

# **Informovanost pacientů o anestezii před operačním výkonem**

Petra Oravová

---

Bakalářská práce  
2011



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav ošetrovatelství

akademický rok: 2010/2011

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Petra ORAVOVÁ**  
Osobní číslo: **H080289**  
Studijní program: **B 5341 Ošetrovatelství**  
Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Téma práce: **Informovanost pacientů o anestezii před operačním výkonem.**

Zásady pro vypracování:

**Zpracování teoretické části:**

**Popsat druhy anestezie**

**Charakterizovat práci anesteziologické sestry**

**Zaměřit se na informovanost pacientů v oblasti anestezie**

**Zpracování praktické části:**

**Stanovit cíle práce**

**Pomocí dotazníkového šetření zjistit spokojenost s informovaností anestetizovaných pacientů**

**Analyzovat data získaná pomocí dotazníkového šetření**

**Interpretovat výsledky šetření**

**Dle zjištěných výsledků navrhnout opatření pro odbornou praxi.**

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

JANÁČKOVÁ, L., WEISS, P. Komunikace ve zdravotnické péči. 1. vyd. Praha: Portál, 2008. 136 s. ISBN 978-80-7367-477-9.

LINHARTOVÁ, V. Praktická komunikace v medicíně. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 152 s. ISBN 978-80-247-1784-5.

LARSEN, R. Anestezie. 7. vyd. přepracované a rozšířené. Praha: Grada Publishing, a. s., 2004. 1392 s. ISBN 80-247-0476-5.

HAŠKOVCOVÁ, H. Manuálek o etice. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2000. 46 s. ISBN 80-7013-310-4.

ZEMANOVÁ, J. Základy anesteziologie. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. 149 s. ISBN 80-7013-374-0

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Markéta Blažková**  
Ústav ošetrovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **10. února 2011**

Termín odevzdání bakalářské práce: **3. června 2011**

Ve Zlíně dne 10. února 2011



prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.  
*děkan*



Mgr. Anna Krátká, Ph.D.  
*ředitelka ústavu*

## PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby <sup>1)</sup>;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 <sup>2)</sup>;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně

*A. G. ŠOM.*



*1) Zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací.*

*(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledků obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.*

(2) *Disertační, diplomové, bakalářská a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Plati, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).*

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Odpirá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlídá k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracovala samostatně a použila jen prameny uvedené v seznamu literatury.

## Poděkování

Upřímné poděkování náleží Mgr. Markétě Blažkové, za odborné vedení mé bakalářské práce, za cenné rady, podněty a připomínky při jejím zpracování. Dále děkuji sestřám oddělení operačních oborů za pomoc při dotazníkovém šetření. Mé poděkování patří také pacientům, kteří byli ochotni vyplnit dotazník a pomoci mi tak při sběru údajů. Za projevenou podporu chci také poděkovat rodině, která mi byla velkou oporou.

## Motto

*„Člověk nezískává obdiv a úctu jiného člověka svým vzhledem či vzděláním, ale bezprostředně kladným vztahem k němu.“*

W. H. Bragg

## **ABSTRAKT**

Bakalářská práce z názvem: "Informovanost pacientů o anestezii před operačním výkonem". Tvoří teoretická a praktická část.

V teoretické části charakterizují pojmy o informaci, anestezii a jejich metodách. Teoretická část dále obsahuje základní informace o komunikaci.

V praktické části analyzují výsledky dotazníkového šetření od 120 respondentů. Závěrem diskutují k dané problematice a navrhuji řešení uvedených nedostatků.

Klíčová slova: anestezie, anesteziologie, informace, pacient.

## **ABSTRACT**

Bachelor work with the title: "Information for patients about anesthesia before surgery". The work is comprised of two parts – the theoretical one and the practical one.

In the theoretical part I characterize the terms of informations, anesthesia and its methods. The theoretical part also offers basic informations on communication.

In the practical portion, I analyse the results from a questionnaire of 120 respondents. My conclusion discusses the topic, and suggests solutions to overcome the mentioned problems.

Keywords: anesthesia, anesthesiology, information, patient.



## OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>11</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>12</b>
<b>1 CHARAKTERISTIKA ANESTEZIE</b> .....	<b>13</b>
1.1 HISTORIE ANESTEZIE .....	13
1.2 DEFINICE POJMŮ .....	14
<b>2 DĚLENÍ ANESTEZIE</b> .....	<b>15</b>
2.1 CELKOVÁ ANESTEZIE.....	15
2.1.1 Základní atributy celkové anestezie .....	15
2.1.2 Rozdělení celkové anestezie podle vstupní brány anestetika .....	15
2.1.3 Rozdělení celkové anestezie podle klinické charakteristiky .....	16
2.1.4 Časové členění celkové anestezie .....	16
2.1.5 Komplikace celkové anestezie .....	17
2.2 REGIONÁLNÍ ANESTEZIE .....	18
2.2.1 Místní anestezie v užším slova smyslu .....	18
2.2.2 Svodná anestezie .....	18
2.2.3 Komplikace regionální anestezie .....	19
2.3 VOLBA ZPŮSOBU ANESTEZIE.....	19
2.4 PŘÍPRAVA PACIENTA PŘED ANESTEZIÍ.....	20
2.4.1 Předanestetické vyšetření .....	20
2.4.2 Stanovení operačního rizika .....	21
2.4.3 Stanovení rizika anestezie podle ASA .....	21
2.4.4 Poučení pacienta.....	22
2.4.5 Zmírnění strachu a úzkosti .....	22
2.4.6 Premedikace .....	23
<b>3 ROLE ANESTEZIOLOGICKÉ SESTRY</b> .....	<b>24</b>
3.1 VYHLÁŠKA URČUJÍCÍ KOMPETENCE .....	24
3.2 CHARAKTERISTIKA PRÁCE ANESTEZIOLOGICKÉ SESTRY.....	25
3.2.1 Příprava anesteziologického pracoviště .....	25
3.2.2 Příprava pacienta anesteziologickou sestrou před operací .....	26
3.2.3 Sledování pacienta během anestezie .....	27
3.2.4 Sledování pacienta po anestezii.....	27
<b>4 IFORMOVANOST</b> .....	<b>28</b>
4.1 POJEM „INFORMACE“ .....	28
4.2 INFORMOVANÝ SOUHLAS .....	29
4.2.1 Odvolání informovaného souhlasu.....	29
4.2.2 Zpochybnění informovaného souhlasu .....	30
4.2.3 Neposkytnutí informovaného souhlasu .....	30
4.3 POSKYTOVÁNÍ INFORMACÍ.....	30
4.3.1 Role pacienta .....	30
4.3.2 Informovanost pacienta lékařem .....	31

4.3.3	Informovanost pacienta sestrou.....	31
4.3.4	Shrnutí.....	32
<b>II</b>	<b>PRAKTICKÁ ČÁST.....</b>	<b>33</b>
<b>5</b>	<b>METODIKA.....</b>	<b>34</b>
5.1	CHARAKTERISTIKA POLOŽEK DOTAZNÍKU.....	34
5.2	CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU.....	35
5.3	ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT.....	35
<b>6</b>	<b>CÍLE PRÁCE.....</b>	<b>36</b>
<b>7</b>	<b>VÝSLEDKU PRŮZKUMU A JEHO ANALÝZA.....</b>	<b>37</b>
7.1	ZPRACOVÁNÍ DOTAZNÍKU.....	37
<b>8</b>	<b>DISKUZE.....</b>	<b>58</b>
<b>9</b>	<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>61</b>
<b>10</b>	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>	<b>62</b>
<b>11</b>	<b>SEZNAM POUŽITÝCH INTERNETOVÝCH ZDROJŮ.....</b>	<b>64</b>
<b>12</b>	<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....</b>	<b>65</b>
<b>13</b>	<b>SEZNAM GRAFŮ.....</b>	<b>66</b>
<b>14</b>	<b>SEZNAM TABULEK.....</b>	<b>67</b>
<b>15</b>	<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>68</b>

## ÚVOD

Téma mé bakalářské práce „Informovanost pacientů o anestézii před operačním výkonem“ jsem si zvolila proto, že již několik let pracuji jako anesteziologická sestra. Téměř denně se setkávám s pacienty, kteří přijíždí na operační sál. V jejich tvářích lze vyčíst obavy z průběhu operace, ze strachu z narkózy, bolesti, z neznámého prostředí a neznámých lidí. S pacienty, kteří si přemítají množství informací, kterým z části snad rozumí, nebo naopak se cítí bezmocní a v nouzi z přemíry informací, kterým nerozumí.

Kvalitní informovanost pacienta považuji za stěžejní. Z vlastního přesvědčení je komunikace mezi sestrou, lékařem a pacientem nutná a ve výsledku velmi prospěšná pro obě strany. Komunikace mezi zdravotníkem a pacientem je značně náročná a ještě více podstatná. Vyžaduje naši velkou vůli, empatii, čas a v neposlední řadě značnou míru trpělivosti.

Proto bych touto prací chtěla zjistit, zda rozsah podávaných informací, vlídný přístup zdravotníků tyto obavy zmírní a zda a od koho pacienti potřebné informace o anestézii získávají. Odhalení možných nedostatků v praktické části mé bakalářské práce snad objasní, kde a jaké máme rezervy v oblasti komunikace a poskytování informací o anestézii před operačním výkonem a ukáže nám směr, kterým jít, pokud chceme zkvalitňovat péči o pacienty.

Snad informace získané tímto šetřením pomůžou nejen mně, ale i dalším kolegům k rozeznání faktorů, které pacienta ovlivňují a k pochopení případné pacientovy nejistoty.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

# 1 CHARAKTERISTIKA ANESTEZIE

## 1.1 Historie anestezie

V lidském boji o přežití snad největší a vskutku trvalý boj vedou lidé proti bolesti. První zmínky o snaze léčit bolest pocházejí z Egypta a Mezopotámie z doby 3000 let před naším letopočtem. Ve starém Řecku bylo od 4. století před naším letopočtem známo opium. Hippokratovo učení o nezasahování do přírodních sil na dlouhá staletí pozastavilo vývoj boje proti bolesti. Do roku 1842 byla jakákoliv operace pro nemocného zkouškou a těžkým úkolem i pro chirurga, u něhož nebyla tak důležitá zkušenost jako rychlost provedení operačního výkonu. Právě od zmíněného roku 1842 do roku 1846 vrcholila řada výzkumů a experimentů vedených snahou zbavit nemocného bolesti během bolestivého zákroku. Student 2. ročníku lékařské fakulty Harvardské univerzity William Morton 16. října 1846 první předvedl veřejně před kolegiem lékařů v Bostonu éterovou anestezii pro chirurgický zákrok. Již po 4 měsících 6. února 1847 podal v Praze v nemocnici U milosrdných bratří, dnešní nemocnici Na Františku, mnich Celestýn Opitz první celkovou anestezii éterem v Čechách, která byla i jednou z prvních anestezí v Evropě. Všeobecného uznání se dostalo doktoru Snobovi v r. 1853, kdy úspěšně podal anestezii chloroformem. Její výsosti královně Viktorii, při porodu jejího syna prince Leopolda.

Značnou měrou k bezpečí anestezie přispěl Artur Guedel přesným popisem klinických známek éterové anestezie. Výsledkem bylo všeobecně známé schéma éterové anestezie, které 60 let bylo podkladem smyslového monitorování hloubky anestezie. Zakladatelem moderní anesteziologie v Československu po 2. světové válce byl Lev Spinadel, který získal četné zkušenosti ve Velké Británii. V roce 1950 vydal učebnici klinické anesteziologie. Poválečné období znamenalo prudký rozvoj anesteziologie, který umožnil až dosud těžko představitelný rozvoj chirurgických oborů. Zavádění nových anestetik, zvyšující se náročnost operačních výkonů a posun operativy do vyšších věkových skupin si vynutily potřebu komplexnějšího monitorování a častější potřebu intenzivní péče navazující na operační zákrok. V roce 1971 byl obor anesteziologie a resuscitace zařazen mezi základní obory s dvoustupňovou specializací. Zvyšující se náročnost operací vyžadovala zřízení zotavovacích nebo probouzených pokojů (recovery room), kde je bezprostředním pooperačním obdobím anesteziologie poskytována intenzivní péče.

V Plzni bylo založeno anesteziologické oddělení (ARO) v roce 1958 jedním ze zakladatelů československé moderní anesteziologické školy MUDr. Jiřím Minářem, CSc. V roce 1988 byla zřízena v Plzni Anesteziologicko – resuscitační klinika (ARK), která je centrem pregraduálního i postgraduálního vzdělávání studentů, lékařů a SZP (Kasal, 2004).

## 1.2 Definice pojmů

- *Anesteziologie* – je nauka, která převádí do praxe veškeré nejnovější poznatky vědy z oblasti celkového i místního znecitlivění. Přináší pacientům relativní komfort pro provedení operačních zákroků, bolestivých výkonů či vyšetření (Kasal, 2003).
- *Anestezie* – je dočasným stavem amnézie a imobilizace dovolujícím tolerovat bolest spojenou s diagnostickými a operačními výkony (Ševčík, 2011, online).
- *Analgezie* – je ztráta vnímání bolesti (Kasal, 2003).
- *Analgoosedace* – je analgezie spojená s větším či menším útlumem vědomí. Dělí se na dvě základní skupiny podle hloubky zachovaného vědomí (Pachl, 2011, online).

## 2 DĚLENÍ ANESTEZIE

### 2.1 Celková anestezie

„Je vyřazení veškerého cití senzitivního i bolestivého s vyřazením vědomí. Jde v podstatě o iatrogenní, řízené a reverzibilní bezvědomí“ (Pachl, 2011, online).

Základní cíl celkové anestezie – umožnění a tolerance chirurgických výkonů bez trvalého nepříznivého působení na pacienta – vyžaduje ovlivnit více jednotlivých spolupodílejících se složek, společného výsledku lze dosáhnout kombinací rozdílných látek. Trvale je v popředí a bude i nadále – farmakoanestezie. Alternativní metody – elektroanestezie, hypnóza – jsou pro běžný klinický provoz nepřijatelné (Larsen, 2004).

#### 2.1.1 Základní atributy celkové anestezie

Lze hovořit o 3 základních atributech, které musí celková anestezie splňovat:

- *Ztráta vědomí* – je základním atributem typickým pro celkovou anestezii, které umožní nevnímat cití včetně bolesti, neodstraní však autonomní reflexy na bolestivé podněty jako je pocení, tachykardie, hypertenze. Kromě bolesti může vyvolat nežádoucí vegetativní reflexy i řada podnětů z operačního pole. Jejich výskyt lze snížit vagolytickou premedikací, k jejich potlačení lze přispět prohloubením anestezie, dobrou analgezií.
- *Analgezie* – zajistí a zabezpečí odstranění vnímání bolesti a z velké části i nežádoucí reflexní odpověď na bolest.
- *Svalové uvolnění* – relaxace. Nutná úroveň svalového uvolnění závisí na typu operačního výkonu. U operace na povrchu těla nebo na končetinách postačuje menší stupeň svalové relaxace, naproti tomu operace v tělních dutinách vyžadují střední nebo vysoký stupeň svalové relaxace. Také při zajištění dýchacích cest kanylou je třeba relaxace (Kasal, 2004).

#### 2.1.2 Rozdělení celkové anestezie podle vstupní brány anestetika

- *Inhalační* – je navozena aplikací anestetických plynů nebo par prchlavých anestetik do dýchacích cest a plic nemocného. Odtud inhalační anestetika přestupují přes alveolokapilární membránu do krve, kterou jsou nesena k cílovému orgánu – mozku.

Po ukončení přívodu anestetik jsou tato částečně v nezměněné formě vylučována plícemi, částečně procházejí biotransformací v játrech a jejich štěpné produkty jsou vylučovány ledvinami a částečně žlučí (Pachl, 2011, online).

- *Nitrožilní* – je vyvolána nitrožilním podáním anestetika, které je transportováno krví do mozku jako cílovému orgánu. Rychlý nástup nitrožilní anestezie je dán vysokým prokrvením mozkové tkáně. Rychlé probuzení je pak důsledkem redistribuce anestetika nejdříve do tkáně svalové a sekundárně do tkáně tukové. Svou roli však hraje i rychlost biodegradace anestetika v organismu. Nejčastěji jsou nitrožilní anestetika užívána k vedení anestezie pro krátké operační či léčebné výkony a k rychlému úvodu do celkové doplňované farmakoanestezie. Rychlý nitrožilní úvod je nemocným vnímán výrazně lépe, než úvod inhalační.
- *Nitrosvalová* – anestetikum je zde aplikováno nitrosvalově. Tento způsob podání anestetika je omezen jen na několik anestetik a užívá se většinou u dětí (Larsen, 2004).

### 2.1.3 Rozdělení celkové anestezie podle klinické charakteristiky

- *Doplňovanou* – celková anestezie je navozena podáním preparátů různých farmakologických skupin.
- *Kombinovanou* – celková anestezie je kombinována s některou technikou regionální anestezie (Zemanová, 2005).

### 2.1.4 Časové členění celkové anestezie

- *Úvod do anestezie* – období od plného vědomí pacienta, do stabilizace bezvědomí. Anestetikum vstupuje do organismu a postupně se zvyšuje jeho koncentrace. Po úvodu do anestezie je nemocný zajištěn pro bezpečný průběh anestezie (zajištění dýchacích cest a dostatečné ventilace).
- *Vedení anestezie* – po dobu výkonu se udržuje účinná koncentrace anestetika. Vedení a hloubka anestezie se přizpůsobuje individuálním potřebám pacienta a průběhu operačního výkonu. V tomto úseku anestezie se provádí operační výkon.
- *Probuzení* – je fáze, v níž se po ukončení operačního výkonu zastavuje přívod anestetik. Obnovuje se vědomí, obranné reflexy, reakce na slovní a fyzický podnět.



Nemocný se probouzí z anestezie. Toto období plynule navazuje v pooperační péči (Zemanová, 2005).

- *Zotavení z anestezie* – je několik hodin trvající fáze návratu stabilizace a koordinace všech funkcí v závislosti na typu anestezie a podaném anestetiku. Většinou probíhá již na lůžkovém oddělení nebo na zotavovacím (probouzením) pokoji (v české terminologii není jednota v užití názvu pro tento pokoj, proto se lze setkat s názvem zotavovací, probouzecí i dospávací pokoj). Pacienti vyžadující intenzivní péči jsou předáni přímo z operačního sálu na intenzivní lůžko k dalšímu pooperačnímu sledování (Kasal, 2004).

### 2.1.5 Komplikace celkové anestezie

Všechny typy anesteziologických technik jsou ojediněle spojeny s komplikacemi ovlivňujícími morbiditu a dokonce i mortalitu. Nejčastěji jsou způsobeny stavem pacienta, ale také technickými lidskými chybami. Anesteziolog musí znát všechny možnosti ohrožení pacienta v průběhu operace a anestezie, aby jim mohl účinně předejít nebo je řešit. Staří angličtí anesteziologové tvrdili, že neexistuje bezpečná anestezie, existuje však anesteziolog, který ji může bezpečnou učinit.

Komplikace v průběhu anestezie mohou nastat z různých příčin a může k nim přispět řada okolností:

- nevhodná volba anestetika,
- podněty z operačního pole,
- poloha nemocného,
- komplikující příhoda, která vznikne v průběhu operace v anestézii,
- technické závady.

Dále se mohou komplikace spojené s celkovou anestezii dělit podle systému, který postihují:

- Respirační komplikace – porucha průchodnosti dýchacích cest, bronchospasmus, kašel, škytání, barotrauma.

- Kardiovaskulární a oběhové komplikace – arytmie, plicní embolie, hluboká žilní trombóza, vzduchová embolie.
- Neurologické komplikace – ischemie CNS, abnormální svalová aktivita, křeče.
- Zachované vědomí a vnímání během celkové anestézie.
- Zvracení a regurgitace.
- Maligní hypertermie.
- Alergické a anafylaktické reakce (Pachl, 2011, online).

## 2.2 Regionální anestezie

Techniky celkové anestezie zaujímají celosvětově dominantní postavení v rutinní anesteziologické praxi. Historicky mladší technika místní – lokální anestezie však má v řadě situací význam z hlediska komfortu nemocného a možnosti ovlivňování bolesti po akutním inzultu (Kasal, 2004).

### 2.2.1 Místní anestezie v užším slova smyslu

- *Infiltrační anestezie* – je navozena infiltrací operované oblasti velkým množstvím anestetika o nízké koncentraci.
- *Topická, povrchová anestezie* – je anestezie určité oblasti těla vyvolaná aplikací lokálních anestetik na kůži nebo sliznice. Užívá se zpravidla vysokých koncentrací lokálních anestetik.

### 2.2.2 Svodná anestezie

Je anestezie určité oblasti těla vyvolaná podáním roztoků lokálních anestetik samotných nebo s přísadou dalších látek do blízkosti větších nervových struktur.

- *Blokády nervových svazků* (brachiální plexus, axilární blok)
- *Blokády jednotlivých nervů*
- *Centrální blokády* (na úrovni míchy)
  - epidurální anestezie

- subarachnoidální anestezie (intratekální, spinální)
- nitrožilní lokální anestezie dle Biera (Kasal, 2004).

### 2.2.3 Komplikace regionální anestezie

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

- Komplikace vyplývající z invazivity – poranění nervové tkáně, krvácení, infekční komplikace.
- Komplikace vyplývající z anatomických poměrů – hypotenze, totální spinální anestezie, poruchy dýchání, postpunkční bolesti hlavy, neurologické poruchy, retence moče.
- Komplikace z použitých lokálních anestetik – toxická a alergická reakce (Kasal, 2004).

## 2.3 Volba způsobu anestezie

Volba anestetika a vedení anestezie se řídí především klinickým stavem pacienta a plánovaným operačním výkonem. Kromě toho je vhodné mít na zřeteli i délku trvání operace a přání pacienta (Larsen, 2004).

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

Málokterá oblast medicíny je přitom zatížena v takovém rozsahu mýty, falešnými očekáváními a negativními emocemi jako regionální anestezie, a to jak mezi laiky, tak i mezi odbornou veřejností.

Anesteziologové jsou jednotní v názoru, že obě techniky mají své nenahraditelné místo v řadě konkrétních a vyhraněných situací, kdy jsou vzájemně nezastupitelné. Obecně není jejich vztah vymezen jasně, takže je především na lékaři, na prostředí jeho odborného růstu, na jeho zkušenostech, znalostech a dovednostech, aby v dané konkrétní situaci zvolil příslušnou techniku znecitlivění adekvátně.

Na druhé straně pak v moderní medicíně, oproštěné od paternalistického vztahu mezi lékařem a pacientem, závisí volba znecitlivění na laické úvaze pacienta, na jeho všeobecném vzdělání, dosavadních zkušenostech a bohužel někdy i na falešných představách, zda nabízenou formu akceptuje nebo zda proti doporučení anesteziologa dá přednost jiné formě anestézie (Miloschewsky, 1998).

*„Hlavní devízou celkové anestezie z pohledu pacienta je „osvobozující spánek“. Řada nemocných si přeje tyto emočně tak vypjaté životní okamžiky překonat s dočasně vyřazeným vědomím“ (Ševčík; Křikava, 2011, online).*

## 2.4 Příprava pacienta před anestezii

### 2.4.1 Předanestetické vyšetření

Každého pacienta před anestezii musí navštívit anesteziolog a klinicky ho vyšetřit. Tato anesteziologická vizita se musí provést nejpozději den před plánovaným výkonem. Anesteziolog při ní naordnuje další diagnostická a terapeutická opatření, pokud mají význam pro anestezii a mohou zlepšit předoperační stav pacienta. Pokud je to možné, měl by anesteziologickou vizitu a následující celkovou anestezii, popř. centrální blokádu s analgosedací, provést jeden a tentýž anesteziolog.

**Předoperační vizita má následující cíle:**

- zhodnocení fyzického a psychického stavu pacienta,
- stanovení rizika celkové anestezie,
- výběr způsobu anestezie,
- poučení pacienta a získání jeho souhlasu pro anestezii,
- zmírnění strachu a rozrušení,
- ordinaci premedikace.

Všechna opatření jsou v zásadě směřována k tomu, aby se co nejvíce snížilo předoperační riziko pro pacienta. Jestliže předložená vyšetření nedostačují k posouzení schopnosti pacienta podrobit se anestezii, musí anesteziolog naordinovat nebo sám provést nutná dodatečná vyšetření. Před pohovorem s pacientem se anesteziolog seznámí s chorobopisem pacienta (Larsen, 2004).

#### 2.4.2 Stanovení operačního rizika

*„Anestezie není samoučelná a nesplňuje žádné terapeutické funkce. Slouží vždy k tomu aby umožnila jiné medicínské výkony, operace a diagnostické výkony. Úzkým propojením s jinými medicínskými obory a výkony je pochopitelně posouzení rizika anestezie mimořádně ztíženo“* (Larsen, 2004, s. 315).

Operační riziko (anesteziologické) je dáno pravděpodobností, že pacient v souvislosti s operačním výkonem (anestezii) zemře v průběhu operace, či v časově určeném bezprostředním pooperačním období. Tímto obdobím v našich podmínkách rozumíme dobu dvou hodin od ukončení operačního výkonu (Kasal, 2004).

*„Anestezie s nulovým rizikem není možná – a také možná nebude. Riziko je nutno minimalizovat u všech pacientů. Nelze je plně vyloučit“* (Larsen, 2004, s. 315).

#### 2.4.3 Stanovení rizika anestezie podle ASA

ASA (American Society of Anesthesiologists) klasifikace je celosvětově uznávaná jako obecné vyjádření závažnosti stavu pacienta, tolerance zátěže a rizika časné mortality do 7. pooperačního dne. ASA klasifikace se nevztahuje pouze na riziko anesteziologických komplikací, ale zdůrazňuje celkovou závažnost stavu pacienta.

- ASA I – zdravý pacient bez patologického klinického a laboratorního nálezu. Chorobný proces, jenž je indikací k operaci, je lokalizovaný a nezpůsobuje systémovou poruchu.
- ASA II – mírné až středně závažné systémové onemocnění, které může, ale nemusí souviset s operačním výkonem (např. lehká hypertenze, diabetes mellitus, anemie, obezita, pokročilý věk, chronická bronchitis, lehká forma ICHS).

- ASA III – závažné systémové onemocnění jakékoliv etiologie, omezující aktivitu nemocného (např. angina pectoris, stav po infarktu myokardu, závažná forma diabetu, srdeční selhání).
- ASA IV – závažné život ohrožující systémové onemocnění, které může, ale nemusí souviset s operačním výkonem a není vždy operací řešitelné (srdeční dekompenzace, nestabilní angina pectoris, akutní myokarditida, pokročilá forma plicní, ledvinové, jaterní a endokrinní nedostatečnosti, hemoragický šok, peritonitis, ileus).
- ASA V – moribundný nemocný, u něhož je operace poslední možností záchrany života.

V případě urgentního operačního výkonu se k ASA klasifikaci přiřazuje písmeno E = emergency – znamená zvýšení rizika pro pacienta  $1,2 \times$  (Zemanová, 2005).

#### 2.4.4 Poučení pacienta

Poučení pacienta o postupu při anestezii je z medicínských, psychologických a právních důvodů nezbytné. V závěru vysvětlujícího pohovoru a poučení musí lékař získat výslovný souhlas pacienta s navrhovanými a potřebnými opatřeními. Poučení pacienta o riziku operace musí být úměrné rozsahu a naléhavosti operačního výkonu. Druh a rozsah poučení pacienta by měl být zanesen v anesteziologickém dotazníku (viz. příloha č.1) a pacient, který dal souhlas, by měl protokol podepsat. V zásadě platí, že po pohovoru s pacientem nesmí dojít k jeho zneklidnění a zvýšení úzkosti (Larsen, 2004).

#### 2.4.5 Zmírnění strachu a úzkosti

Téměř všichni pacienti mají před anestezií a operacích strach, ale různí pacienti jsou v rozdílné míře schopni si tento strach přiznat a otevřeně o něm hovořit. Strachy a úzkosti narušují duševní rovnováhu pacientů, jsou stresorem a vedou k různým vegetativním doprovodným reakcím. Oba faktory působí nevýhodně při úvodu do anestezie a při pooperačním průběhu (Larsen, 2004).

Za typické druhy strachu z anestezie a operace se považují:

- strach, že se pacient po anestezii neprobudí,
- během anestezie se zadusí,

- během anestezie vyzradí různá tajemství,
- bude operován ještě než „usne“ a bude mít velké bolesti,
- během operace se probudí a bude vše prožívat,
- bude operací zmrzačen,
- po operaci bude trpět velkými bolestmi,
- je nemocný s nevléčitelnou rakovinou.

Při psychologické přípravě pacienta na anestezii by měly být splněny ze stran lékaře a ošetřujícího personálu následující zásady:

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

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

#### **2.4.6 Premedikace**

Premedikací je završena anesteziologická příprava. Premedikace je podání léků před anestezii, které mají zklidnit nemocného, navodit mu částečnou analgezii, usnadnit úvod do anestezie a potlačit nežádoucí reflexy. Strach je příčinou stresu, který potencuje reakci organismu na zátěž. Zátěžová reakce vede ke zvýšení intenzivity metabolismu s následkem zvýšené spotřeby kyslíku, zvýšené spotřeby anestetik a známých oběhových reakcí (Kasal, 2003).

Anesteziolog se musí vyvarovat toho, aby rutinní premedikací nezatížil velkým počtem nejrůznějších medikamentů z důvodu ztížení organizačního chodu dané lůžkové stanice, ztížení kontroly naordinovaných léků a ohrožení bezpečnosti pacienta (Larsen, 2004).

### 3 ROLE ANESTEZIOLOGICKÉ SESTRY

#### 3.1 Vyhláška určující kompetence

*„Sestra pro intenzivní péči v rámci anesteziologicko – resuscitační, intenzivní péči a akutního příjmu vykonává činnost podle vyhlášky č. 55/2011 sb. § 54 při poskytování ošetrovatelské péče o pacienta staršího 10 let, u kterého dochází k selhání základních životních funkcí nebo toto selhání hrozí. Přitom zejména může:*

***Bez odborného dohledu a bez indikace lékaře:***

- *sledovat a analyzovat údaje o zdravotním stavu pacienta, hodnotit fyziologické funkce, analyzovat křivku elektrokardiogramu, hodnotit závažnost stavu,*
- *zahajovat a provádět kardiopulmonální resuscitaci se zajištěním dýchacích cest a s použitím dostupného technického vybavení, včetně defibrilace srdce elektrickým výbojem po provedení záznamu elektrokardiogramu,*
- *pečovat o dýchací cesty pacienta při umělé plicní ventilaci, včetně odsávání z dolních cest dýchacích, provádět tracheobronchiální laváže u pacienta se zajištěnými dýchacími cestami,*
- *zajišťovat stálou připravenost pracoviště, včetně funkčnosti speciální přístrojové techniky a materiálního vybavení, sledovat a analyzovat údaje na speciální přístrojové technice, rozpoznávat technické komplikace a řešit je.*

***Bez odborného dohledu na základě indikace lékaře:***

- *provádět měření a analýzu fyziologických funkcí pacienta specializovanými postupy pomocí přístrojové techniky, včetně využití invazivních metod,*
- *provádět katetrizaci močového měchýře muže*
- *zavádět gastrickou a duodenální sondu pacientovi v bezvědomí,*
- *provádět výplach žaludku u pacienta se zajištěnými dýchacími cestami,*
- *vykonávat činnosti u pacienta s akutním a chronickým selháním ledvin, který vyžaduje léčbu dostupnými očišťovacími metodami krve,*



- *vykonávat činnosti v souvislosti s dlouhodobou umělou plicní ventilací i v domácí péči, včetně poučení o používání pomůcek a obsluze zdravotnických prostředků pacienta a jím určených osob,*
- *vykonávat činnosti spojené s přípravou, průběhem a ukončením aplikace metod léčby bolesti,*
- *vykonávat činnosti při přípravě, v průběhu a bezprostředně po ukončení všech způsobů celkové i místní anestezie,*
- *provádět punkci artérií k jednorázovému odběru krve a kanylaci k invazivní monitoraci krevního tlaku s výjimkou artérie femoralis.*

***Pod odborným dohledem lékaře:***

- *aplikovat transfuzní přípravky a přetlakové objemové náhrady*
- *provádět extubaci tracheální kanyly,*
- *provádět externí kardiostimulaci (Vyhláška, 2011, online).*

## **3.2 Charakteristika práce anesteziologické sestry**

Práce anesteziologické sestry je velice náročná, na anesteziologickou sestru jsou kladeny vysoké profesionální, psychické a humánní předpoklady. Z druhého pohledu má anesteziologická sestra nespočet možností dalšího profesního růstu v průběhu svého povolání. Odměnou je velice krásná, zajímavá a odborná práce.

### **3.2.1 Příprava anesteziologického pracoviště**

Bezpečnost pacienta v průběhu anesteziologického výkonu je základním a obecným požadavkem. Proto je prvotní a stěžejním bodem pro anesteziologickou sestru si pracoviště připravit dříve, než bude na sál přivezen první pacient. Příprava pracoviště obnáší kompletizaci a kontrolu funkčnosti narkotizačního přístroje, rozvodu plynů, inhalačních anestetik, infuzních pump a lineárních dávkovačů. Nevyskytnou-li se komplikace, přistupuje anesteziologická sestra k přípravě pomůcek pro aplikaci farmak a farmak samotných.

Příprava pomůcek pro aplikaci farmak obnáší kontrolu všech pomůcek k aplikaci (jehly, infuzní sety, transfuzní sety, kanyly, přetlakové manžety, sety pro techniky svodné

anestézie, testy pro křížovou zkoušku). Tuto část přípravy není vhodné podceňovat, neboť velmi komplikují řešení naléhavých situací vzniklých během anestezie.

V anestezii se používá velká škála farmak, dle vlastních zkušeností vím, že velmi záleží na zvyklostech a finančních možnostech daného pracoviště. Pro anesteziologickou sestru z toho ale plyne pouze jediné – znát všechna farmaka (účinky, indikace, kontraindikace, nežádoucí účinky) bez rozdílu, zda je stávající pracoviště používá. V anestezii se setkáváme s inhalačními anestetiky, intravenózními anestetiky, opioidy, benzodiazepiny, periférickými svalovými relaxanciemi, lokálními anestetiky a jejich antidoty. Jako prioritní bod je potřeba zjistit, zda jsou léky první volby na dosah ruky!

Dalším hlavním bodem přípravy je kontrola pomůcek k zjištění dýchacích cest, a to vždy, i když se přistupuje k regionální anestezii. Usnadní se tak řešení možných vzniklých komplikací v průběhu anestezie a operačního výkonu (obličejové masky, ambuvak, nosní a ústní vzduchovody, laryngální masky, tracheální rourky, kombirourka, laryngoskopy, zavaděče, Magillovy kleště, manometr, pomůcky k provedení koniopunkce, pomůcky pro odsávání z dýchacích cest).

### **3.2.2 Příprava pacienta anesteziologickou sestrou před operací**

Po předchozí telefonické výzvě anesteziologickou sestrou je pacientovi aplikována na příslušném oddělení premedikace dle ordinace anesteziologa. Po příjezdu pacienta na operační sál se nejprve pacienta ujímá anesteziologická sestra, která se v úvodu představí a překontroluje veškeré náležitosti (iniciály pacienta, lačnění před výkonem, alergie, laboratorní hodnoty, vynětí zubní náhrady, piercingu, odstranění šperků, kontrola operačního pole, správnost označení operované části těla, anesteziologický dotazník).

Po převezení pacienta na „předsálí“ překontroluje anesteziologická sestra fyziologické funkce, zaznamená je do anesteziologického záznamu. Po informovanosti pacienta lékařem, poučí sestra dle svých kompetencí pacienta o následujícím postupu a výkonech, které budou provedeny na „předsálí“ a na operačním sále, v režii středního zdravotnického personálu (uložení na operační stůl, připojení k monitorovacím zařízením, fixace k operačnímu stolu). Zajistí pacientovi periférní žilní katétr a napojí infuzi s nosným roztokem, aplikuje léky dle ordinace lékaře.

Na základě rozhodnutí o způsobu anestezie poučí pacienta o způsobu uložení do polohy potřebné k provedení anesteziologického výkonu (regionální anestezie).

### **3.2.3 Sledování pacienta během anestezie**

Po asistenci při úvodu do anestezie uklidí nepotřebné pomůcky z blízkého okolí pacienta, zajistí bezpečnost pacienta odstraněním všech kovových materiálů z jeho těsné blízkosti. Asistuje při polohování pacienta. Plní ordinace lékaře a aplikuje léky příslušné skupiny na základě stavu pacienta. Dále spolu s anesteziologem vedou anesteziologický záznam (viz. příloha č. 2), sledují fyziologické funkce, parametry narkotizačního přístroje, spolupracují s operačním týmem.

### **3.2.4 Sledování pacienta po anestezii**

Po vyvedení z anestezie asistuje lékaři při extubaci, provádí se kontrola vědomí, obraných reflexů, reakce na fyzický a slovní kontakt. Toto období plynule přechází v bezprostřední pooperační péči, která závisí na typu výkonu, volbě a vedení anestezie, a na celkovém stavu pacienta. Pacient je po skončení anestezie předán na dospávací pokoj. Zde anesteziologická sestra sleduje v intervalu 10 minut a po dobu nejméně 60 minut fyziologické funkce, operační ránu, sleduje pooperační bolest, aplikuje analgetika na základě ordinace lékaře vede anesteziologický záznam. Po stabilizaci stavu předává osobně pacienta sestře příslušného oddělení.

## 4 IFORMOVANOST

Po dlouhá staletí neměli pacienti žádná práva a byli plně závislí na lékaři. V demokratické společnosti jsou lidská práva a individuální svobody vysoce ceněny a lidé si přejí, aby měli dostatek informací i v době nemoci a aby i v této situaci mohli o sobě rozhodovat nebo alespoň spolurozhodovat. Ve světě existuje významné množství etických kodexů jak obecných, tak specializovaných na určité skupiny nemocných. V roce 1990 u nás začala pracovat etická komise, která vypracovala, přijala a uveřejnila etický kodex práv pacientů, ve kterém se mimo jiné říká...Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického a terapeutického postupu zsvěčeně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena (Haškovcová, 2000).

### 4.1 Pojem „informace“

Pojem informace v původním znění označuje jakékoli sdělení. V pojetí věd se za informaci považuje takové sdělení, které příjemci přináší nový poznatek, jehož může být využito v rozhodování. V tomto pojetí je informací pouze takové sdělení, které snižuje nebo odstraňuje neurčitost v rozhodování. Sdělení, která jsou již příjemci známá a jež jsou neutrální k řešení problému, nejsou z hlediska tohoto pojetí považována za informace, označují se jako data, údaje, zprávy.

Informace musí mít formu, která je srozumitelná pro příjemce. Je to požadavek, který vyplývá ze základních pravidel komunikace. Má-li informace splnit určitý účel, musí být formulována tak, aby jí člověk rozuměl. Zásada srozumitelnosti při přenosu informací je velmi často porušována. Při poučování pacientů používají často lékaři odborné výrazy, kterým pacient nerozumí; takové poučení není efektivní. V písemných materiálech je vhodné používané pojmy, které nemusí být známé pro všechny uživatele informace, definovat je.

Mají-li data a údaje informační hodnotu, plnit své informační funkce, musí splňovat určitá kritéria.

Ty nejdůležitější jsou:

- informace musí být pravdivé, odpovídat objektivní skutečnosti,

- informace by měly být jednoznačné, jasně formulované,
- informace vztahující se k určité oblasti informování, musí být dostatečné, nedostatečné, neúplné údaje zvyšují pravděpodobnost přijetí nesprávných rozhodnutí. Na druhé straně dostatek kvalitních, dostatečných informací ještě neznamená, že bude učiněno správné rozhodnutí. Vše podléhá schopnostem informace správně analyzovat, interpretovat a využít je. Při předávání informací by měla být dodržena zásada stručnosti a věcnosti,
- informace je třeba formulovat tak, aby byla zajištěna pozitivní motivace příjemce,
- písemné materiály by měly mít dokonalou formální úpravu (Gladkij, 2003).

## 4.2 Informovaný souhlas

V současné době se za stále důležitější považuje to, aby člověk nejen vyslovil svůj souhlas, ve vztahu k určitému zákroku, ale aby měl dostačující představu o tom, co obnáší zákrok a jaká jsou rizika jeho provedení. Proto je potřeba, aby byl pacient poučen, tomu se říká „informovaný souhlas“, neboli „souhlas poučeného pacienta“

Výrazem „informovaný souhlas“ se v teorii míní pohodlná a běžně užívaná zkratka pro situaci, ve které se pacient, jemuž byl objasněn mimo jiné účel, povaha a rizika zamýšleného zákroku, jakož i jeho alternativy a následky v případě neléčení, svobodně, bez nátlaku a s dostatkem času na rozvážení a možnost položit doplňující otázky rozhodne navrhovaný zákrok podstoupit (Šustek; Holčapek, 2007).

### 4.2.1 Odvolání informovaného souhlasu

Změna rozhodnutí pacienta musí být vždy respektována. Odvolání informovaného souhlasu se vztahuje na plánované úkony, pacient nemusí sdělovat důvody svého rozhodnutí. Lékař nemusí a nemá v tomto případě výkony provést, není zodpovědný za následky. Prohlášení pacienta – revers má důkazní význam. Nemůže-li pacient s ohledem na svůj zdravotní stav podepsat nebo odmítá-li záznam o prohlášení podepsat, opatří se záznam jménem svědka, který byl projevu odmítnutí přítomen a uvedou se důvody, pro něž se pacient nepodepsal (Haškovcová, 2007).

#### 4.2.2 Zpochybnění informovaného souhlasu

I přes dobře zpracovaný individuální informovaný souhlas může dojít ke zpochybnění a k prohlášení za neplatný. Jedním z důvodů může být podpis pod vlivem premedikace, alkoholu, drog, vynechání ústní formy, nebo získání podpisu od pacienta v časové tísní (Haškovcová, 2007).

#### 4.2.3 Neposkytnutí informovaného souhlasu

Při provedení diagnostického výkonu nebo léčebného zdravotního výkonu u pacienta bez informovaného souhlasu je realizace zdravotního výkonu považováno za protiprávní. Existují výjimky jako neodkladná řešení, stav nouze a to v případě, že jde o osoby, které jeví známky intoxikace, známky duševní choroby a ohrožují sebe nebo své okolí. Patří sem i osoby podléhající režimu povinného léčení, např. jde-li o nosiče, ve smyslu zákona číslo 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví (Haškovcová, 2007).

### 4.3 Poskytování informací

Diskutovanou otázkou zůstává, kdo má vlastně poučit pacienta? Je to lékař nebo sestra? Úmluva o biomedicíně se touto otázkou nezabývá, zákon o péči o zdraví lidu uvádí, že musí být zdravotnický pracovník způsobilý k výkonu příslušného povolání. Je nezbytné jednotlivé druhy zákroků rozlišovat, pokud jde o zákroky, které může vykonávat pouze lékař, je nutné, aby o nich poučoval on jakožto osoba profesionálně způsobilá k jejich provedení. Jedině lékař v takovém případě má k dispozici dostatek informací o povaze, rizicích a dalších aspektech zákroku a mívá osobní zkušenost s jeho prováděním (Šustek; Holčápek, 2007).

#### 4.3.1 Role pacienta

Pacient nepřichází do nemocnice jako nepopsaný list papíru. Má svou minulost, zážitky, zkušenosti. Chová se určitým, pro něj charakteristickým způsobem. Podle svých životních stereotypů si vytváří požadavky a klade nároky na nemocniční prostředí a chování zdravotnického personálu (Klimpr, 1998).

Anestezie a operace znamená pro člověka novou situaci. Ocitá se v neznámém prostředí, s neznámými spolupacienty a zdravotníky. Skličuje ho neznalost režimu oddělení,

mnohá předoperační vyšetření a výkony. Z nedostatku znalostí a informací, prožívají pacienti pocity úzkosti, deprese. Často trpí bolestmi. Pacienti nejsou schopni se soustředit a jsou velice přecitlivělí.

Právě v tento okamžik a v tomto prostředí vyvěrají na povrch různé povahové rysy, a tak se objevují i pacienti nervózní, náladoví, egocentričtí. A je jen na sestřích a lékařích, zdali k těmto pacientům dokážou nalézt správnou cestu.

#### 4.3.2 Informovanost pacienta lékařem

*„Aby mohl pacient před každým lékařským zákrokem vyjádřit souhlas, musí získat od lékaře potřebné údaje. Tak se praví v etickém kodexu práv pacientů vyhlášeném Centrální etickou komisí Ministerstva zdravotnictví ČR dne 25. února 1992“ (Vondráček; Ludvík, 2003, s. 32).*

V předoperačním období by měl lékař předně pacienta informovat o důvodech, urgentnosti a rizicích operačního zákroku i jeho průběhu.

Základem vztah lékaře s pacientem je efektivní komunikace. Od lékaře se v komunikaci očekává autorita a pravdivost, úcta a respekt k nemocnému, porozumění pro jeho současný zdravotní stav, ale i psychický stav. Nedostatkem je direktivní přístup, přetvárování se a neschopnost empatie. K odbourání strachu a úzkosti jistě přispěje zdvořilý, vlídný a trpělivý přístup. Také věcnost v jednání budí důvěru (Klimpr, 1998).

Mnohdy povstává nespokojenost pacienta nejen s nedostatkem informací, ale i z pocitu lhostejnosti lékaře anebo způsobu, jakým jsou informace sdělovány (ve spěchu, nesrozumitelně, stroze, příliš odborně...). V důsledku nepříjemné atmosféry se často pacient bojí zeptat na to, co ho zajímá, eventuálně trápí. V takovém případě to má dopad na psychiku pacienta, která hraje velmi významnou roli v celkové léčbě a spolupráci. Vzniká psychická iatrogenie (Klimpr, 1998).

#### 4.3.3 Informovanost pacienta sestrou

Protože řadu výkonů jak diagnostických, tak léčebných provádějí střední zdravotničtí pracovníci, musí i tito podávat mnoho informací. Záleží na komunikačních schopnostech sestry, jakým způsobem podá pacientovi informace, či zodpoví jeho otázky v rámci své kompetence.

Sestra je oprávněna, ale i povinna poučit pacienta o postupu při konkrétním zdravotnickém výkonu, který sama v rámci své kompetence oprávněně provádí.

A naopak: Sestra není oprávněna poučovat pacienta o operaci, které se má podrobit, a o jejich komplikacích nebo detailně poučovat pacienta nebo rodinné příslušníky o zdravotním stavu nebo doporučovat určitou medikamentózní terapii (Vondráček; Ludvík, 2000).

Zdravotní sestra je jednou z hlavních součástí zdravotnického týmu a může velmi výrazně svým chováním ovlivnit psychiku pacienta před operací. Její komunikace s ním je zaměřena především na biologické a psychosociální potřeby.

Pacienti jsou vůči sestře otevřenější a často ji kladou i otázky, které by měly být směřovány k lékaři. Sestra někdy zodpovídá i tyto dotazy, ale v důsledku neznalosti může informovat nepřesně. Proto je nezbytné, aby sestra rozuměla podstatě věci. Také není výjimkou, že se chce pacient na vše zeptat ještě jednou, protože si získané informace potřebuje ověřit a utřídit. Je tedy bezpodmínečně nutné, aby lékař i sestra mluvili toto žně nebo podobně, neboť pacient má nárok na jednotlivý tok informací (Haškovcová, 2000).

Zatímco závažným informacím je věnována značná pozornost, bývá opomíjena oblast tzv. samozřejmých informací. A právě podle těchto zdánlivých maličkostí často pacient soudí celé zdravotnické zařízení. Osobní pocit spokojenosti pacienta pramení nejen ze správně provedeného operačního zákroku, ale z celkové péče o pacienta (Haškovcová, 2000).

#### **4.3.4 Shrnutí**

Správně vedeným rozhovorem, vědomostmi a využíváním komunikačních dovedností mají lékař a sestra možnost získat informace, pozitivně ovlivnit pacienta, edukovat jej, motivovat a přesvědčit ke vhodné spolupráci. Komunikace je nezbytná, nezvratná, neopakovatelná a náročná situace, kterou se zdravotníci učí zvládat v průběhu celé své praxe.



## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 5 METODIKA

Bakalářskou práci jsem zpracovala na základě průzkumu prováděného v období od 1.12.2010 do 1.4.2011 mezi klienty menší soukromé nemocnice. Současně jsem v práci uplatnila získané zkušenosti z dlouholeté praxe na operačních sálech, kde pracuji jako anesteziologická sestra. Cílem průzkumu bylo na základě sestavení anonymního dotazníku zjistit, zda klienti soukromé nemocnice jsou spokojeni s přístupem anesteziologického týmu, zda jim vystačuje obsah podávaných informací a rovněž zda a jakou formu podávání informací upřednostňují a zda došlo po edukaci anesteziologickým týmem ke zmírnění obav z anestezie. Dotazník jsem sestavila na základě cílů své práce, tak abych získala co možná největší množství informací ke zkoumané problematice.

Dotazníkové šetření je výzkumná metoda, pomocí které zkoumáme mínění respondentů písemnou formou. Je sestaven s předem připravených a správně formulovaných otázek. Výhodou je velmi rychlé shromáždění údajů v krátkém čase a ekonomická nenáročnost. Nevýhodou této metody je možnost získat zkreslené informace v důsledku neobjektivní odpovědi respondentů, nebo nepochopení daných otázek.

### 5.1 Charakteristika položek dotazníku

Jednotlivé položky dotazníku jsou charakterizovány takto:

- Otázky č. 1, 2, 3 jsou identifikační a cílem bylo zjistit pohlaví, věk a vzdělání respondentů.
- Otázky č. 4, 5, 6 jsou zaměřeny na získání informací o způsobu přijetí k operaci, druh operace a předchozí zkušenost s anestezii.
- Otázky č. 7, 8, 17, 21 jsou zaměřeny na získání informací o přístupu anesteziologického týmu a na spokojenost s anesteziologickým týmem.
- Otázky č. 9, 10, 13, 14, 15, 16, 18 jsou zaměřeny na způsob poskytování informací o anestezii a spojenými výkony.
- Otázky č. 11, 12, 19, 20 jsou zaměřeny na spokojenost s podáváním informací.

## 5.2 Charakteristika zkoumaného vzorku

Zkoumaný vzorek tvořili klienti operačních oborů menší soukromé nemocnice, u kterých byl provede výkon spojený s anestezií. Dotazník vyplnilo 120 respondentů. Převážnou část respondentů tvořili klienti chirurgického oddělení (47). Další velkou část respondentů tvořily klientky gynekologického oddělení (34). Na oddělení ortopedie (21) a na oddělení plastické chirurgie dotazník vyplnilo 12 respondentů.

## 5.3 Zpracování získaných dat

Získaná data byla zpracována do tabulek četnosti. Dle podskupin byly sečteny absolutní četnosti a následně vytvořeny tabulky četnosti a grafy. Pro výpočet a vytvoření tabulek byl použit program Microsoft Excel. Položky byly sestaveny do tabulek, graficky znázorněny a následně doprovozeny slovním popisem. U položek, které měly pouze jednu odpověď, jsem vycházela z celkového počtu respondentů, tudíž 120. U položek, které měly možnost více odpovědí, jsem si stanovila jako 100 % celkový počet odpovědí.

*Absolutní četnost v tabulce* udává počet dotazovaných, kteří odpovídali v položce stejnou odpovědí z nabídnutých možností.

*Relativní četnost v tabulce* znázorněná procentuálně, poskytuje informaci o tom, jak velká část z celkového počtu hodnot připadá na danou dílčí veličinu.

## 6 CÍLE PRÁCE

1. Zjistit spokojenost pacientů s odborným obsahem podávaných informací.
2. Zjistit zda a jakou formu podávání informací pacienti upřednostňují.
3. Zjistit spokojenost pacientů s přístupem anesteziologického týmu.
4. Zjistit zda po edukaci anesteziologickým týmem došlo ke zmírnění obav z výkonu.

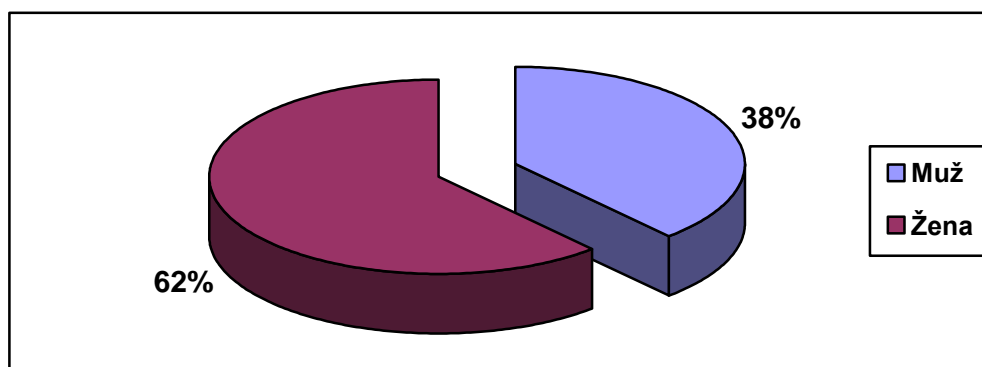
## 7 VÝSLEDKU PRŮZKUMU A JEHO ANALÝZA

### 7.1 Zpracování dotazníku

#### POLOŽKA Č. 1 – Jaké je Vaše pohlaví?

Tabulka č. 1: Pohlaví

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Muž	46	38
Žena	74	62
Celkem	120	100

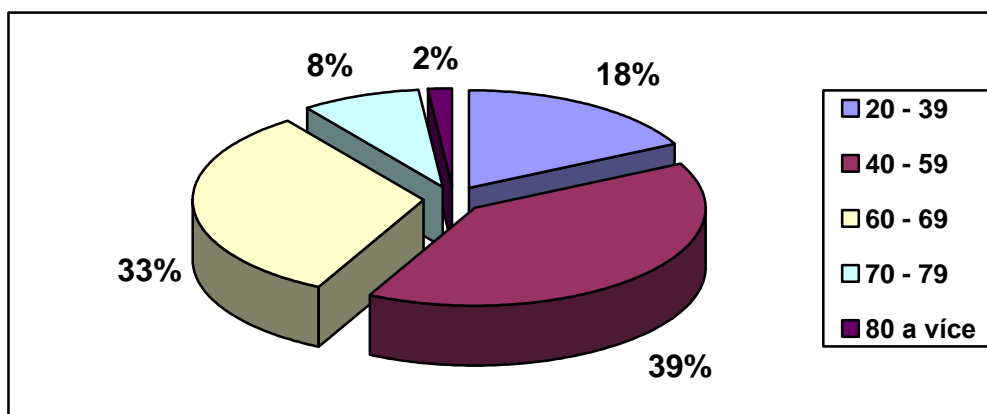


Graf. č. 1: Pohlaví

Mezi respondenty převažovaly ženy v počtu 74 (62 %) nad muži 46 (38 %). Tento fakt převahy žen nad muži mě během vyhodnocování dotazníku nepřekvapil, vzhledem k rozšířené operativně v oboru gynekologie.

**POLOŽKA Č. 2 – Jaký je Váš věk?***Tabulka č. 2: Věk*

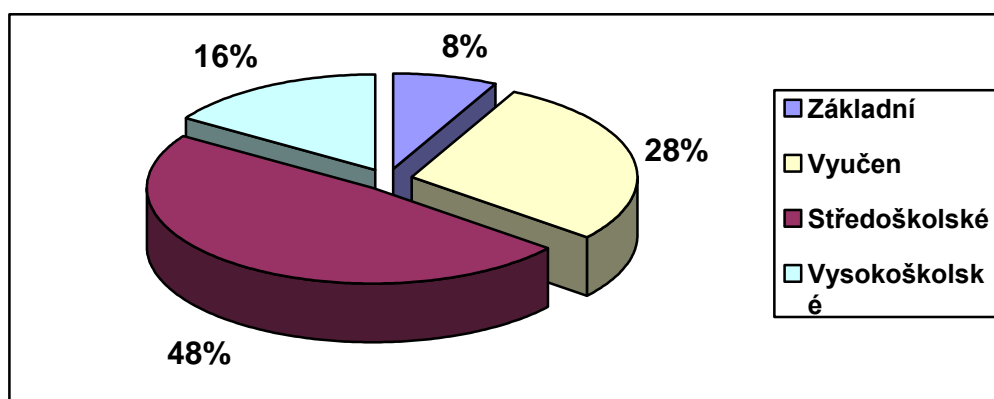
Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
20 - 39	21	18
40 - 59	48	39
60 - 69	39	33
70 - 79	10	8
80 a více	2	2
<b>Celkem</b>	<b>120</b>	<b>100</b>

*Graf. č. 2: Věk*

Z tabulky č. 2 a grafu č. 2 je patrné, že ze 100 % počtu respondentů bylo nejvíce anestetizovaných ve věkové kategorii 40 – 59 let a to 48 (39 %). S malým rozdílem je také v hojném počtu zastoupena věková kategorie 60 – 69 let 39 (33 %) respondentů. Ve věkovém rozmezí 20 – 39 let se dotazníkového šetření zúčastnilo 21 (18 %) respondentů. Věkovou skupinu 70 – 79 let tvořilo 10 (8 %) respondentů a jen pouze 2 (2 %) respondenti věkovou kategorií 80 a více let.

**POLOŽKA Č. 3 - Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?***Tabulka č. 3: Vzdělání*

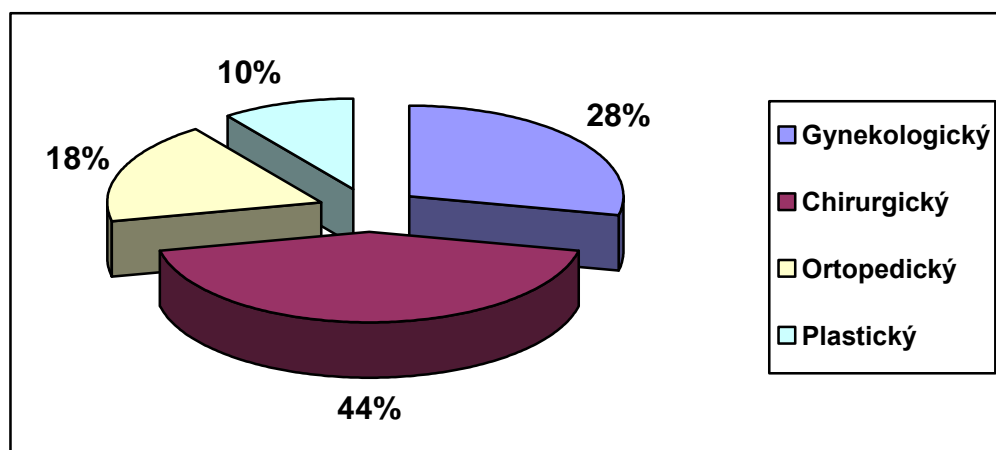
Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Základní	9	8
Vyučen	34	28
Středoškolské	58	48
Vysokoškolské	19	16
Celkem	120	100

*Graf. č. 3: Vzdělání*

Z tabulky č. 3 a grafu č. 3 vyplývá, že pouze 9 (8 %) respondentů má základní vzdělání. Vyučeno bylo 34 (28 %) respondentů, středoškolského vzdělání dosáhlo 58 (48 %) dotazovaných, a pouhých 19 (16 %) respondentů vzdělání vysokoškolského.

**POLOŽKA Č. 4 -** Jaký druh operačního výkonu u Vás byl proveden?*Tabulka č. 4: Druh operačního výkonu*

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Gynekologický	34	28
Chirurgický	52	44
Ortopedický	22	18
Plastický	12	10
Celkem	120	100

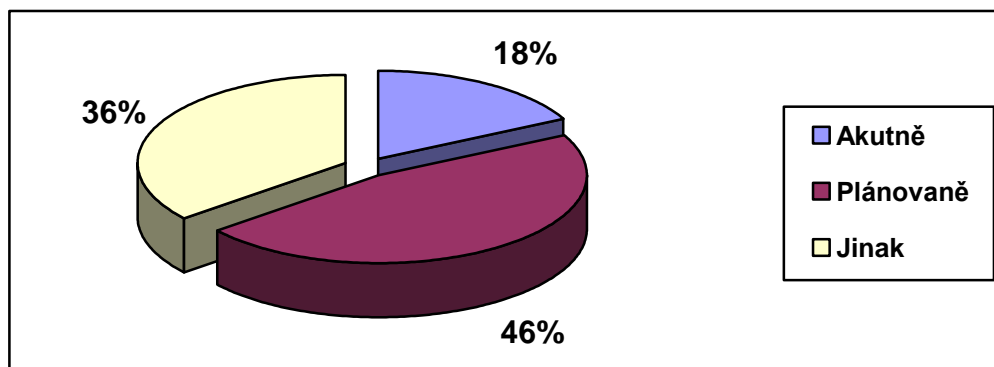
*Graf. č. 4: Druh operačního výkonu*

U 34 (28 %) respondentů byl proveden gynekologický výkon bez ohledu na druh anestézie. U 52 (44 %) respondentů se jednalo o chirurgický výkon, bez rozdílu, zda se jednalo o výkon traumatologický, cévní nebo výkon v dutině břišní. V oboru ortopedie podstoupilo operační výkon 22 (18 %) respondentů, bez specifikace anestezie. Nejméně zastoupenou skupinou byli respondenti po plastickém operačním výkonu 12 (10 %).



**POLOŽKA Č. 5 - K operačnímu výkonu jste byl/a přijat/a***Tabulka č. 5: Způsob přijetí před operací*

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Akutně	21	18
Plánovaně	56	46
Jinak	43	36
Celkem	120	100

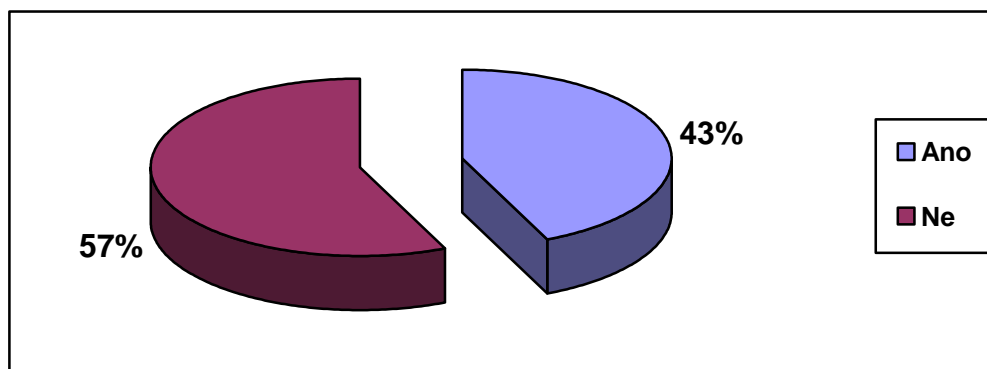
*Graf. č. 5: Způsob přijetí před operací*

Z výsledků této položky vyplývá, že respondentů akutně přijatých k operačnímu výkonu bylo 21 (18 %). 56 (46 %) respondentů bylo přijato k operačnímu výkonu plánovaně. Překvapivě velká část respondentů 43 (36 %) , byla hospitalizována v den operačního výkonu.

**POLOŽKA Č. 6** – Byl/a jste již někdy v minulosti na operačním výkonu spojeném s anestezií?

*Tabulka č. 6: Předchozí zkušenost s anestezií*

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ano	52	43
Ne	68	57
Celkem	120	100

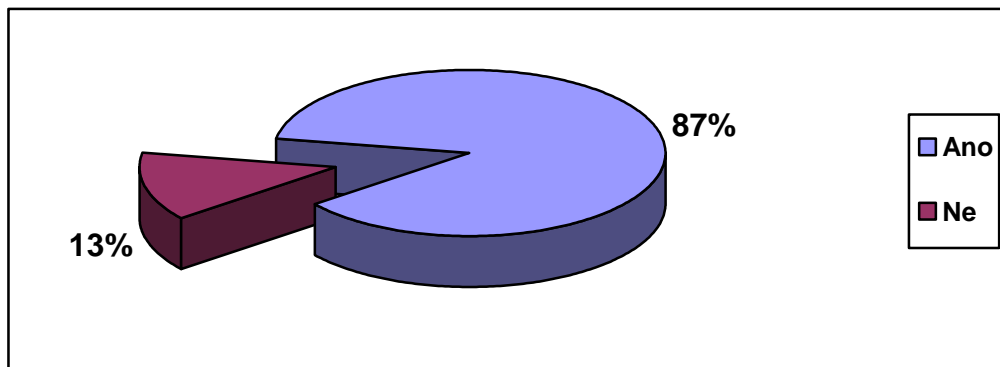


*Graf. č. 6: Předchozí zkušenost s anestezií*

Z výsledků této položky je zřejmé, že 68 (57 %) respondentů, podstupovalo operační výkon spojený s anestezií prvně a 52 (43 %) respondentů uvádělo, již předchozí zkušenosti s anestezií. Vzhledem k tomu, že nebyla mnou požadována časová osa od poslední anestézie, jednalo se o zkušenosti respondentů během jejich života.

**POLOŽKA Č. 7 - Představil se Vám lékař anesteziolog před operací?***Tabulka č. 7: Představení anesteziologa*

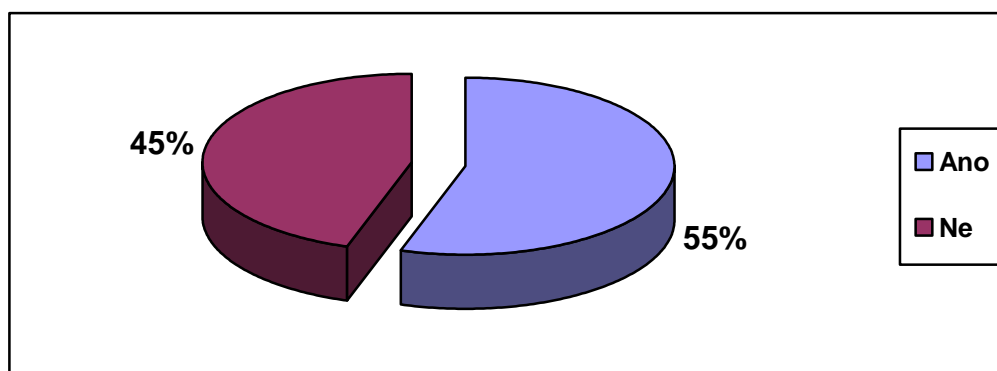
Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ano	104	87
Ne	16	13
Celkem	120	100

*Graf. č. 7: Představení anesteziologa*

Z tabulky č. 7 a grafu č. 7 jednoznačně vyplývá, že anesteziolog se představil 104 (87 %) respondentům. Pouze 16 (13 %) respondentům se anesteziolog nepředstavil.

**POLOŽKA Č. 8 - Představila se Vám anesteziologická sestra?***Tabulka č. 8: Představení anesteziologické sestry*

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	66	55
Ne	54	45
Celkem	120	100

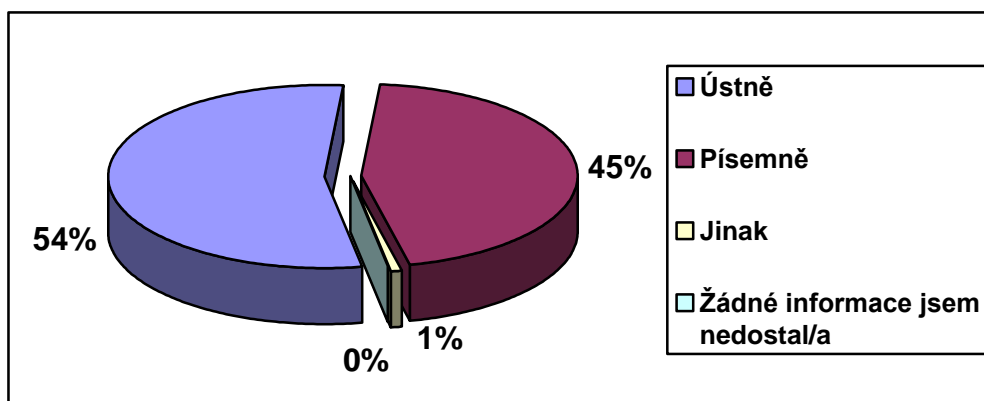
*Graf. č. 8: Představení anesteziologické sestry*

Jak je z tabulky č. 8 a grafu č. 8 patrné, anesteziologická sestra se nepředstavila 54 (45 %) respondentům. 66 (55 %) respondentů uvedlo, že se jim anesteziologická sestra při prvním kontaktu představila.

**POLOŽKA Č. 9 - Jakým způsobem Vám byly poskytnuty informace o anestezii?**

Tabulka č. 9: Způsob poskytnutí informací

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ústně	120	54
Písemně	99	45
Jinak	2	1
Žádné informace jsem nedostal(a)	0	0
<b>Celkem</b>	<b>221</b>	<b>100</b>

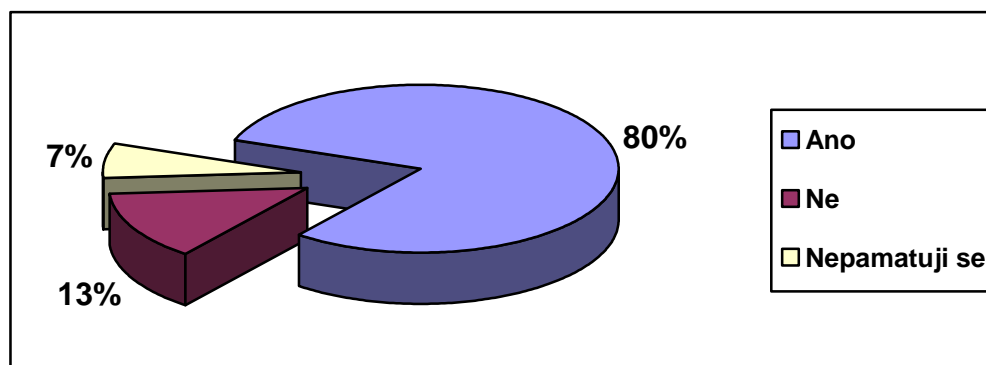


Graf. č. 9: Způsob poskytnutí informací

Z výsledků této položky vyplývá, že 120 (54 %) respondentů mělo poskytnuto informace o anestezii ústní formou, což znamená, že všichni respondenti dostali informace o anestézii. 99 (45 %) respondentů navíc i formou písemnou. Tento rozdíl mezi ústní a písemnou formou nasvědčuje shodě výsledků z tabulky č. 5 a grafu č. 5, kde 21 respondentů bylo přijato akutně. Odpověď *Jinak* uvedli 2 (1%) respondenti, nebyla zde ale možnost konkretizace, tudíž se mohou pouze domnívat, že tito respondenti získali informace o anestezii např. formou internetových zdrojů na základě vlastní iniciativy. V mém vzorku respondentů nebyl žádný, který by nedostal žádné informace.

**POLOŽKA Č. 10 - Vyplňoval/a jste anesteziologická dotazník?***Tabulka č. 10: Vyplnění anesteziologického dotazníku*

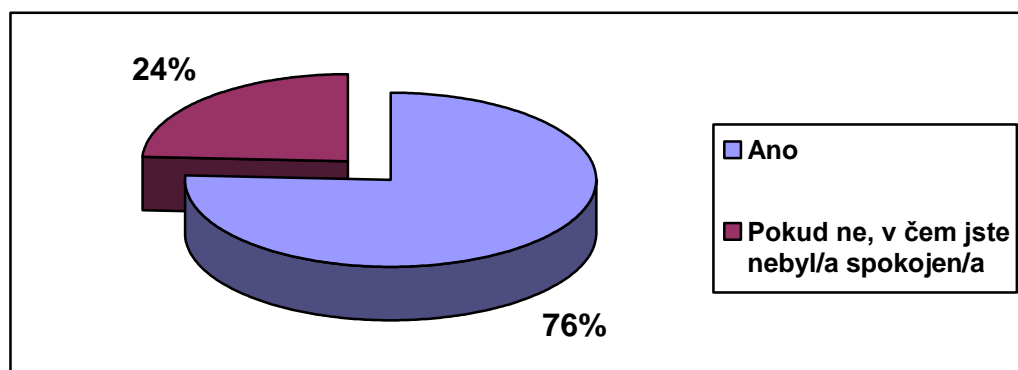
Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ano	96	80
Ne	16	13
Nepamatuji se	8	7
<b>Celkem</b>	<b>120</b>	<b>100</b>

*Graf. č. 10: Vyplnění anesteziologického dotazníku*

Anesteziologický dotazník vyplňovalo před anestezií 96 (80 %) respondentů, a pouhých 16 (13 %) respondentů dotazník nevyplňovalo. 8 (7 %) respondentů uvedlo, že si nepamatují na vyplnění anesteziologického dotazníku.

**POLOŽKA Č. 11 - Byl/a jste spokojen/a s obsahem podávaných informací?***Tabulka č. 11: Spokojenost s obsahem informací*

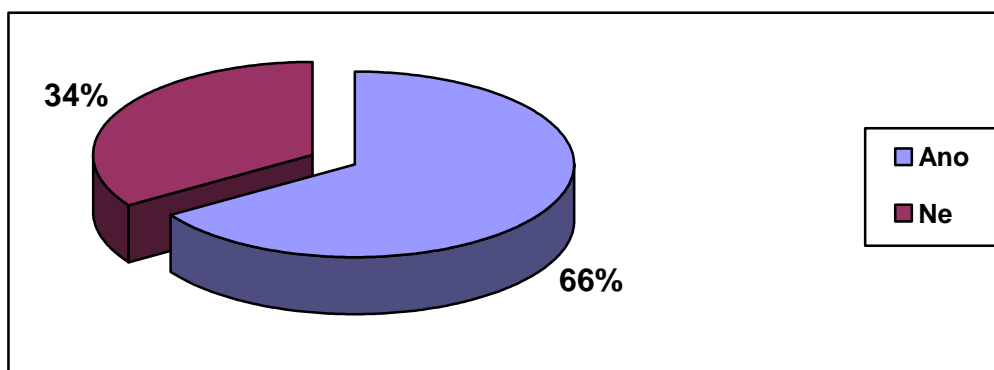
Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ano	91	76
Pokud ne, v čem jste nebyla spokojen/a	29	24
Celkem	120	100

*Graf. č. 11: Spokojenost s obsahem informací*

Z tabulky č. 11 a grafu č. 11 je patrné, že 91 (76 %) respondentů uvedlo, že jim vyhovoval obsah podaných informací. Tato otázka byla posuzována komplexně bez ohledu na věk, vzdělání a předchozí zkušenosti respondentů. Malou, ale také důležitou část tvořilo 29 (24 %) respondentů nespokojených s obsahem podávaných informací v oblasti anestezie.

**POLOŽKA Č. 12** - Byla forma podávaných informací srozumitelná?*Tabulka č. 12: Srozumitelnost informací*

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ano	102	85
Pokud ne, v čem nebyly informace srozumitelné	18	15
Celkem	120	100

*Graf. č. 12: Srozumitelnost informací*

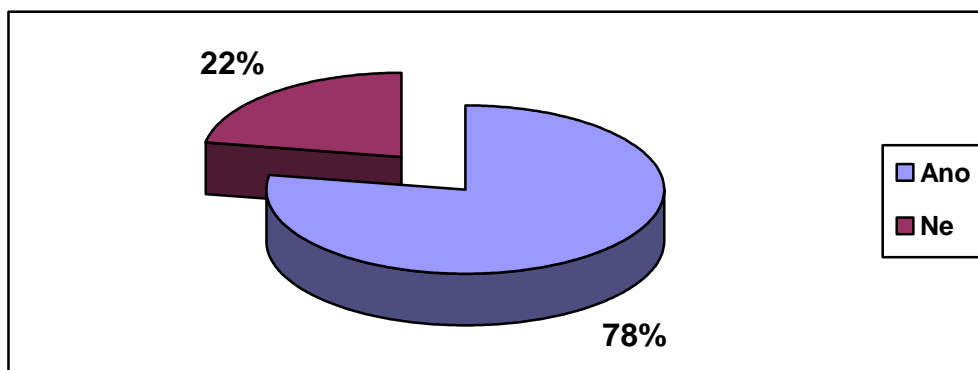
Z celkového počtu 120 respondentů uvedlo 102 (85 %) respondentů, že podávané informace jsou srozumitelné. 18 (15 %) respondentů nebylo se srozumitelností podávaných informací spokojeno.



**POLOŽKA Č. 13** – Pokud jste v předchozí otázce uvedl/a „NE“ měl/a jste možnost se zpětně dotázat?

Tabulka č. 13: Zpětné dotázání

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ano	14	78
Ne	4	22
Celkem	18	100



Graf. č. 13: Zpětné dotázání

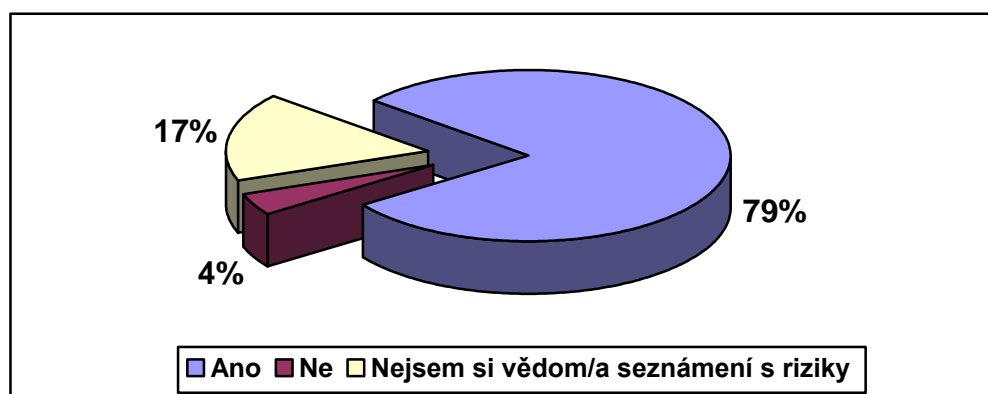
Protože 18 respondentů ze zkoumaného vzorku uvedlo v předchozí položce č. 12, že neměli možnost se zpětně dotázat na podávané informace, celkový počet zkoumaného vzorku pro tuto otázku tvoří tedy 18 (100 %) respondentů.

Z celkového počtu respondentů odpovědělo 14 (78 %) na možnost zpětného dotázání se při nesrozumitelnosti podávaných informací. Pouze 4 respondenti neměli možnost se dotázat na doplňující informace. Domnívám se, že tento fakt nezpůsobil nezájem anesteziologického týmu, nýbrž náhle vzniklé okolnosti, které limitovaly anesteziologický tým.

**POLOŽKA Č. 14 -** Byl/a jste seznámen/a s riziky spojenými s anestezií?

Tabulka č. 14: Seznámení s riziky anestezie

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ano	95	79
Ne	5	4
Nejsem si vědom/a seznámení s riziky	20	17
<b>Celkem</b>	<b>120</b>	<b>100</b>



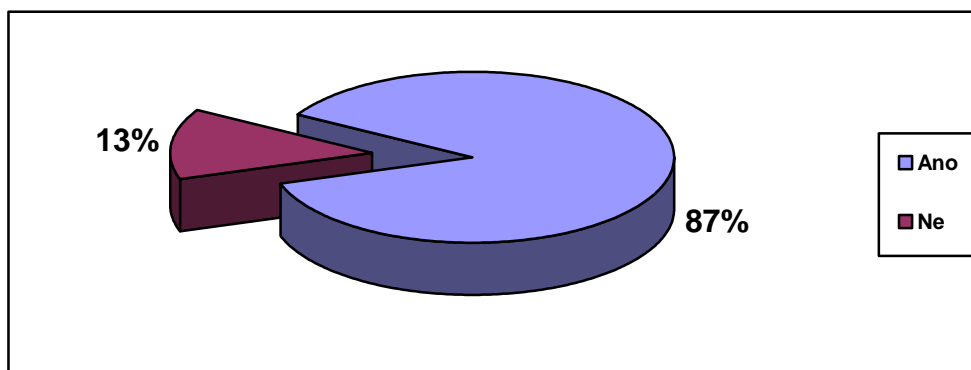
Graf. č. 14: Seznámení s riziky anestezie

Z celkového počtu dotazovaných odpovědělo 95 (79 %) respondentů, že byli obeznámení s riziky spojenými s anestezií. 20 (17 %) respondentů tvořili skupinu, která si není vědoma seznámení s riziky. Troufám si domnívat se, že nejčastější příčinou mohlo být pozdní podání informací, tedy až bezprostředně na operačním sále, kdy se mohl již dostavit účinek podaných opiátů v premedikaci. Negativně mě překvapila možnost NE, kterou uvedlo 5 (4 %) respondentů. Tento fakt považuji za vážné pochybení ze stran lékaře anesteziologa.

**POLOŽKA Č. 15** - Byl/a jste informována o možnosti podání léků tišících bolest po anestezii?

*Tabulka č. 15: Možnost podání analgetik*

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ano	104	87
Ne	16	13
Celkem	120	100



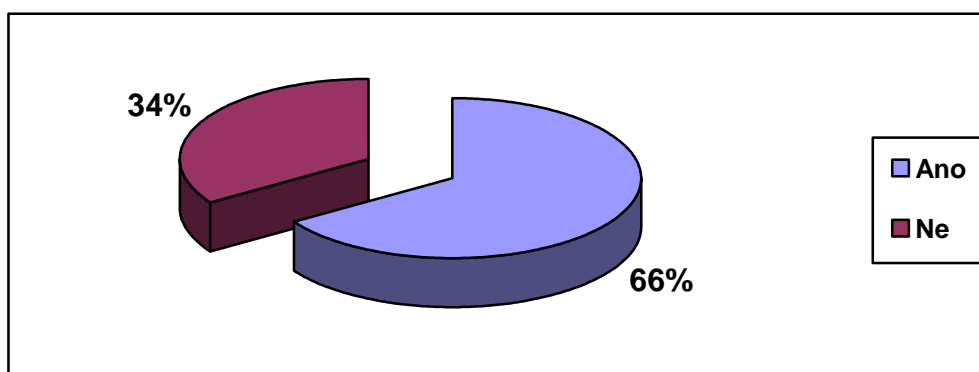
*Graf. č. 15: Možnost podání analgetik*

Jak je z tabulky č. 15 a grafu č. 15 patrné, celých 87 % (104) respondentů bylo informováno o podání léků tišících bolest. 16 (13 %) dotazovaných nebylo informováno o možnosti podání léků. Domnívám se, že právě tato část informovanosti je stěžejní a pro pacienta má nejdůležitější význam pro zmírnění obav z anestezie.

**POLOŽKA Č. 16** - Poskytla Vám také anesteziologická sestra informace spojené s anestézií? (podání infúze, monitorace, průběh péče na dospávacím pokoji po anestézii)

*Tabulka č. 16: Informace poskytnuté anesteziologickou sestrou*

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ano	79	66
Ne	41	34
Celkem	120	100



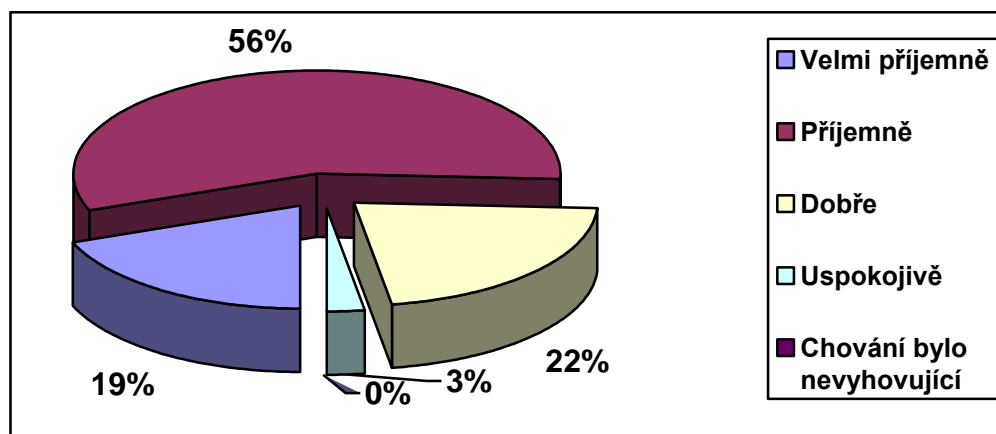
*Graf. č. 16: Informace poskytnuté anesteziologickou sestrou*

Z výsledků této položky je zřejmé, že 79 (66 %) respondentů, byla anesteziologickou sestrou informována o výkonech spojených s anestézií. 41(34 %) respondentů informováno nebylo. Tento fakt si vysvětlují náročností práce anesteziologické sestry, která nejen připravuje klienty před operací, ale sleduje také klienty po operaci.

**POLOŽKA Č. 17 - Jak na Vás působila anesteziologická sestra na předsáli?**

*Tabulka č. 17: Působení anesteziologické sestry*

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Velmi příjemně	23	19
Příjemně	68	56
Dobře	26	22
Uspokojivě	3	3
Chování bylo nevyhovující	0	0
<b>Celkem</b>	<b>120</b>	<b>100</b>

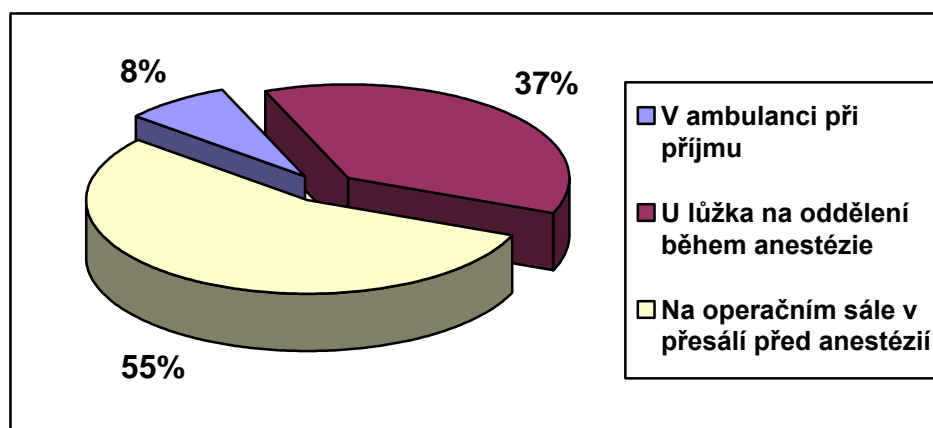


*Graf. č. 17: Působení anesteziologické sestry*

Z tabulky č. 17 a grafu č. 17 vyplývá že anesteziologická sestra působila na 19 (23 %) respondentů velmi příjemně. 68 (56 %) respondentů označilo přístup sestry jako příjemný, což je velmi potěšující výsledek, protože dle mého názoru je právě anesteziologická sestra ta, která má velký vliv na klienta na operačním sále. Známkou *dobře*, hodnotilo sestru 26 (22 %) respondentů. Pouze 3 (3 %) respondenti označili působení anesteziologické sestry za uspokojivé. Položka *Chování bylo nevyhovující* nebyla využita.

**POLOŽKA Č. 18 - Kde Vám byly informace o anestezii poskytnuty?***Tabulka č. 18: Místo poskytování informací*

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
V ambulanci při příjmu	17	8
U lůžka na oddělení během hospitalizace	81	37
Na operačním sále v předsálí, před operací	120	55
<b>Celkem</b>	<b>218</b>	<b>100</b>

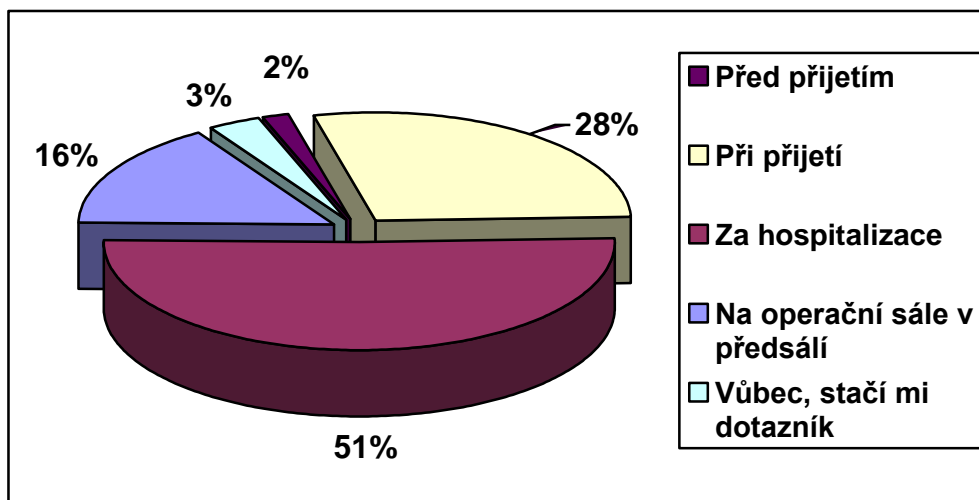
*Graf. č. 18: Místo poskytování informací*

V této položce byly hodnoceny všechny odpovědi (218), což tvořilo 100 %. V ambulanci při příjmu byly poskytnuty informace 17 (8 %) respondentům. Vzhledem k absenci anesteziologické ambulance se s velkou pravděpodobností jednalo o ambulance jiných oborů. U lůžka na oddělení byly informace poskytnuty 81 (37 %) respondentům. Velmi zajímavým a překvapivým zjištěním bylo, že 120 (55 %) respondentů, což jsou všichni odpovídající, mělo poskytnuty informace na operačním sále. Z toho vyplývá, že informace byly poskytnuty v některých případech opakovaně. Nelze ale hodnotit shodu v poskytnutých informacích.

**POLOŽKA Č. 19** - Kdy je pro Vás důležité být informován o anestezii?

Tabulka č. 19: Kdy informovat o anestezii

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Před přijetím	2	2
Při přijetí	34	28
Za hospitalizace	61	51
V předsáli operačního sálu	19	16
Vůbec, stačí mi dotazník	4	3
<b>Celkem</b>	<b>120</b>	<b>100</b>



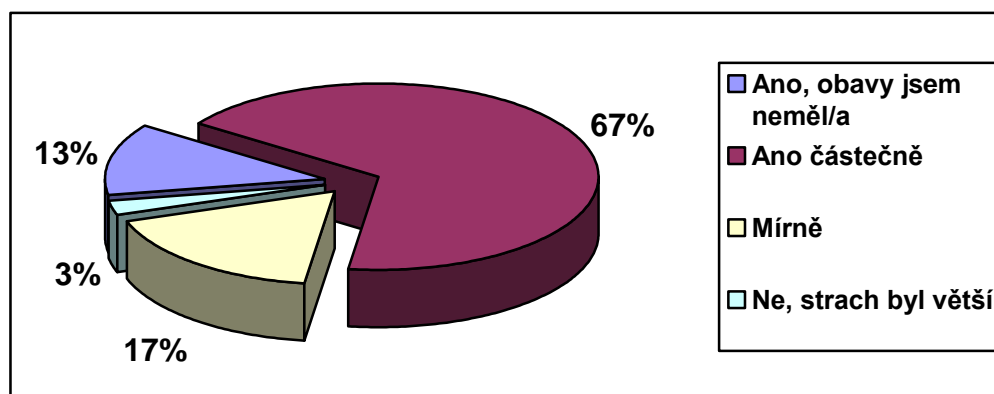
Graf. č. 19: Kdy informovat o anestezii

Na otázku kdy je pro klienty důležité informovat o anestezii, odpovědělo 61 (51 %) respondentů, že dávají přednost podávání informací během hospitalizace. 34 (28 %) respondentů uvedlo jako vyhovující edukaci v době při přijetí. Podání informací až v předsáli je vyhovující pro 19 (16 %) respondentů. 2 (2 %) respondenti upřednostňují podání informací ještě před přijetím. Pouhá 3% (4) respondentů nevyžaduje informace podané ústní formou, vystačí jim anesteziologický dotazník v tištěné formě.

**POLOŽKA Č. 20** - Zmírnil rozhovor s anesteziologickým lékařem nebo sestrou obavy z anestezie?

Tabulka č. 20: Zmírnění obav z anestezie

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ano, obavy jsem neměl/a	15	13
Ano částečně	81	67
Mírně	21	17
Ne, strach byl větší	3	3
<b>Celkem</b>	<b>120</b>	<b>100</b>



Graf. č. 20: Zmírnění obav z anestezie

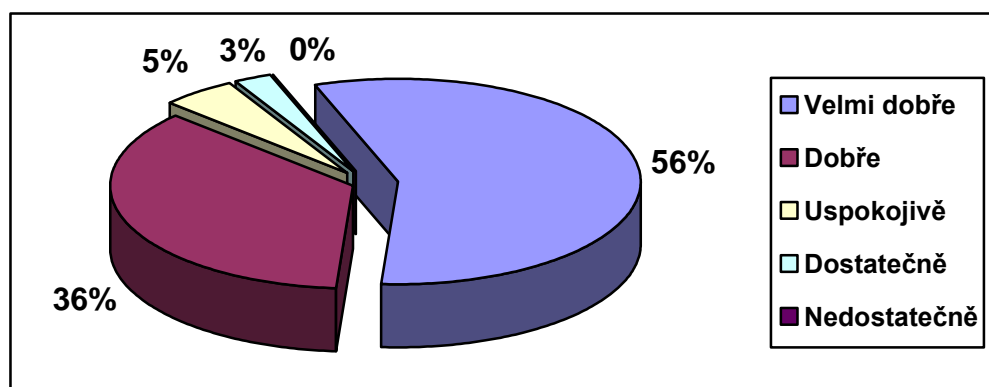
Z tabulky č. 20 a grafu č. 20 vyplývá, že 81 (67 %) respondentů pocítilo po edukaci anesteziologickým týmem částečné zmírnění obav z anestezie. Úplné vymizení obav z anestezie uvedlo 15 (13 %) respondentů. Mírné zmírnění obav z anestezie pocítilo 21 (17 %) odpovídajících a pouze 3 (3 %) respondenti měli strach z anestezie větší. Dovolují si domnívat se, že tento fakt mohl být ovlivněn informací která se vztahuje k polohování pacienta při některých typech operací.



**POLOŽKA Č. 21** - Jste celkově spokojen/a s přístupem anesteziologického týmu?  
( Komunikační schopnosti, gesta při komunikaci, řešení situací vzhledem k vašemu stavu.....)

*Tabulka č. 21: Spokojenost s anesteziologickým týmem*

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Velmi dobře	68	56
Dobře	43	36
Uspokojivě	6	5
Dostatečně	3	3
Nedostatečně	0	0
<b>Celkem</b>	<b>120</b>	<b>100</b>



*Graf. č. 21: Spokojenost s anesteziologickým týmem*

68 (56 %) respondentů hodnotí přístup anesteziologického týmu jako velmi příjemný. 43 (36 %) respondentů ohodnotilo tým dobře. Na 6 (5 %) respondentů působil anesteziologický lékař a sestra uspokojivě. Zanedbatelné 3 % (3) respondentů hodnotili známkou dostatečnou. Nedostatečnou nebyl anesteziologický tým hodnocen.

## 8 DISKUZE

V prvním cíli mé práce jsem chtěla zjistit, zda jsou klienti spokojeni s odborným obsahem podávaných informací. V době hospitalizace chce pacient vědět dostatek informací, týkajících se nejen onemocnění, ale také anestezie a rizik. Dotazníkového šetření se zúčastnilo 120 respondentů, v průměrném věku 50 let. Nejméně zastoupenou věkovou skupinou byli respondenti ve věkové kategorii 80 a více let, pravděpodobně se jednalo o nemožnost vyplnit dotazník z důvodu pooperačních komplikací nebo vyčerpání po operačním výkonu a anestezii. V dotazníkovém šetření byly více zastoupeny ženy, což je dáno rozšířenou operativou v oblasti gynekologie v naší nemocnici. Téměř polovina respondentů měla středoškolské vzdělání. Pro 91 (76 %) respondentů byly informace po stránce obsahu vyhovující, a 102 (85 %) respondentů hodnotilo informace jako srozumitelné. 29 (24 %) respondentů hodnotilo negativně množství podaných informací. 10 respondentů uvedlo, že si všechny podané informace nemohli zapamatovat. Jak uvedlo 5 respondentů, také nedostatek soukromí byl jedním s faktorů, které narušují podávání informací. Tento fakt by nás měl vést k zamyšlení, zda opravdu věnujeme pacientům dostatek času při podávání informací a zda jim necháváme prostor ke zpracování. Také v oblasti srozumitelnosti podaných informací se vyskytla kritika. Nejčastěji klienti uváděli, že anesteziologický personál mluvil příliš potichu anebo mluvil příliš rychle. 4 respondenti uvedli nesrozumitelnost informací z důvodu četného použití odborných výrazů lékařem. V případě nesrozumitelných informací využilo zpětného dotázání pouze 14 (78 %) respondentů z 18 (100 %) odpovídajících. Domnívám se, že v případě, kdy 4 (22 %) respondentům nebylo umožněno se zpětně dotázat, nepochybil anesteziologický tým, nýbrž došlo k náhle vzniklým okolnostem, které pracovníky limitovaly.

Druhým cílem mé práce bylo zjistit, zda a jakou formu informací klienti upřednostňují. Z odpovědí respondentů vyplynulo, že všech 120 (100 %) respondentů bylo informováno ústně. Tato informace je velmi potěšující, nicméně pouhých 96 (80 %) respondentů vyplňovalo anesteziologický dotazník. Domnívám se, že se jednalo pouze o nevyplnění dotazníku respondentem samotným. Tzn., že v případě časové tísně u akutních výkonů mohl anesteziolog popřípadě anesteziologická sestra vyplnit s pacientem dotazník v průběhu edukace. Znepokojuje mě v této oblasti zkracování doby hospitalizace a to ve smyslu před výkonem. Respondenti přijatí plánovaně, ale až v den operace (mnohdy pouhou 1 hodinu), byli zastoupeni ve značném počtu 43 (36 %). Z toho vyplývá, že informace byly

podány až na operačním sále, mnohdy neměli klienti poskytnuty informace písemně a chyběl tak časový prostor pro jejich zpracování. Z vlastních zkušeností vím, že v těchto náročných situacích, lékař anesteziolog nejen poučuje klienta o anestezii, ale vyplňuje s ním nepřímo i výše zmiňovaný anesteziologický dotazník. Proto 16 (13 %) respondentů uvedlo, že nevyplňovali anesteziologický dotazník a 8 (7 %) respondentů si nepamatovalo na vyplnění dotazníku. Rovněž doba, kdy chtějí být klienti informováni je pro ně velice důležitá. Podávání informací za hospitalizace upřednostňuje 61 (51 %) respondentů. Myslím si, že ne vždy je tato možnost vyhovující (probíhá příprava na operační výkon), přikláněla bych se k 34 (28 %) respondentům, kteří uvedli, že nejvhodnější dobou je doba při přijetí. Jak dále uvedlo 17 (8 %) respondentů, informace jim byly poskytnuty v ambulanci při příjmu. Vzhledem k absenci anesteziologické ambulance se s velkou pravděpodobností jednalo o ambulance jiných oborů. Taktéž se domnívám, že informace byly poskytnuty lékařem který nepracuje v oboru anesteziologie. V tomto bodě nastává příležitost pro zvážení anesteziologické ambulance, která v současné době není součástí nemocnice.

Ve třetím cíli své práce jsem chtěla zjistit, zda jsou klienti spokojeni s přístupem anesteziologického týmu. O práci anesteziologického týmu bylo již napsáno hodně, je profesionální, velmi náročná. Nesmíme však zapomínat, že jsme to právě my, kdo je s pacientem v době nástupu anestezie, během celého trvání anestezie a také bezprostředně po ukončení anestezie. Pacienti v nás kladou velké naděje a důvěru. Hodnocení respondentů anesteziologického týmu bylo velmi potěšující. Přístup anesteziologického týmu hodnotilo 68 (56 %) respondentů velmi dobře. Značné nedostatky vykazují anesteziologické sestry při prvním kontaktu s klientem. Jak z dotazníku vyplývá, 54 (45 %) respondentů uvedlo, že se jim sestra nepředstavila. Naproti tomu navázání prvního kontaktu s pacientem úvodním představením lékaře si všimlo 104 (87 %) respondentů. Ze své praxe vím, že anesteziologické sestry často tuto důležitou část rozhovoru opomíjejí a neuvědomují si, jak velký význam pro pacienta představení personálu znázorňuje. Myslím si ale, že tato skutečnost může být z části ovlivněna, a to ve smyslu jednoznačně zadaných odpovědí. Není zde možnost respondentů uvádět, zda se sestra představila jako anesteziologická, nebo se představila celým jménem.

Čtvrtým a poslední cílem mé práce bylo zjistit, zda klienti po edukaci anesteziologickým týmem pocítili zmírnění obav z anestezie. Jak respondenti uvedli, podání informací o anestezii a výkony s ní spojenými, byly ve většině případů dostačující a srozumitelné.

Situacím, kdy klienti žádali doplňující informace, bylo také z větší části vyhověno. Ani předchozí zkušenosti anestezie neovlivňovaly pocitování obav a strachu, protože jak větší na klientů (i mimo dotazníkové šetření) uvádí, každá operace je jiná a každé její prožívání je jiné. Mého šetření se zúčastnilo 68 (57 %) klientů bez předchozí zkušenosti s anestezií a 52 (43 %) klientů, kteří během svého života podstoupili operační výkon spojený s anestezií.

V oblasti snižování obav z anestezie, je pro klienty stěžejní nejen dostatek informací, ale také pocit „jistoty“ že bude provedeno vše, ke zmírnění jejich pooperační bolesti. Informace o možnosti poskytnutí léků tišících bolest dostalo dle dotazníkového šetření 104 (87 %) respondentů. Pouze 16 (13 %) respondentů nebylo o této možnosti informováno. Myslím si, že nedošlo k pochybení v péči o pacienta ze stran anesteziologického personálu a analgetika byla podána dle situace a stavu pacienta. Jako chyba se nabízí pouze časově nevhodně podaná informace, většinou bezprostředně po anestezií. *„Podle epidemiologických průzkumů docenta Jiřího Mála z Kliniky anesteziologie a resuscitace FNKV ve vzorku české populace označuje 18,5 % pacientů bolest za nejhorší zážitek v pooperačním období a ve 36 % případů je bolest příčinou významných stesků po operaci. Na druhé straně doc. Málek konstatuje, že pacienti samotní nepřikládají pooperační bolesti tak velkou prioritu, jak by se mohlo na první pohled zdát - jen 5 % z nich bylo nespokojeno s léčbou. Do třetice týž autor uzavírá, že zhruba 30 % nemocných potřebuje po operaci zlepšit analgetickou léčbu. To znamená každoročně v ČR zhruba čtvrt milionu nemocných“* (Ševčík; Kříkava, 2011, online).

Také informace o případných komplikacích, mohou velmi ovlivnit obavy doprovázející anestezii a operační výkon. Jak nasvědčují výsledky z tabulky č. 20 a grafu č. 20, pouze 3 (3 %) respondenti pocítili větší strach po edukaci. Dovolují si domnívat se, že tento fakt mohl být ovlivněný informací, která souvisí s polohováním pacienta při některých výkonech, s chronickým onemocněním, náročností operace, nebo předchozími komplikacemi během a po anestezií.

Domnívám se, že pokud budeme přistupovat k poskytování informací klientům včas, klidně, chápavě a s dostatkem srozumitelných informací a budeme připraveni odpovědět na jejich dotazy, snížíme tak jistě obavy z anestezie. Tento fakt bych doložila také výsledkem položky č. 20, ve které 81 (67 %) respondentů uvedlo částečné snížení obav z anestezie a u 15 (13 %) respondentů obavy vymizely úplně.

## 9 ZÁVĚR

Má bakalářská práce byla pro mne přínosná a obohacující. V průběhu své praxe jsem měla možnost navštívit jiná anesteziologická pracoviště. V době nových postupů a metod v oblasti anestezie zůstává ale informovanost pacienta prioritní a dbá se na její dostatečný rozsah a srozumitelnost. Zjistit ale, zda je vše prováděno i s jistou mírou porozumění pacientovi, bylo pro mne stěžejní při výběru tohoto tématu.

V teoretické části jsem uplatnila znalosti ze specializačního studia v oboru ARIP, týkající se anestezie a anesteziologie a důkladně poznala problematiku informovanosti. Při vyhodnocování dotazníkového šetření jsem byla překvapena vstřícností klientů a sester naší nemocnice, což se také odrazilo v návratnosti dotazníků. Zpracovávání praktické části mě přimělo se ve větší míře zabývat problematikou informovanosti pacientů. Z mého šetření vyplynulo, jak jsem již zmínila výše, významný deficit v oblasti rozhovoru anesteziologické sestry s pacientem. Tento průzkum bych chtěla do budoucna zrealizovat i v jiné nemocnici, kde také pracuji jako anesteziologická sestra. A na základě výsledků tyto dva průzkumy porovnat vzájemně.

Tato práce bude poskytnuta k nahlédnutí anesteziologickým lékařům a sestřám a doufám, že jim bude alespoň v malé míře přínosem.

### *Návrh pro praxi:*

1. Bakalářská práce a výsledky šetření byly představeny vrchní sestře ARO a náměstkyni pro ošetrovatelskou péči. Bylo vyhověno mé žádosti prezentovat výsledky průzkumu na semináři nemocnice, který se koná dne 4. října 2011.
2. V době zpracovávání bakalářské práce jsem ve spolupráci s vrchní sestrou ARO navrhla obnovu anesteziologického dotazníku z důvodu jeho nevyhovující formy (příliš odborné termíny). Naší žádosti bylo vyhověno a od 1.1. 2011 je používán stávající anesteziologický dotazník.

## 10 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- DUDA, M. a spol. *Práce sestry na operačním sále*. 1. vyd. Praha: Grada, 2000. 392 s. ISBN 80-7169-642-0.
- GLADKIJ, I., et al. *Management ve zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2003. 380 s. ISBN 80-7226-996-8.
- HAŠKOVCOVÁ, H. *Informovaný souhlas proč a jak?* 1. vyd. Praha: Galén, 2007. 103 s. ISBN 978-80-7262-497-3.
- HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*, 1. vyd. Praha: Galén, 1994. 232 s. ISBN 80-85824-03-5.
- HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*, 3. vyd. Praha: Galén, 2002. 272 s. ISBN 80-7262-132-7.
- IVANOVÁ, K.; JUŘÍČKOVÁ L. *Písemné práce na vysokých školách se zdravotnickým zaměřením*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. 98 s. ISBN 80-244-0992-5.
- KASAL, E., a kol. *Základy anesteziologie, resuscitace, neodkladné medicíny a intenzivní péče pro LF*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003. 197 s. ISBN 80-246-0556-2.
- LARSEN, R., a kol. *Anestezie*. 1. vyd. Praha: Grada, 1998. 936 s. ISBN 80-7169-179-8.
- LARSEN, R. *Anestezie*. 7. vyd. Praha: Grada, 2004. 1392 s. ISBN 80-247-04765.
- MILOSCHEVSKY, D., a kol. *Regionální anestezie*. Praha: Astra Pharmaceuticals, 1998. 206 s. ISBN 80-902532-9-6.
- ŠEVČÍK, P. *Novinky v anesteziologii, intenzivní medicíně a léčbě bolesti 2008*. 1. vyd. Praha: Galén, 2008. 412 s. ISBN 978-80-7262-589-5.
- ŠUSTEK, P. HOLČAPEK, T. *Informovaný souhlas*. Praha: ASPI, 2007. 260 s. ISBN 978-80-7357-268-6.
- VONDRÁČEK, L. *Pochybení a sankce při poskytování lékařské péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 76 s. ISBN 978-80-247-2181-1.
- VONDRÁČEK, L.; LUDVÍK, M. *Zdravotnické právo v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2003. 74 s. ISBN 80-7013-376-7.

ZEMANOVÁ, J. *Základy anesteziologie*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2002. 149 s. ISBN 80-7013-374-0.

## 11 SEZNAM POUŽITÝCH INTERNETOVÝCH ZDROJŮ

PACHL, J. *Základy anesteziologie a resuscitační péče*. [online]. [2011-04-05]. Dostupné z WWW: <<http://old.lf3.cuni.cz/studium/materialy/anesteziologie/anesteziologie.htm>>

ŠEVČÍK, P., KŘÍKAVA, I. *Pooperační analgezie v České republice: Věnujeme jí dostatek pozornosti?* [online]. 2010 - [cit. 2011-04-05]. Zdravotnické noviny. Dostupné z WWW: <<http://www.zdn.cz/clanek/priloha-lekarske-listy>>

ŠTOURAC, P., *Základy anesteziologie* [online]. 2007 - [cit. 2011-04-05]. Anesteziologie a intenzivní medicína. Dostupné z WWW: <<http://portal.med.muni.cz/disciplina-123>>

MZCR, *Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků*. [online]. 2011 - [cit. 2011-03-05]. Vyhláška 55/2011 sb. Dostupné z WWW: <[http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/informace-k-vyhlasce-c-sb-kterou-se-stanovi-cinnosti-zdravotnickych-pracovniku-a-jinych-odbornych-pracovniku-ve-zneni-vyhlasky-c-sb\\_4763\\_3.html](http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/informace-k-vyhlasce-c-sb-kterou-se-stanovi-cinnosti-zdravotnickych-pracovniku-a-jinych-odbornych-pracovniku-ve-zneni-vyhlasky-c-sb_4763_3.html)>



## 12 SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

např.    například

tzn.    to znamená

tzv.    tak zvaný

### 13 SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1: Pohlaví.....	37
Graf č. 2: Věk.....	38
Graf č. 3: Vzdělání.....	39
Graf č. 4: Druh operačního výkonu.....	40
Graf č. 5: Způsob přijetí před operací.....	41
Graf č. 6: Předchozí zkušenost s anestézií.....	42
Graf č. 7: Představení anesteziologa.....	43
Graf č. 8: Představení anesteziologické sestry.....	44
Graf č. 9: Způsob poskytnutí informací.....	45
Graf č. 10: Vyplnění anesteziologického dotazníku.....	46
Graf č. 11: Spokojenost s obsahem informací.....	47
Graf č. 12: Srozumitelnost informací.....	48
Graf č. 13: Zpětné dotázání.....	49
Graf č. 14: Seznámení s riziky anestézie.....	50
Graf č. 15: Možnost podání analgetik.....	51
Graf č. 16: Informace poskytnuté anesteziologickou sestrou.....	52
Graf č. 17: Působení anesteziologické sestry.....	53
Graf č. 18: Místo poskytování informací.....	54
Graf č. 19: Kdy informovat o anestézii.....	55
Graf č. 20: Zmírnění obav z anestézie.....	56
Graf č. 21: Spokojenost s anesteziologickým týmem.....	57

## 14 SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1: Pohlaví.....	37
Tabulka č. 2: Věk.....	38
Tabulka č. 3: Vzdělání.....	39
Tabulka č. 4: Druh operačního výkonu.....	40
Tabulka č. 5: Způsob přijetí před operací.....	41
Tabulka č. 6: Předchozí zkušenost s anestézií.....	42
Tabulka č. 7: Představení anesteziologa.....	43
Tabulka č. 8: Představení anesteziologické sestry.....	44
Tabulka č. 9: Způsob poskytnutí informací.....	45
Tabulka č. 10: Vyplnění anesteziologického dotazníku.....	46
Tabulka č. 11: Spokojenost s obsahem informací.....	47
Tabulka č. 12: Srozumitelnost informací.....	48
Tabulka č. 13: Zpětné dotázání.....	49
Tabulka č. 14: Seznámení s riziky anestézie.....	50
Tabulka č. 15: Možnost podání analgetik.....	51
Tabulka č. 16: Informace poskytnuté anesteziologickou sestrou.....	52
Tabulka č. 17: Působení anesteziologické sestry.....	53
Tabulka č. 18: Místo poskytování informací.....	54
Tabulka č. 19: Kdy informovat o anestézii.....	55
Tabulka č. 20: Zmírnění obav z anestézie.....	56
Tabulka č. 21: Spokojenost s anesteziologickým týmem.....	57

## **15 SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha PI: Anesteziologický dotazník

Příloha PII: Anesteziologický záznam

Příloha PIII: Dotazník

## PŘÍLOHA PI: ANESTEZIOLOGICKÝ DOTAZNÍK

Nemocnice Hranice a. s., Zborovská 1245, 753 22 Hranice  
IČO: 47677406, DIČ: CZ47677406, Krajský soud v Ostravě, oddíl B, vložka 852

### VYSVĚTLENÍ K ANESTEZII A ANESTEZIOLOGICKÝ DOTAZNÍK

Příjmení:

Rodné číslo:

Jméno:

Váha:

Výška:

Vážená paní, vážený pane,

Přečtěte si prosím následující vysvětlení k anestezii a vyplňte anesteziologický dotazník. Chceme Vás touto formou nejen informovat o plánovaném anesteziologickém postupu, ale i získat pro spolupráci a tím zvýšit Vaši bezpečnost při operačním nebo diagnostickém výkonu. Bolestivá vyšetření a operační výkony se provádějí zpravidla v anestezii (zncitlivěnf). Za bezbolestnost zákroku odpovídá lékař anesteziolog, který během výkonu sleduje a udržuje důležité životní funkce pacienta a chrání tak organismus před nepříznivými účinky výkonu a anestezie. K vyřazení bolesti se používá buďto celková anestezie nebo anestezie jen operované části těla, tzv. svodná anestezie. Způsob anesezie navrhne anesteziolog.

Celková anestezie (narkóza)

Celková anestezie vyřazuje vědomí a vnímání bolesti z celého těla. Pacient se během ní nachází v klidném (spánku podobném) stavu. Příprava k anestezii začíná u plánovaných výkonů u hospitalizovaných pacientů již v předvečer operace podáním zklidňující tablety (na přání pacienta). Pokud nemocný užívá dlouhodobě léky, informuje jej ošetřující lékař, které z nich si vezme ještě ráno v den operace. Důležité je zapít léky nejvýše jedním douškem vody nebo čaje. Přibližně 45 minut před začátkem zákroku dostane pacient buď injekci do hýžděového svalu nebo tabletku, tzv. premedikaci. Cílem premedikace je zklidnit nemocného a připravit ho na operaci a anestezii. Jako vedlejší účinek injekce může být nepříjemně vnímán pocit sucha v ústech, rozmazané vidění a točení hlavy. Proto po premedikaci již nelze vstávat z lůžka, hrozí poruchy koordinace pohybů s případným pádem! Na operačním sále (někdy již na oddělení) zavede sestra pacientovi do žíly na paži umělohmotnou kanylu, na kterou napojí infuzi s roztokem minerálů. Kanyla je určena nejen k podání léků v úvodu a v průběhu anestezie, ale i k okamžitému podání léků při případných poruchách životních funkcí. Na druhou paži připevní anesteziologická sestra manžetu, která slouží k měření krevního tlaku během anestezie. Pacient může při měření krátce pociťovat nepříjemný tlak na paži. Dále sestra nalepí pacientovi na hrudník EKG elektrody ke sledování srdeční činnosti a na prst připne klip, který snímá přes nehet obsah kyslíku v krvi pacienta.

Anestezie je zpravidla zahájena podáním injekce „uspávacího prostředku“ do kanyly v žíle na paži a je udržována buď dalším přidáváním uspávacích prostředků do žíly nebo inhalačně - vdechováním tzv. anestetických plynů. U některých krátkých výkonů dýchá anesteziolog s pacientem pomocí anesteziologické masky. U ostatních výkonů zavádí anesteziolog umělohmotnou rourku, tzv. endotracheální tubus ústy (u některých zákroků přes nos) do průdušnice.

Jinou variantou zajištění dýchacích cest je použití tzv. laryngeální masky, což je tubus se speciálně tvarovanou manžetou na konci rourky těsně naléhající na hrtan. Endotracheální tubus a laryngeální maska významně zvyšují bezpečnost pacienta tím, že zajistí dokonalou průchodnost dýchacích cest a chrání plíce před následky případného zvracení při anestezii. Při všech těchto způsobech zajištění dýchacích cest je možné, ve zcela ojedinělých případech poškodit, až uvolnit zuby, včetně zubů ošetřených náhradou. Anesteziolog proto musí být pacientem informován o stavu chrupu, hlubokých kazech, korunkách a zubních můstcích. Pokud jsou některé zuby výrazně poškozené či uvolněné je vhodné navštívit ještě před operací svého zubního lékaře.

Po operaci se pacient probouzí, s výjimkou nejzávažnějších operačních výkonů, již na operačním sále. Určitou dobu však může ještě přetrvávat účinek léků, které ovlivňují paměť, takže si pacient na bezprostřední dobu po výkonu nepamatuje. Po probuzení je pacient převezen buď zpět na lůžkové oddělení nebo u závažnějších výkonů na jednotku intenzivní péče.

#### Svodná anestezie (znecitlivění operované oblasti)

Vyřazuje vnímání bolesti v operované oblasti. Nejčastěji se používá epidurální, subarachnoideální blokáda nebo blokáda nervů pažního pletence. Příprava pacienta ke svodné anestezii je stejná jako u celkové anestezie. Při epidurální a subarachnoideální blokádě je potlačeno vnímání bolesti z operované oblasti injekcí znecitlivujících prostředků k nervům vycházejícím z páteře. Znecitlivění se provádí v sedě, nebo v poloze na boku. Důležité je, aby pacient co nejvíce vyhrbil záda (udělal tzv. kočičí hřbet) a tím co nejvíce ulehčil lékaři zavedení jehly do anestezované oblasti. Vlastní vpich je většinou málo bolestivý, protože místo vpichu je předem znecitlivěno anestetikem. Spolu s nervy vedoucími bolest bývají anestetikem zasaženy i nervy, které ovládají svaly, takže nemocný nemůže po přechodnou dobu působení anestetik pohybovat končetinami. Ve speciálních indikacích je při epidurální anestezii možno zavést do příslušného místa tenkou kanylu, kterou se po operaci opakovaně přidávají znecitlivující prostředky a tím lze lépe zabránit bolestem v pooperačním období. Při blokádě pažního pletence se znecitlivující prostředek aplikuje do blízkosti nervů paže, nejčastěji v podpaží, pod klíční kost nebo na krku.

#### Před anestezii dodržujte tyto důležité pokyny!

- 6 - 8 hodin před anestezii nejzte a ani nepijte! Předoperační lačnění vás chrání před život ohrožující komplikací, kterou je zvracení s nebezpečím vdehnutí zvratku v průběhu anestezie!
- minimálně 12 hodin před operací nekuřte!
- Před operací vyjměte z úst zubní protézy, z jazyka a rtů odstraňte piercing, z očí vyjměte kontaktní čočky!
- Před operačním výkonem si odličte obličej, rty a odlakujte nehty!
- Odložte náušnice, prsteny, řetízky a náhrdelníky!



**Prosím, ptejte se!**

Dotazujte se Vašeho anesteziologa na vše, co Vás v souvislosti s anestézií zajímá. Podáme Vám informace i o nejzávažnějších komplikacích a rizicích anestezie.

**Riziko anestezie**

Žádný lékařský zákrok není zcela bez rizika. Naprostá většina komplikací, jako například pooperační zvracení po podané anestézii, bolesti hlavy, bolesti svalů, bolesti v krku a chraptí po intubaci, sice obtěžují nemocného, ale postupně odezní. Závažné, život ohrožující komplikace při anestézii, jako například zástava srdce či plicní embolie, jsou dokonce i u nemocných s předchozími závažnými chorobami velmi vzácné. Aby anesteziolog zabránil eventuelním komplikacím, sleduje pomocí moderních přístrojů po celou dobu operace Váš zdravotní stav. Svodná anestezie zatěžuje obecně organismus méně, než celková anestezie. Přesto se někteří pacienti obávají neurologických poškození jako obrny, poruchy citlivosti. Tyto příhody jsou u epidurální, subarachnoideální či u blokády končetin extrémně vzácné. O individuálních rizicích zvoleného způsobu anestezie Vás informuje anesteziolog.

**Nejvhodnější způsob anestezie pro Vás určí anesteziolog:**

- Celková anestezie na masce
- Celková anestezie s endotracheální intubací či laryngeální maskou
- Subarachnoideální anestezie či epidurální anestezie
- Blokáda končetinová

**Individuální rizika zvoleného způsobu anestezie:**

.....  
.....

**Pokud nemáte žádné otázky, podepište souhlas pacienta (zákonného zástupce) s anestézií:**

Já níže podepsaný/á prohlašuji, že jsem byl/a srozumitelně lékařem informován/a o plánovaném způsobu anestezie včetně upozornění na možné komplikace. Na základě poskytnutých informací a po vlastním uvážení souhlasím s provedením anestezie, včetně případného rozšíření či změny anestezie a s dalšími léčebnými výkony, pokud by jejich neprovedení bezprostředně ohrozilo mé zdraví či život. Souhlasím též s léčebně odůvodněnou krevní transfuzí.

.....  
V Hranicích dne:

.....  
Podpis pacienta (zákonného zástupce)

Prohlášení lékaře: Prohlašuji, že jsem pacienta (zákonného zástupce) srozumitelným způsobem informoval o plánovaném způsobu anestezie a to včetně upozornění na možné komplikace.

.....  
V Hranicích dne:

.....  
Podpis a jmenovka lékaře



# PŘÍLOHA PII: ANESTEZIOLOGICKÝ ZÁZNAM

Ústav: 92 Nemocnice Hranice ANESTEZIOLOGICKÝ ZÁZNAM & Rodné číslo:

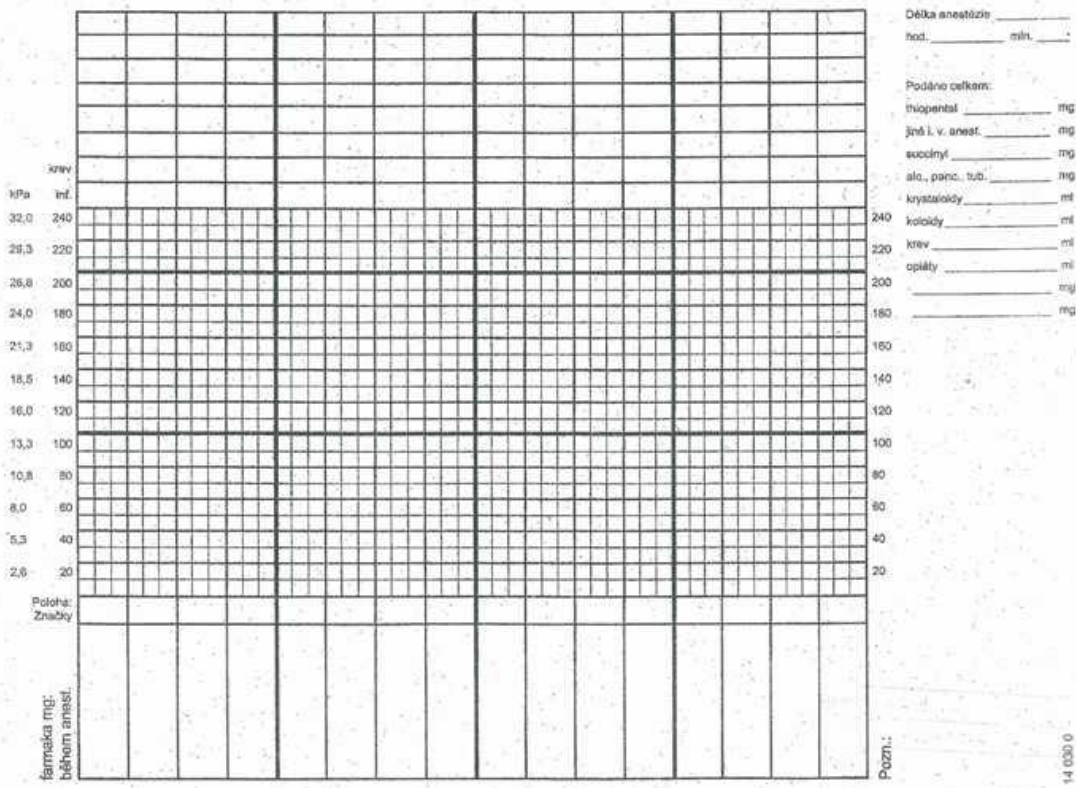
002 Anesteziologicko-resuscitační odd. Odd.: Den výkonu:

Příjmení:  Jméno:  stáří:  číslo chorobopisu:

Klin. dg.:  Op. dg.:

Operace:  Chirurg:

PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA:		ANESTEZIOLOGICKÁ ANAMNÉZA:		ANESTÉZIE: Anesteziolog: <input type="text"/>	
Na noc: <input type="text"/> mg <input type="text"/> mg <input type="text"/> tabl		PŘEDOPERAČNÍ KLINICKÉ VYŠETŘENÍ: Hmotnost <input type="text"/> kg TK <input type="text"/> / <input type="text"/> P <input type="text"/> min. skupina <input type="text"/> Rh <input type="text"/>		sestra <input type="text"/>	
Ráno v den operace: <input type="text"/>		RTG hrudníku: <input type="text"/>		maska, vzduchovod ústy nosem	
Premed.: den: <input type="text"/> hod. <input type="text"/> mg <input type="text"/> subc. l. m. <input type="text"/> mg l. v. <input type="text"/> mg p. r. <input type="text"/>		EKG: <input type="text"/>		Inub.: ústy, nosem, naslepo	
Ord. lékař: <input type="text"/> V hod. <input type="text"/> podala s. <input type="text"/>		Laboratorní nálezy: c <input type="text"/> u <input type="text"/> Moč: b <input type="text"/>		č. rourky <input type="text"/> topická a. <input type="text"/>	
Pravděpod. bez poruch		Krvácení Šok		Přístroje: <input type="text"/>	
Alergie		Rozvrat vnitř. prostředí		Okruh Jednocest. Zpět vdech. žádné část, úplné	
Horečka		Neuplné vyšetření		Ventilace: spont., rukou, přístrojem	
Obezita		Diabetes kompenz. dietou, insulinem dekompenzovaný		blokáda epidur.: <input type="text"/>	
Alkoholismus Intoxikace				subarach: <input type="text"/>	
Kachexie					
Gestóza Těhotenství					
Polytrauma					



### ANESTEZIOLOGICKÁ PRŮVODKA

Stav nemocného při opuštění operačního sálu v _____ hod. _____ min.		AKTIVITA:									
DÝCHÁNÍ: Ponechán ET tubus, vzduchovod ústní, nosní, tracheostomie <input type="checkbox"/> 1 apnoe (nezbytné řízené dýchání) <input type="checkbox"/> 2 dyspnoe (nezbytné podpůr. dýchání) Vt _____ ml <input type="checkbox"/> 3 spontánní (schopný odkašlávat)		<input type="checkbox"/> 1 nehybnost <input type="checkbox"/> 2 hybnost konč. spont. na výzvu <input type="checkbox"/> 3 zvedá hlavu									
OBĚH: Tk _____ / P _____ /min. pravidelný / nepravidelný <input type="checkbox"/> 1 hrozivý stav oběhu <input type="checkbox"/> 2 zhoršený stav oběhu <input type="checkbox"/> 3 oběh bez významných změn		VĚDOMÍ: <input type="checkbox"/> 1 na zavolání nereaguje <input type="checkbox"/> 2 na zavolání reaguje <input type="checkbox"/> 3 bdělost									
POOPERAČNÍ ORDINACE: Poloha _____ Diéta _____ Kyslík _____ l/min.		ZBARVENÍ: <input type="checkbox"/> 1 cyanot. <input type="checkbox"/> 2 bledé <input type="checkbox"/> 3 růžové									
Krev _____ ml statim v hod. _____ rychle / pomalu Ery-masa _____ ml Plasma _____ ml		ODHAD KREV. ZTRÁTY: <input type="checkbox"/> 1 velká asi _____ ml <input type="checkbox"/> 2 střední _____ ml <input type="checkbox"/> 3 nepatrná									
Infúze: _____ ml farmaka do infúze _____ mg _____ ml _____ mg _____ ml _____ mg		OSTATNÍ ZTRÁTY _____ ml Drény _____ Sonda _____ Cévká _____									
Farmaka: l. v. _____ mg j. m. _____ mg _____ mg _____ mg _____ mg _____ mg _____ mg _____ mg		MĚŘIT: Tk a P po _____ min. Přijem a výdej tekutin									
SPECIÁLNÍ ORDINACE:		VYŠETŘIT:                 KO Hb Hct statim, v _____ hod., zitra Kr. plyny statim, v _____ hod., zitra Glykémie statim, po _____ hodinách Glykozurie statim, po _____ hodinách Ionty statim, v _____ hod., zitra EKG statim, v _____ hod., zitra RTG _____ _____ statim, v _____ hod., zitra									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">( ) ze sálu:</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">h</td> </tr> <tr> <td>( ) z dosp.:</td> <td style="text-align: center;">h</td> </tr> <tr> <td>( ) z dosp.:</td> <td style="text-align: center;">h</td> </tr> <tr> <td>( ) z odděl.:</td> <td style="text-align: center;">h</td> </tr> </table>		( ) ze sálu:	h	( ) z dosp.:	h	( ) z dosp.:	h	( ) z odděl.:	h	POZNÁMKA - EPIKRIZA:	
( ) ze sálu:	h										
( ) z dosp.:	h										
( ) z dosp.:	h										
( ) z odděl.:	h										
_____		Podpis:									

## **PŘÍLOHA P III: DOTAZNÍK**

### **Dotazník**

Vážená paní, vážený pane.

Jmenuji se Petra Oravová a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia obor Ošetrovatelství na UTB Zlín. V tomto roce se připravuji na obhajobu bakalářské práce na téma: „**Informovanost pacientů o anestezii před operačním výkonem**“. Ráda bych Vás tímto požádala o spolupráci při vyplnění tohoto anonymního dotazníku. Získaná data budou chráněna před zneužitím a využita ke zpracování práce. Vybranou odpověď prosím zakroužkujte, eventuálně doplňte krátkou odpovědí.

#### **1) Jaké je Vaše pohlaví?**

#### **2) Jaký je Váš věk ?**

- Žena
- Muž

#### **3) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?**

- Základní
- Vyučen
- Středoškolské
- Vysokoškolské

#### **4) Jaký druh operačního výkonu byl u Vás proveden ?**

- Gynekologický
- Chirurgický
- Ortopedický
- Plastický

**5) K operačnímu výkonu jste byl/a přijat/a**

- Akutně
- Plánovaně
- Jinak

**6) Byl(a) jste již někdy v minulosti na operačním výkonu spojeném s anestezií ?**

- Ano
- Ne

**7) Představil se Vám lékař anesteziolog před operací ?**

- Ano
- Ne

**8) Představila se Vám anesteziologická sestra před operací ?**

- Ano
- Ne

**9) Jakým způsobem Vám byly poskytnuty informace o anestezií ?**

**(možnost výběru více odpovědí)**

- Ústně
- Písemně
- Jinak
- Žádné informace jsem nedostal/a

**10) Vyplňoval(a) jste anesteziologický dotazník ?**

- Ano
- Ne
- Nepamatuji se

**11) Byl/a jste spokojen/a s obsahem informací?**

- Ano
- Pokud ne, v čem jste nebyl(a) spokojen(a)

**12) Byla forma podaných informací srozumitelná?**

- Ano
- Pokud ne, v čem nebyly informace srozumitelné

**13) Pokud jste v předchozí otázce uvedl „NE“ měl/a jste možnost se dotázat ?**

- Ano
- Ne

**14) Byl/a jste informován o možnosti vzniku nežádoucích účinků spojených s anestezií ?**

- Ano
- Ne

**15) Byl(a) jste informován(a) o možnosti podání léků tišících bolest po anestezií?**

- Ano
- Ne

**16) Poskytla Vám také anesteziologická sestra informace spojené s anestezií**

**( podání infúze, monitorace, průběh péče na dospávacím pokoji...)**

- Ano
- Ne

**17) Jak na Vás zapůsobila anesteziologická sestra na předsálí?**

- Velmi příjemně
- Příjemně
- Dobře

- Uspokojivě
- Chování bylo nevyhovující

**18) Kde Vám byly informace o anestézii poskytnuty?**

**( možno vybrat více odpovědí )**

- V ambulanci při příjmu
- U lůžka na oddělení během hospitalizace
- Na operačním sále v předsálí, před operací

**19) Kdy je pro Vás důležité být informován o anestézii?**

- Před přijetím
- Při přijetí
- Za hospitalizace
- V předsálí operačního sálu
- Vůbec, stačí mi dotazník

**20) Zmírnil rozhovor s anesteziologickým lékařem nebo sestrou obavy s  
anestezie ?**

- Ano úplně
- Ano částečně
- Mírně
- Ne, strach byl větší

**21) Jste celkově spokojen/a s přístupem anesteziologického týmu? Jak by jste hodnotil/a přístup anesteziologického týmu k Vám?**

- Velmi dobře
- Dobře

- Uspokojivě
- Dostatečně
- Nedostatečně

Děkuji za čas, který jste věnovali vyplnění tohoto dotazníku.

Oravová Petra







