

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2018

Jiřina Stolzová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství B5341

Jiřina Stolzová

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**EDUKACE PACIENTA PŘED PLÁNOVANÝM PODÁNÍM
ANESTEZIE**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Stanislava Reichertová

PLZEŇ 2018

POZOR! Místo tohoto listu bude vloženo zadání BP s razítkem. (K vyzvednutí na sekretariátu katedry.) Toto je druhá číslovaná stránka, ale číslo se neuvádí.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 26. 3. 2018.

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování

Děkuji Mgr. Stanislavě Reichertové za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálních podkladů.

Anotace

Příjmení a jméno: Stolzová Jiřina

Katedra: Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Edukace pacienta před plánovaným podáním anestezie

Vedoucí práce: Mgr. Stanislava Reichertová

Počet stran – číslované: 43

Počet stran – nečíslované (tabulky, grafy): 17

Počet příloh: 3

Počet titulů použité literatury: 28

Klíčová slova: anestezie, edukace, informovanost pacienta, komplikace, role sestry

Souhrn:

Tato bakalářské práce se zabývá problematikou edukace pacienta před výkonem v celkové anestezii. Zaměřuje se také na průběh podání celkové anestezie a možné komplikace, zejména pak ve spojitosti s nedodržením režimových opatření. V textu je teoreticky probrán edukační proces samotný včetně právní problematiky a historie, je popsána role anesteziologické sestry v tomto procesu i její význam. V obsahu práce je rovněž zahrnuta otázka správné komunikace s pacientem a význam získání jeho důvěry ke zdravotnímu personálu. V praktické části se pokouším zjistit, jaký je nejčastější průběh předoperační přípravy a spokojenost pacienta s formou edukace.

Annotation

Surname and name: Stolzová Jiřina

Department: Department of Nursing and Midwifery

Title of thesis: Education of the patient before planned anesthesia

Consultant: Mgr. Stanislava Reichertová

Number of pages – numbered: 43

Number of pages – unnumbered (tables, graphs): 17

Number of appendices: 3

Number of literature items used: 28

Keywords: anesthesia, education, complications, awareness of the patient, role of the nurse

Summary:

This bachelor thesis discusses the importance of educating the patient before the planned general anesthesia. The focus is also on the overall procedure of general anesthesia and the possible complications that can be caused by not following the given recommendations. The theoretical part includes description of the procedure, law issues and some historical background. The role of the nurse is also highlighted as well as the importance of effective communication with the patient as it is crucial to gain their trust. Aim of the practical part is to find out the commonly used process of preoperative preparation of the patient and also how the patients are satisfied with the form of education they get.

OBSAH

ÚVOD.....	8
TEORETICKÁ ČÁST	9
1 ANESTEZIE.....	9
1.1 Historie.....	9
1.2 Dělení anestezie	10
1.2.1 Celková anestezie	10
1.2.2 Lokální anestezie	11
1.2.3 Kombinovaná anestezie.....	11
1.3 Farmakologie v anestezii	11
1.3.1 Inhalační anestetika	11
1.3.2 Intravenózní anestetika.....	12
1.3.3 Analgetika.....	13
1.3.4 Svalová relaxancia.....	14
1.4 Činnosti sestry v průběhu anestezie.....	15
1.5 Komplikace anestezie	15
1.5.1 Komplikace ze strany dýchacího systému.....	16
1.5.2 Komplikace ze strany oběhového systému.....	17
1.5.3 Alergické reakce	18
1.5.4 Mechanické poškození	18
1.5.5 Komplikace vyplývající z nedodržení režimových opatření	19
1.5.6 Komplikace lokální anestezie.....	19
2 PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA A PREMEDIKACE.....	20
2.1 Předoperační příprava dlouhodobá	20
2.1.1 Klasifikace ASA	20
2.1.2 Předoperační příprava speciální	20
2.2 Předoperační příprava krátkodobá	21
2.2.1 Fyzická příprava	21
2.2.2 Bezprostřední předoperační příprava.....	22
2.2.3 Premedikace.....	22
2.2.4 Předanestetické vyšetření	23
3 INFORMOVANOST PACIENTA PŘED VÝKONEM V ANESTEZII.....	24
3.1 Práva pacienta	24
3.2 Informovaný souhlas.....	25
3.3 Význam edukace v ošetrovatelství	26
3.4 Psychosociální problematika, etika.....	26

3.5	Edukace.....	28
3.5.1	Edukační proces a jeho fáze	28
3.5.2	Edukační cíle	28
3.5.3	Metody edukace.....	29
3.5.4	Edukační proces v anesteziologii	30
	PRAKTICKÁ ČÁST	31
4	FORMULACE PROBLÉMU	31
5	CÍL VÝZKUMU	32
6	CHARAKTERISTIKA SOUBORU.....	33
7	METODA SBĚRU DAT	34
8	ORGANIZACE VÝZKUMU	35
9	VÝSLEDKY VÝZKUMU	36
	DISKUZE	47
	ZÁVĚR.....	50
	LITERATURA A PRAMENY	51
	SEZNAM ZKRATEK	54
	SEZNAM PŘÍLOH	55
	PŘÍLOHA A – ÚSTAVA O BIOMEDICÍNĚ, KAPITOLA II.....	56
	PŘÍLOHA B – DOTAZNÍK	57

ÚVOD

Anestezie pacientů při plánovaných operačních výkonech s sebou nese celou řadu rizik a jejich prevence je v zájmu zdravotníků i klienta. Důležité je vytvoření důvěry mezi pacientem a zdravotníky a následná spolupráce. V této bakalářské práci se zabýváme problematikou edukace pacienta před plánovaným podáním anestezie.

V teoretické části jsou popsána obecně známá fakta týkající se anestezie a jejího podávání, a především také způsoby edukace pacienta před vlastním výkonem.

V praktické části jsme se snažili zjistit, jakým způsobem jsou pacienti nejčastěji edukováni a zda je toto poučení dostačující, aby zabránilo vzniku nežádoucích příhod v souvislosti s podáním anestezie. Pokusili jsme se rovněž zjistit, zda mají pacienti zájem o podrobnější edukaci, především v rámci režimových opatření.

TEORETICKÁ ČÁST

1 ANESTEZIE

Anestezii rozumíme řízeně navozenou ztrátu vědomí pacienta nebo znečitlivění určité části jeho těla za účelem provedení bolestivého lékařského zákroku. Postup podání anestezie se řídí klinickým stavem pacienta, plánem a délkou výkonu, nutno je zohlednit rovněž pacientovo přání. Vždy je třeba volit takový postup, který zajistí nejvyšší míru bezpečnosti pacienta.

Průběh anestezie se dělí na tři stádia. Prvním je úvod do anestezie, při kterém anestetikum vstupuje do organismu a dochází k navození bezvědomí. Druhým stádiem je udržování anestezie, kdy anesteziolog udržuje dostatečnou hloubku anestezie za kontroly životních funkcí. Po zastavení přívodu anestetika do organismu nastává stádium vyvedení z anestezie a probuzení pacienta. (Zemanová 2009, s. 108)

Zodpovědnost za vedení anestezie má lékař anesteziolog, úkolem anesteziologické sestry je v rámci svých kompetencí s lékařem spolupracovat a řídit se jeho instrukcemi. Sestra zajišťuje všechny přípravné práce k podávání anestezie, přitom dodržuje hygienické a epidemiologické předpisy. Pečuje o nemocného spolu s lékařem v průběhu anestezie a po ní, uplatňuje teoretické poznatky z anesteziologie, resuscitace a intenzivní péče v rozsahu potřebném pro péči sestry a řeší náročné a speciální problémy v daném úseku. (Dodatek k osvědčení: Sestra pro intenzivní péči 2017/2018)

1.1 Historie

Anesteziologie patří mezi poměrně mladé obory, přestože snaha potlačit bolest je známa již z dob starověku. Použití odvaru z různých bylin s omamnými či analgetickými účinky (blín, čemeřice, bolehlav, mandragora) patřilo k běžným postupům středověkých ranhojičů. Často využívaný byl například i alkohol. Výsledný efekt k navození anestezie však nebyl spolehlivý a mnohdy končil i smrtí pacienta. První skutečně úspěšné podání celkové anestezie éterem provedl 16. října 1846 student lékařské fakulty Harvardské univerzity William Morton. Tento úspěch inspiroval mimo jiné mnicha Celestýna Opitez, který podal první celkovou anestezii v Čechách. Stalo se tak 6. února 1848 v dnešní nemocnici Na Františku.

K bezpečí anestezie významně přispěl Arthur Guedel, který přesně popsal klinické známky éterové anestezie a vytvořil první schéma hodnocení hloubky anestezie.

K největšímu rozvoji oboru došlo především po druhé světové válce, kdy dochází k zdokonalení pomůcek pro zajištění pacienta a vývoji nových anestetik. Dnes je anestezie jedním z předních medicínských oborů. (Málek 2016, s. 15-16)

1.2 Dělení anestezie

Jak již bylo řečeno, dle požadavku a typu výkonu využíváme anestezii celkovou nebo místní, popřípadě kombinace obou technik. V této práci se budu zaměřovat zejména na anestezii celkovou, které je dosahováno téměř výhradně pomocí farmak. Hovoříme tedy o farmakoanestezii, podle použité metody je dále možné anestezii dělit na hypnoanestezii, elektroanestezii, audioanestezii nebo videoanestezii. Farmakoanestezie samotná je také dělena dle vstupu anestetika do organismu na inhalační, intravenózní, intramuskulární a rektální. (Adamus 2012, s.26-27)

1.2.1 Celková anestezie

V případě celkové anestezie je navozena ztráta vědomí a jsou vyřazeny nebo silně potlačeny všechny podněty jdoucí do CNS. Cílem je zajistit bezbolestnost operace a zabezpečit vhodné operační podmínky (svalová relaxace, nehybnost operačního pole). Na výsledném efektu se podílí několik zásadních složek. Ztráta vědomí (složka hypnotická) umožní nevnímat čítí včetně bolesti. K dosažení ztráty vědomí se užívají inhalační nebo intravenózní anestetika. Analgezie je odstranění vnímání bolesti a nežádoucí reflexní odpovědi na bolest provázené tachykardií, hypertenzí a pocením. Dosahuje se jí pomocí silných analgetik působících celkově (opioidy) nebo pomocí lokálních anestetik. Další složkou je svalová relaxace, které se dosahuje útlumem motorických center v mozgovém kmeni a motorických drah v míše, a to pomocí inhalačních anestetik, benzodiazepinů nebo pomocí periferně působících relaxancií tzv. kurarimimetik. Nutnost svalového uvolnění závisí na typu operace, zcela nezbytná je u operací v tělesných dutinách např. u břišních a hrudních operací. Dostatečná hloubka anestezie s vyváženým poměrem výše jmenovaných složek anestezie vede k vegetativní stabilitě, a tím zmírnění stresové odpovědi na operační zákrok. V praxi nejpoužívanější je tzv. doplňovaná anestezie, kdy je celkové anestezie dosaženo kombinovaným a doplňovaným podáváním různých anestetik, analgetik, hypnotik a kurarimimetik. (Málek 2016, s. 23)

1.2.2 Lokální anestezie

Lokální anestezie představuje vyřazení podnětů z určité části těla působením lokálních anestetik. Vědomí pacienta je zachováno. V případě podání anestetika na povrch sliznic nebo kůže hovoříme o topické anestezii. Injekcí lokálního anestetika přímo k terminálním zakončením nervů lze navodit infiltrační typ lokální anestezie. Centrální blokádu na úrovni míchy vyvoláváme podáním lokálního anestetika buď do epidurálního nebo subarachnoidálního prostoru. Zvláštní formou svodné anestezie je nitrožilní regionální blokáda dle Biera. (Málek 2016, s. 23-24)

1.2.3 Kombinovaná anestezie

Další možností je také využití kombinované anestezie, tedy současné podání celkové a lokální anestezie. Užitím některé techniky lokální anestezie, např. epidurální blokády, lze snížit dávky celkových anestetik a dosáhnout dokonalé anestezie. (Málek 2016, s. 24)

1.3 Farmakologie v anestezii

Nejčastěji využívaná anestetika inhalační a intravenózní tvoří základní rozdělení udávající způsob vedení anestezie. V případě inhalační anestezie jsou používány plyny a páry těkavých kapalin, které vstupují do organismu plícemi, odtud přestupují do krve a působí v centrálním nervovém systému. Intravenózní anestetika jsou farmaka podávána přímo do krevního oběhu. Ostatní cesty podání (intramuskulární, rektální, perorální) jsou možná jen u specifických typů léčiv a jsou využívány pouze v premedikaci před úvodem do anestezie. (Málek 2016, s. 2-3)

1.3.1 Inhalační anestetika

Inhalační anestetika jsou látky ve formě plynu či páry, které vstupují do organismu plícemi a do tkání jsou transportovány krví. Hlavním místem působení je mozek, kde podporují inhibici neuronů nebo tlumí přenos impulzů na synapsích. Mezi základní požadavky patří rychlý a příjemný úvod a vyvedení z anestezie, možnost rychlé změny hloubky anestezie, dostatečná analgezie, potlačení reflexů a svalová relaxace, absence nežádoucích a toxických účinků. Inhalační anestetikum splňující všechny tyto nároky však neexistuje, proto se inhalační anestetika v převážné většině používají v kombinaci s dalšími látkami.

Mezi inhalační anestetika nejčastěji užívaná v klinické praxi patří enfluran, izofluran, sevofluran, desfluran a oxid dusný. Většina z nich se řadí mezi tzv. volatilní neboli prchavá anestetika. Při pokojové teplotě se nachází v kapalném stavu, a aby mohla

být vdechována plicemi, musí být nejprve převedena do plynného stavu pomocí odpařovače. Výjimkou z těchto anestetik je plynný oxid dusný, který je přiváděn do anesteziologického přístroje přímo z tlakových lahví nebo z centrálního rozvodu. (Adamus 2012, s.28-30)

Hloubka celkové anestezie závisí na jeho příjmu a distribuci a může být tak ovlivněna na několika místech. Na příjem anestetika má vliv alveolo-kapilární rozdíl parciálních tlaků, rozpustnost anestetika v krvi a minutový srdeční výdej. Množství anestetika, které poté přestoupí do jednotlivých tkání závisí na jejich prokrvení, opět na rozdílu parciálních tlaků a na rozpustnosti anestetika ve tkáni. Hloubku anestezie lze ovlivňovat jednak koncentrací anestetika ve vdechované směsi plynů a dále velikostí minutové plicní ventilace.

Pro vedení anestezie a posuzování účinnosti anestetik užíváme hodnotu minimální alveolární koncentrace (MAC). Je to alveolární koncentrace, při níž 50% všech pacientů již nereaguje obranným pohybem na kožní řez. Jednotlivá anestetika mají rozdílnou hodnotu MAC a ta se snižuje při jejich kombinaci, nejčastěji se používá směs kyslíku a oxidu dusného s prchavým anestetikem. Vliv na snížení MAC má také věk pacienta, hypotermie, gravidita, hypotenze, anemie, opioidy, sedativa, hypnotika. Naopak zvýšení MAC pozorujeme u hyperthyreozy, pacientů s abúzem alkoholu, drogové závislosti.

Působením inhalačních anestetik dochází k útlumu dýchání, snížení středního arteriálního tlaku, zvyšuje se mozková perfuze, objem krve v mozku a nitrolební tlak. Svalovou relaxaci zajistíme podáním nedepolarizujících kurarimimetik nebo zvýšením koncentrace inhalačního anestetika. Některá volatilní anestetika snižují perfuzi ledvin a tlumí funkce jater.

Inhalační anestetika jsou vylučována z organismu převážně plicemi v závislosti na ventilaci, minutovém srdečním objemu a rozpustnosti anestetika v krvi a tkáních. Částečně jsou také metabolizována v játrech. (Zemanová 2009, s. 48; Barash 2015, s. 159-171)

1.3.2 Intravenozní anestetika

Intravenozní anestetika se užívají hlavně k rychlému úvodu do celkové anestezie, pro vedení anestezie se kombinují s opioidy a dalšími látkami pro dosažení hluboké anestezie. Jejich výhodou je rychlý nástup účinku a krátké působení v CNS, nevýhodou je

špatná řiditelnost. Dělíme je na barbiturátová a nebarbiturátová. Z barbiturátových je nejužívanější thiopental. Mezi nebarbiturátovými pak propofol, etomidát a ketamin.

Thiopental patří k nejstarším nitrožilním anestetikům s krátkým působením v CNS. Působí výrazný dechový útlum s apnoickou pauzou, má antikonvulzivní účinky a snižuje nitrolební tlak. Není vhodný pro kontinuální podávání, při opakovaných dávkách dochází k jeho kumulaci. I proto je thiopental používán zejména k úvodu do celkové anestezie, případně u krátkých výkonů.

Propofol je hypnotikum podobně jako thiopental s rychlým a krátkým účinkem, tlumí dýchání i oběh a nemá analgetické vlastnosti. Na rozdíl od thiopentalu se odbourává mnohem rychleji, zotavení je velmi rychlé a při kontinuálním podávání nedochází k jeho kumulaci. Je vhodný pro výkony v ambulantní anestezii a při kontinuálním podávání v kombinaci s opoidy se užívá k totální intravenózní anestezii (TIVA). Výhodné jsou i jeho bronchodilatační a antiemetické vlastnosti. Nevýhodou je bolestivost v žíle při aplikaci.

Etomidát je hypnotikum s minimálním vlivem na kardiovaskulární systém, proto je používán k úvodu u kardiálně rizikových pacientů.

Ketamin specifické anestetikum, chemicky je blízký halucinogenům. Působí analgezií, sedací, anestezii, amnézií. Velkou výhodou je možnost výběru aplikace intravenózně, intramuskulárně i netradičními způsoby.

Benzodiazepiny se v anesteziologii používají k sedaci pacientů před operací (premedikace), sedací během diagnostických výkonů nebo chirurgických výkonů v lokální anestezii, dále k potenciaci účinku jiných anestetik při doplňované anestezii. Mají antikonvulzivní a anxiolytické účinky, se zvyšující dávkou se dosahuje sedativního a hypnotického účinku. Nejčastěji volíme diazepam nebo flunitrazepam, pro analgosedaci nebo při intravenózní anestezii midazolam s rychlým nástupem a krátkým poločasem. Oxazepam a nitrazepam se používají především v premedikaci, perorálně. (Málek 2016, s. 34-37)

1.3.3 Analgetika

K potlačení silné bolesti během operace i pooperačně se u většiny chirurgických výkonů užívají silná opioidní analgetika. Opioidy jsou přírodní a syntetické látky s obdobnými vlastnostmi jako opium a morfin. Působí přes specifické opioidní receptory, které jsou v mozku, míše i periferních nervech. Tlumí silně bolestivou reakci i vnímání

bolesti, způsobují miózu, svalovou rigiditu, spavost, agitovanost. Mají také euforizující účinek, pro který bývají zneužívány. Mezi nežádoucí účinky patří halucinace, útlum dýchání, nevolnost a zvracení. Jejich působení lze zvrátit podáním antagonisty opioidů, jímž je naloxon.

Podle délky účinku rozeznáváme silné opioidy s delším působením, z nichž nejužívanější je morphin a petidin (Dolsin). Využívají se hlavně pooperačně nebo v premedikaci. Silné opioidy s krátkým účinkem (fentanyl, sufentanil, alfentanil) jsou hlavní součástí celkové anestezie, užívají se ale i při regionální anestezii a k analgosedaci pacientů v resuscitační péči. Liší se nástupem a trváním účinku. Ultrakrátkým působením se vyznačuje remifentanil. (Zemanová 2009, s. 59-64)

1.3.4 Svalová relaxancia

V anesteziologii se používají periferní svalová relaxancia působící blokádu přenosu na nervosvalové ploténce. Podle mechanismu účinku se periferní myorelaxancia dělí na:

Depolarizující relaxancia, která na nervosvalové ploténce působí podobně jako acetylcholin, vyvolají depolarizaci se vznikem akčního potenciálu a následným svalovým stahem. Takto působí Suxametonium (succinylcholin) s velmi rychlým nástupem účinku do 30 sekund a rychlým odezněním do několika minut. Vyvolává však řadu negativních účinků jako svalové záškuby při nástupu tzv. fascikulace, zvyšuje hladinu kalia, zvyšuje nitrooční a nitrolební tlak. Užívá se u plánovaných výkonů s bleskovým úvodem, v případě akutních výkonů s nutností zajištění dýchacích cest intubací u pacienta s plným žaludkem, dále u pacientů s předpokládanou obtížnou intubací, u velmi krátkých výkonů s vyžadovanou relaxací a při laryngospasmu. (Adamus 2012, s. 44)

Nedepolarizující relaxancia, tzv. kurarimimetika tvoří druhou skupinu. Působí kompetitivní blokádu postsynaptických receptorů jejich obsazením. Tato blokáda nastupuje mnohem pomaleji (2 - 6 min.) a působí déle (10 - 40 min.). Jednotlivá svalová relaxancia se od sebe liší nástupem účinku a jeho odezněním, přičemž odeznění účinku je ovlivněno redistribucí, u vyšších podaných dávek i rychlostí metabolismu a vylučovací schopností jater a ledvin. Mezi krátkodobá nedepolarizující relaxancia patří např. mivacurium, mezi střednědobá atracurium, vecuronium nebo rocuronium. Pro dlouhé operace často s následnou pooperační umělou plicní ventilací volíme dlouhodobá relaxancia s účinkem 50 - 60 minut, jako např. alcuronium, pipecuronium. Při podání jakéhokoli relaxancia je třeba být vždy připraven na okamžité zajištění

dýchacích cest a možnost umělé plicní ventilace! Účinek relaxancií lze antagonizovat podáním inhibitorů cholinesterázy (neostigmin, pyridostigmin). (Adamus 2012, s. 48-49)

1.4 Činnosti sestry v průběhu anestezie

Anesteziologická sestra zodpovídá za přípravu anesteziologického přístroje a veškerých pomůcek potřebných k podávání anestezie. Po příchodu na pracoviště provádí kontrolu funkčnosti celého přístroje, včetně monitoru a odsávačky, zkontroluje defibrilátor a vybavení ke KPR. Připraví pomůcky pro zajištění dýchacích cest, zajištění žilního vstupu a dle rozhodnutí lékaře připraví léky potřebné k anestezii. Při převzetí pacienta od sestry z oddělení kontroluje jeho totožnost a dokumentaci, podepsaný informovaný souhlas s anestezií. Slovním dotazem ověří, zda pacient dodržel povinná režimová doporučení (lačnění, zákaz kouření, doporučení týkající se léků apod.), zda nemá v anamnéze alergii a zda odstranil snímatelné zubní náhrady a šperky. Ve spolupráci s ostatním personálem zajistí přesun pacienta na operační stůl a jeho uložení do bezpečné polohy, dle požadavku operátora. Zajistí žilní vstup, případně provede kontrolu stávajícího. Připevní čidla pro monitorování EKG, neinvazivního tlaku a saturace kyslíkem. Vše provádí s maximálním porozuměním a ohledem na pacienta a jeho prožívání.

Podle požadavků anesteziologa asistuje při úvodu do anestezie, podává intravenózně anestetika, pomáhá při zajištění dýchacích cest a po celou dobu operace spolupracuje při vedení anestezie a monitorování pacienta. Sleduje nejen monitorované hodnoty, ale i klinický stav pacienta, barvu sliznic, prokrvení, pocení, šířku zornic. V případě potřeby dle pokynu lékaře objednává a za jeho kontroly podává krevní náhrady. Asistuje lékaři při vyvedení pacienta z anestezie a po stabilizaci pacienta zajistí jeho překlad zpět na oddělení. Před předáním pacienta kontroluje, zda je nemocný při vědomí, vyhoví výzvám, otevře oči, vyplázne jazyk a je schopen udržet hlavu nad podložkou.

Práce anesteziologické sestry zahrnuje samozřejmě také péči o pomůcky a vybavení za dodržení hygienicko-epidemiologického režimu. (Dodatek k osvědčení: Sestra pro intenzivní péči 2017/2018)

1.5 Komplikace anestezie

Komplikace během celkové anestezie mohou být způsobeny buď špatným stavem pacienta anebo jinými neočekávanými událostmi. Mezi faktory, které zvyšují riziko komplikací, patří extrémní věkové skupiny, velké výkony s otevřením tělních dutin,

přidružená závažná onemocnění a neodkladný výkon. Velmi důležitá je účinná prevence možných komplikací, a pak včasné rozpoznání a řešení těchto stavů. (Larsen 2004, s. 873)

1.5.1 Komplikace ze strany dýchacího systému

Obstrukce horních cest dýchacích- ve spojitosti s vedením celkové anestezie může dojít k závažnému ohrožení pacienta hypoxií v několika případech, přičemž nejrizikovější období je úvod a vyvedení z anestezie. Při spontánní ventilaci pacienta bez zajištěných dýchacích cest, při vedení anestezie maskou nebo stavu bezprostředně po extubaci může dojít k obstrukci horních cest dýchacích. Nejčastější příčinou je zapadlý jazyk, obstrukce hlenem, krví či sekretem, závažný stav vyvolá nežádoucí reakce v podobě laryngospasmu. Obstrukce musí být rychle řešena manévry ke zprůchodnění (záklon hlavy, předsunutí dolní čelisti, použitím vzduchovodu nebo dalším zajištěním dýchacích cest) a odsátím sekretu. Částečný laryngospasmus může být zvládnut pouze prodýchnutím 100% kyslíkem, při úplné obstrukci je někdy třeba použít i svalovou relaxaci. (Cvachovec 2011, s. 148-149)

Bronchospasmus - u pacientů s bronchiálním astmatem nebo chronickou obstrukční plicní chorobou je reálné nebezpečí vzniku bronchospasmu při mělké anestezii, podráždění v oblasti kariny a při chirurgickém dráždění. Prevencí je dostatečná hloubka anestezie a předoperační kompenzace pacienta podáváním inhalačních kortikoidů a bronchodilatancí až do začátku operace. Bronchodilatační léky je možno podat intravenózně i jako součást premedikace. Bronchodilatačně působí i inhalační anestetika, propofol a nižší dávky ketaminu. (Votruba 2017, s. 72)

Obtížná intubace je také poměrně častou komplikací v anesteziologické praxi. Příčiny mohou být anatomické vrozené, ať již se jedná o krátký krk, ustupující dolní čelist či velký jazyk, nebo získané. V případě získaných překážek představuje problém snížená možnost otevření úst, zbytnělá sliznice faryngu nebo extrémní obezita. Také snížená hybnost krční páteře a krční nestabilita po úrazu mohou zapříčinit obtížnou intubaci. Důležité je v předoperačním vyšetření včas riziko odhalit a mít připraven alternativní postup, který zajistí bezpečnost pacienta. Při předanestetickém vyšetření se lékař zajímá zejména o schopnost otevření úst, schopnost předsunutí doních zubů před horní, hodnotí kvalitu chrupu, pohyblivost a délku krku (měření tzv. thyreomentální vzdálenosti). Stupeň obtížnosti ventilace maskou je určován dle Mallampatiho klasifikace při pohledu do

laryngu. Vždy by měl být vznesen dotaz na předchozí zkušenosti s anestezií a její komplikace. (Vymazal 2015, s. 29-31)

Pneumotorax je poslední komplikací za strany dýchacího systému. Jedná se o komplikaci méně častou, přesto závažnou. Může vzniknout spontánně u pacientů s emfyzémem nebo vrozenou plicní bulou, při krčních a hrudních operačních výkonech, ale i iatrogeně po kanylaci vena subclavia či vena jugularis interna. Projeví se náhlým poklesem saturace až oběhovým selháním, které je nutné řešit akutně punkcí hrudníku s následnou drenáží. (Votruba 2017, s. 72)

1.5.2 Komplikace ze strany oběhového systému

Hypotenze - základním parametrem, který je monitorován během výkonu je krevní tlak. Hypotenze se u pacientů během anestezie objevuje nejčastěji v přímé souvislosti s hypovolémií, tj. zrátoou objemu krve nebo tělesných tekutin (krvácení, ileozní stav, dehydratace). Podílet se může také vasodilatace vyvolaná inhalačními anestetiky nebo subarachnoidální či epidurální blokádou. Další příčiny hypotenze během anestezie se mohou vztahovat ke kardiovaskulárním a plicním onemocněním (akutní ischémie myokardu, arytmie, plicní embolie), přecitlivělosti na anestetika, relaxancia i krevní deriváty, kdy dochází k vyplavení histaminu. Řešením je odstranění vyvolávající příčiny, dohrazení cirkulujícího objemu a podání vasokontrikčních látek (katecholaminy). (Kasal 2003, s. 82; Larsen 2004, s. 875)

Hypertenze je nejčastěji známkou dekompenzace kardiovaskulárního onemocnění, nebo může být vyvolána chirurgickým drážděním s aktivací sympatiku stejně jako podáním adrenalinu. Vždy je třeba vyloučit hypertenzi vyvolanou mělkou anestezií a nedostatečnou analgezií. U ostatních případů se snažíme odstranit vyvolávající příčinu nebo prohloubíme anestezii opioidy a podáme antihypertenzíva. (Kasal 2003, s. 82)

Arytmie patří mezi častou komplikaci různé závažnosti. Mohou být vyvolány vyplavením endogenních katecholaminů při hypoxii, hyperkapnii, podanými sympatomimetiky během operace nebo mohou být vyvolány chirurgickým drážděním při operacích v oblasti srdce. Některá inhalační anestetika, nejvíce halotan, senzibilizují myokard vůči katecholaminům, a tím působí arytmogenně, stejně tak změny hladiny kalía mohou změnou membránového potenciálu vést k život ohrožujícím arytmiím. Okamžitě je třeba léčit arytmie ohrožující funkci myokardu. (Kasal 2003, s. 82-83)

Maligní hypertermie je obávanou komplikací, naštěstí velmi vzácnou. Jedná se o život ohrožující stav projevující se zvýšenou tělesnou teplotu, svalovými stahy a zrychlením tělesného metabolismu s bušením srdce, zrychlením dechu, nadměrným pocením a třesem celého těla. Tento stav vzniká u geneticky predisponovaných jedinců při kontaktu s některými sloučeninami, které poruší kalciový metabolismus svalové buňky. Typickými spouštěči jsou volatilní anestetika a nepolarizující svalová relaxancia, zejména suxamethonium. V extrémním případě dochází k těžkému poškození svalové tkáně s rozvojem rabdomyolýzy. Varovným příznakem bývá celotělová svalová ztuhlost.

(Vymazal 2015, s. 175-176)

1.5.3 Alergické reakce

Alergické reakce různé závažnosti až po těžkou anafylaktickou reakci mohou nastat prudkým uvolněním histaminu při podávání různých farmak, roztoků či krevních derivátů. Mezi farmaka snadno uvolňující histamin v anesteziologii patří barbituráty, kurarimimetika, propofol, morfin, koloidní roztoky. Léčba anafylaktické reakce je symptomatická, závažnou hypotenzi řešíme náhradními roztoky a vasopresoriky, nejčastěji adrenalinem.

Při bronchospasmu se podávají inhalační beta2sympatomimetika v kombinaci s aminofylinem intravenózně. Důležité je zastavení přívodu vyvolávajícího farmaka a další alergickou reakci potlačujeme vysokodávkovanými kortikosteroidy a antihistaminiky. (Adamus 2012, s.78)

1.5.4 Mechanické poškození

Vzniká nejčastěji jako komplikace intubace. Může dojít k poranění zubů a měkkých tkání, krvácení, aspiraci. Při nadměrném naplnění manžety tracheální rourky hrozí poškození sliznice průdušnice, zejména u dlouhých výkonů. U nedostatečně dovřených víček hrozí poškození rohovky. Problematika aspirace bude probrána v samostatném odstavci.

Při ztrátě svalového tonu je nutné dbát na preventivní opatření, která sníží riziko poškození nemocného polohou, tzv. poziční trauma. Může se jednat o postižení nervů či svalů, především končetin. Velice důležitá je poloha hlavy a prevence poškození dýchacích cest endotracheální rourkou. (Adamus 2012, s.79)

1.5.5 Komplikace vyplývající z nedodržení režimových opatření

V rámci režimových opatření se snažíme především předejít aspiraci. Dle Tomáše Vymazala (2015, s. 28) je „*aspirace nejčastější příčinou úmrtí nebo poškození mozku v souvislosti s anestezií. Proto je nutné dodržovat směrnice o omezení příjmu potravy a tekutin před anesteziologickou péčí, podle indikace použít postup pro úvod do anestezie s rychlým zajištěním průchodnosti dýchacích cest*“. Riziko aspirace hodnotíme jako vysoké, jde-li o akutní výkon, ileus, hiátovou hernii nebo gastroezofageální reflux, dále těhotné ženy nad 20. týden, nebo pokud operaci již předchází nauzea a zvracení. Zvýšené riziko je při obezitě (BMI nad 35 kg/m²), u diabetiků a při léčbě opioidy. U plánovaných výkonů je nutné pacientům zdůraznit nejen důležitost dodržet lačnění před operací, ale i závažnost zatajení jeho porušení.

Pacienti kuřáci jsou rizikovou skupinou, protože jejich závislost je často silnější než strach z případných komplikací a nezdívá se, že si neodpustí cigaretu ani ráno v den plánovaného operačního výkonu. Komplikace se mohou projevit v rámci ventilace během anestezie i bezprostředně po probuzení, ať již se jedná o typický kašel, stridor nebo vznik bronchospasmu. Doporučeným preventivním opatřením je omezení kouření po dobu minimálně dvou týdnů před operací, což ovšem drtivá většina pacientů není schopna dodržet.

1.5.6 Komplikace lokální anestezie

Stejně jako celková anestezie má i tento druh svá rizika. V časové souvislosti s podáním lokálního anestetika se vyskytují reakce alergické, toxické i vegetativní. Komplikace mohou nastat v rámci vlastní invazivity, například poraněním nervové tkáně nebo cévy v blízkosti nervové struktury. Následkem může být paréza v postižené oblasti. Častou komplikací centrálních bloků bývá hypotenze, způsobená blokem sympatiku. Nejzávažnější časnou komplikací je totální spinální anestezie s okamžitou ztrátou vědomí a zástavou dýchání. Je nutné ihned zajistit průchodnost dýchacích cest a obnovu základních životních funkcí, a do odeznění účinku lokálního anestetika pacienta napojit na umělou plicní ventilaci. Nejčastějšími pozdními komplikacemi jsou postpunkční bolesti hlavy, zvláště u žen, provázené nauzeou a zvracením. Prevence i léčba spočívá v doplnění objemu krystaloidy a důsledném dodržování klidu na lůžku do odeznění anestezie. Méně závažnou komplikací lokální anestezie bývá retence moči, která si může vyžádat katetrizaci močového měchýře. (Kasal 2003, s. 73-74)

2 PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA A PREMEDIKACE

Předoperační příprava zahrnuje důkladné vyšetření pacienta, zhodnocení jeho stavu a rezerv, posouzení operačního a anesteziologického rizika. Pokud je pacient schopen plánovaný výkon či anestezii podstoupit, je dále nutné zajistit kompenzaci chronických onemocnění. Rozsah přípravy je dán typem plánovaného výkonu a stupněm operačního rizika ASA. Předoperační přípravu před plánovaným výkonem rozlišujeme dle hlediska časového na dlouhodobou (týdny), krátkodobou (dny) a bezprostřední (hodiny). Podle lokality pak dělíme přípravu na celkovou a místní. Pacienta je potřeba zajistit nejen po stránce fyzické a farmakologické, ale také psychické a sociální.

2.1 Předoperační příprava dlouhodobá

Dlouhodobá předoperační příprava probíhá ambulantně několik týdnů až měsíců před plánovaným výkonem. Na základě rozhodnutí chirurga k operačnímu výkonu je klient odeslán k praktickému lékaři, který provede interní vyšetření a zhodnotí celkový stav pacienta. Následuje vyšetření anesteziologem se zhodnocením únosnosti pacienta k výkonu v celkové anestezii.

2.1.1 Klasifikace ASA

Nejužívanější je hodnocení operačního rizika dle schématu Americké anesteziologické společnosti (ASA), které hodnotí hlavně celkový stav pacienta a částečně urgentnost výkonu. V současné době přibývá geriatrických pacientů, protože populace stárne. Vzrůstá polymorbidita pacientů, kteří se s moderní léčbou dožívají vyššího věku, zvyšuje se náročnost i délka některých operací.

Dle systému ASA dělíme pacienty na:

ASA I - normální zdravý pacient

ASA II - lehké celkové onemocnění bez omezení funkce

ASA III - těžké celkové onemocnění s omezením funkce

ASA IV - těžké celkové onemocnění ohrožující s operací život pacienta

ASA V - moribundní pacient, kde lze očekávat smrt do 24 hodin s operací i bez ní

2.1.2 Předoperační příprava speciální

Podstatnou součástí je specifická příprava u interních onemocnění, která probíhá ambulantně několik týdnů až měsíců před plánovaným výkonem. Předpokládá spolupráci chirurga, internisty a anesteziologa. Zaměřuje se na specifické rizikové faktory nemocného

a jejím úkolem je ovlivnění důsledků základního onemocnění. Obvyklá je příprava pacienta s diabetem mellitem, kompenzace arteriální hypertenze, kompenzace pacientů s chronickou obstrukční plicní nemocí, příprava kortikodependentních a onkologických pacientů, prevence tromboembolické nemoci. Cílem této přípravy je co nejlepší kompenzace komplikujícího onemocnění, a tím snížení operačního rizika, eventuelně zvážení nutnosti odkladu operačního výkonu.

2.2 Předoperační příprava krátkodobá

Tato příprava probíhá v řádu dní před operačním výkonem. Z hlediska psychické přípravy je důležité důsledně informovat pacienta o důvodu výkonu, pooperačním průběhu, předpokládaném výsledku operace, možných komplikacích a jejich prevenci. Pacient podepisuje souhlas s operací a anestezií. Bezprostřední předoperační příprava probíhající 24 hodin před samotným výkonem probíhá již v nemocnici. Všeobecná sestra v této fázi hraje zásadní roli.

2.2.1 Fyzická příprava

Celková fyzická příprava spočívá v péči výživu a tekutiny. Zásadní je požadavek lačnění, pacientovi je povoleno lehké jídlo 6 hodin před operací, čiré tekutiny 2 hodiny. Další požadavky se mohou řídit typem operačního výkonu, jako například úprava stravy před plánovanou operací na GIT, nebo podle nároků pacienta. U diabetiků je nutné převedení z PAD na inzulín, při malnutrici či dehydrataci zajistit přívod tekutin a energie parenterálně. Dle výkonu a stavu pacienta se zavádí periferní či centrální žilní katetr. (Zemanová 2009, s. 45)

Podobným podmínkám podléhá i péče o vylučování, kdy je dle typu výkonu a stavu pacienta zaveden periferní močový katetr, u výkonů na GIT probíhá příprava v podobě podání vyprazdňovacích roztoků (Fortrans, klyasma, fosfátový roztok).

Sestra poučí pacienta v oblasti hygieny. Před výkonem proběhne celková koupel ve sprše, je nutné odstranit make-up, šperky, odlakovat nehty ... Zejména při laparoskopických výkonech musíme pečlivě odstranit nečistoty v pupku.

V den operace probíhá samotná příprava operačního pole. Sestra odstraní náplasti, masti a veškeré nečistoty, poté následuje oholení operačního pole (dřívější holení zvyšuje riziko infekce!).

Dle ordinací lékaře zajišťuje sestra přípravu farmakologickou. Pravidlem je miniheparinizace, další léčba se odvíjí opět od specifických nároků pacienta (např. u alergiků antihistaminika, bronchodilatancia).

Velmi důležitou roli hraje psychická příprava pacienta. Účastní se jí lékař i sestra a její podstatou je minimalizovat strach před výkonem.

Součástí přípravy je také nácvik prvků pooperačního režimu. S ohledem na náročnost výkonu a stav nemocného po operaci je nutné přizpůsobit pohyb na lůžku, poučit pacienta o způsobu přetáčení, obracení, vstávání nebo použití pomůcek doplňující lůžko.

2.2.2 Bezprostřední předoperační příprava

Probíhá asi 2 hodiny před výkonem. Nutná je kontrola a kompletace dokumentace klienta (předoperační vyšetření, informované souhlasy...), kontrola lačnění, kontrola provedené hygieny, ev. dopomoc při hygieně, kontrola operačního pole. Úkolem sestry je změření a zápis fyziologických funkcí, zavedení i.v. kanyly, u náročnějších výkonů lékař zavádí centrální žilní katetr. Přiloží se elastická bandáž dolních končetin jako prevence tromboembolické nemoci. Podává se předepsaná chronická medikace a další ordinované medikace (antibiotická profylaxe, infúzní příprava...). Provede se zápis o podání do dokumentace klienta. Po podání premedikace již klient nesmí opouštět lůžko. Před odjezdem na sál se musí vymočit, u náročnějších výkonů se zavádí PMK z důvodu monitorace diurézy. Vždy je nutné vyndat umělý chrup.

2.2.3 Premedikace

Na základě interní a chirurgické přípravy je před výkonem rozepsána premedikace, která má zajistit jednak zklidnění pacienta, snížit riziko alergických reakcí (antihistaminika) a zajistit analgezií, zejména u bolestivých stavů. Snížit riziko aspirace kyselého žaludečního obsahu lze podáním prokinetik. Tato prevence je vhodná u pacientů s obtížným vyprazdňováním žaludku a u těhotných žen. Pro zklidnění jsou podávána sedativa, večer a ráno před operací nebo těsně před operací. (Jindrová 2011, s. 146-147)

Premedikace se podává s poslední čírou tekutinou perorálně (sedativa, antihistaminika), další premedikace se podává intravenózně ráno před operací (H2 blokátory, prokinetika, infuze glukózy a inzulinu u diabetiků) nebo intramuskulárně asi 30 min před výkonem. (Adamus 2010, s. 68)

2.2.4 Předanestetické vyšetření

Probíhá většinou den před operací, u ambulantních či akutních výkonů týž den před operací. Podle typu operačního výkonu anesteziolog navrhne anesteziologický postup (celková nebo regionální anestezie, analgosedace). Tento postup následně vysvětlí pacientovi, seznámí ho také s riziky anestezie a podepíše s ním informovaný souhlas. V rozhovoru s pacientem se anesteziolog zaměřuje především na funkční stav kardiovaskulárního a respiračního systému, na předchozí anestezie a eventuelní komplikace, dále na lékovou anamnézu vzhledem k možným interakcím léků s anestetiky, na abusus nikotinu a jiných návykových látek. Pacient je poučen stran režimových opatření. Součástí je také klinické vyšetření, které mimo jiné zhodnotí obtížnosti intubace, zajištění žilního vstupu. (Kasal 2003, s. 42-44; Adamus 2012, s. 58-59)

3 INFORMOVANOST PACIENTA PŘED VÝKONEM V ANESTEZII

Jedním z nezanedbatelných práv pacienta, zakotvených v Zákoně č. 372/2001 Sb., o zdravotních službách, je právo být informován o léčebných postupech a právo volby. Souhlas pacienta s provedením výkonu je platný jen v případech, kdy předcházely informace, vysvětlení a poučení pacienta. K poučení patří informace o diagnóze, průběhu i riziku. (Larsen 2004, s. 894)

„Lékař je povinen srozumitelným způsobem pro pacienta odpovědně informovat nemocného nebo jeho zákonného zástupce o charakteru onemocnění, zamýšlených diagnostických a léčebných postupech včetně rizik, o uvažované prognóze a o dalších důležitých okolnostech, které během léčení nastanou.“ (Etický kodex ČLK, §3, odst. 4)

3.1 Práva pacienta

V průběhu 20. století dochází k velkému rozvoji vědy a techniky, a zároveň ke změnám v celé společnosti. S rostoucími možnostmi a rozvojem demokratických principů se mění i vztahy mezi lékařem a pacientem. Zvýšený zájem o práva pacientů úzce souvisí s přibývajícými technologiemi v oblasti medicíny a její postupnou dehumanizací. Prvním impulsem byla osobní zkušenost amerického farmaceuta Davida Andersona při jeho hospitalizaci. Technické vybavení nemocnice v kontrastu se vztahy mezi zdravotníky a pacienty otevřelo celou řadu otázek a problémů, které se staly základem pro vytvoření prvního kodexu práv pacientů.

Práva pacientů jsou obsažena již ve Všeobecné deklaraci lidských práv OSN z roku 1948, avšak jejich oprávněnost a zařazení do zdravotnické legislativy je výsledkem dlouholetého dialogu o podobě zdravotní péče, s ohledem na vztah morálky a zákonů. V dané problematice se angažují nejen samotní pacienti, kteří požadují práva na respektování své osobnosti a spolupodílení se na léčbě, ale také představitelé zdravotnických zařízení. V jejich zájmu je spokojený klient, který nepodává žalobu. Uvědomují si, že se spokojeností pacientů roste také prestiž zařízení. (Šimek 2015, s. 129)

Postupné vytváření etických kodexů, které nemají právní vymahatelnost, je nahrazeno přijetím Úmluvy o lidských právech a biomedicíně Rady Evropy dne 4. dubna 1997 v Oviedu. Její název je často zkracován a v praxi používán jako Úmluva o

biomedicíně. Pro Českou republiku byla vyhlášena pod č. 96/2001 Sb. mezinárodních smluv a vstoupila v platnost 1. října 2001.

3.2 Informovaný souhlas

O informovaném souhlasu pojednává článek 5, kapitoly II, Ústavy o biomedicíně (viz Příloha A). Informovaný souhlas patří k základním pojmům v lékařské etice. Dalo by se říci, že je jedním z jejích pilířů. Souhlas musí být poučený, kvalifikovaný a svobodný. (Šimek 2015, s. 338)

V České republice se v mnoha oblastech zdravotní péče souhlas automaticky předpokládá. Jedná se zpravidla o běžné rutinní zákroky jako je odběr krve, změření krevního tlaku apod. Něco jiného je to však u invazivních výkonů, kterým je i celková anestézie. Jedná se totiž o zásah do lidské suverenity a takový výkon musí být řádně právně ošetřen. V těchto případech je nutný písemný souhlas pacienta, který je zároveň forenzním dokladem, že pacient souhlas poskytl.

Písemná forma informovaného souhlasu nemá v rámci České republiky jednotné znění. Každé zdravotnické zařízení si vytváří vlastní tištěnou verzi dokumentu. Za kvalitu a rozsah informací zodpovídá ošetřující lékař s ohledem na své kompetence. Vyhláška 64/2007 Sb. ze dne 26. března 2017, která je novelizací vyhlášky číslo 385/2006 Sb. o zdravotnické dokumentaci, obsahuje pasáž o informovaném souhlasu, která stanovuje, co musí bezpodmínečně obsahovat. Jsou to především údaje o účelu, povaze, ale i rizicích výkonu, poučení o alternativách plánovaného výkonu, údaje o možném omezení v obvyklém způsobu života, údaje o léčebném režimu. Dále zápis s vyjádřením pacienta, že mu byly poskytnuty informace, kterým porozuměl a měl možnost klást otázky, jež mu byly zodpovězeny. Dokument je stvrzen datem a podpisem pacienta i zdravotníka, který poučení poskytl. (Haškovcová 2007, s. 30)

Význam písemného informovaného souhlasu je však v současné době silně diskutován. Existují zahraniční výzkumy, které dokazují, že pacienti nečtou formuláře souhlasu pečlivě. Pacienti údajně předpokládají, že zdravotnický personál dostatečně prozkoumal profity i rizika výkonu za něj. Mnoho pacientů uvedlo, že se rozhodli již předtím, než jim byl dán formulář pro souhlas, a poté se neobtěžovali ho číst. Nabízí se tedy otázka, jestli není informovaný souhlas již zastaralá koncepce. Pacienti by měli být povzbuzováni, aby se aktivně podíleli na plánování léčby. Konzument zdravotní péče je zodpovědný za svou volbu. (Tate 2005, s. 117)

Podobně negativní závěry v otázkách informovaného souhlasu přináší i poslední výzkumy v ČR, které byly diskutovány na konferenci České lékařské komory v lednu 2018. Dle většiny názorů tento dokument stále plní svou roli a rozhodně nepatří mezi zbytečnou administrativu. Na druhou stranu je jasné, že v oblasti informovanosti pacienta je třeba klást důraz na komunikaci, a v tomto ohledu je největším úkolem lékaře (sestry) vzbudit u pacienta důvěru. (Tempus medicorum 1/2018)

3.3 Význam edukace v ošetrovatelství

Proč je edukace právě ve zdravotnické sféře tak důležitá? Má-li opravdu fungovat partnerský model mezi pacientem a zdravotníkem, a pacient má převzít požadovaný díl odpovědnosti za své zdraví, měl by být náležitě informován a poučen. Jedině důsledná edukace a pochopení toho, co je pro něho prospěšné, může pacienta motivovat k dobré spolupráci.

Cílem edukace anesteziologickou sestrou je poskytnout pacientovi informace o ošetrovatelských výkonech, které bude anesteziologická sestra v souvislosti s podáváním anestézie u pacienta provádět. Správná informovanost pacienta má velmi významný vliv na zajištění jeho psychické pohody. Většina pacientů považuje operační výkon za nepříjemnou situaci, která narušuje jeho základní potřeby. Objevují se obavy, strach a nejistota, což vyvolává u pacienta stresovou reakci. K dobře vedené edukaci pacienta přispívá profesionální spolupráce mezi anesteziologickou sestrou a sestrou z chirurgického oddělení, které se vzájemně doplňují. Ne každý pacient je ochotný o svých pocitech hovořit nebo si je jen připustit. Úloha sestry je zde nezastupitelná. (Trachtová et al. 2006, s. 186)

3.4 Psychosociální problematika, etika

Problematika informovanosti pacientů má mnoho úskalí a také technických obtíží. Jedním ze stěžejních je rozdílnost ve vzdělání zdravotníků a pacientů v dané oblasti. Ani poskytnutí detailních informací pacientovi nezaručuje, že jim správně porozumí. Skladba pacientů, přicházejících dnes do zdravotnických zařízení, je různorodá. Od absolutních laiků v oblasti medicíny, až ke klientům, kteří si danou problematiku nastudují na internetu či dalších informačních médiích. Získané informace však nemusí být zcela relevantní a mohou vést k nedorozuměním, nepřiměřeným očekáváním nebo obavám z výkonu. Výjimkou není ani situace, že klient nemá zájem o informace s tím, že vědět nic nechce, ať si s ním zdravotníci naloží podle libosti. (Šimek 2015, s. 134)

K dalším důvodům, které se podílejí na nedostatečné informovanosti pacientů, patří vyšší věk, nedostatek kognitivních schopností pacienta, špatně zvolená forma komunikace ze strany zdravotníků nebo používání odborných výrazů. Pacienti se často také ostýchají, nebo se při velkém množství informací zapomenou zeptat na podstatné a pro ně důležité záležitosti. Mnohdy se stává, že není dostatek času na detailní vysvětlení, svou roli hraje i případná jazyková bariéra nebo handicap klienta. Empatický a psychologický přístup zdravotníků k pacientovi a zájem o jeho prožívání a zvládnání dané situace je základem k navázání úspěšné komunikace. (Minibergerová 2010, s. 54)

Vztah mezi lékařem a pacientem se z dřívějšího direktivního, paternalistického posunul k nedirektivnímu, partnerskému modelu. Důraz je kladen na vzájemnou úctu a spolupráci. Každý s partnerů má svá očekávání. Pacient očekává zájem o svou osobu, profesionální přístup, lidskost, respekt ke své osobě, informace o všem důležitém a ujištění, že vše proběhne bez komplikací. Lékař má zájem na získání pravdivé anamnézy, poslušnosti pacienta v rámci režimových opatření, nekomplikovaném průběhu výkonu a zlepšení pacientova zdravotního stavu. (Janáčková a Weiss 2008, s. 65-66)

Vytvoření přátelského a chápavého prostředí, navázání povzbuzujícího kontaktu, naslouchání a zpětná vazba jsou důležité součásti rozhovoru s pacientem. Je obvyklé, že pacienti sdělené informace asi z padesáti procent zapomenou okamžitě po odchodu z ordinace, proto je třeba se ujistit, že porozuměli všemu, co mají dělat. Další problém představuje fakt, že mnoho pacientů rady a doporučení lékaře nedodržuje z prostého důvodu, a to že nepochopí nebo podceňují jejich smysl a důležitost. (Janáčková a Weiss 2008, s. 103)

Cílem ošetrovatelské etiky je humanizace mezilidských vztahů, tedy jejich zlidštění. Jedná se zejména o vztah mezi nemocným a sestrou, mezi ošetrujícím personálem a rodinou nemocného, ale i vztahů mezi lékaři a sestrami, mezi sestrami navzájem. Záměrem etiky je také porozumět člověku, pochopit tíživost jeho situace a podle možností mu také pomoci. Sestra musí nejen respektovat základní lidské hodnoty pacienta, ale i jednat v souladu s ochranou pacientovi lidské důstojnosti a soukromí. Pilířem etických zásad každodenní práce zdravotníků by měl být individuální přístup ke klientovi. (Heřmanová 2012, r. 69)

Tyto etické zásady by měly být dodržovány i v prostředí operačního sálu. Často se stává, že pacient je pouze „diagnózou“ a středem operačního výkonu a nikoliv individuální

bytostí. Sestry mají výjimečné postavení mezi ostatními zdravotnickými profesionály, mají prioritu v možnosti poskytování holistické péče. Umět aplikovat etické principy v praxi vede k obohacování každodenního ošetrovatelství. (Gurková 2017, s.19)

3.5 Edukace

Edukaci je možné definovat jako proces soustavného ovlivňování chování a jednání člověka za účelem jeho výchovy. Učíme se celý život, ať již záměrně, nebo si tento fakt ani neuvědomujeme. Získáváním nových vědomostí se prohlubuje naše vzdělání, a zároveň se mění naše postoje a chování. Kvalita výsledku je ovlivněna osobností člověka, který se vzdělává, jeho motivací, schopností se učit, ale i věkem, pohlavím, zdravotním stavem. Nezanedbatelnou roli hraje i sociální prostředí, ve kterém se vzdělávaná osoba – edukant nachází. Důležitá je také osobnost vyučujícího – edukátora, jeho teoretické znalosti, komunikační schopnosti, umění získat si důvěru a motivovat druhé. (Juřeníková 2010, s. 9; McEwen 2011, s. 365-369)

3.5.1 Edukační proces a jeho fáze

Proces edukace má pět fází, přičemž každá má své opodstatnění a neměla by být vynechána. První fází je diagnostika. Jejím účelem je získání co největšího množství informací o edukované osobě a jejich posouzení. Všechny zjištěné faktory jako věk, vzdělání, motivace i názory na vlastní zdraví, jsou důležité pro druhou fázi projektování. Během této fáze je úkolem edukátora sestavení edukačního plánu. Stanoví si cíle, metody edukace, časovou dotaci a způsob hodnocení. Vše s ohledem na potřeby edukanta, jeho osobnostní charakteristiku i současný zdravotní a psychický stav. Třetí fází je vlastní realizace edukace. Edukanta je třeba motivovat k aktivnímu přístupu k učení a zafixování získaných vědomostí a dovedností. Jejich procvičováním pak dochází k upevnění a prohlubování učiva, tedy ke čtvrté fázi procesu. Dosažené výsledky edukátor hodnotí pomocí páté fáze – zpětné vazby. Dá se říci, že edukační proces se do značné míry podobá ošetrovatelskému procesu. (Juřeníková 2010, s. 21)

3.5.2 Edukační cíle

Při sestavování edukačního plánu si mimo jiné edukátor stanoví edukační cíle. Edukačním cílem rozumíme pozitivní změnu v chování, vědomostech či dovednostech, které chceme edukací dosáhnout. Může jít o změnu krátkodobou ale i dlouhodobou. V každém případě by cíle měly odpovídat schopnostem edukanta, měly by být kontrolovatelné a zahrnovat celou jeho osobnost. Cílem v oblasti kognitivní je předání znalostí, které chceme, aby si klient zapamatoval, porozuměl jim a dokázal je dále využít

v praxi. Cíle týkající se změny postoje nebo názoru, afektivní, by měly klienta zaujmout natolik, aby jejich změnu přijal za svou. Psychomotorické, výcvikové cíle aplikujeme předváděním dané činnosti, kterou chceme klienta naučit, postupným trénováním pak získává pacient zručnost a dokáže vykonávat vše samostatně. (Juřeníková 2010, s.27)

3.5.3 Metody edukace

Edukační metoda je cílevědomý postup edukátora sloužící k aktivizaci edukanta v učení a osvojování si vědomostí a návyků. Edukaci lze provádět individuálně formou rozhovoru, výkladu, konzultace nebo instruktáže, ale i skupinově formou přednášky, kurzu či e-learningu. Ve zdravotnictví se setkáváme nejčastěji s následujícími metodami. (Svěráková 2012, s. 38-39)

Práce s textem patří mezi základní metody edukace ve zdravotnictví. Edukační letáky, brožury nebo plakáty umístěné v čekárně ambulance jsou užitečným zdrojem informací. Správného účelu dosáhnou ovšem pouze za předpokladu, že jsou doplněny ještě další formou edukace. Nejlépe ústní.

Rozhovor je jednou z nejčastěji užívaných metod. Edukátor klade otázky za účelem sběru a výměny informací. Požadavkem jsou dobré komunikační schopnosti a promyšlené, správně formulované otázky. Nepoužíváme otázky sugestivní.

Vysvětlování je metoda vhodná v případech, kdy je potřeba objasnit edukantovi příčiny a souvislosti problému, se kterým se dosud nesešel. Metodu můžeme doplnit použitím názorných pomůcek.

Instruktáž a praktické cvičení používáme, pokud chceme edukanta naučit některé psychomotorické dovednosti. Navazujeme na teoretické znalosti, prakticky předvádíme danou činnost a vysvětlujeme správný postup. Po instruktáži následuje praktický nácvik s upozorněním na případné chyby.

Konzultace je velice často používaná v případě, kdy se edukant setkává s odborníkem – specialistou. Řeší s ním konkrétní problém, který ho trápí a s ním související nejasnosti.

Přednáška patří mezi skupinové formy edukace. Prostřednictvím souvislého projevu předáváme myšlenky a poznatky větší skupině jedinců. Pro lepší zpětnou vazbu mezi přednášejícím a posluchači je možné klást otázky, na které mohou odpovídat.

Diskuse bývá součástí přednášky a slouží k procvičování a upevnování získaných vědomostí formou prezentace svých názorů, znalostí a argumentů.

E-learning je využíván spíše ve vzdělávání zdravotníků, k edukaci pacientů lze použít pouze výjimečně.

3.5.4 Edukační proces v anesteziologii

Weibauer říká: „*V anesteziologii se osvědčuje koncepce stupňovité informace a poučení. Nejčastěji pacient obdrží nejdříve základní písemnou informaci o navrhovaném anesteziologickém postupu. Na to navazuje konkrétní rozhovor, který je pro individuálního pacienta zdrojem konkrétních informací a poučení. Informace, poučení i informovaný souhlas jsou pacientem podepsány.*“ (Larsen 2004, s. 896)

Informace a poučení probíhají v zásadě formou rozhovoru mezi lékařem a pacientem. Sestra je však v tomto procesu lékařovým nezastupitelným partnerem. Jejím úkolem je v rámci svých kompetencí podávat informace o průběhu předoperační přípravy a samotného výkonu, poučí pacienta o správné životosprávě, rizikových faktorech, poskytuje rady a doporučení, eventuelně poskytne edukační materiály (brožury, letáky). Z pohledu zdravotníka je během pohovoru žádoucí zajistit compliance pacienta a jeho psychickou pohodu a velkou roli v tomto ohledu sehrává umění komunikace. (Tate 2005, s. 39-42)

V komunikaci sestra projevuje pacientovi podporu používáním několika technik. Technikou rezonance (ozvěna), kdy sestra zopakuje, co pacient řekl, a dává tak najevo, že pacienta poslouchá. Technika reflexe (odezvy) umožňuje pacientovi uspořádat si myšlenky. Sestra, která vycítí pacientovy obavy, jež se odrážejí na jeho projevu, může pacienta přerušit a nejprve mu umožnit hovořit o svých pocitech, podpořit jej a uklidnit. Sestra musí umět pacienta v komunikaci povzbudit, aby měl pacient zájem o svých pocitech hovořit. Přehled rozsáhlého sdělení umožňuje sumarizace. Sumarizací sestra pomáhá pacientovi lépe pochopit vše podstatné z celého sdělení. Ke komunikačním technikám patří také mlčení. V tichosti můžeme přemýšlet, jak v komunikaci pokračovat. Mlčení může také přijít z nečekané zprávy i z rozpaků. (Zacharová 2016, s. 48)

PRAKTICKÁ ČÁST

4 FORMULACE PROBLÉMU

Pracuji jako anesteziologická sestra na operačním sále, do kontaktu s pacienty se ale dostávám i v anesteziologické ambulanci. Na našem pracovišti se setkáváme s výskytem nežádoucích příhod v souvislosti s podáním anestezie, přičemž důvodem bývá mimo jiné i nedodržení režimových opatření ze strany pacientů. Příčinou tohoto problému může být dle mého názoru nedostatečná edukace či špatná srozumitelnost předoperačních doporučení.

Edukace probíhá v několika fázích. Nejdříve se pacient seznámí s průběhem a riziky celkové anestezie formou informovaného souhlasu. Hlavním významem tohoto dokumentu je utvoření základní představy o průběhu anestezie a zformulování dotazů pro pozdější pohovor s lékařem. Ve většině případů probíhá vlastní pohovor s odstupem několika dní před výkonem, a následně také v den přijetí. Přestože jsou pacienti vystaveni značnému množství informací ze strany zdravotnického personálu, ne vždy je výsledkem oboustranná spokojenost. Z tohoto důvodu bych se ráda v mé práci pokusila zjistit, zda je možné na základě informací od pacientů zdokonalit formu edukace před výkonem v celkové anestezii, anebo zda je třeba hledat příčinu výskytu nežádoucích následků někde jinde.

Může edukace sestrou zvýšit compliance pacientů v dodržení režimových opatření?

5 CÍL VÝZKUMU

Hlavním cílem práce bylo zjistit, jaký způsob edukace před plánovaným podáním anestezie je pacienty preferován a mají-li zájem o jeho zdokonalení.

Dílčí cíle:

1. Zjistit, jaký je nejčastější způsob edukace pacienta před výkonem v anestezii.
2. Zmapovat výskyt porušení režimových opatření spojených s podáním anestezie.
3. Zjistit, zda pacienti mají zájem o podrobnější edukaci.
4. Zjistit, jaké formy edukace pacienti preferují.

Předpoklady

1. Předpokládám, že nejvyšší počet respondentů je poučen ústní formou lékařem.
2. Předpokládám, že nejčastějším porušením režimových opatření je nedodržení povinného lačnění.
3. Předpokládám, že pacienti mají zájem o podrobnější edukaci v rámci předanestetického vyšetření.
4. Předpokládám, že pacienti preferují ústní poučení lékařem.

6 CHARAKTERISTIKA SOUBORU

Vzorek respondentů byl záměrný, do výzkumu byli zařazeni klienti naší anesteziologické ambulance. Jednalo se o dospělé pacienty podstupující operační zákrok v Mulačově nemocnici, a to jak ambulantně, tak i v rámci hospitalizace.

Zahrnuty byly ženy i muži, bez rozdílu věkové kategorie. Nebyl kladen důraz na vyrovnaný počet obou pohlaví a zástupců jednotlivých věkových skupin, jelikož dle mého názoru tyto demografické údaje nemají zásadní vliv na výsledek studie. Jak je patrné z odpovědí na první dvě otázky dotazníku, mezi respondenty převažovaly ženy a nejpočetnější skupinou byly pacienti ve středním věku.

7 METODA SBĚRU DAT

K získání a sběru dat pro zvolenou problematiku byla použita metoda kvantitativního výzkumu formou dotazníkové techniky. Dotazník byl polostrukturovaný, většina otázek byla uzavřených, pouze v závěru dotazníku měl respondent prostor se svými slovy vyjádřit k tomuto problému a navrhnout postupy, které by mohly zkvalitnit péči. V dotazníku byly obsaženy jak dichotomické, tak výběrové uzavřené otázky. Respondent tedy odpovídal buď ano/ne, nebo označoval nejvhodnější z výčtu možných odpovědí.

V hlavní části dotazníku jsme se snažili zmapovat kvalitu edukace pacienta ze strany personálu a zjistit obavy a dojmy z předoperační přípravy. Další část se zabývala mapováním nežádoucích příhod a příčin, které k nim vedly.

Součástí dotazníku byly též kontrolní otázky, které měly prověřit, zda je respondent ve svých odpovědích konzistentní a jeho jednotlivá tvrzení si neodporují. Konkrétně se jednalo o otázky č. 14-17, které se zabývaly případným porušením režimových opatření.

8 ORGANIZACE VÝZKUMU

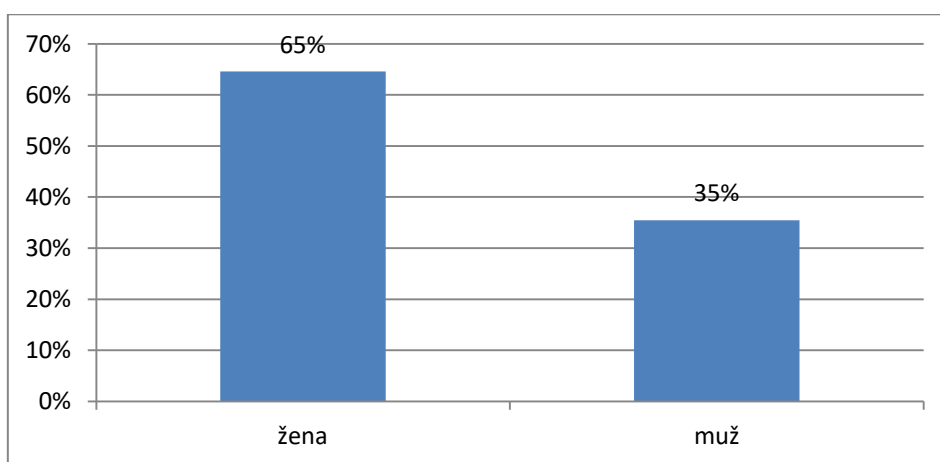
Výzkum probíhal v anesteziologické ambulanci Mulačovy nemocnice Plzeň, a to v období listopad 2017 až leden 2018 na základě kladného stanoviska hlavní sestry. Informovaný souhlas organizace lze nalézt v příloze této práce. Dotazník byl mezi respondenty distribuován osobně, v rámci předoperačního anesteziologického vyšetření. Sběr vyplněných dotazníků probíhal ve spolupráci se staničními sestrami na chirurgických odděleních v pooperačním období.

Celkem bylo osloveno 120 (100%) respondentů, přičemž lze konstatovat, že návratnost byla 65%. Do výzkumného souboru bylo zařazeno 79 kompletně vyplněných dotazníků.

9 VÝSLEDKY VÝZKUMU

Otázka č. 1: Pohlaví?

Graf č. 1: Rozložení respondentů dle pohlaví

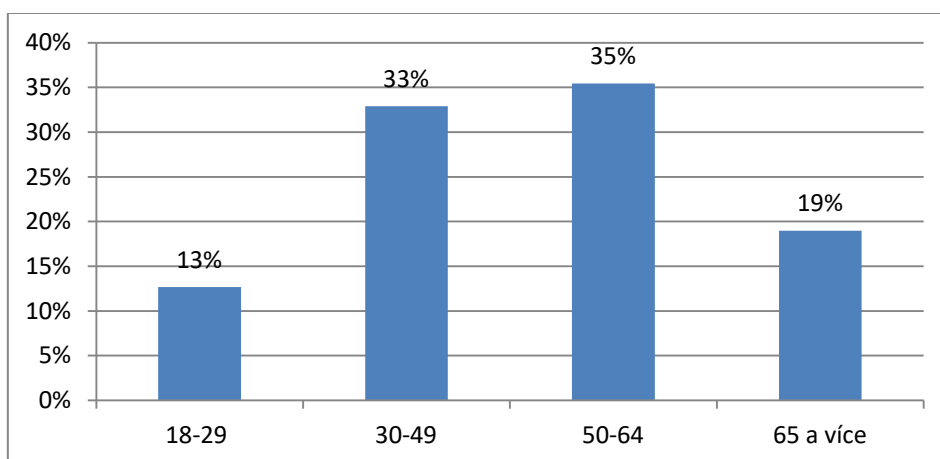


Zdroj: vlastní zpracování

Z grafu je zřejmé, že výzkumného šetření se zúčastnilo 51 respondentů ženského pohlaví (65 %) a 28 respondentů mužského pohlaví (35%).

Otázka č. 2: Kolik je vám let?

Graf č. 2: Rozložení respondentů dle věkových kategorií

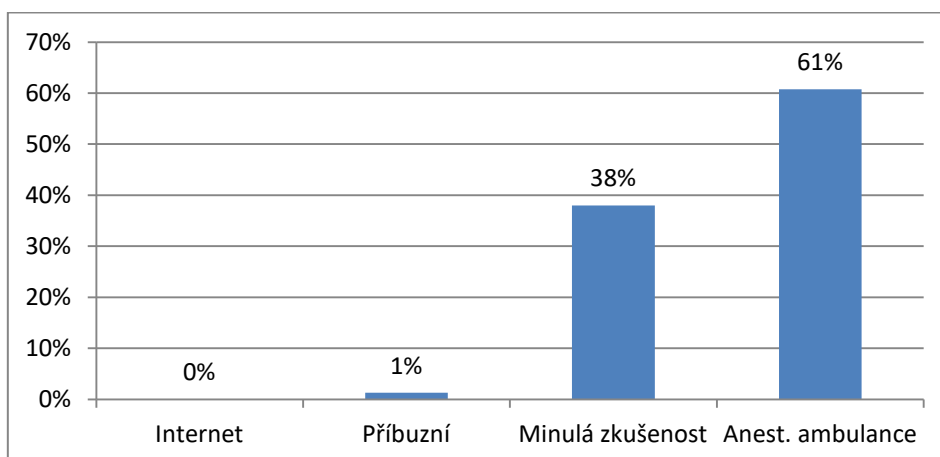


Zdroj: vlastní zpracování

Z grafu vyplývá, že dle věkového rozložení se výzkumu zúčastnilo 10 respondentů ve věku 18-29 let (13%), 26 respondentů ve věku 30-49 let (33%), 28 respondentů ve věku 50-64 let (35%) a 15 respondentů starších 65 let (19%).

Otázka č. 3: Kde jste získal(a) prvotní informace o podání anestezie?

Graf č. 3: Zdroj prvotních informací o podání anestezie

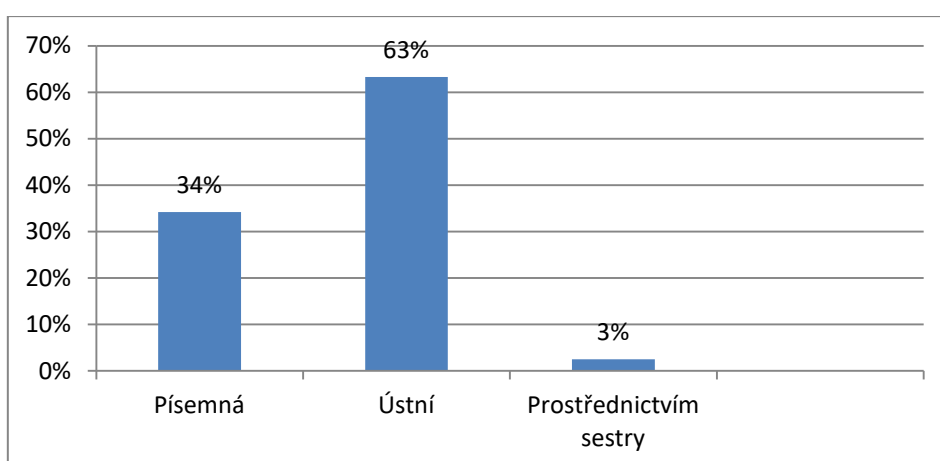


Zdroj: vlastní zpracování

Z výsledků grafu je patrné, že 49 respondentů (61%) se s informacemi o podání anestezie poprvé setkalo v anesteziologické ambulanci, 30 respondentů (38%) již anestezií v minulosti podstoupilo a 1 respondent využil jako zdroj informací rodinu. Žádný z respondentů se nesnažil získat informace na internetu.

Otázka č. 4: Jakou formou bylo zprostředkováno poučení před podáním anestezie?

Graf č. 4: Forma poučení před podáním anestezie

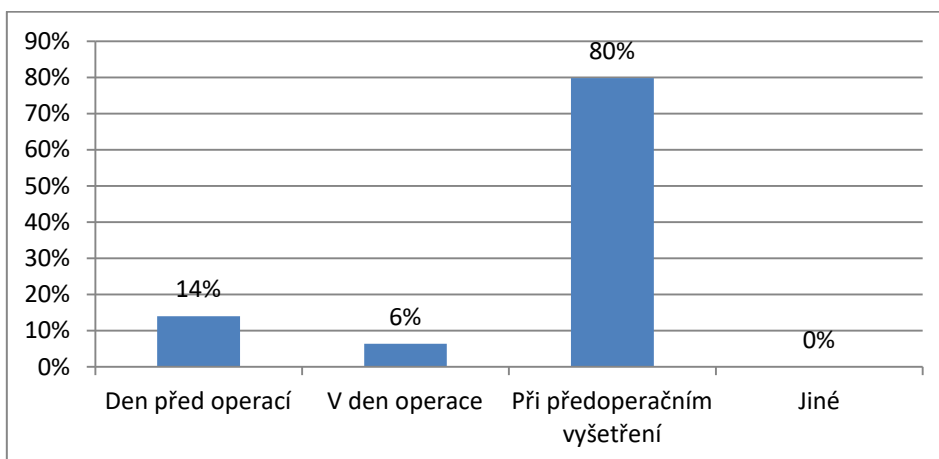


Zdroj: vlastní zpracování

Na otázku „Jakou formou vám bylo zprostředkováno poučení před podáním anestezie?“ 9 respondentů (34%) odpovědělo, že písemnou formou, 33 respondentů (63%) označilo ústní rozhovor s lékařem a 2 respondenti (3%) ústní rozhovor se sestrou.

Otázka č. 5: Kdy bylo poskytnuto poučení před výkonem v celkové anestezii?

Graf č. 5: Časový předstih poskytnutí poučení před výkonem v celkové anestezii

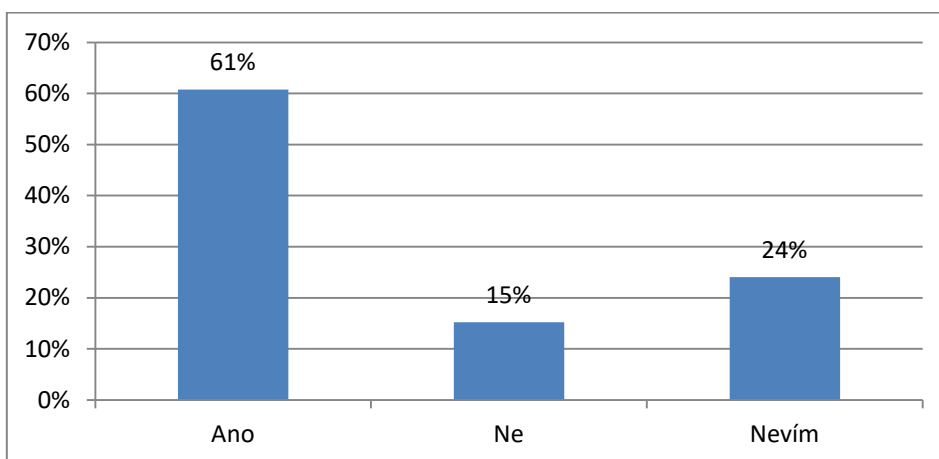


Zdroj: vlastní zpracování

Z grafu vyplývá, že 5 respondentů (6%) uvedlo, že jim bylo poučení zprostředkováno v den operace, 11 respondentů (14%) bylo poučeno den před operací a 63 respondentů (80%) absolvovalo poučení v rámci předoperačního vyšetření s odstupem před operací v řádu dní.

Otázka č. 6: Bylo (by) pro mne opakované poučení přínosem?

Graf č. 6: Přínos potenciálního opakovaného poučení



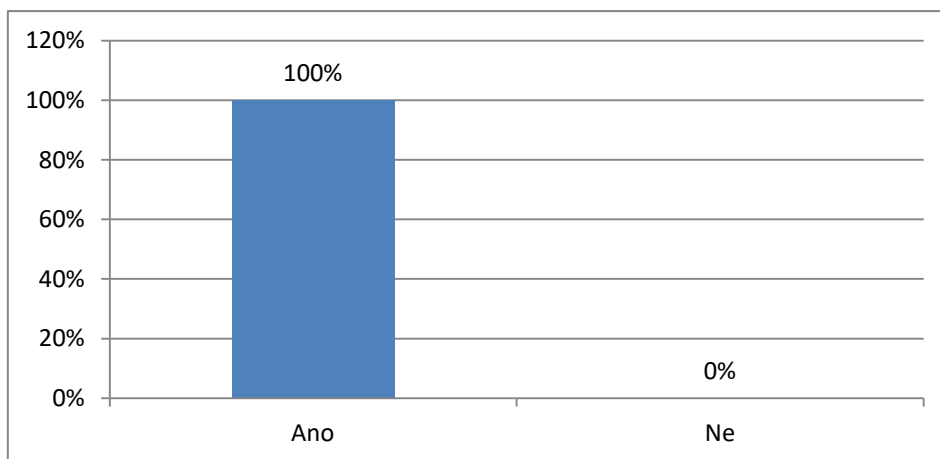
Zdroj: vlastní zpracování

Podle výsledků grafu je vidět, že 48 respondentů (61%) považuje opakované poučení za přínosné, 12 respondentů (15%) naopak za ztrátu času a 19 respondentů (24%) nemá na tuto otázku vyhraněný názor. Nutno podotknout, že respondenti, kteří považují opakované

poučení za ztrátu času, již anestezii v minulosti podstoupili a jeden z těchto respondentů v otázce č.19 označil, že by uvítal podrobnější poučení sestrou.

Otázka č. 7: Měl/a jste možnost klást doplňující otázky?

Graf č. 7: Možnost doplňujících otázek

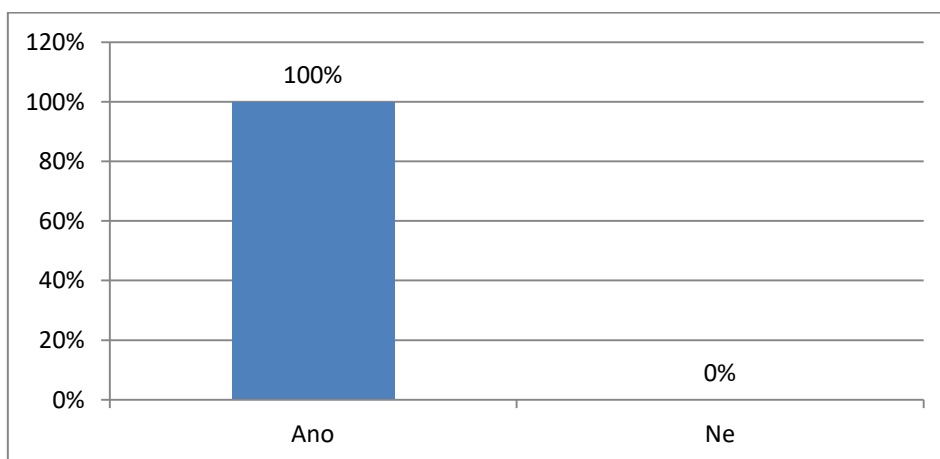


Zdroj: vlastní zpracování

Plný počet respondentů (100%) označil, že měl možnost klást doplňující otázky.

Otázka č. 8: Pokud ano, byly odpovědi lékaře na doplňující otázky dle vašeho názoru dostačující?

Graf č. 8: Dostačující odpovědi na doplňující otázky

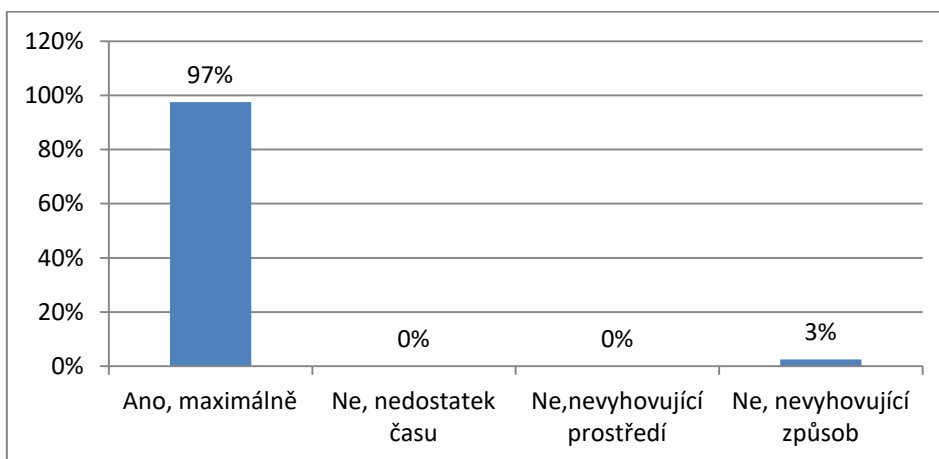


Zdroj: vlastní zpracování

Odpovědi lékaře na doplňující otázky považovalo za dostačující všech 79 respondentů (100%).

Otázka č. 9: Bylo pro vás poučení celkově plně dostačující? (z hlediska času, místa, způsobu)

Graf č. 9: Celkově plně dostačující poučení

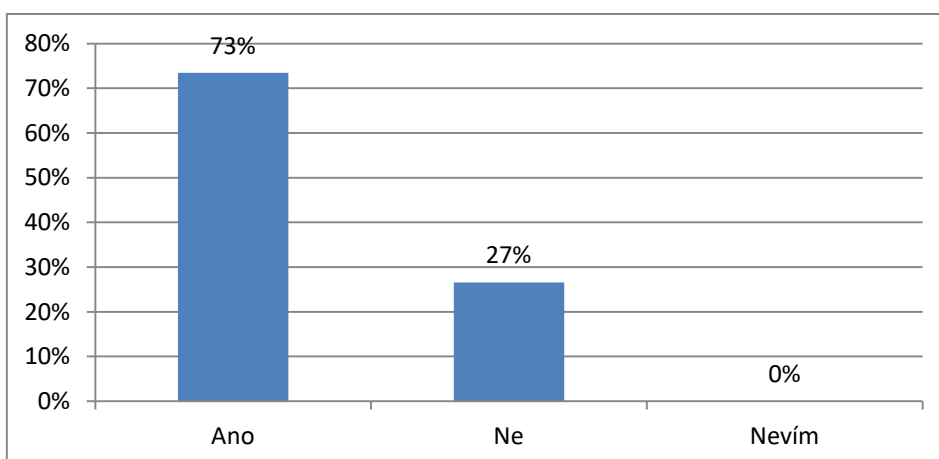


Zdroj: vlastní zpracování

Na otázku, zda bylo poučení celkově plně dostačující, odpověď „Ano, poučení bylo dostačující po všech stránkách.“ zvolilo 78 respondentů (99%), pouze 1 respondent (1%) nebyl spokojen se způsobem podání informací. Jednalo se o respondenta, kterému bylo poučení zprostředkováno bezprostředně v den před operací ústní formou lékařem.

Otázka č. 10: Odcházel/a jste po návštěvě anesteziologické ambulance s menšími obavami z anestezie?

Graf č. 10: Eliminace obav z anestezie po návštěvě anesteziologické ambulance

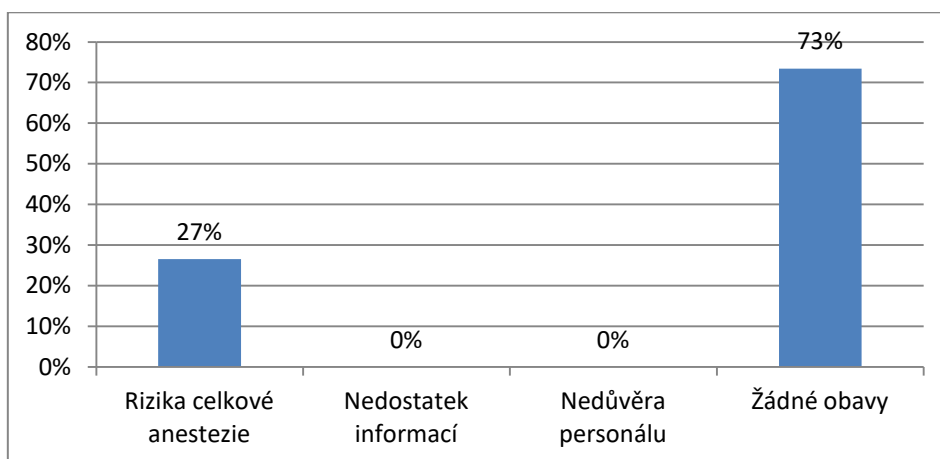


Zdroj: vlastní zpracování

Z grafu vyplývá, že 58 respondentů (73%) odcházelo z anesteziologické ambulance s menšími obavami. U 21 respondentů (27%) obavy z podstoupení anestezie přetrvávaly i po odchodu z anesteziologické ambulance.

Otázka č. 11: Z jakého důvodu trvaly vaše obavy?

Graf č. 11: Důvody trvání obav z anestezie

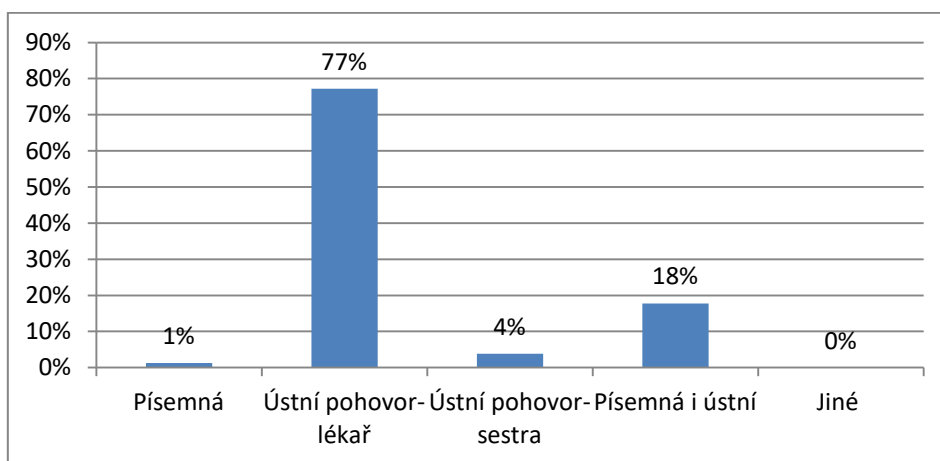


Zdroj: vlastní zpracování

Z grafu je patrné, že 21 respondentů (27%), u kterých přetrvávaly obavy z podstoupení anestezie, uvedlo shodně, že se obávají rizika a komplikací anestezie.

Otázka č. 12: Jakou formu poučení o anestezii preferujete?

Graf č. 12: Preferovaná forma poučení o anestezii



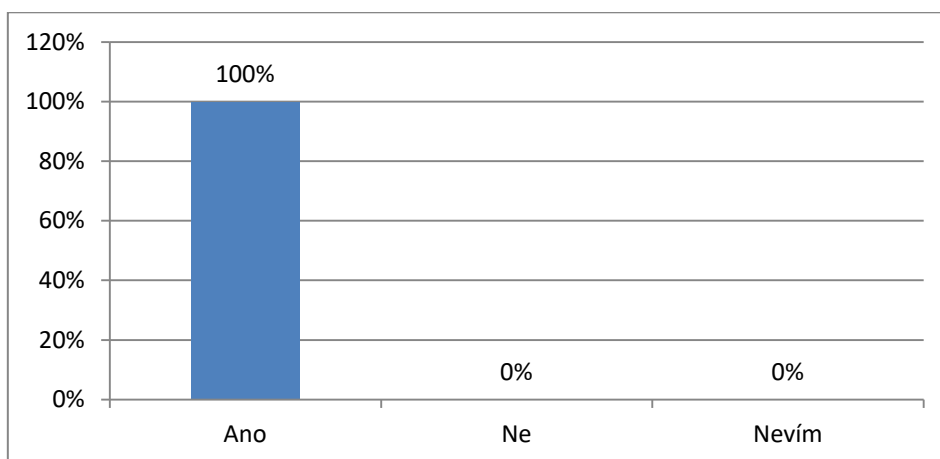
Zdroj: vlastní zpracování

Na otázku „ Jakou formu poučení preferujete?“ uvedlo 61 respondentů (77%) ústní pohovor s lékařem, 2 respondenti (4%) ústní pohovor se sestrou. Kombinaci písemné i ústní formy preferuje 14 respondentů (18%) a 1 respondent (1%) by dal přednost pouze

písemné formě poučení. Jednalo se o respondenta, který již anestezii v minulosti podstoupil a opakované poučení považuje za ztrátu času.

Otázka č. 13: Mohu říci, že po zotavení z anestezie, odpovídal průběh poskytnutým informacím?

Graf č. 13: Průběh odpovídal poskytnutým informacím

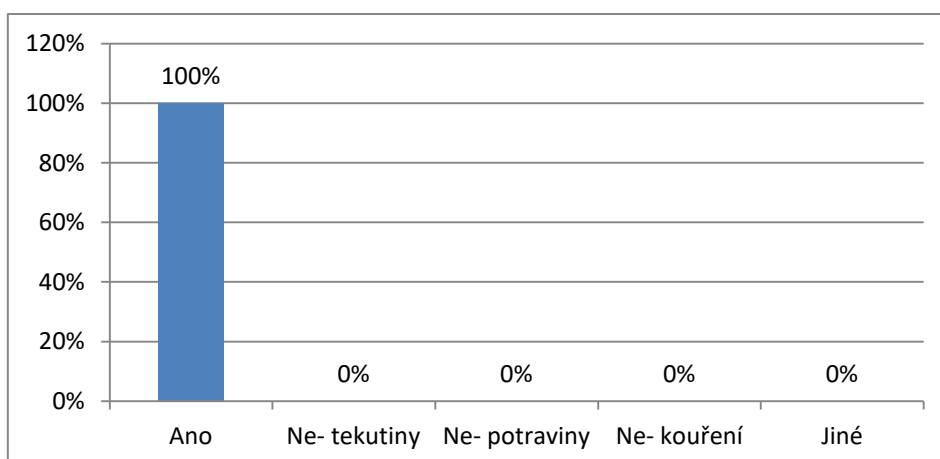


Zdroj: vlastní zpracování

Všichni respondenti (100%) uvedli, že průběh anestezie odpovídal poskytnutým informacím.

Otázka č. 14: Dodržel/a jste všechna doporučení? (lačnění, zákaz kouření, atd.)

Graf č. 14: Dodržení veškerých doporučení

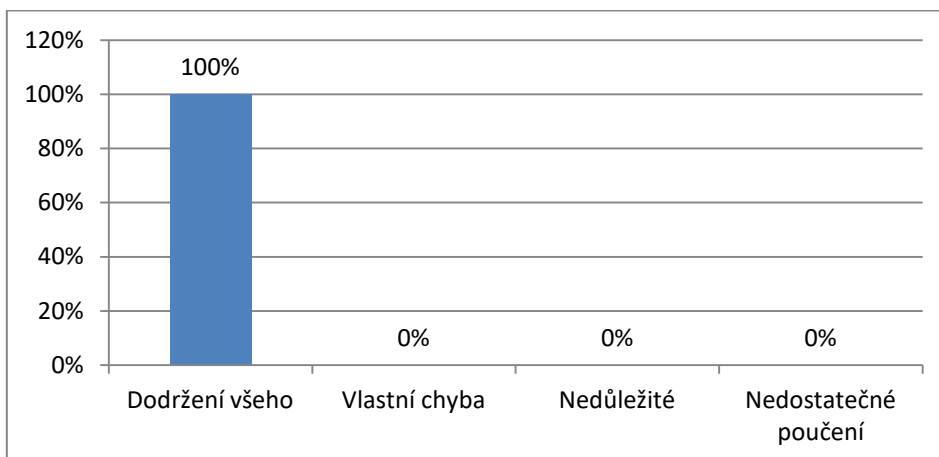


Zdroj: vlastní zpracování

Na otázku, zda dodrželi všechna konkrétní doporučení, odpovědělo kladně všech 79 respondentů (100%).

Otázka č. 15: Z jakého důvodu jste nedodržel/a poskytnutá doporučení?

Graf č. 15: Důvody nedodržení poskytnutých doporučení

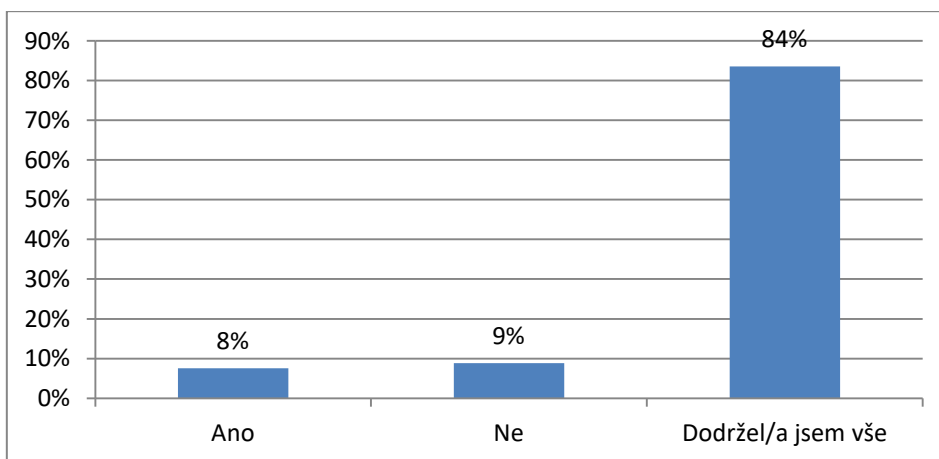


Zdroj: vlastní zpracování

Při zjišťování důvodů nedodržení režimových opatření všichni respondenti (100%) uvedli, že dodrželi všechna doporučení.

Otázka č. 16: Přiznal/a jste nedodržení režimových opatření ošetřujícímu personálu?

Graf č. 16: Přiznání nedodržení režimových opatření

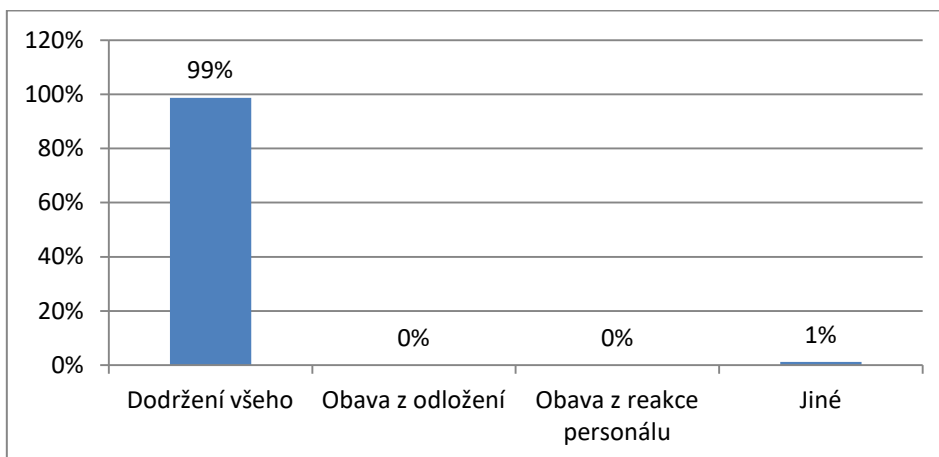


Zdroj: vlastní zpracování

Z grafu vyplývá, že 66 respondentů (84%) dodrželo všechna doporučení, 6 respondentů (8%) přiznalo porušení režimových opatření ošetřujícímu personálu a 7 respondentů (9%) svá pochybení zatajilo.

Otázka č. 17: Z jakého důvodu jste nepřiznal/a porušení?

Graf č. 17: Důvody nepřiznání porušení

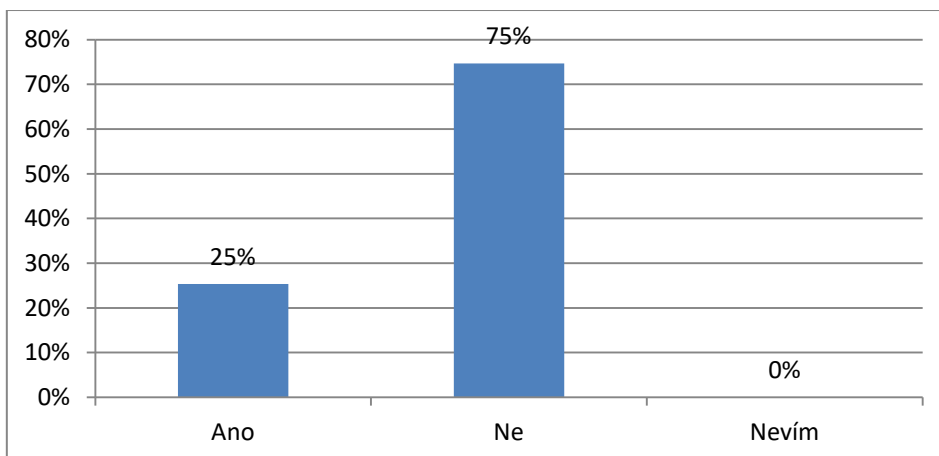


Zdroj: vlastní zpracování

Na otázku „ Z jakého důvodu jste nepřiznal(a) porušení? 78 respondentů (99%) odpovědělo, že dodrželi všechna doporučení. 1 respondent (1%) uvedl, že mu rodinný příslušník poradil, ať pochybení nepřiznává.

Otázka č. 18: Ocenil/a byste podrobnější vysvětlení režimových opatření?

Graf č. 18: Uvítání případného podrobnějšího vysvětlení režimových opatření

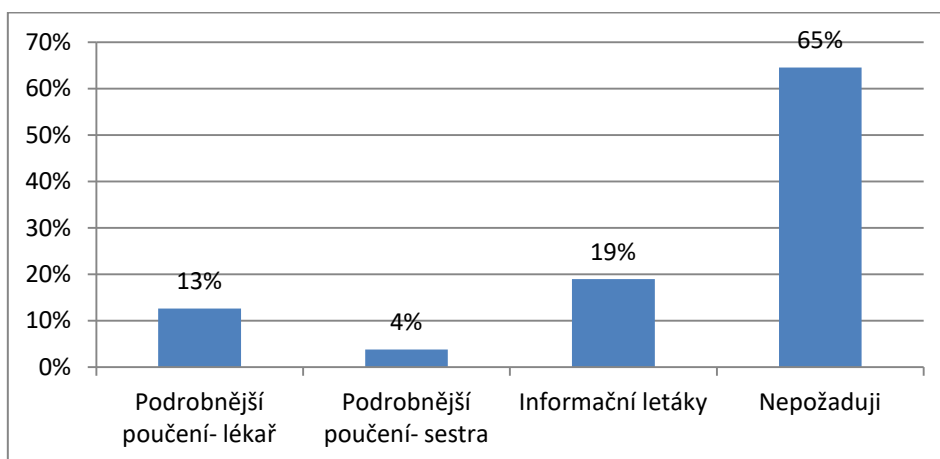


Zdroj: vlastní zpracování

Na otázku, zda mají zájem o podrobnější vysvětlení režimových opatření, kladně odpovědělo 20 respondentů (25%) a 59 respondentů (75%) neprojevalo o podrobnější vysvětlení zájem.

Otázka č. 19: Jaké změny byste uvítal/a v poučení?

Graf č. 19: Uvítání případných změn v poučení



Zdroj: vlastní zpracování

Z výsledků grafu vyplývá, že 10 respondentů (13%) by uvítalo podrobnější poučení lékařem, 3 respondenti (4%) podrobnější poučení sestrou a 15 respondentů (19%) má zájem o informační letáky. Žádná další poučení nepožaduje 51 respondentů (65%).

Otázka č. 20: Volný prostor pro připomínky, jak zkvalitnit poskytovanou péči.

Možnost slovně vyjádřit připomínky nevyužil nikdo z respondentů.

Analýza výsledků

Cíl č. 1: Zjistit jaký je nejčastější způsob edukace pacienta před výkonem v anestezii.

Předpokládám, že nejvyšší počet respondentů je poučen ústní formou lékařem.

Otázky vztahující se k předpokladu: 3,4,5,6,7,8,9,10,11,13

Nejvyšší počet respondentů (63%) uvedl poučení ústní formou lékařem.

Předpoklad se potvrdil.

Cíl č. 2: Zmapovat výskyt porušení režimových opatření spojených s podáním anestezie.

Předpokládám, že nejčastějším porušením režimových opatření je nedodržení lačnění.

Otázky vztahující se k předpokladu: 14,15,16,17

Všichni respondenti (100%) uvedli, že dodrželi všechna doporučení.

Předpoklad se nepotvrdil.

Cíl č. 3: Zjistit, zda pacienti mají zájem o podrobnější edukaci.

Předpokládám, že pacienti mají zájem o podrobnější edukaci v rámci předanestetického vyšetření.

Otázky vztahující se k předpokladu: 18,19,20

Podrobnější poučení nepožaduje (75%) respondentů, o změny v poučení nemá zájem (65%) respondentů.

Předpoklad se nepotvrdil.

Cíl č. 4: Zjistit, jaké formy edukace pacienti preferují.

Předpokládám, že pacienti preferují ústní poučení lékařem.

Otázky vztahující se k předpokladu: 12

Nejvyšší počet respondentů (77%) preferuje ústní poučení lékařem.

Předpoklad se potvrdil.

DISKUZE

Pojem anestezie vyvolává u pacientů i v dnešní době poměrně rozporuplné pocity. Na jedné straně oceňují blahodárnost nevnímání bolesti, na straně druhé je pro mnohé z nich spojena s celou řadou obav. Zdravý člověk se obvykle nezabývá podrobnostmi něčeho, co se ho přímo nedotýká.

Během anesteziologického vyšetření, kdy lékař klade pacientovi otázky a sděluje důležité informace týkající se anestezie a přípravy před ní, nastává často moment uvědomění si rizik, kdy pacient přiznává lékaři i sám sobě, jak velké obavy ve skutečnosti má. Komunikace mezi lékařem a pacientem tvoří základ vzájemných vztahů ve zdravotnictví a významně se podílí na vytvoření důvěry pacienta k lékaři, a výsledném efektu snížení jeho obav. Z výsledků šetření vyplynulo, že většina respondentů (61%) získala informace týkající se anestezie v anesteziologické ambulanci, a to ve většině případů (80%) v rámci dlouhodobé předoperační přípravy. Poučení bylo většině pacientů (63%) zprostředkováno ústně při rozhovoru s lékařem, a všichni respondenti považují poučení za naprosto dostačující. Peter Tate ve své knize Komunikace pro lékaře uvádí, že ani ne tak čas věnovaný rozhovoru, jako spíše styl lékařova vystupování a komunikace může mít význam pro snížení obav pacienta. Zmiňuje fakt, že respektování autoritativní lékaři mohou snížit pacientovy obavy, byť krátkodobě, na úkor jeho autonomie. Naproti tomu příliš autonomie může obavy pacienta zvýšit. Z výsledků výzkumného šetření vyplývá, že většina respondentů (73%) odcházela z anesteziologického vyšetření s menšími obavami a zbývající počet respondentů uváděl jako důvod přetrvávajících obav strach z rizik a komplikací anestezie. Fakt, že ani jeden z respondentů nevyužil k získání informací o anestezii internet, nás překvapil. British Journal of Anesthesia zveřejnila studii, ve které se snaží zjistit, zda webová stránka jako informační zdroj, zvyšuje znalosti pacientů o anestezii. Z jejích výsledků vyplývá, že jde o účinný způsob, jak podpořit informace poskytnuté anesteziologem. Použití takové webové stránky vede k výraznému zvýšení znalostí ve srovnání s pouhým ústním pohovorem nebo pohovorem v kombinaci s brožurou. Dle našeho názoru je škoda, že prvotní zkušenost naši pacienti získávají až při kontaktu se zdravotníky. Kvalitní ústní edukace je však nenahraditelná a má zásadní význam. Pacienti, kterým bylo poskytnuto dostatečné množství informací vhodnou formou v přátelském rozhovoru a uvědomující si svůj podíl odpovědnosti, lépe spolupracují. V praxi se někdy stává, že zvláště starší pacienti se obracejí s dotazy, které by měli směřovat lékaři, spíše na sestru. Často je to způsobeno ostychem nebo prostým faktem, že

se lékaře zapomenou zeptat. Tento aspekt se projevil i během výzkumného šetření. Na otázku, jakou formu poučení preferují, většina respondentů (77%) uvedla ústní rozhovor s lékařem, 2 respondenti by měli zájem o ústní poučení sestrou. Jednalo se o ženy starší 65 let. Sestra může pacienta informovat pouze v rámci svých kompetencí, ale může a musí být pacientovi oporou a pomocníkem v oblasti bio-psycho-sociální. Pomáhá klientovi zorientovat se v množství informací, zdůrazní důležité položky poučení, rozvíjí důvěryhodnost, uklidňuje, naslouchá, používá zpětnou vazbu. Ke každému klientovi přistupuje individuálně, bere ohled na jeho věk, kognitivní schopnosti, klinický i psychický stav. Je zcela logické, že pacient, který je v předoperačním období vystaven stresové zátěži vyplývající z dané situace, často reaguje neadekvátně, dopouští se chyb. Nelze se proto divit, že pacienti přehlédnou nebo podcení některá doporučení. Podpis informovaného souhlasu s poskytnutím konkrétní zdravotní péče je pro zdravotníky i pacienty dnes dalo by se říci rutinní záležitostí. Někteří pacienti přiznávají, že formulář sice přečtou a automaticky podepisují, avšak aniž by si uvědomili celý jeho obsah. Podobná je i situace, týkající se ústního poučení. Při výzkumném šetření jsme pátrali po tom, jakých porušení režimových opatření se pacienti nejčastěji dopouštějí. Náš předpoklad, zakládající se na osobní zkušenosti z praxe, se však nepotvrdil. Všichni respondenti (100%) ve všech otázkách, zabývajících se touto problematikou, uvedli, že dodrželi všechna režimová opatření. Zajímavým je ovšem fakt, že kontrolní otázka, prověřující, zda si jednotlivá tvrzení neodporují, odhalila, že k porušení došlo. Někteří klienti (8%) přiznali porušení ošetřujícímu personálu a část respondentů (9%) tuto skutečnost zatajila. Jedna klientka uvedla, že porušení zatajila na radu příbuzné. S podobnými situacemi se v každodenní praxi setkáváme stále častěji. Někteří pacienti, například kuřáci, argumentují tím, že pocítovali velký stres a bez cigarety by nezvládli čekání na operaci. Jedna pacientka se hájila slovy: „Řekli mi, že když si zapálím, tak mi bude špatně. Mně je po narkóze stejně vždycky zle, tak mi to nevadí“. Jestliže se pacient rozhodne, že bude riskovat vážné komplikace porušením lékařových doporučení, není vždy možné takové situaci zabránit. Je však důležité pacienta na rizika spojená s porušením předem upozornit a apelovat na jeho zodpovědnost k vlastnímu zdraví. Jak uvádí Zacharová (2016, s.98), má-li pacient dostatek informací, udělá méně chyb. Nebezpečí, která hrozí při nedisciplinovanosti, je možné zdůraznit, aniž by došlo k narušení autonomie.

Předoperační příprava vyžaduje velké spektrum vyšetření, která musí pacient absolvovat. Dle klinického stavu pacienta, jeho věku a typu operace bývá jejich rozsah

různě velký. Zvláště starší a polymorbidní pacienti toto pociťují jako zátěž a je pro ně náročné zapamatovat si a porozumět všem informacím, kterými je zdravotníci zásobují. Každý pacient jako jedinečná lidská osobnost tuto situaci prožívá jinak. Stres, který náročnost tohoto okamžiku představuje, se mnohdy může projevit i bagatelizováním nebo agresí. V podtextu ale často cítíme skryté obavy, agrese je pouze obrannou reakcí. Nabízet v této chvíli další formu edukace se může zdát absurdní. Odpovědi respondentů signalizují, že poučení považují za dostačující a o další edukaci nemají zájem. Pouze 25% oslovených respondentů má zájem o podrobnější vysvětlení režimových opatření, 75% respondentů tuto možnost nevyžaduje. Na výsledcích této části výzkumného šetření se dle našeho názoru značně podílí skupina pacientů, která již anestezii v minulosti podstoupila, a tudíž o opakované informace nestojí. V anesteziologické ambulanci tito klienti často ani nechtějí znovu číst formulář informovaného souhlasu s anestezii se slovy: „To mi nemusíte dávat, podepisoval jsem to před minulou operací“. Předmětem našeho zájmu však byla spíše skupina pacientů, která projevila zájem o určitou inovaci v poučení. Z nabídky navrhovaných změn vyslovilo 13% respondentů zájem o podrobnější poučení lékařem, což potvrzuje předpoklad číslo 4. Pouze zanedbatelné procento pacientů by uvítalo podrobnější edukaci za strany sestry. Tento výstup jsme na začátku tohoto výzkumu očekávali, nicméně se přikláníme k názoru, že sestra může významným způsobem přispět k dobré spolupráci mezi pacientem a ošetřujícím personálem, a tak i k celkové spokojenosti klienta. Z předposlední dotazníkové otázky dále vyplývá zajímavá skutečnost, a to že podstatná část respondentů (19%) by ocenila inovaci v podobě informačního letáku či brožury, které by mohly být k dispozici v čekárně anesteziologické ambulance. Tento požadavek považujeme za velice vhodný, protože umožňuje klientům seznámit se jednoduchou a přehlednou formou se zásadními informacemi. Možnost odnést si leták domů dává navíc klientovi šanci si v klidném prostředí vše znovu připomenout. Není výjimkou, že pacienti, pro které je anesteziologické vyšetření poslední povinností v předoperační přípravě, mohou pod vlivem únavy a stresu řadu informací zapomenout nebo přehlédnout.

Výzkumné šetření celkově potvrdilo očekávání, tedy že současný způsob edukace pacienta před výkonem v celkové anestezii ve formě ústního rozhovoru s lékařem je dostačující a pacienti nevyžadují zásadnější změnu. Zájem pacientů o tištěnou formu informací v podobě letáku by mohl být způsobem ke zkvalitnění spolupráce pacienta při dodržování režimových opatření.

ZÁVĚR

Tato bakalářská práce se zabývala problematikou týkající se informovanosti a edukace pacienta před plánovaným podáním anestezie a snažili jsme se zjistit, jakým způsobem by sestra mohla v této oblasti přispět v rámci svých kompetencí.

Teoretická část obsahovala stručnou historii oboru anesteziologie, vysvětlení pojmu anestezie jako takové a popis průběhu jednotlivých stádií celkové anestezie. Je zde popsáno základní rozdělení anestezie, další kapitoly se zabývají farmakologií anestezie a komplikacemi jejího podání. Specifikovali jsme činnosti anesteziologické sestry a její kompetence. V další části jsme se zabývali předoperační přípravou, a to jak farmakologickou a fyzickou, ale především jsme se zaměřili na oblast edukace a psychosociální problematiky.

V praktické části bylo prezentováno výzkumné šetření, jehož cílem bylo zmapovat způsob předání informací pacientovi a zjistit, zda je množství informací i způsob edukace z jeho pohledu vhodný a dostačující. Jedním z cílů bylo též zmapování výskytu porušení režimových opatření a návrh řešení, které by mohlo tyto nežádoucí události eliminovat. Z výsledků šetření vyplynulo, že nejvyšší počet oslovených považuje současný způsob edukace formou ústního rozhovoru s lékařem za dostačující. Z možných změn by však podstatné procento respondentů uvítalo, pokud by v anesteziologické ambulanci byl k dispozici informační leták, popřípadě jiná tištěná forma poučení.

Doporučení pro praxi.

Návrh na vytvoření edukačního letáku pro klienty anesteziologické ambulance.

LITERATURA A PRAMENY

ADAMUS, Milan, 2012. *Základy anesteziologie, intenzivní medicíny a léčby bolesti*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 362 s. ISBN 978-80-244-2996-0.

BARASH, Paul G., CULLEN, Bruce F., STOELTING, Robert K, 2015. *Klinická anesteziologie* 6. vyd. Praha: Grada. 816 s. ISBN 978-80-247-4053-9.

CVACHOVEC, Karel, 2011. *Anesteziologie a intenzivní medicína*. In: ZEMAN, Miroslav, Chirurgická propedeutika. 3. vyd. Praha: Grada. 512 s. ISBN 978-80-247-3770-6.

GURKOVÁ, Elena, 2017. *Nemocný a chronické onemocnění*. 1.vyd. Praha: Grada. 191 s. ISBN 978-80-271-0461-1.

HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2007. *Informovaný souhlas: Proč a jak?* 1. vyd. Praha: Galén. 104 s. ISBN 978-80-7262-497-3.

HEŘMANOVÁ, Jana et al., 2012. *Etika v ošetrovatelské praxi*. 1.vyd. Praha: Grada. 200 s. ISBN 978-80-247-3469-9.

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

JINDROVÁ, Barbora, 2011. *Praktické postupy v anestezii*. 1. vyd. Praha: Grada, 200 s. ISBN 978-80-247-3626-6.

JUŘENÍKOVÁ, Petra, 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada. 80 s. ISBN 978-80-247-217.

KASAL, Eduard, 2003. *Základy anesteziologie, resuscitace, neodkladné medicíny a intenzivní péče pro lékařské fakulty*. 1. vyd. Praha: Karolinum. 198 s. ISBN 80-246-0556-2.

LARSEN, Reinhard et al., 2004. *Anestezie*. 7. vyd. Praha: Grada. xxx s, ISBN 80-247-0476-8.

MÁLEK, Jiří et al., 2016. *Praktická anesteziologie*. 2. vyd. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-5632-5.

McEWEN, Melanie, 2011. *Theoretical basis for nursing*. 3.vyd. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 508 s. ISBN 978-1-60547-323-9.

MINIBERGEROVÁ, Lenka, JIČÍNSKÁ, Kateřina, 2010. *Vybrané kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. 1. vyd. Brno: NCONZO. 78 s. ISBN 978-80-7013-513-6.

- SVĚŘÁKOVÁ, Marcela, 2012. *Edukační činnost sestry: úvod do problematiky*. 1. vyd. Praha: Galén. 64 s. ISBN: 978-80-7262-845-2.
- ŠIMEK, Jiří, 2015. *Lékařská etika*. 1. vyd. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-247-5306-5.
- TATE Peter, 2005. *Průručka komunikace pro lékaře – Jak získat důvěru pacienta*, 1. vyd. Praha: Grada, 164 s. ISBN 80–247–0911-2.
- TRACHTOVÁ, Eva et al., 2006. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 1.vyd. Brno: NCONZO. 186 s. ISBN 80-7013-324-4.
- VOTRUBA, Jiří et al., 2017. *Plicní endoskopie*. 1.vyd. Praha: Mladá fronta. 254 s. ISBN 978-80-204-4552-0.
- VYMAZAL, Tomáš, 2015. *Doporučené postupy pro podávání anestezie dětem a dospělým*. 1.vyd. Praha: Mladá fronta. 192 s. ISBN 978-80-204-3656-6.
- ZACHAROVÁ, Eva, 2016. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada. 126 s. ISBN 978-80-271-0156-6.
- ZEMANOVÁ, Jitka, 2009. *Základy anesteziologie*. 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 206 s. ISBN 978-80-7013-505-1.

Odborné časopisy

TEMPUS MEDICORUM: časopis české lékařské komory, Olomouc: Česká lékařská komora, 2018, roč. 27, č.1. ISSN 1214-7524.

Internetové zdroje

CVACHOVEC, Karel et al. Doporučení pro omezování příjmu tekutin a stravy před anesteziologickou péčí. *ČSARIM* [online]. 13.9.2011 [cit. 1.12.2017]. Dostupné z: http://www.csarim.cz/Public/csarim/doc/postupy/DP_NPO_CSARIM_final_approval_130911.pdf

Dodatek k osvědčení o absolutoriu z oboru vzdělání: 53-19-6 Sestra pro intenzivní péči. *Národní centrum Europass Česká Republika* [online]. Vydáno pro rok 2017/2018 [cit. 20.2.2018]. Dostupné z: <https://edo.europass.cz/edo/html/subjectField/2864/1/>

EDWARD, G. M., et al. Br J Anaesth. Information gain in patients using a multimedia website with tailored information on anaesthesia. *British journal of anaesthesia* [online]. 2011, 319-324 [cit. 08.11.2017]. Dostupné z: [http://bjanaesthesia.org/article/S0007-0912\(17\)32994-X/fulltext](http://bjanaesthesia.org/article/S0007-0912(17)32994-X/fulltext)

5. Etický kodex České lékařské komory. Stavovský předpis České lékařské komory č. 10, § 3(4) [online]. 1.1.1996 [cit. 12.1.2018]. Dostupné z: <http://www.clk.cz/oldweb/zakpred/predpis10.html>

Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny. *Český helsinský výbor, z.s.* [online]. 16.5.2013 [cit. 20.2.2018]. Dostupné z: <http://www.helcom.cz/cs/umluva-na-ochranu-lidskych-prav-a-dustojnosti-lidske-bytosti-v-souvislosti-s-aplikaci-biologie-a-mediciny-umluva-o-lidskych-pravech-a-biomedicine/>

SEZNAM ZKRATEK

ASA - Americká anesteziologická společnost

CNS - centrální nervová soustava

ČLK – Česká lékařská komora

ČR – Česká republika

BMI - body mass index

EKG - elektrokardiografie

GIT - gastrointestinální trakt

KPR – kardiopulmonální resuscitace

MAC - minimální alveolární koncentrace

OSN - Organizace spojených národů

PAD - perorální antidiabetika

PMK - periferní močový katétr

TIVA - totální intravenózní anestezie

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha A- ÚSTAVA O BIOMEDICÍNĚ, KAPITOLA II
- Příloha B- DOTAZNÍK
- Příloha C-SOUHLAS ORGANIZACE

PŘÍLOHA A – ÚSTAVA O BIOMEDICÍNĚ, KAPITOLA II

„Článek 5 (Obecné pravidlo):

a) Nikdo nesmí být nucen podstoupit jakýkoli zákrok, aniž by k tomu dal souhlas. Člověk musí mít možnost svobodně dát nebo odmítnout souhlas s jakýmkoli zákrokem týkajícím se jeho osoby.

b) Souhlas pacienta se pokládá za svobodný a poučený, pokud je dán na základě objektivních informací poskytnutých zodpovědným profesionálním zdravotnickým pracovníkem ohledně povahy a možných následků plánovaného zákroku, prostého jakéhokoli nátlaku od kohokoli. Aby byl souhlas platný, musí být dotyčný informován o podstatných skutečnostech týkajících se zamýšleného zákroku. Tyto informace musí uvádět účel, povahu a následky zákroku, jakož i rizika s ním spojená.

c) Kromě toho musí být informace dostatečně jasné a vhodně formulované pro osobu, která má zákrok podstoupit.

d) Souhlas může mít různé podoby. Může být výslovný nebo předpokládaný. Výslovný souhlas může být buď ústní nebo písemný. Požadavek písemného souhlasu závisí do značné míry na povaze zákroku.

e) Svoboda souhlasu znamená, že souhlas může být kdykoli odvolán, jakmile byl dotyčný plně informován o následcích a jeho rozhodnutí musí být respektováno. Tato zásada však neznamená, že je nutno vždy respektovat odvolání souhlasu pacienta, například pokud se tak stane v průběhu operace.

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

PŘÍLOHA B – DOTAZNÍK

Vážená paní, vážený pane!

Jsem studentkou 3. Ročníku ZČU FZS, oboru ošetrovatelství. Dotazník, který se Vám dostává do rukou, je součástí mé bakalářské práce na téma „Edukace pacienta před plánovaným podáním anestézie“. Zajímalo by mne, jak jste byl(a) s anesteziologickou péčí spokojen(a), a proto se na Vás obracím s žádostí o vyplnění tohoto dotazníku. Dotazník je **anonymní**, nedostane se do nepovolaných rukou. Vaše odpovědi mi pomohou odhalit skryté nedostatky a přispějí ke zvýšení spokojenosti dalších pacientů.

Děkuji Vám za ochotu a spolupráci, Jiřina Stolzová

Správné odpovědi prosím označte křížkem, vyberte vždy pouze jednu odpověď.

1. Pohlaví?

- žena
- muž

2. Kolik je vám let?

- 18-29
- 30-49
- 50-64
- 65 a více

3. Kde jste získal/a prvotní informace o podání anestezie?

- Na internetu
- Od známých a příbuzných
- Anestezii jsem již v minulosti podstoupil
- V anesteziologické ambulanci

4. Jakou formou bylo zprostředkováno poučení před podáním anestezie?

- Písemnou (informovaný souhlas s podáním anestezie)
- Ústní (rozhovor s lékařem anesteziologem)
- Anesteziologickou sestrou v ambulanci

5. Kdy bylo poskytnuto poučení před výkonem v celkové anestezii?

- Den před operací
- V den operace
- Jiné:

6. Bylo/bylo by pro mne opakované poučení přínosem?

- Ano
- Ne, zbytečná ztráta času
- Nevím

7. Měl/a jste možnost klást doplňující otázky?

- Ano
- Ne

8. Pokud ano, byly odpovědi lékaře dle mého názoru dostačující?

- Ano
- Ne

9. Bylo pro vás poučení celkově plně dostačující?

- Ano, poučení bylo dostačující po všech stránkách
- Ne, na poučení nebyl dostatek času
- Ne, prostředí pro podání informací pro mě bylo nevyhovující
- Ne, nevyhovoval mi způsob podání informací

10. Odcházel/a jste po návštěvě anesteziologické ambulance s menšími obavami z anestezie?

- Ano
- Ne
- Nevím

11. Z jakého důvodu trvaly vaše obavy?

- Rizika a komplikace celkové anestezie
- Pocitu nedostatku informací
- Nedůvěry k personálu
- Obavy jsem neměl(a)
- Jiné:

12. Jakou formu poučení o anestezii preferujete?

- Písemnou
- Ústní pohovor s lékařem
- Ústní pohovor se sestrou
- Písemnou i ústní
- Jiné:

13. Mohu říci, že průběh odpovídal poskytnutým informacím?

- Ano
- Ne
- Nevím

14. Dodržel/a jste všechna doporučení ?

- Ano, dodržel(a) jsem všechna doporučení
- Ne, nedodržel(a) jsem zákaz pití tekutin
- Ne, nedodržel(a) jsem zákaz konzumace potravin
- Ne, nedodržel(a) jsem zákaz kouření
- Jiné:

15. Z jakého důvodu jste nedodržel/a poskytnutá doporučení?

- Dodržel(a) jsem všechna doporučení
- Vlastní nedopatření (zapomněl/a jsem)
- Nepovažoval(a) jsem to za tak důležité
- Nepochopil(a) jsem dostatečně poučení

16. Přiznal/a jste nedodržení režimových opatření ošetřujícímu personálu?

- Ano
- Ne
- Dodržel/a jsem vše

17. Z jakého důvodu jste nepřiznal/a porušení?

- Dodržel(a) jsem všechna doporučení
- Obava z odložení výkonu
- Obava z reakce personálu
- Jiné:

18. Ocenil/a byste podrobnější vysvětlení režimových opatření?

- Ano
- Ne
- Nevím

19. Jaké změny byste uvítal/a v poučení?

- Podrobnější poučení lékařem
- Podrobnější poučení sestrou
- Informační letáky
- Nepožaduji

20. Pokud máte nějaké připomínky k tomu, jak zkvalitnit naši péči, prosím vypište zde: