2	0	0
Vyučen	18	36	17	34
SŠ s maturitou	20	40	19	38
Vyšší odborné	2	4	2	4
Vysokoškolské	9	18	12	24

**Vzdělání pacientů
Vojenská nemocnice**



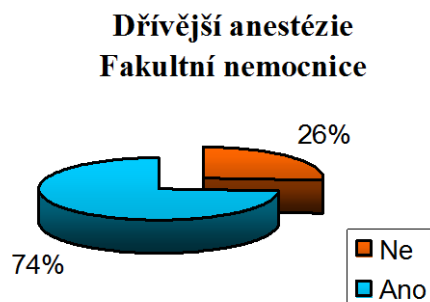
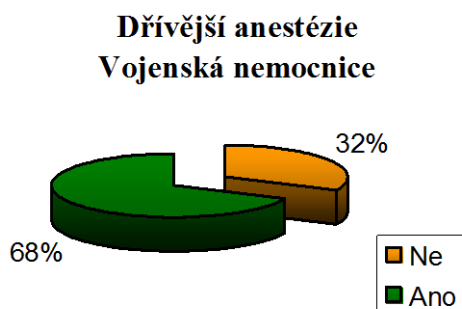
**Vzdělání pacientů
Fakultní nemocnice**



Nejvíce oslovených respondentů bylo se středoškolským vzděláním s maturitou (39%), vyučených v oboru (35%) a pacientů s vysokoškolským vzděláním (21%). Vyšší odborné vzdělání má ukončeno 4% respondentů, základní pouze 2%.

Otázka 4: *Už jste měl(a) někdy dříve celkovou anestézií? Pokud ano, jakou jste měl(a) zkušenost?*

Pracoviště	Vojenská nemocnice		Fakultní nemocnice	
	Počet odpovědí	Vyjádřeno v %	Počet odpovědí	Vyjádřeno v %
Anestézie:				
Ne	16	32	13	26
Ano	34	68	37	74
Zkušenost dobrá	25	74	30	81
Zkušenost špatná	9	26	7	19



Prekvapující je podle následujících výsledků, že téměř tři čtvrtiny pacientů již prodělalo v minulosti celkovou anestézií. Průměrně byli tito pacienti anestetizováni 2krát až 3krát. Zpravidla měli pacienti v minulosti zkušenost s celkovou anestézií dobrou, a to asi 78% pacientů, jako zkušenost špatnou udalo asi 22% pacientů z obou zkoumaných pracovišť. Nejčastější důvody špatné zkušenosti byly: nevolnost a zvracení (12 pacientů), masivní bolesti v krku (3 pacienti), bolesti svalů, laryngospasmus či bronchospasmus a předčasné probuzení.

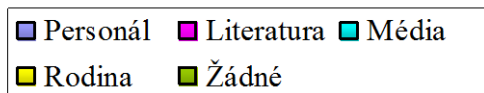
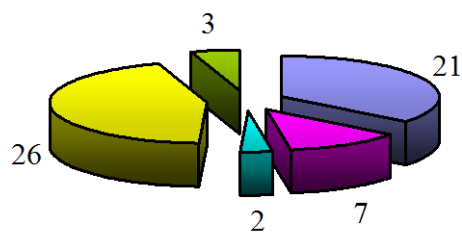
Otázka 5: *Odkud jste před přijetím do nemocnice získal(a) nejvíce informací o způsobu a průběhu anestézie?*

Na tuto otázku jsem dala pacientům příležitost označit i více odpovědí. Nabízela jsem několik možností. Nejprve od zdravotnického personálu, protože odtud by měli pacienti získávat informací nejvíce. Dále z informačních letáků, brožurek či literatury,

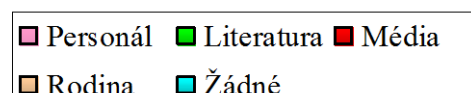
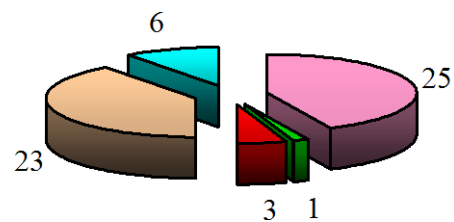
abych zjistila, jak je literatura pro pacienty dostupná, dále jsem nabídla možnost médií, rodiny, příbuzných a známých. Domnívám se, že tato skupina bude nejpočetnější. Navíc jsem uvedla možnost absolutní neinformovanosti pacientů před celkovou anestézií a dávám také pacientům prostor pro uvedení vlastní zkušenosti.

Pracoviště	Vojenská nemocnice		Fakultní nemocnice	
	Počet odpovědí	Vyjádřeno v %	Počet odpovědí	Vyjádřeno v %
Personál	21	42	25	50
Literatura	7	14	1	2
Média	2	4	3	6
Rodina	26	52	23	46
Žádné	3	6	6	12

**Informace o celkové anestézii
Vojenská nemocnice**



**Informace o celkové anestézii
Fakultní nemocnice**



Nejvíce informací o celkové anestézii pacienti získávají od rodiny, příbuzných nebo známých (asi 50% dotázaných). Od zdravotnického personálu je to asi 46% pacientů. Na dalším místě se umístili pacienti, kteří šli do zdravotnického zařízení zcela neinformováni, tj. asi 9% pacientů. Pouze 8% pacientů získalo informace z letáků, brožurek či literatury. Asi 5% pacientů uvedlo zdroj informací média. Jako další zdroje informací uváděli respondenti následující: předchozí vlastní zkušenost (14 pacientů), Internet (6 pacientů), písemné poučení před anestézií uvedli pouze 2 pacienti. Zdravotníka v rodině, který jej informoval, uvedli taktéž 2 pacienti.

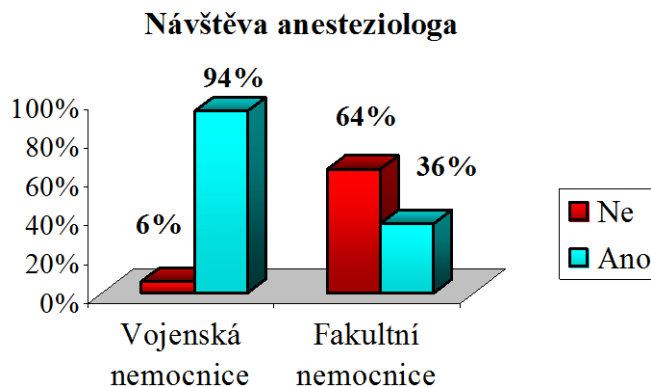
Druhou část dotazníku jsem zaměřila přímo na specifické otázky, které se týkaly vlastní zkušenosti pacientů, kteří podstoupili předcházející den plánovaný operační zákrok v celkové anestézii. Z vlastního pozorování můžu posoudit, že v obou zdravotnických zařízeních byla mladší a střední generace k těmto otázkám kritičtější

než generace starší. Tato zvýšená kritika se týkala mužů i žen přibližně ve stejném poměru. Nezachytila jsem rozdíl, který by se týkal vzdělání jednotlivých pacientů nebo již předchozí zkušenosti.

A. Během návštěvy anesteziologa před operací:

(pokud Vás anesteziolog nenavštívil, přejděte k bodu B)

Pracoviště	Vojenská nemocnice		Fakultní nemocnice	
	Počet odpovědí	Vyjádřeno v %	Počet odpovědí	Vyjádřeno v %
Ne	3	6	32	64
Ano	47	94	18	36



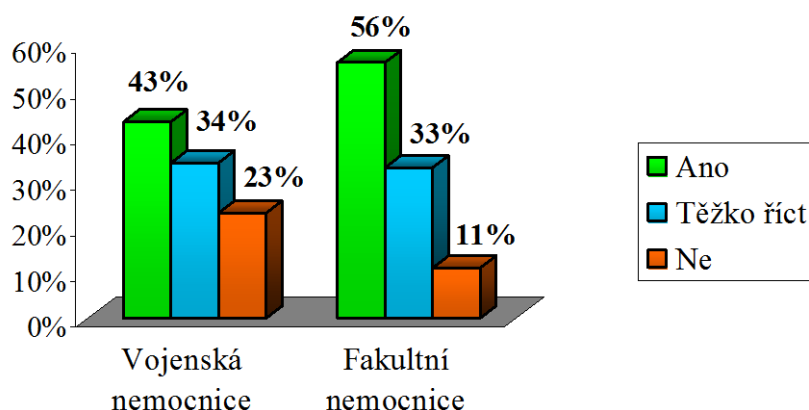
Z výzkumu jsem zjistila, že 3 pacienty (tj. 6% pacientů) ve Vojenské nemocnici a 32 pacientů (tj. 64% pacientů) ve Fakultní nemocnici anesteziolog nenavštívil.

Otázka 1: Obdržel(a) jsem informace o tom, co se bude dít.

Na tuto otázku jsem se zeptala pacientů, které anesteziolog navštívil. Zajímalo mě, do jaké míry jsou pacienti před celkovou anestézií anesteziologem informováni, zda si pacienti dokáží odborné termíny lékaře interpretovat do laické mluvy a co jim vůbec informace přináší.

Pracoviště	Vojenská nemocnice		Fakultní nemocnice	
	Počet odpovědí	Vyjádřeno v %	Počet odpovědí	Vyjádřeno v %
Ano	20	43	10	56
Těžko říct	16	34	6	33
Ne	11	23	2	11

Obdržel(a) jsem informace o tom, co se bude dít.



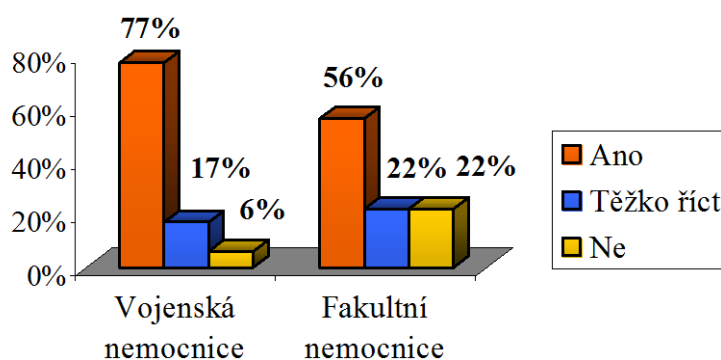
Z následujícího grafu vyplývá, že 43% pacientů ve Vojenské nemocnici a 56% pacientů ve Fakultní nemocnici dokázalo jasně odpovědět kladně. Pacientů, kteří se nedokázali jasně přiklonit ke kladné nebo záporné odpovědi je na obou pracovištích asi 33%. Záporně odpovědělo 23% dotázaných ve Vojenské nemocnici a 11% pacientů ve Fakultní nemocnici.

Otázka 2: Mohl(a) jsem se zeptat na otázky, na které jsem chtěl(a).

Touto otázkou jsem chtěla zjistit, zda lékaři dávají pacientům prostor pro případné dotazy.

Pracoviště	Vojenská nemocnice		Fakultní nemocnice	
	Počet odpovědí	Vyjádřeno v %	Počet odpovědí	Vyjádřeno v %
Ano	36	77	10	56
Těžko říct	8	17	4	22
Ne	3	6	4	22

Mohl(a) jsem se zeptat na otázky, na které jsem chtěl(a).

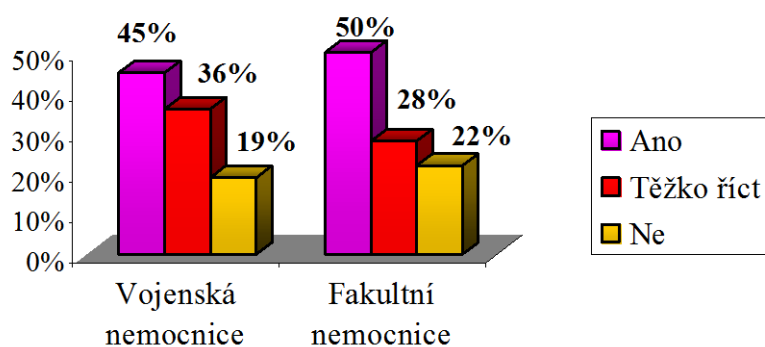


Asi tři čtvrtiny pacientů ve Vojenské nemocnici a asi polovina pacientů ve Fakultní nemocnici uvedlo, že se mohli zeptat na otázky, na které chtěli. Kolem 20% pacientů nedokázalo jasně odpovědět. 22% pacientů ve Fakultní nemocnici udala odpověď zápornou. Pokud srovnám tyto výsledky s předcházející otázkou, docházím k následujícímu zjištění. Pacienti ve Vojenské nemocnici v 57% odpověděli nejednoznačně nebo zcela záporně, že by byli informováni o tom, co se bude dít. Přesto 77% pacientů uvedlo, že se mohli zeptat na otázky, na které chtěli. Ve Fakultní nemocnici je tento výsledek zcela opačný. 56% pacientů odpovědělo na předchozí otázku kladně, ale přesto 44% pacientů nedokázalo jasně říct anebo odpovědělo záporně, zda se mohli zeptat na otázky, na které chtěli.

Otázka 3: *Byl(a) jsem uklidněn(a), získala jsem důvěru.*

Pracoviště	Vojenská nemocnice		Fakultní nemocnice	
	Počet odpovědí	Vyjádřeno v %	Počet odpovědí	Vyjádřeno v %
Ano	21	45	9	50
Těžko říct	17	36	5	28
Ne	9	19	4	22

Byl(a) jsem uklidněn(a), získal(a) jsem důvěru.



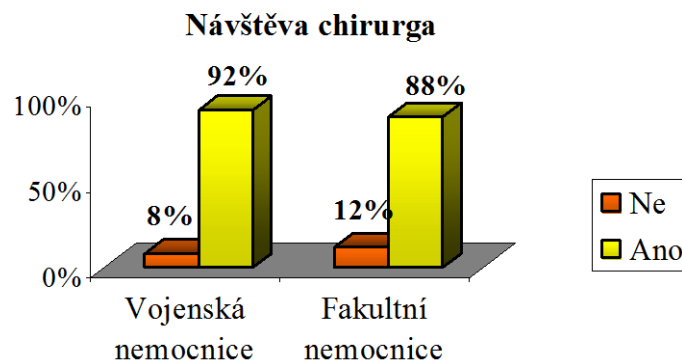
Asi 50% pacientů odpovědělo, že bylo uklidněno a získalo důvěru po předchozí návštěvě anesteziologa. 36% pacientů ve Vojenské nemocnici a 28% pacientů ve Fakultní nemocnici nedokázalo jednoznačně odpovědět a okolo 20% pacientů udalo, že nebyli uklidněni a nezískali důvěru.

B. Během návštěvy chirurga před operací:

(pokud Vás chirurg nenavštívil, přejděte k bodu C)

Tyto otázky jsem ponechala v dotazníku úmyslně, abych mohla srovnat míru informovanosti a subjektivní názory pacientů po stránce anesteziologické a chirurgické.

Pracoviště	Vojenská nemocnice		Fakultní nemocnice	
Chirurg	Počet odpovědí	Vyjádřeno v %	Počet odpovědí	Vyjádřeno v %
Ne	4	8	6	12
Ano	46	92	44	88

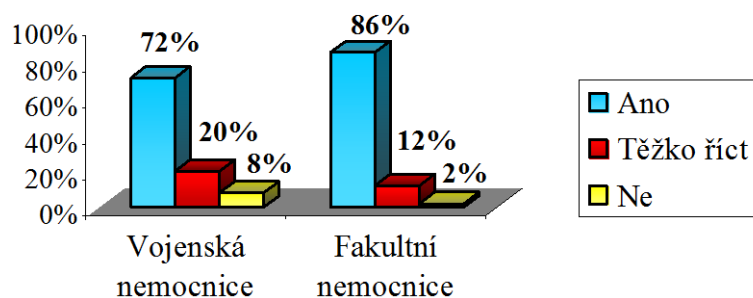


Z grafu je patrné, že návštěva chirurgem před operačním výkonem je přibližně stejná v obou zdravotnických zařízeních, tj. okolo 90% pacientů. Zbývajících 10% pacientů udává zápornou odpověď.

Otázka 4: *Obdržel(a) jsem informace o tom, co se bude dít.*

Pracoviště	Vojenská nemocnice		Fakultní nemocnice	
Odpověď:	Počet odpovědí	Vyjádřeno v %	Počet odpovědí	Vyjádřeno v %
Ano	33	72	38	86
Těžko říct	9	20	5	12
Ne	4	8	1	2

Obdržel(a) jsem informace o tom, co se bude dít.

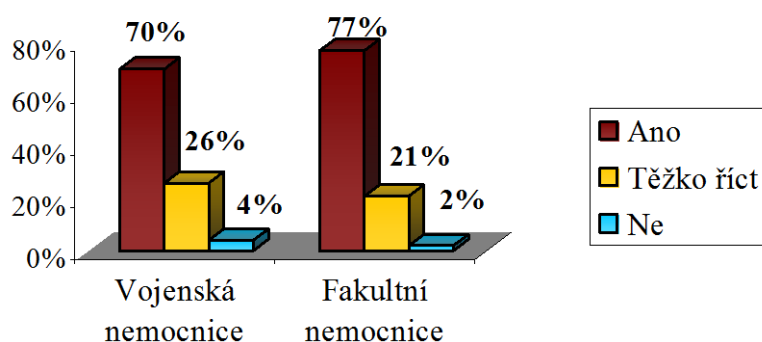


Z následujícího grafu vyplývá, že ve Fakultní nemocnici jsou pacienti celkově více informováni chirurgem o tom, co se bude dít. Ve Vojenské nemocnici odpovědělo na otázku kladně 72% pacientů, zatímco ve Fakultní nemocnici 86% pacientů. Nerozhodných bylo ve Vojenské nemocnici 20% a ve Fakultní nemocnici 12% pacientů, záporně odpovědělo 8% v první a 2% ve druhé skupině dotazovaných pacientů. Srovnám-li současně kvalitu informací podaných anesteziologem v otázce č.1 a chirurgem, zjistím následující: pouze asi polovina pacientů dokázala po návštěvě anesteziologa odpovědět kladně, že byla informována o tom, co se bude dít. Po návštěvě chirurgem odpovědělo více než 75% pacientů kladně na tutéž otázku.

Otázka 5: Byl(a) jsem uklidněn(a), získal(a) jsem důvěru.

Pracoviště	Vojenská nemocnice		Fakultní nemocnice	
	Počet odpovědí	Vyjádřeno v %	Počet odpovědí	Vyjádřeno v %
Ano	32	70	34	77
Těžko říct	12	26	9	21
Ne	2	4	1	2

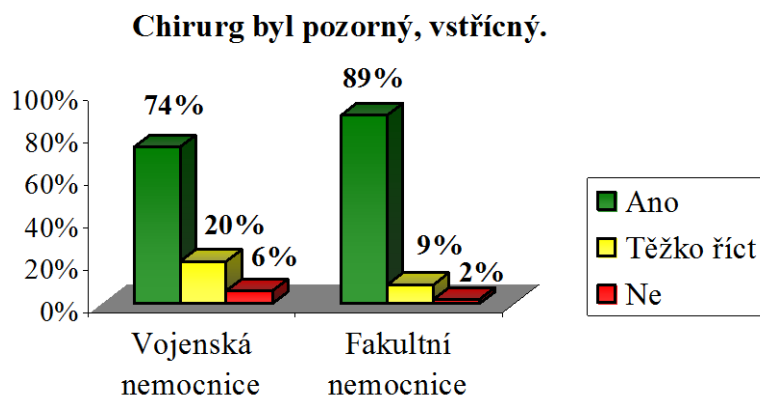
Byl(a) jsem uklidněn(a), získal(a) jsem důvěru.



Výsledky následující otázky jsou téměř shodné na obou zkoumaných pracovištích. Kladně odpovědělo 70% respondentů ve Vojenské nemocnici a 77% ve Fakultní nemocnici. Nerozhodných bylo asi čtvrtina dotázaných na obou ze zkoumaných pracovišť a záporně odpověděli asi 3% pacientů z obou zařízení.

Otázka 6: *Chirurg byl pozorný, vstřícný.*

Pracoviště	Vojenská nemocnice		Fakultní nemocnice	
	Počet odpovědí	Vyjádřeno v %	Počet odpovědí	Vyjádřeno v %
Ano	34	74	39	89
Těžko říct	9	20	4	9
Ne	3	6	1	2



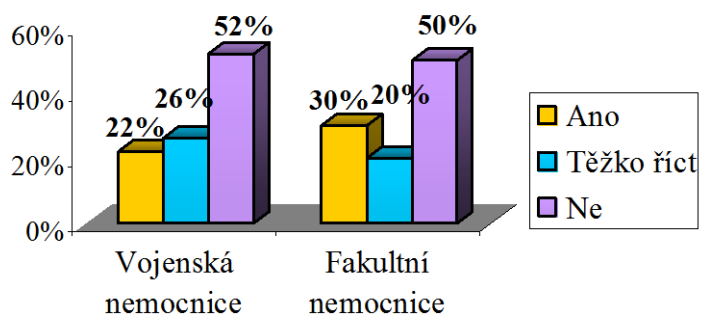
Kladně odpovědělo na otázku 74% dotázaných ve Vojenské nemocnici a 89% pacientů ve Fakultní nemocnici. 20% pacientů v první a 9% pacientů ve druhé skupině zkoumaných pracovišť nedokázalo jasně odpovědět, záporně hodnotilo chirurga asi 4% pacientů.

C. Když jsem se dostal(a) na operační sál:

Otázka 7: *Cítil(a) jsem se nepohodlně: bylo mi zima, horko, špatně se mi leželo na operačním stole.*

Pracoviště	Vojenská nemocnice		Fakultní nemocnice	
	Počet odpovědí	Vyjádřeno v %	Počet odpovědí	Vyjádřeno v %
Ano	11	22	15	30
Těžko říct	13	26	10	20
Ne	26	52	25	50

Cítil(a) jsem se nepohodlně.

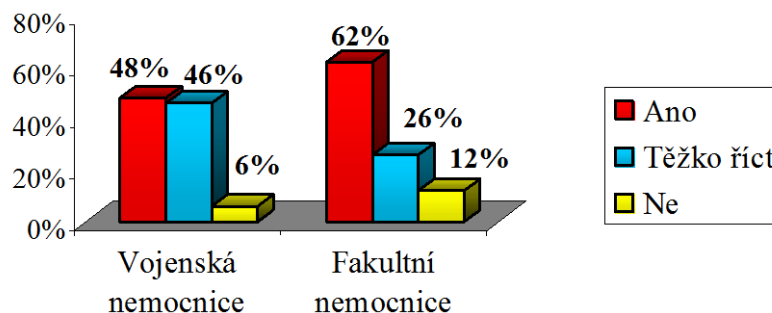


Z následujícího grafu zjistíme, že asi polovina dotázaných pacientů neudává pocit nepohodlí na operačním sále, 22% pacientů ve Vojenské nemocnici a 30% ve Fakultní nemocnici udává jasně pocit nějaké nepohody a asi čtvrtina pacientů nedokázala jasně odpovědět.

Otázka 8: Bylo respektováno mé soukromí.

Pracoviště	Vojenská nemocnice		Fakultní nemocnice	
	Počet odpovědí	Vyjádřeno v %	Počet odpovědí	Vyjádřeno v %
Ano	24	48	31	62
Těžko říct	23	46	13	26
Ne	3	6	6	12

Bylo respektováno mé soukromí.



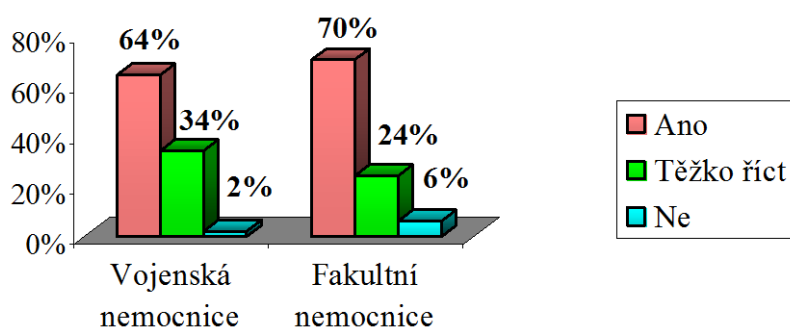
V následujícím grafu vidíme, že ve Vojenské nemocnici bylo 48% pacientů a ve Fakultní nemocnici 62% pacientů, kteří udali, že bylo respektováno jejich soukromí. Jasně nedokázalo odpovědět 46% pacientů v první skupině a 26% ve druhé skupině

dotazovaných. Pacientů, kteří udali, že nebylo respektováno jejich soukromí, bylo 6% ve Vojenské nemocnici a 12% ve Fakultní nemocnici.

Otázka 9: *Lékaři byli pozorní, vstřícní.*

Pracoviště	Vojenská nemocnice		Fakultní nemocnice	
	Počet odpovědí	Vyjádřeno v %	Počet odpovědí	Vyjádřeno v %
Ano	32	64	35	70
Těžko říct	17	34	12	24
Ne	1	2	3	6

Lékaři byli pozorní, vstřícní.

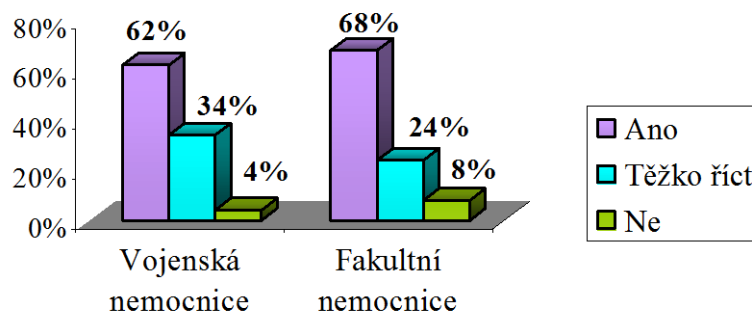


Pacienti odpověděli na následující otázku ve Vojenské nemocnici v 64% kladně, ve 2% záporně, jednoznačně nedokázalo odpovědět 34% pacientů. Ve Fakultní nemocnici odpovědělo 70% dotázaných, že lékaři na operačním sále byli pozorní, 6% pacientů mělo špatnou zkušenost, asi čtvrtina respondentů se nedokázala přiklonit ani k jedné z nabízených možností.

Otázka 10: *Sestry byly pozorné, informovaly mě, co se bude dít.*

Pracoviště	Vojenská nemocnice		Fakultní nemocnice	
	Počet odpovědí	Vyjádřeno v %	Počet odpovědí	Vyjádřeno v %
Ano	31	62	34	68
Těžko říct	17	34	12	24
Ne	2	4	4	8

Sestry byly pozorné, informovaly mě, co se bude dít.



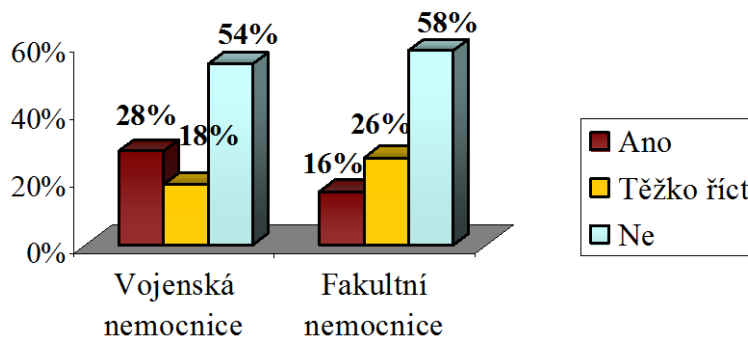
Z výsledků je patrné, že odpovědi na obou pracovištích jsou podobné. 62% pacientů ve Vojenské nemocnici a 68% pacientů ve Fakultní nemocnici udalo, že byli sestrou informováni na operačním sále o tom, co se bude dít. Nerozhodných bylo 34% v první skupině a 24% ve druhé skupině, záporně odpovědělo asi 6% pacientů.

D. Když jsem se vrátil(a) na pokoj:

Otázka 11: *Cítil(a) jsem se nepohodlně: bylo mi zima, horko, špatně se mi leželo na posteli.*

Pracoviště	Vojenská nemocnice		Fakultní nemocnice	
	Počet odpovědí	Vyjádřeno v %	Počet odpovědí	Vyjádřeno v %
Ano	14	28	8	16
Těžko říct	9	18	13	26
Ne	27	54	29	58

Cítil(a) jsem se nepohodlně.



Z výsledků je patrné, že více než polovina dotázaných nepocítuje nepohodlí po operačním zákroku. Kladně odpověděla asi čtvrtina nemocných (tj. 28% pacientů ve

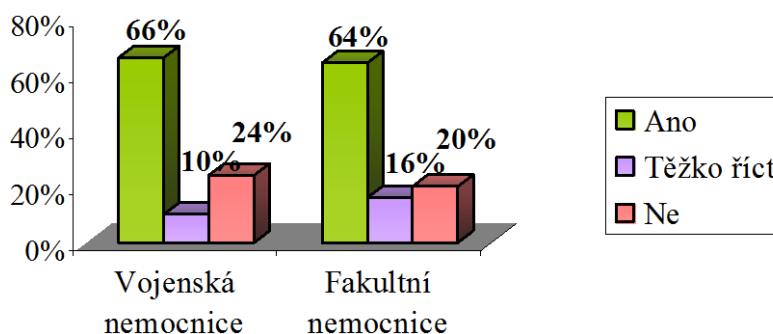
Vojenské nemocnici a 16% ve Fakultní nemocnici), pacientů, kteří se nedokázali jednoznačně rozhodnout bylo 18% ve Vojenské nemocnici a 26% ve Fakultní nemocnici.

Otázka 12: Cítil(a) jsem bolest.

Tuto otázku jsem ponechala, abych zjistila, jak je tlumena pacientova bolest po operačním zákroku.

Pracoviště	Vojenská nemocnice		Fakultní nemocnice	
	Počet odpovědí	Vyjádřeno v %	Počet odpovědí	Vyjádřeno v %
Ano	33	66	32	64
Těžko říct	5	10	8	16
Ne	12	24	10	20

Cítil(a) jsem bolest.

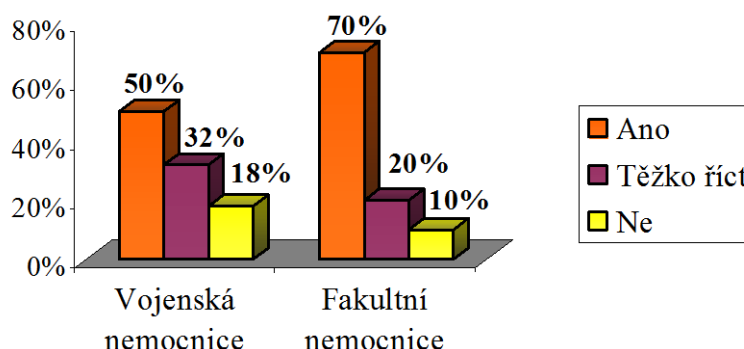


Výsledky následující otázky nám udávají, že asi 65% pacientů má po operaci bolesti. Asi 22% pacientů udalo, že bolesti nepocíťovali, nerozhodných bylo 10% dotázaných ve Vojenské nemocnici a 16% ve Fakultní nemocnici. Podíváme-li se na graf, zjistíme, že odpovědi v této otázce jsou téměř totožné.

Otázka 13: Lékaři byli pozorní, o všem mě informovali.

Pracoviště	Vojenská nemocnice		Fakultní nemocnice	
	Počet odpovědí	Vyjádřeno v %	Počet odpovědí	Vyjádřeno v %
Ano	25	50	35	70
Těžko říct	16	32	10	20
Ne	9	18	5	10

Lékaři byli pozorní, o všem mě informovali.

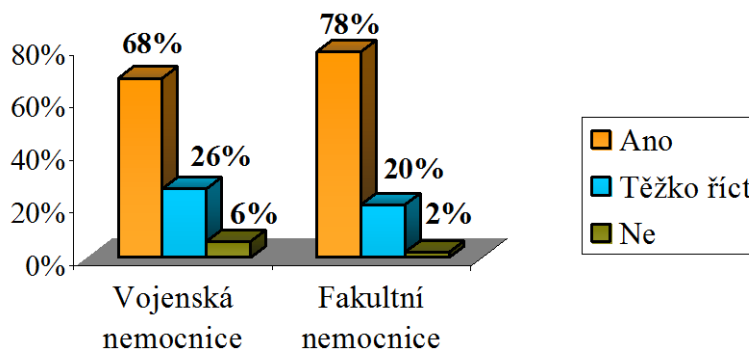


Překvapující jsou odpovědi uvedené otázky. 50% respondentů ve Vojenské nemocnici a 70% ve Fakultní nemocnici uvedlo, že byli lékařem o všem informováni. Ve Vojenské nemocnici bylo nerozhodných 32% pacientů, 18% odpovědělo záporně. Ve Fakultní nemocnici nedokázalo jasně odpovědět 20% dotázaných, záporně odpovědělo 10% pacientů.

Otázka 14: Sestry byly pozorné, o všem mě informovaly.

Pracoviště	Vojenská nemocnice		Fakultní nemocnice	
	Počet odpovědí	Vyjádřeno v %	Počet odpovědí	Vyjádřeno v %
Ano	34	68	39	78
Těžko říct	13	26	10	20
Ne	3	6	1	2

Sestry byly pozorné, o všem mě informovaly.



I zde jsou patrné rozdíly v jednotlivých zdravotnických zařízeních. Ve Vojenské nemocnici odpovědělo kladně 68% pacientů, zatímco ve Fakultní nemocnici 78%

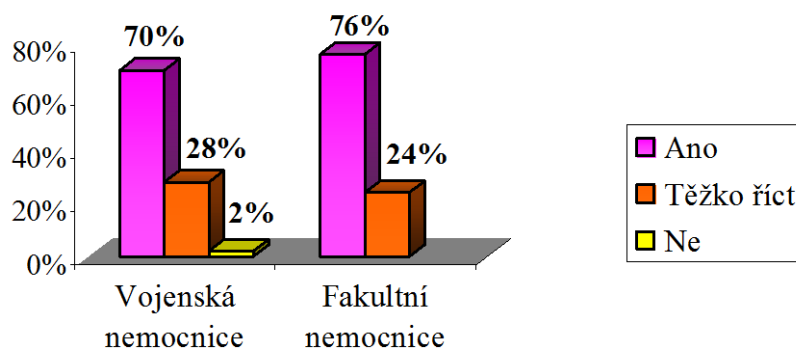
dotázaných. Ve Vojenské nemocnici bylo dále 26% respondentů nerozhodných a 6% záporných odpovědí, ve Fakultní nemocnici bylo 20% nerozhodných a 2% záporných odpovědí.

Otázka 15: *Bylo respektováno mé soukromí.*

I tuto otázku jsem ponechala pro porovnání s otázkou č.8, abych zjistila, jak pacienti subjektivně vnímají respektování soukromí na operačním sále a posléze na lůžku.

Pracoviště	Vojenská nemocnice		Fakultní nemocnice	
	Počet odpovědí	Vyjádřeno v %	Počet odpovědí	Vyjádřeno v %
Ano	35	70	38	76
Těžko říct	14	28	12	24
Ne	1	2	0	0

Bylo respektováno mé soukromí.

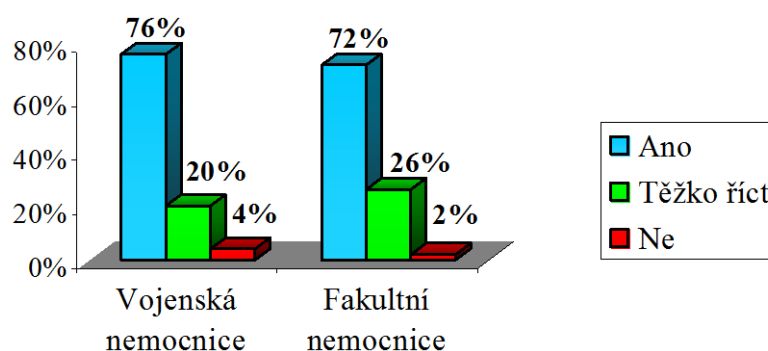


Na odpovědích následující otázky je patrné, že pacienti udávají celkově větší pocit soukromí než tomu bylo u otázky č.8 na operačním sále. Přibližně tři čtvrtiny pacientů udává, že jejich soukromí bylo respektováno, asi 26% nedokázalo jasně odpovědět a pouze 1 pacient ve Vojenské nemocnici udal, že soukromí respektováno nebylo.

E. Uvítal(a) byste před anestézií návštěvu anesteziologické sestry, která by se v oblastech ošetrovatelské péče starala o Vaše pohodlí, bezpečí?

Pracoviště	Vojenská nemocnice		Fakultní nemocnice	
	Počet odpovědí	Vyjádřeno v %	Počet odpovědí	Vyjádřeno v %
Ano	38	76	36	72
Těžko říct	10	20	13	26
Ne	2	4	1	2

Návštěva anesteziologické sestry.



Výsledky otázky jsou následující: ve Vojenské nemocnici by návštěvu anesteziologické sestry uvítalo 76% dotázaných, 20% bylo nerozhodných a 4% pacientů odpovědělo záporně. Ve Fakultní nemocnici udalo kladnou odpověď 72% respondentů, nerozhodných bylo 26%, záporně odpovědělo 2% dotázaných.

F. Zde, prosím, sdělte vlastní připomínky týkající se anestézie.

Jako nejčastější pacienti udávali nedostatek informací o průběhu, dopadech a komplikacích celkové anestézie (11 pacientů) a nedostatek informací po operačním zákroku ze strany anesteziologického i chirurgického týmu (8 pacientů). Dále to byly připomínky týkající se dlouhé čekací doby na předsálí (3 pacienti) a informovanosti pouze po aktivním dotazování se pacienta (2 pacienti). Taktéž 2 pacienti uvedli, že jim nejvíce vadil pohled na pacienta, který vyjížděl z operačního sálu.

4.7. DISKUSE

Cílem mé práce bylo zjistit názory a postoje pacientů, kteří prodělali předcházející den operační výkon v celkové anestézii, jejich představy o průběhu předoperačního období, vlastní anestézie a pooperačního období a míru informovanosti pacientů před celkovou anestézií vůbec. Před započtím výzkumu jsem se snažila vyhledat práce, které by se týkaly tohoto tématu. Žádná však ještě nebyla věnována významu edukace pacientů před celkovou anestézií. Zpravidla se jednalo o práce, které se zabývaly psychickým stavem pacientů před anestézií nebo chirurgickým výkonem. Dotazník byl rozdán mezi 100 pacientů, který jsem rozdělila do dvou pracovišť: chirurgického oddělení Vojenské nemocnice v Brně (50 dotazníků) a Kliniky úrazové

chirurgie Fakultní nemocnice v Brně – Bohunicích (50 dotazníků). Mezi dotázanými převládala mladá a střední generace. Z pozorování v průběhu výzkumu můžu posoudit, že mladší generace byla k otázkám kritičtější než generace starší. Výzkumu se zúčastnilo 64% mužů a 36% žen. Nejčastěji se jednalo o pacienty s ukončeným středoškolským vzděláním s maturitou (39% respondentů), pacienty vyučené (35% dotázaných) a vysokoškolsky vzdělané (21%).

Dříve již prodělalo celkovou anestézii 71% dotázaných. Tito pacienti byli průměrně anestetizováni 2krát až 3krát. Zkušenost s celkovou anestézií měli zpravidla dobrou, a to asi 78% pacientů, jako zkušenost špatnou uvedlo 22% pacientů. Nejčastější důvody špatné zkušenosti byly nevolnost a zvracení, masivní bolesti v krku, bolesti svalů, laryngospasmus či bronchospasmus a předčasné probuzení.

V následující části shrnuji poznatky získané výzkumem a porovnám je se stanovenými hypotézami.

Výzkum potvrdil první hypotézu, že nejvíce informací o způsobu a průběhu anestézie získávají pacienti od rodiny, příbuzných nebo známých (asi 50% dotázaných). Tyto informace však často mohou být zkreslené a nepřesné. Jako zdravotnický personál udalo zdroj informací asi 46% pacientů. Na dalším místě se umístili pacienti, kteří šli do zdravotnického zařízení zcela neinformováni (9%). Udivující je údaj, že asi pouze 8% pacientů získalo informace z letáků, brožurek či literatury. Je třeba upozornit na vhodnost zavedení edukačních programů pro pacienty před celkovou anestézií, zprostředkování a poskytnutí písemných materiálů. Tím by se zkvalitnila informovanost pacientů. Asi 5% pacientů uvedlo zdroj informací média. Jako další zdroje informací uváděli respondenti předchozí vlastní zkušenost (14 pacientů), Internet (6 pacientů), písemné poučení před anestézií uvedli pouze 2 pacienti. Jak se zdá, ani písemné poučení před anestézií není pro pacienty dostačující nebo jej pacienti vůbec nečtou. Zdravotníka v rodině, který jej informoval, uvedli taktéž 2 pacienti.

Další otázky se týkaly vlastní návštěvy anesteziologa a chirurga, míry jejich informovanosti, důvěry pacientů v lékaře. Je třeba si však uvědomit, jaké jsou mnohdy velké rozdíly ve výsledcích v jednotlivých zdravotnických zařízeních. Překvapující je údaj, že pouze 36% dotázaných ve Fakultní nemocnici navštívil anesteziolog. Podle rozhovoru kolegyně ve Fakultní nemocnici anesteziolog pacienta standardně nenavštěvuje vzhledem k velkému počtu pacientů, kteří přichází k operačnímu zákroku. Anesteziologický závěr se zde zapisuje zpravidla podle zdravotnické

dokumentace. Zejména tento výsledek mne nutí se pozastavit nad aktuálností problematiky edukace pacientů před celkovou anestézií. Ve Vojenské nemocnici je návštěvnost anesteziologa 94%. Pacienti, kteří zde odpověděli, že je anesteziolog nenavštívil, byli ti, kteří byli v domácí péči na propustce nebo pacienti, kteří z rozhovoru neidentifikovali lékaře – anesteziologa. Návštěva anesteziologem zde jinak bývá řádná. Porovná-li návštěvnost chirurga, zjišťuji, že 92% pacientů ve Vojenské nemocnici a 88% pacientů ve Fakultní nemocnici chirurg navštívil.

Dále bych chtěla srovnat míru informovanosti pacientů lékařem o tom, co se bude dít. Zajímalo mě, do jaké míry jsou pacienti před celkovou anestézií anesteziologem informováni, zda si pacienti dokáží odborné termíny lékaře interpretovat do laické mluvy a co jim vůbec informace přináší. Docházím zde ke zjištění, že ve Vojenské nemocnici, kde anesteziolog pacienty řádně před anestézií navštívil, jsou výsledky ve srovnání s Fakultní nemocnicí podstatně horší. Možná jsou výsledky ve Fakultní nemocnici zkreslené z důvodu malého počtu dotázaných pacientů, kteří zde byli navštíveni anesteziologem a posléze hodnoceni. Výzkumu se tudíž v této části zúčastnilo pouze 18 pacientů ve Fakultní nemocnici oproti 47 pacientům ve Vojenské nemocnici. Pouze 43% respondentů dokázalo ve Vojenské nemocnici jasně odpovědět, že byli anesteziologem informováni o tom, co se bude dít. Dokonce téměř čtvrtina pacientů odpovědělo, že nebyli informováni vůbec. Současně však 77% pacientů udalo, že se mohli zeptat na otázky, na které chtěli. 6% pacientů udalo, že neměli ani možnost se zeptat na otázky, na které chtěli. Důvěru získalo pouze 45% pacientů. Pokud se týká míry informovanosti chirurgem, docházím k závěru, že dokonce 72% pacientů bylo kvalitně informováno chirurgem o tom, co se bude dít. Taktéž chirurg však získal podstatně větší důvěru než anesteziolog, a to v 70%. Ve Fakultní nemocnici, kde anesteziolog navštívil pouze 36% pacientů, odpovědělo 56% dotázaných, že byli informováni o tom, co se bude dít. Pouze 11% pacientů odpovědělo záporně. Avšak pouze polovina dotázaných zde uvedlo, že se mohli zeptat na otázky, na které chtěli. Přesto ale získalo důvěru 50% pacientů. Srovnám-li současně tyto výsledky s informovaností chirurgem, jsou opět podstatně lepší. 86% pacientů uvedlo, že obdrželi od chirurga informace o tom, co se bude dít. I důvěra v chirurga je podstatně větší (77%) než v anesteziologa. Příčinou tohoto nepoměru může být také zřejmě to, že pacienti jsou hospitalizováni na chirurgickém oddělení a anesteziolog zde působí pouze jako konziliární lékař. I přesto si myslím, že vhodnou edukací pacientů by zřejmě došlo ke zkvalitnění informací pacientů. Hypotéza č. 2 se

mi tudíž nepotvrdila. Více informací o tom, co se bude dít, dostávají pacienti opravdu od chirurga než od anesteziologa, ovšem důvěra pacientů v chirurga je také podstatně větší než v anesteziologa.

Další otázky se týkaly pohody pacientů. Asi 51% dotázaných uvedlo, že nepociťovali nepohodlí na operačním sále. Na tutéž otázku po návratu na pokoj odpovědělo asi 56% pacientů, že neměli pocit nepohodlí. Výsledky jsou tedy téměř shodné. Ale ani tady se mi nepotvrdila hypotéza, že by více než polovina pacientů pociťovala nepohodlí na operačním sále nebo dále na lůžku.

Hypotéza č. 4 se mi však potvrdila. Asi u 55% pacientů bylo respektováno soukromí na operačním sále, 9% pacientů odpovědělo záporně. Po návratu na lůžko odpovědělo asi 73% pacientů, že bylo respektováno jejich soukromí, 2% pacientů uvedlo, že jejich soukromí rozhodně respektováno nebylo.

Na dotaz, zda lékaři na operačním sále byli vstřícní, odpovědělo asi 67% pacientů kladně, 4% záporně, 29% pacientů nedokázalo jasně odpovědět.

Další otázkou jsem chtěla zjistit, zda jsou pacienti sestrou na operačním sále informováni o tom, co se bude dít. Tato hypotéza se mi však nepotvrdila. Asi 65% pacientů uvedlo, že byli sestrou informováni o tom, co se bude dít. 6% dotázaných odpovědělo, že nebyli informováni sestrou vůbec, 29% pacientů bylo nerozhodných.

Hypotéza č. 6 se týkala pooperační bolesti. Opravdu více než 50% pacientů trpí po operaci bolestí. Podle výsledků uvedlo bolesti dokonce 65% pacientů. Toto číslo je velmi alarmující. Jak je patrné, pooperační subjektivní vnímání bolesti pacientů je velmi podceňováno.

Otázky č.13 a 14 se týkaly míry informovanosti pacientů lékařem a sestrou po návratu na lůžko. Ve Vojenské nemocnici označilo odpověď pouze 50% pacientů, že byli lékařem po operaci o všem informováni, dokonce 18% pacientů udalo, že nebyli vůbec po operaci lékařem informováni. Zbývajících 32% dotázaných nedokázalo jasně odpovědět. Je překvapující, že pouze polovina z hospitalizovaných pacientů je lékařem informována o operačním zákroku. Ve Fakultní nemocnici byly výsledky pacientů lepší. Zde dokázalo 70% pacientů jednoznačně odpovědět, že byli lékařem o všem informováni, 10% pacientů odpovědělo záporně, 20% bylo nerozhodných. Ve Vojenské nemocnici bylo současně 68% pacientů o všem informováno sestrou, 6% pacientů uvedlo, že nezískali žádné informace ani od sestry. Ve Fakultní nemocnici odpovědělo na tutéž otázku kladně 78% dotázaných, pouze 2% pacientů uvedlo, že nebyli informováni o ničem ani sestrou. Z výsledků je patrné, že pacienti jsou sestrou –

na úrovni svých kompetencí - více informováni než lékařem. Toto platí přitom i v rozdílech jednotlivých zdravotnických zařízení.

Výzkum potvrdil i poslední hypotézu, že více než 50% pacientů uvítá návštěvu anesteziologické sestry před anestézií. Výsledky této otázky byly na obou pracovištích téměř shodné. Dokonce asi 74% pacientů uvedlo, že by návštěvu anesteziologické sestry jednoznačně uvítalo, 3% dotázaných odpovědělo záporně, asi 23% respondentů nedokázalo na otázku jednoznačně odpovědět. Z následujících výsledků, které si zvolili sami pacienti, je zřejmé, že edukační činnost anesteziologických sester by byla pro pacienty velkým přínosem. Nasvědčují tomu navíc i připomínky, ke kterým jsem dala pacientům možnost vyjádřit se na závěr. Dokonce 11 pacientů uvedlo nedostatek informací o průběhu, dopadech a komplikacích anestézie. 8 pacientů uvedlo nedostatek informací po operačním zákroku ze strany anesteziologického i chirurgického týmu. Každý pacient má přece právo vědět, jak anestézie vůbec proběhla. Dále to byly připomínky, které se týkají dlouhé čekací doby na předsálí (3 pacienti) a informovanosti pouze po aktivním dotazování se pacienta.

Celkové výsledky tohoto výzkumu ukazují, že edukační činnost anesteziologických sester u pacientů před celkovou anestézií by měla velký význam a měla by zaujímat důležité místo v předoperační přípravě pacienta.

5. ZÁVĚR

Informovanost je jednou ze základních potřeb člověka. Ne vždy však zdravotnický personál správně posoudí potřebu informovanosti pacientů. V bakalářské práci jsem si dala za úkol zmapovat míru informovanosti pacientů před celkovou anestézií a s tím související význam edukační činnosti anesteziologických sester u pacientů, kteří podstupují operační zákrok v celkové anestézii. Celkové anestézii a psychickému stresu pacientů před celkovou anestézií je věnováno velké množství odborné literatury. Žádná se však doposud nezabývá významem edukace pacientů podstupujících operační zákrok v celkové anestézii. Edukace pacienta přitom zaujímá významné místo v každodenní práci zdravotníků.

V teoretické části stručně charakterizují základy celkové anestézie, zabývám se významem edukace, oblastí strachu a úzkosti pacientů před celkovou anestézií. Negativní psychický stav celkově ovlivňuje vnímání nemoci a sestra by při práci s pacienty měla znát projevy psychické nepohody a pomáhat pacientům při jejich zvládnutí. Je třeba si uvědomit, že pocity strachu potencujeme i my – zdravotníci – svým nevhodným chováním a narušujeme tak soukromí a psychické pohodlí našich pacientů. Zabývám se navíc informovaným souhlasem, právy a poučením pacientů před celkovou anestézií jako základními dokumenty při práci s pacienty. Jedná se o zásah do lidské suverenity a každý takový výkon musí být řádně právně ošetřen.

V empirické části jsem se zabývala otázkou, jak je uspokojována potřeba informovanosti u pacientů před operačním zákrokem v celkové anestézii. Z výsledků výzkumu je patrné, že informovanost našich pacientů o průběhu předoperačního, perioperačního a pooperačního průběhu je velmi malá. Pacienti zde poukazují na nedostatek informací od zdravotnického personálu. Ani písemné poučení není pro pacienty zcela dostačující. Pokud se předpokládá provedení výkonu v celkové anestézii, je nutné zajistit dostatečné množství informací a přiměřený časový prostor pro podání souhlasu pacienta. Kvalitní edukací pacientů anesteziologickými sestrami přitom můžeme zvýšit jejich informovanost a snížit jejich obavy a strach z celkové anestézie. Navíc by anesteziologická sestra měla možnost bližšího kontaktu s pacientem. Tím by současně mohla zlepšit jejich spolupráci před celkovou anestézií a přispět k celkově klidnějšímu a vyrovnanějšímu vnímání této zátěžové situace. Výsledky také dokazují, že edukační činnost anesteziologických sester by byla pro

pacienty velkým přínosem. Měla by proto zaujímat důležité místo v předoperační přípravě pacienta.

Zabezpečování edukačních programů pro pacienty před celkovou anestézií je v naší republice velmi nedokonalé. Přiznejme si skutečnost, že edukační činnost anesteziologických sester v našich zařízeních není nijak obvyklá, často probíhá pouze formou poučení lékařem, a to velmi obecně. Edukační činnost vyplývá ze základní pracovní náplně všeobecných sester, v náplni práce anesteziologických sester však přímo uvedena není. Je nutné tento druh informovanosti pacientů začlenit do náplní práce anesteziologických sester jednotlivých pracovišť a zakotvit tak edukaci do podvědomí sester jako nutnost a potřebu zároveň. Edukační činnost by se tak stala samozřejmou v každodenní práci anesteziologických sester. Současně by se také mohla zvýšit důvěra pacientů ve zdravotnickou profesi.

V práci nabízím možnost, jak tuto stávající situaci řešit. Věřím, že výsledky, které si zvolili sami pacienti, by mohli posloužit jako inspirace ke zlepšení anesteziologické péče našich pacientů.

6. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. NOHEL P., DADÁK L.: „*Postavení anesteziologa, jeho práce a odpovědnost při operaci – průzkum názorů, postojů a představ pacientů před výkonem*“, časopis Anesteziologie a intenzivní medicína, číslo 3, rok 2004, s. 125-129
2. TRČ T., RYSKA M.: *Čeká vás operace?*, nakladatelství MAXDORF, 4. svazek v edici MEDICA – Praktické rady lékaře, 1994, ISBN 80-85800-02-0
3. BOHUŠ O. a kol.: *Anesteziológia, resuscitológia a intenzívna starostlivosť*, Vydavateľstvo OSVETA, Vyd. 1., 1987, str. 5-7, 212-216, 309-327
4. BOHUŠ O.: *Anesteziologické komplikácie*, Vydavateľstvo OSVETA, š. p. Martin, Vyd. 1., 1990, ISBN 80-217-0114-5
5. DRÁBKOVÁ J. a kol.: *Základy anesteziologie*, Avicenum, Praha 1981
6. KUDLOVÁ P., TOMANOVÁ D.: *Didaktická vybavenost edukační lekce*, <http://zsf.osu.cz/dokumenty/sbornik04/kudlova.pdf>, 1.12.2005
7. DRÁBKOVÁ J.: „*Stres a strach před výkonem*“: Referátový výběr anesteziologie a resuscitace, Národní lékařská knihovna, číslo 6, rok 1996, str. 278 – 281
8. JUŘENÍKOVÁ P, HŮSKOVÁ J., TOMÁNKOVÁ D.: *Ošetrovatelství, Psychologie nemocného před a po operaci, ORL, oční, práce sestry v terénu, onkologie*, 1. část, učební text pro IV. ročník středních zdravotnických škol, Uherské Hradiště 2000, str. 8-10
9. FIRMENT J., STUDENÁ A. a kol.: *Anesteziológia a intenzívna medicína*, Vysokoškolské učební texty, LF univerzita P. J. Šafárika v Košiaciach, vyd. 1., 2001
10. LARSEN R.: *Anestezie*, GRADA Publishing, vyd.7., 2004, ISBN 80-247-0476-5

11. *Právní aspekty informovaného souhlasu pacienta.*
www.szu.cz/ceksz/dokumenty/akreditace/Pravni_aspekty_inform_souhlasu_pacient_a.pdf, 25.10.2005
12. *Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny.*
http://juristic.zcu.cz/dostal/docs/UB_cj.htm, 25.10.2005
13. *Etický kodex České lékařské komory*
<http://www.capz.cz/dokumenty/dokumenty.html>, 13.12.2005
14. DRÁBKOVÁ J.: „*Předanestetické období. Předoperační období z hlediska anesteziologa.*“, Referátový výběr anesteziologie a resuscitace, Národní lékařská knihovna, číslo 6, rok 1994, str. 285 – 288
15. TATE P.: *Příručka komunikace pro lékaře – Jak získat důvěru pacienta*, Grada Publishing, a.s., vyd. 1., 2005, ISBN 80–247–0911-2
16. *Koncepce ošetrovatelství*, Metodická opatření, Věstník Ministerstva zdravotnictví, částka 9, vydáno v září 2004
17. *Etický kodex zdravotnického pracovníka nelékařských oborů*, Metodická opatření, Věstník Ministerstva zdravotnictví, částka 7, vydáno v červenci 2004
18. *Sbírka zákonů*, Vyhláška č. 424/2004 Sb. ze dne 30. června 2004, kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, Částka 139

7. PŘÍLOHY

- Příloha č. 1** Dotazník
- Příloha č. 2** Dotazník před anestézií
ARO Vojenská nemocnice Brno
- Příloha č. 3** Informovaný souhlas pacienta s podáním anestézie
KARIM Fakultní nemocnice Hradec Králové
- Příloha č. 4** Poučení před anestézií
*Klinika anesteziologie a resuscitace
Fakultní nemocnice Královské Vinohrady*
- Příloha č. 5** Informovaný souhlas pacienta
*INTERnet Medical EDucation.htm, 10.3.2006
www.intermed.cz/index.php?p=preview&sekce=3_1&id=65*

DOTAZNÍK

Vážená paní, vážený pane!

Dotazník, který se Vám dostává do rukou, je součástí mé bakalářské práce na téma „Význam edukace pacientů před celkovou anestézií“. Zajímalo by mne, jak jste byl(a) s anesteziologickou péčí spokojen(a), a proto se na Vás obracím s žádostí o vyplnění tohoto dotazníku. Dotazník je **anonymní**, nedostane se do nepovolaných rukou. Vaše odpovědi mi pomohou odhalit skryté nedostatky a přispějí ke zvýšení spokojenosti dalších pacientů.

Děkuji Vám za spolupráci
Jana Rutarová
sestra ARO VN Brno
studentka LFHK, obor Ošetrovatelství

I. Doplňte, prosím, následující údaje:

1. Věk: 18 – 30 let 31 – 40 let 41 – 50 let
 51 – 60 let 61 – 70 let
2. Pohlaví: žena muž
3. Nejvyšší ukončené vzdělání: základní, nevyučen
 vyučen, středoškolské bez maturity
 středoškolské s maturitou
 vyšší odborné
 vysokoškolské
4. Už jste měl(a) někdy dříve celkovou anestézií?
 ne
 ano – počet Jakou jste měl(a) zkušenost?
 dobrou
 špatnou,.....
5. Odkud jste před přijetím do nemocnice získal(a) nejvíce informací o způsobu a průběhu anestézie? (můžete označit i více odpovědí)
 od zdravotnického personálu
 z informačních letáků, brožurek, literatury
 z médií (televize, rádio, tisk)
 od rodiny, příbuzných, známých
 žádné informace jsem neměl(a)

II. K následujícím tvrzením přiřaďte Vám nejbližší odpověď:

Ano **Nejsem si** **Ne**
jistý/á,
těžko říct

A. Během návštěvy anesteziologa před operací:

(pokud Vás anesteziolog nenavštívil, přejděte k bodu B)

- | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Obdržel(a) jsem informace o tom, co se bude dít. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Mohl(a) jsem se zeptat na otázky, na které jsem chtěl(a). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Byl(a) jsem uklidněn(a), získal(a) jsem důvěru. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

B. Během návštěvy chirurga před operací:

(pokud Vás chirurg nenavštívil, přejděte k bodu C)

- | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 4. Obdržel(a) jsem informace o tom, co se bude dít. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Byl(a) jsem uklidněn(a), získal(a) jsem důvěru. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Chirurg byl pozorný, vstřícný. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

C. Když jsem se dostal(a) na operační sál:

- | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 7. Cítil(a) jsem se nepohodlně: bylo mi zima, horko, špatně se mi leželo na operačním stole. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Bylo respektováno mé soukromí. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Lékaři byli pozorní, vstřícní. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Sestry byly pozorné, informovaly mě, co se bude dít. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

D. Když jsem se vrátil(a) na pokoj:

- | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 11. Cítil(a) jsem se nepohodlně: bylo mi zima, horko, špatně se mi leželo na posteli. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Cítil(a) jsem bolest. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Lékaři byli pozorní, o všem mě informovali. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Sestry byly pozorné, o všem mě informovaly. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Bylo respektováno mé soukromí. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**E. Uvítal(a) byste před anestézií návštěvu
anesteziologické sestry, která by se v oblastech
ošetrovatelské péče starala o Vaše pohodlí, bezpečí?**

F. Zde, prosím, sdělte vlastní připomínky týkající se anestézie:

DOTAZNÍK PŘED ANESTÉZIÍ

Jméno pacienta: rodné číslo:

1. Věk výška (cm) váha (kg) povolání
- pěstuji sport ne ano a jaký
- kouřím ne ano a kolik cigaret za den.....
- piji alkohol ne ano a kolik denně
- jsem těhotná ne ano a sice v týdnu těhotenství
2. užívám pravidelně léky (též antikoncepční přípravky a acylpyrin) ne ano a jaké
3. prodělal(a) jsem operace ne ano, jaké a kdy
4. problémy při předešlé narkóze ne ano a jaké
5. jsem trvale nebo občas v lékařském ošetření ne ano a proč.....
6. dostal(a) jsem transfúzi krve ne ano, komplikace
7. nosím zubní protézu ne ano.....
mám špatné nebo volné zuby ne ano
8. snáším špatně ovoce, sladkosti ne ano, problémy.....
9. snáším špatně kávu ne ano, problémy.....
10. mám alergii ne ano a na co
11. nesnáším určité léky ne ano a jaké
12. mám nebo prodělal(a) jsem některé z následujících onemocnění:
- a) srdce ne ano a které.....
- b) krevního oběhu (včetně krevního tlaku) ne ano a které.....
- c) cév ne ano a které.....
- d) plic ne ano a které.....
- e) jater ne ano a které.....
- f) ledvin a prostaty ne ano a které.....
- g) látkové výměny (dna, cukrovka) ne ano a které.....
- h) svalů ne ano a které.....
- i) štítné žlázy ne ano a které.....
- j) kostí, kloubů, páteře ne ano a které.....
- k) neurologické onemocnění ne ano a které.....
- l) psychiatrické onemocnění ne ano a které.....
- m) oči (šedý a zelený zákal) ne ano a které.....
- n) nádorové onemocnění ne ano, kterého orgánu.....
- o) krve ne ano a které.....
- p) krvácení, časté modřiny ne ano, odkud.....
13. můj pokrevní příbuzný má (měl):
- svalové onemocnění ne ano a které.....
- onemocnění krve ne ano a které.....
- děhodu při narkóze ne ano a jakou.....

INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA S PODÁNÍM ANESTEZIE

KLINIKA ANESTEZIOLOGIE, RESUSCITACE A INTENZIVNÍ MEDICÍNY
Univerzita Karlova v Praze, Lékařská fakulta v Hradci Králové
Fakultní nemocnice Hradec Králové

Vážená paní, vážený pane !

V současné době se většina operací a bolestivých vyšetření provádí při znecitlivění, které zajišťuje odborný lékař-anesteziolog. Podle stavu pacienta a druhu operace se může provést zákrok buď v celkové anestézii nebo v místním znecitlivění.

Celková anestézie (narkóza) znamená, že operace je prováděna v řízeném bezvědomí. Místní znecitlivění znamená, že operovaná oblast je nebolestivá a pacient je při vědomí a nebo, bude-li si to přát, pouze v lehkém spánku. Bezbolestnost při místním znecitlivění je zajištěna podáním léku (místního anestetika) do určitého místa těla. Místo vpichu může být různě vzdáleno od operačního pole.

Před plánovaným výkonem Vás navštíví anesteziolog, který s Vámi podrobně projedná a navrhne nejvhodnější postup anestézie pro Váš výkon. Budete seznámeni s výhodami a nevýhodami navrženého typu anestézie a budete informováni o případných možných komplikacích a jejich četnosti. Rovněž Vám velmi rádi odpovíme na všechny dotazy, týkající se anestézie, operace a pooperačního období.

1. Já,....., souhlasím s poskytnutím anestézie pro plánovaný léčebný/diagnostický výkon.
2. Byl(a) jsem informován(a) lékařem o typu anestézie, která mi bude poskytnuta a souhlasím s navrženým typem anestézie.
3. Byl(a) jsem informován(a) a poučen(a), že bez ohledu na použitý typ anestézie je řada obecných rizik a následků, které se mohou vyskytnout (např. bolest v krku a chrapot, nevolnost a zvracení, bolesti svalů).
4. Byl(a) jsem informován(a) a poučen(a), že léky či jiné látky, které užívám, mohou působit komplikace během anestézie a chirurgického výkonu. Jsem si vědom(a), že je v mém zájmu informovat o nich lékaře před plánovaným výkonem.
5. Byl(a) jsem informován(a) a poučen(a), že během anestézie může dojít k náhlé změně zdravotního stavu, která bude vyžadovat překročení tohoto oprávnění. V těchto případech opravňují lékaře na základě jeho profesionálního rozhodnutí k provedení všech postupů k záchraně zdraví nebo života.
6. Souhlasím s podáním krve a/nebo krevních derivátů, jestliže vznikne důvod během výkonu nebo bezprostředně po něm. Byl(a) jsem informován(a) a poučen(a), že ve výjimečných případech může dojít k možným komplikacím v důsledku transfuze krve a/nebo krevních derivátů (např. horečka, alergická reakce, přenos některých infekčních chorob).
7. Byl(a) jsem informován(a) a poučen(a) o možnosti vzniku výjimečně se vyskytujících, závažných a naprosto ojediněle i život ohrožujících komplikací (včetně úmrtí) v průběhu anestézie.
8. Jsem si vědom(a), že Fakultní nemocnice Hradec Králové je výukovým zdravotnickým zařízením a souhlasím s tím, že kromě mého ošetřujícího anesteziologa a anesteziologické sestry mohou být přítomny v průběhu podávání anestézie ještě třetí osoby (např. jiní lékaři).

PROHLÁŠENÍ PACIENTA

Podpisem tohoto dokumentu prohlašuji, že jsem porozuměl(a) jeho obsahu, jsem si vědom(a) všech rizik uvedených v souvislosti s podáváním anestézie a souhlasím s navrženým typem anestézie:

- Celková anestézie Spinální anestézie Epidurální anestézie Jiná svodná anestézie
 Monitorovaná sedace-analgezie

Plně rozumím textu, který podepisuji a činím tak vážně, ze své vlastní svobodné vůle.

Datum:

Podpis:

PROHLÁŠENÍ LÉKÁŘE

Já, MUDr.potvrzuji, že pacient nebo jeho zákonný zástupce byl seznámen s navrhovaným typem anestézie a byl informován o možných komplikacích spojených s podáním anestézie.

Datum:

Jméno a podpis lékaře:

Příloha č. 4 – Poučení před anestézií

**Fakultní nemocnice Královské Vinohrady
Klinika anesteziologie a resuscitace**

POUČENÍ PŘED ANESTÉZIÍ

Vážená paní, vážený pane,

chystáte se k operačnímu nebo diagnostickému výkonu. Je naší snahou, aby výkon byl pro Vás co nejméně zatěžující a bolestivý. Za tím účelem je členem lékařského týmu odborný lékař – anesteziolog, který má tuto problematiku na starosti. Bude se Vám věnovat v bezprostředním předoperačním období, bude Vás mít v péči během operačního výkonu a bude spolupracovat v péči o Vás i v období pooperačním.

Jeho úkolem je připravit Vás co nejlépe k operačnímu výkonu, co nebezpečněji a bezbolestně Vás převést přes operační nebo diagnostický výkon a pomoci Vám překonat úskalí pooperačního průběhu.

S anesteziologem se setkáte buď v anesteziologické ambulanci nebo Vás navštíví u lůžka před operací. Seznámí se s výsledky Vašeho předoperačního vyšetření a položí Vám řadu otázek, které mu pomohou zvolit ten nejvhodnější způsob znecitlivění

Anestézie může být vedena formou anestézie celkové nebo místní.

Celková anestézie (celkové znecitlivění) je v podstatě vyřazení veškerého vnímání jak smyslového tak bolestivého. Jde o lékařem kontrolované říditelné a zvrátané bezvědomí, které umožní pacientovi překonat nepříznivé vnímání operačního výkonu a chirurgovi či vyšetřujícímu lékaři zajistí optimální operační podmínky.

Pacient během operačního výkonu je trvale klinicky i přístrojově sledován. Získané údaje jsou průběžně hodnoceny a zaznamenávány. O průběhu anestézie je veden písemný protokol.

K zajištění průchodnosti dýchacích cest a k umělému dýchání během anestézie je po úvodu do anestézie zavedena rourka nutná pro spojení s dýchacím systémem anestetického přístroje. Zavedení této rourky může být zdrojem přechodných bolestí v krku po operačním výkonu.

Pro méně náročné operační nebo diagnostické výkony jsou užívány metody tzv. analgosedace a sedace při vědomí, kdy jsou tlumivé látky podávány v menších dávkách tak, aby byl zachován trvalý kontakt a spolupráce mezi operujícím či vyšetřujícím lékařem.

Místní anestézie znamená zavedení účinné látky (místního anestetika) přímo do místa operačního výkonu (místní anestézie) nebo na vhodném místě do blízkosti nervu, který operovanou oblast inervuje (okrsková, svodná anestézie). Zvláštní formou svodné anestézie je zavedení místního anestetika k perifernímu nervu po jeho odstupu z míchy. Anestetikum je zavedeno k nervu do páteřního kanálu, nikoliv však do míchy. Místní anestézie zajistí vyřazení vnímání bolestivých podnětů z místa operačního pole. Neovlivní však vědomí. I místní anestézii je možno doplnit podáním tlumivých látek tak, abyste nevnímali prostředí operačního sálu.

Jednou z výhod svodné anestézie je možnost prodloužení jejího působení do pooperačního období k zajištění tlumení pooperační bolesti.

Metody celkové a místní anestézie lze u vybraných operačních výkonů vzájemně výhodně kombinovat.

Riziko komplikací včetně závažných, život ohrožujících stavů je díky soustavné péči anesteziologa v průběhu anestézie i díky vyspělým medicínským technologiím sníženo na minimum. Pokud k nim však dojde je anesteziologický tým vyškolen a připraven je řešit.

K omezení výskytu komplikací je třeba dodržet následující požadavky v předoperačním období:

- 6 hodin před plánovaným výkonem nejíst pevnou stravu. Poslední jídlo má být jen lehké
- 4 hodiny před anestézií nepijte (s výjimkou zapití ordinovaných léků malým množstvím vody)
- Nevhodné je pití nápojů sycených plynem (CO₂) a alkoholických nápojů
- Nekuřte minimálně jeden den před anestézií
- V den anestézie nepoužívejte kosmetické líčení a lak na nehty
- Snímatelné ozdoby (prsteny, řetízky, náramky) sejměte a bezpečně uložte. Stejně tak uložte brýle, kontaktní čočky a vyjímatelné oční náhrady). Jste-li závislí na naslouchacím přístroji upozorněte ošetřující personál.
- Na bezpečném místě uložte snímatelné zubní náhrady a příčesky. Nelze-li zubní náhradu sejmout, upozorněte prosím, anesteziologa.
- Upozorněte anesteziologa na léky, které dlouhodobě pravidelně užíváte
- Upozorněte anesteziologa na alergie, kterými trpíte.
- Zodpovězte pravdivě všechny dotazy anesteziologa které se týkají vašeho zdravotního stavu.
- Přineste s sebou výsledky všech požadovaných předoperačních vyšetření

Ambulantní anestézie

Řada operačních výkonů a vyšetření může být provedena ambulantně bez nutnosti hospitalizace. Zásady vedení anestézie pro tuto kategorii výkonů jsou stejné jako při výkonech provedených za pobytu v nemocnici. Je však třeba si uvědomit, že působení anestetických látek může přetrvávat v organismu 24 hodin a úměrně tomu omezit po výkonu tělesné a duševní aktivity. Pro propuštění do domácího ošetření je nutno zajistit následující požadavky:

- jste schopen se samostatně obléct
- jste schopen se spontánně vymočit
- nezvracíte ani nemáte nucení na zvracení
- máte zajištěný zodpovědný doprovod dospělé osoby a dohled prvních 24 hodin po anestézii
- máte zajištěný transport do domácího ošetření (ne hromadné dopravní prostředky!)
- jste poučen o pooperační péči včetně tlumení bolesti
- máte zajištěnou možnost telefonického spojení se zdravotnickým zařízením
- po 24 hodin po anestézii nebudete činit důležitá rozhodnutí, prohlášení ani podepisovat důležité dokumenty.
- po 24 hodin nebudete řídit dopravní prostředky ani obsluhovat nebezpečné stroje.

Byl/a jsem srozumitelným a vyčerpávajícím způsobem poučen/a o možnostech celkové i místní anestézie. Poučení jsem rozuměl/a a žádám o podání anestézie k operačnímu výkonu.

Souhlasím s provedením celkové anestézie	ano	ne
Souhlasím s provedením svodné anestézie	ano	ne
Rozhodnutí o způsobu anestézie ponechávám na anesteziologovi.	ano	ne

Datum.....

.....
Podpis pacienta nebo jeho zákonného zástupce

Příloha č. 5 – Informovaný souhlas pacienta

VZOR - UPRAVTE PODLE SVÝCH POTŘEB

<p style="text-align: center;">INFORMOVANÝ SOUHLAS PROCEDURA/ZÁKROK</p>	<p>Identifikační číslo pacienta: Jméno a příjmení: (Umístěte štítek s informacemi zde) Zdravotnické zařízení/Oddělení: Ošetřující lékař</p>
<p>A. Pacientův stav (lékař vysvětlil pacientovi jeho stav - popište slovy pacienta)</p> <hr/> <hr/> <p>B. Pacientův stav vyžaduje následující zákrok</p> <hr/> <hr/> <hr/>	<p>C. Rizika zákona (existují určitá rizika, která jsou spojena s tímto typem chirurgického zákroku)</p> <p>a. _____</p> <p>b. _____</p> <p>c. _____</p> <p>d. _____</p> <p>e. _____</p> <p>f. _____</p> <p>D. Jiné relevantní možnosti léčby a jejich rizika</p> <p>a. _____</p> <p>b. _____</p> <p>c. _____</p>
<p>E. Rizika spojená s nepodstoupením zákroku</p> <p>a. _____</p> <p>b. _____</p>	
<p>F. Pacientův informovaný souhlas (nehodící se škrkněte)</p> <p>Já, níže podepsaný pacient, potvrzuji:</p> <p><input type="checkbox"/> že mi lékař vysvětlil můj zdravotní stav a navrhovaný zákrok. Jsem srozuměn s riziky, které jsou s tímto zákrokem spojeny i s riziky, které jsou specifické s ohledem na můj zdravotní stav;</p> <p><input type="checkbox"/> že mě lékař seznámil s možnými alternativami a s možnými riziky;</p> <p><input type="checkbox"/> že mě lékař seznámil s informacemi a riziky týkajícími se anestézie. Bylo mi umožněno položit lékaři otázky týkající se mého zdravotního stavu, plánované procedury, případných dalších rizik a možných alternativ. Otázky byly zodpovězeny lékařem k mé spokojenosti;</p> <p><input type="checkbox"/> že jsem srozuměn s tím, že procedura může vyžadovat transfuzi krve;</p> <p><input type="checkbox"/> že jsem srozuměn také s tím, že zákrok provede někdo jiný než můj ošetřující lékař. Byl jsem srozuměn s tím, že neexistuje záruka toho, že zákrok změní můj zdravotní stav k lepšímu, i s tím, že zákrok může můj stav zhoršit.</p>	

Na základě výše uvedeného prohlášení jsem se rozhodl požádat o následující zákrok.

Jméno pacienta nebo jeho zákonného zástupce:

Podpis pacienta nebo jeho zákonného zástupce:

Datum:

G. Prohlášení lékaře:

Seznámil jsem pacienta s jeho zdravotním stavem, potřebou léčebného zákroku a s riziky spojenými s realizací tohoto zákroku, s relativními léčebnými alternativami a jejich riziky, s následky v případě, že se riziky realizují, specifickými riziky pro tohoto pacienta a následky v případě, že se pacient zákroku nepodrobí. Dal jsem příležitost pacientovi/jeho zástupci položit otázky týkající se výše uvedených záležitostí nebo otázky týkající se jeho jiných obav. Na dané otázky jsem odpověděl srozumitelně, v potřebném rozsahu a co nejlépe. Jsem přesvědčen o tom, že pacient pochopil výše uvedené informace tak, aby byl schopen se informovaně rozhodnout.

Jméno lékaře:

Podpis lékaře:

Datum:

