

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2009

Blanka Hermannová

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**Informovanost pacientů o anestézii před plánovaným chirurgickým
výkonem, z pohledu pacienta a anesteziologických sester**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Vedoucí práce: Mgr. Alena Machová

autor: Blanka Hermannová

2009

Patient awareness of anesthesia prior to a planned surgery through the eyes of the patients and the anesthesiology nurses

Abstract

This Bachelor's thesis focuses on the research and evaluation of the level of patient awareness of the progress of anesthesia prior to a planned surgery. The awareness of anesthesia is evaluated from the point of view of the patient and the anesthesiology nurse.

The scope of the thesis also includes the issue of proper communication with the patient and the importance of winning his trust to the medical personnel during the general preparation for the surgery as well as in the course of his hospitalization. It also shows the patient's opinions on the acquisition of information on anesthesia, which would certainly alleviate his fear of the surgery.

This Bachelor's thesis is primarily based on a quantitative survey of opinions of patients and anesthesiology nurses, conducted in the form of anonymous questionnaires in which both groups expressed their views on the specific hypotheses.

The key purpose of the thesis is to confirm the hypotheses, which assume that patients are not given sufficient information on their anesthesia, in spite of their interest in obtaining better knowledge of the anesthetic process. Hypothesis 2, i.e. "Patients are interested in information from the anesthesiology nurse," cannot be confirmed because, based on the survey, patients prefer doctors to anesthesiology nurses as the source of information.

On the basis of the survey, the thesis confirms hypothesis 1, i.e. "Patients are not informed about the progress of anesthesia by the anesthesiology nurse." The low share of anesthesiology nurses in the patient's education prior to a planned surgery is demonstrated by the opinions of the participating anesthesiology nurses, whose share is extremely low and mostly involves situations just before the planned surgery, when the patient is already lying in the surgery room.

As regards hypothesis 3, i.e. "Anesthesiology nurses are not interested in informing the patients of the progress of anesthesia prior to a planned surgery," it is confirmed that anesthesiology nurses are really not interested in educating the patients

for many reasons, such as their large workload, lack of time, insufficient motivation and unsatisfactory financial reward.

As a possible solution, we have suggested a patient education standard for anesthesiology nurses and an information leaflet for patients, which could help them understand the progress of preparation for anesthesia and the possibilities of anesthesia in general. In no case should the leaflet substitute personal education by an anesthesiology nurse; its purpose is only to serve as an instruction for the patient to prepare questions which he would like to ask before the surgery.

Informovanost pacienta o anestézii před plánovaným chirurgickým výkonem z pohledu pacienta a anesteziologických sester

Abstrakt

Bakalářská práce je zaměřena na výzkum a hodnocení úrovně týkající se informovanosti pacienta o průběhu anestézie před plánovaným chirurgickým výkonem. Informovanost o průběhu anestézie je v obsahu posuzována z pohledu pacienta i z pohledu anesteziologické sestry.

V obsahu práce je rovněž zahrnuta otázka správné komunikace s pacientem a význam získání jeho důvěry ke zdravotnímu personálu v průběhu celkové přípravy na chirurgický výkon i v průběhu pobytu v nemocnici. Vyjadřuje také představy pacienta o získání informací k průběhu anestézie, které by jistě zmírnily jeho obavy z chirurgického výkonu.

Základem pro zpracování bakalářské práce je kvantitativní výzkum názorů pacientů a anesteziologických sester formou anonymních dotazníků, ve kterých se obě skupiny vyjadřují k zadaným hypotézám.

Těžiště práce tvoří potvrzení hypotéz, podle kterých pacientům nejsou poskytnuté dostačující informace o průběhu anesteziologie, a to i přes jejich zájem o získání znalostí týkajících se anesteziologického postupu. Hypotézu 2 „Pacienti mají zájem o informace od anesteziologické sestry“, nelze potvrdit, jelikož pacienti dle provedeného výzkumu dávají přednost před informacemi od anesteziologických sester, získání informací od lékaře.

Na základě výzkumu je v práci potvrzena hypotéza 1 „Pacienti nejsou informováni o průběhu anestézie anesteziologickou sestrou.“ O nízkém podílu anesteziologických sester na edukaci pacienta před plánovaným chirurgickým výkonem vypovídají názory dotazovaných anesteziologických sester, které se na edukaci pacientů podílí minimálně a to převážně krátce u přípravy před plánovaným chirurgickým výkonem až na operačním sále.

U hypotézy 3 „Anesteziologické sestry nemají zájem edukovat pacienta před plánovaným chirurgickým výkonem o průběhu anestézie“, je potvrzeno, že ze strany

anesteziologických sester není zájem o provádění edukace pacientů z mnoha důvodů, kterými jsou zejména velké pracovní vytížení, nedostatek času, nedostačující motivace a neuspokojivé finanční ohodnocení.

Jako možné řešení jsme vypracovali pro anesteziologické sestry návrh standardu k edukaci pacienta. Pro pomoc pacientům informační leták, který by mohl pacientovi nastínit představu o průběhu anesteziologické přípravy a o možnostech anestézie vůbec. Leták v žádném případě nemá suplovat fyzickou edukaci anesteziologickou sestrou, má pouze pacientovi posloužit jako návod na přípravu otázek, které by potřeboval před provedením výkonu objasnit.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Informovanost pacientů o anestézii před plánovaným chirurgickým výkonem, z pohledu pacienta a anesteziologických sester vypracovala samostatně a použila jen pramenů , které uvádím v příložené bibliografii.

Prohlášení

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. V platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích a na jejich internetových stránkách.

V Českých Budějovicích 5. května 2009

.....

Blanka Hermannová

Poděkování

Děkuji touto cestou paní Mgr. Aleně Machové za odborné vedení v průběhu zpracování mé bakalářské práce, za cenné rady, podněty a připomínky.

Rovněž děkuji zdravotnickému personálu nemocnice České Budějovice z oddělení chirurgie, ORL, ortopedie i oddělení ARO – anestézie, za vstřícnost a spolupráci při kontaktování pacientů ochotných spolupracovat při sběru dat.

V Českých Budějovicích 5.5.2009

.....

Obsah

Úvod.....	2
1. Současný stav.....	3
1.1 Základní pojmy v anesteziologii.....	3
5.1.2 Anestézie celková	3
1.3 Anestézie místní (regionální).....	7
1.4 Předoperační příprava.....	8
1.4.1 Dlouhodobá předoperační příprava.....	9
1.4.2 Role anesteziologické sestry při poskytování dlouhodobé předoperační přípravy.....	9
1.4.3 Anesteziologické vyšetření.....	10
1.4.4 Informovaný souhlas s anestézií.....	10
1.4.5 Krátkodobá předoperační příprava.....	13
1.4.6 Role anesteziologické sestry v anesteziologické přípravě.....	15
1.5 Premedikace.....	19
1.6 Význam edukace v práci anesteziologické sestry.....	20

1.6.1 Komunikační dovednosti jako součást edukace.....	24
2. Cíl práce a hypotézy.....	27
2.1 Cíl.....	27
2.2 Hypotézy.....	27
3. Metodika.....	28
3.1 Použité metody.....	28
3.2 Charakteristika zkoumaného souboru.....	28
4. Výsledky.....	29
5. Diskuse.....	65
6. Závěr.....	77
7. Seznam použité literatury.....	79
8. Klíčová slova.....	82
9. Přílohy.....	83

ÚVOD

Povolání sestry je v očích mladé generace velmi zajímavé a před mnoha lety jsem také nabyla přesvědčení o tom, že pomáhat lidem bude plnohodnotná náplň mého životního zaměstnání. Proto jsem si zvolila studium zdravotního oboru a nyní pracuji jako anesteziologická sestra. I když se dnešní realita poněkud liší od původní představy, mohu konstatovat, že mne toto povolání i přes svoji náročnost velice uspokojuje.

Sestra je svojí ošetrovatelskou prací a vlivem na nemocného mnohdy důležitou složkou v pozitivním působení na pacienta i na jeho uzdravení a návrat do normálního života. Její povolání se někdy v jistém slova smyslu mění na poslání, protože stres z každodenního kontaktu s lidským utrpením se nedá z myšlenek odstranit odchodem z práce domů. Řada z nich o problémech svých pacientů často přemýšlí i po ukončení směny. Pro každou sestru přichází v životě období, kdy se ocitne v roli diplomata ve vztahu k rodině, partnerovi, pacientům, lékařům i kolegům, protože bez vzájemné komunikace a pochopení by nebylo možné toto povolání vykonávat. Sestra, která pečuje o nezletilé děti a rodinu, je především matkou, ale odchodem do práce se mění rodinná péče v péči o pacienty a právě pacient se v té době pro ni stává tím nejdůležitějším. Pro každého z nich sestra znamená častokrát mnoho a právě ta, která odchází od lůžka s tím, že pacientovi její péče pomáhá zmírnit utrpení, moc dobře ví, jakou prioritu má v ošetrovatelské péči kvalitní edukace pacienta.

Operační výkon představuje pro pacienta velikou psychickou zátěž, kterou lze do jisté míry ovlivnit empatickým přístupem zdravotníků. Právě anesteziologická sestra je v období před provedením operačního výkonu osobou, která se významně podílí na fyzické i psychologické přípravě pacienta. Každá anesteziologická sestra musí mít stále na paměti nejen pacientovy potřeby, ale také jeho práva. Obě složky přípravy jsou pro pacienty stejně důležité a nelze některou z nich podcenit, nebo dokonce vynechat.

Právě z důvodu významu komunikace pacienta a zdravotního personálu jsem se rozhodla o zpracování bakalářské práce na téma Informovanost pacienta o anestézii před plánovaným chirurgickým výkonem z pohledu pacienta a anesteziologických sester.

1. SOUČASNÝ STAV

1.1.1 Základní pojmy v Anesteziologii

Anesteziologie je lékařský obor, který se zabývá výzkumem a léčbou v oblasti vnímání bolesti a vědomí. Úkolem anesteziologů je podávání řízené anestézie a péče o kriticky nemocné pacienty. ⁽¹⁾

Anestézie v překladu znamená znecitlivění, kterého dosáhneme pomocí působení fyzikálních nebo chemických činitelů. ⁽¹⁾

Anestézie je rozdělena do dvou základních skupin, na celkovou a místní (regionální). Celkovou anestézií lze kombinovat s anestézií místní. ⁽²³⁾

1.2 Anestézie celková

Celková anestézie je řízené, přechodně navozené bezvědomí za pomoci podaných farmak (anestetik) do organismu, proto se v současné době můžeme stále častěji setkávat s výrazem celková farmakoanestézie. ⁽⁶⁾ Celková anestézie navozuje pacientův spánek, dostatečnou analgézi a vegetativní stabilitu. Na druhé straně operujícímu lékaři umožňuje provádět výkon v relaxovaném stavu pacienta, díky čemuž má vytvořené dobré podmínky pro provedení chirurgického výkonu. ⁽¹⁸⁾

Celkovou anestézií dělíme dle místa vstupu do organismu na dva druhy a to inhalační a intravenózní (nitrožilní).

Při inhalačním způsobu podání anestézie se využívají pouze inhalační anestetika. Inhalační anestetika jsou látky, pro které jsou vstupní bránou do organismu plíce, z plic je jejich transport do tkání zajištěn pomocí krevního oběhu. Hloubku anestézie lze velmi dobře upravit změnou koncentrace přiváděné vdechované směsi.

Tuto směs tvoří kyslík nebo vzduch, oxid dusný a některé z kapalných (parotvorných) inhalačních anestetik. Dávkování inhalačních anestetik je možné nastavit v přesné koncentraci díky odpařovači. Odpařovač je určený k podávání konkrétního inhalačního anestetika současně s nosnou směsí kyslíku, oxidu dusného nebo vzduchu přímo přes dutinu ústní vdechováním směsi do dýchacích cest pacienta a dále je transportována krevním oběhem. ⁽²³⁾

Při inhalačně vedené anestézii se hodnotí hloubka anestézie dle Guedelova schématu na I. až IV. stádium. Hodnotí se změny v dýchání, pohyby bulbů, svalové napětí, zvýraznění zvracívého reflexu, šířka zornic a reakce na kožní řez.

V I. stádiu pacient usíná, postupně dochází k nástupu analgésie, toto stádium končí ztrátou vědomí.

Ve II. stádiu, které se dle schématu nazývá excitačním, dochází u pacienta k opojení, nekoordinovaným pohybům končetin, objevují se zrychlené pohyby bulbů a nastupuje zrychlené dýchání. Na konci tohoto stádia zrychlené dýchání střídá klidné, automatické dýchání a hloubka anestézie přechází do III. stádia.

III stádium je označované jako chirurgické, protože v této fázi pacient plně toleruje provedení chirurgického výkonu. Chirurgické stádium se dále hodnotí dle nutnosti hloubky vědomí na III.1 – III.4., které končí dechovou depresí a nastupuje IV. nežádoucí paralytické stádium.

IV. stádium, ve kterém dochází k ochrnutí dýchacích svalů, začíná zástavou dechu, až stav vyústí v zástavu oběhu.⁽³⁹⁾

V současné době užívání intravenózních anestetik v kombinovaném podání se svalovými relaxancii má Guedelovo schéma význam jen při inhalačním úvodu do kombinované anestézie u malých dětí.

Dnes se spíše z medicínského hlediska častěji používá rozdělení anestézie dle časového průběhu na úvod, vedení a probouzení z anestézie.⁽²³⁾

Úvodem do anestézie je označeno období od plného vědomí až do stabilizovaného stavu bezvědomí. Volená cesta pro podání anestetika je kvalitní žilní vstup, zajištěný zavedením periferního, nebo centrálního žilního katétru. Postupně dochází ke zvýšení koncentrace anestetika v mozkových buňkách. Potřebná koncentrace anestetika se udržuje po dobu vedení anestézie tak, aby mohl být proveden operační výkon bez vzniku reakce organismu na chirurgickou stimulaci.

Ve fázi probouzení je přívod anestetik zastaven, postupně se vylučuje z mozkových buněk a pomalu se vrací stav vědomí. Obnovují se obrané reflexy, reakce na dotek a oslovení.⁽³⁹⁾

Intravenózní anestetika se používají převážně k úvodu do celkové anestézie. Většina nitrožilně podávaných anestetik má malý, nebo nemají žádný analgetický účinek, z tohoto důvodu nejsou vhodná k dlouhodobému udržování anestézie. Lze je použít při krátkodobé anestézii, při provádění krátkých ambulantních výkonů. Nebo je možné využít intravenózní podání k analgetické sedaci pacienta během operačního výkonu prováděného v kombinaci s místní anestézií.⁽³⁹⁾

Nejčastěji jsou nitrožilní anestetika podávána v kombinaci s nitrožilně podanými opioidy a vdechováním inhalačního anestetika. Nitrožilně podaná anestetika umožňují pomocí jednoduché techniky příjemný úvod do anestézie, klidné usnutí pacienta bez významného excitačního (viz. Guedelovo schéma) stadia.

Pro pokračující anestézii nejsou příliš vhodná kvůli špatné říditelnosti intravenózně podávaných anestetik, zatím co potřebnou koncentraci inhalačního anestetika je možné upravit ve velmi krátkém čase.⁽¹⁸⁾

Méně často používaná místa vstupu vhodná pro podání anestetika do organismu jsou intramuskulární, rektální, nasální, nitrodřeňový vstup.⁽²³⁾

Celková anestézie je dle klinického charakteru rozdělena na 3. druhy – inhalační, totální, kombinovaná.

V případě inhalační anestézie jsou anestetika podána čistě inhalační cestou.

U totální intravenózní anestézie, označované zkratkou TIVA, jsou anestetika podávána pouze intravenózní cestou a v případě anestézie kombinované (balancované), jsou anestetika podána v kombinaci inhalační a intravenózní, tedy v kombinované formě.

1.3 Anestézie místní (regionální)

Místní (regionální) anestézie je místní znecitlivění, které zasahuje určitou, ohraničenou část těla. Znecitlivění dosáhneme použitím místního anestetika, které vyvolá reverzibilní blokádu vodivosti vzruchu periferního nervu. V průběhu místní (regionální) anestézie nedochází ke ztrátě vědomí.⁽¹⁸⁾

Místní anestézii dle rozsahu znečitlivění rozdělujeme na centrální nervové blokády, periferní nervové blokády, infiltrační anestézii, topickou (slizniční) anestézii a intravenózní regionální anestézii (označovanou zkratkou IVRA).⁽³⁹⁾

V případě podání epidurální anestézie je anestetikum aplikováno speciální epidurální (Tuohy) jehlou do epidurálního prostoru, (prostor mezi dura mater a stěnu páteřního kanálu).

Při subarachnoidální (spinální) anestézii se anestetikum aplikuje tenkou spinální jehlou za tvrdou plenu míšní, tedy přímo do mozkomíšního moku, do prostoru mezi pia mater a dura mater. Tyto dva druhy anestézie jsou volbou pro operační výkony na dolních končetinách, tříselech, v perineální oblasti, v urologii a ortopedii.⁽³¹⁾

V případě spinální a epidurální anestézie vše probíhá za zády pacienta, proto je velmi důležité, aby anesteziologická sestra před zahájením výkonu pacientovi vysvětlila celý pracovní postup a během provádění výkonu udržovala s pacientem slovní kontakt. Lékař i sestra vždy pacienta dopředu upozorňují na to, co budou následně provádět, desinfekce, vpich při znečitlivění, zavedení jehly, ošetření místa vpichu.⁽³⁹⁾

Stále častější využití mají metody provedení různých periferních nervových blokády. Tyto metody jsou pro pacienta ve srovnání s celkovou anestézií méně zatěžující. Lokální anestetikum se aplikuje přímo k jednotlivým nervům nebo nervovým pletením. Pro vyhledání jednotlivých nervů či nervových pletení se používá neurostimulátor, který je propojen se speciální stimulační jehlou. Jehla je postupně zaváděna k příslušným anatomickým strukturám, postupně se stimuluje pomocí nastavení proudu stimulátorem na hodnoty 0,5 - 1 mA, který vyvolává svalové záškuby v požadované oblasti, proud se postupně snižuje až na 0,2 mA hodnoty a při přetrvávání svalových záškubů je aplikováno místní anestetikum.⁽³⁹⁾

Mezi blokády které je možno provádět na horní končetině, patří blokáda plexus brachialis, blokáda n. medianus, blokáda n. radialis, blokáda n. ulnaris.

Mezi blokády prováděné na dolní končetině patří blokáda plexus lumbalis, blokáda plexus sacralis, foot block, který se provádí pro anestézii od kotníku k prstům dolní končetiny.⁽³⁹⁾

Aplikaci lokálního anestetika k jednotlivým nervům či nervovým pletením můžeme provádět jednorázově nebo opakovaně, či kontinuálně předoperačně zavedeným katétrem, který se používá k aplikaci analgetik v pooperačním období. Infiltrační anestézie využívá metodu aplikace lokálního anestetika intradermální, subcutánní, intramuskulární injekcí v místě zákroku.⁽¹⁸⁾

Topická (slizniční) anestézie se používá k znecitlivění sliznic, kůže a podkoží. Nejčastěji u malých dětí k zajištění periferního žilního katétru, dále u malých dětí v nosním a očním lékařství k provedení potřebných vyšetření. Často je to například u bronchoskopie, intubace, urologických vyšetření, cévkování, zavedení nazogastrické sondy. Lokální anestetika se používají ve formě emulzí, mastí, gelů, sprejů, kapek, náplastí.⁽³⁹⁾

Intravenózní regionální anestézie je metodou používanou pro chirurgii končetin kdy délka operačního výkonu nepřesáhne dobu 60-90 minut. K provedení anestézie je nutno zajistit periferní žilní katétr, který zavádí anesteziologická sestra co nejnižší na dorsum horní či nárt dolní končetiny, na které bude prováděn chirurgický výkon.

Do zavedeného periferního žilního katétru později sestra aplikuje naordinované množství lokálního anestetika. Nejdříve ale musí pacient po zavedení periferního žilního katétru provést elevaci dané končetiny. Elevací dojde ke snížení průtoku krve v končetině, dále musí sestra omotat končetinu elastickým obinadlem směrem od prstů k paži. Následně sestra musí ve spolupráci s lékařem přiložit pacientovi na paži dvoukomorový turniket, kterým je končetina před aplikací anestetika anesteziologickou sestrou zaškrcena. Přímo před provedením výkonu sestra nafoukne turniket, uvolní elastické obinadlo a poté aplikuje do zavedeného periferního žilního katétru lokální anestetikum.⁽³⁹⁾

1.4 Předoperační příprava

Předoperační vyšetření se již stalo nedílnou součástí každé předoperační přípravy pacienta, kterému bude proveden operační výkon v celkové nebo místní anestézii. Předoperační příprava je rozlišována dle naléhavosti operačního výkonu na výkon plánovaný, odkladný a urgentní.⁽²³⁾

Česká společnost anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny (ČS ARIM) stanovila metodický list, ve kterém je stanoveno, kdo provede předoperační vyšetření pacienta před plánovaným operačním výkonem. Základní vyšetření provede praktický lékař, u hospitalizovaných pacientů toto zajistí příjmací lékař daného operačního oboru. Anesteziolog může provést vyšetření v rámci anesteziologické ambulance.⁽³⁾

Cílem předoperační přípravy je zjištění zdravotního stavu pacienta a dosažení optimální úpravy komplikujících onemocnění před provedením operačního výkonu. Dle rozsahu operačního výkonu a celkového zdravotního stavu pacienta je nutno stanovit operační riziko podle American Society of Anesthesiologists, dále jen ASA klasifikace (příloha 1), která je celosvětově uznávanou klasifikací ke standardizaci zdravotního stavu pacienta, tolerance zátěže a rizika umrtí do 7. dne po provedení výkonu. Tato klasifikace nezahrnuje všechny rizikové faktory, které mohou ovlivnit perioperační průběh, ovšem pro svoji jednoduchost je používána dodnes. S rostoucím skóre se zvyšuje riziko výskytu komplikací.⁽³¹⁾

U plánovaného operačního výkonu máme dostatek času na provedení veškerých základních i doplňujících předoperačních vyšetření, jejichž potřeba se všeobecně odvíjí od celkového zdravotního stavu pacienta, rozsahu, závažnosti, naléhavosti a typu plánovaného výkonu.⁽³⁹⁾

1.4.1 Dlouhodobá předoperační příprava

Dlouhodobou anesteziologickou přípravu je potřeba provést nejpozději 1 měsíc před plánovaným chirurgickým výkonem. Pokud v průběhu platnosti předoperačního vyšetření dojde ke zhoršení zdravotního stavu nemocného, anesteziolog požaduje nové vyšetření.⁽²⁵⁾

Součástí tohoto vyšetření musí být podrobná anamnéza a fyzikální vyšetření, z kterých je nutné zjistit předchozí výkony provedené v anestézii, biologický věk, přidružená onemocnění, rezervy, chronickou medikaci, alergické reakce, současné onemocnění a typ plánovaného výkonu. U každého pacienta musí sestra provést odběr krve na základní laboratorní vyšetření. Laboratorní vyšetření může odhalit dosud

nezjištěné onemocnění, které by mohlo ovlivnit průběh anestézie i operačního výkonu.
(18)

Mezi základní laboratorní vyšetření patří odběr krve na krevní obraz, krvácivost, srážlivost, ionty v séru (natrium, draslík), dále se vyšetřuje kreatinin a urea v séru, také glykémie a jaterní enzymy (ALT, GMT). Vyšetření moče není rutinní, patologický nález v moči se vyskytuje často, ale jen zřídka má vliv na průběh anestézie.⁽²³⁾

U pacientů starších 60. let, dále po právě prodělaném akutním respiračním onemocnění, u cizinců s endemickým výskytem tuberkulózy a u kuřáků nad 40 let je nutno vždy provést rentgenový snímek plic.

Záznam EKG je požadován u všech pacientů nad 40 let.

Dle typu výkonu se provádějí další doplňující vyšetření. Nejčastěji se vyšetření doplňuje o stanovení krevní skupiny a přípravu krve k transfúzi či autotransfúzi. Mezi další požadovaná doplňující předoperační vyšetření se řadí kultivace moče, sputa, kvantitativní a kvalitativní vyšetření moče. Pokud se jedná o závažnější chirurgický výkon je nutné doplnit předoperační vyšetření specialistou v konkrétním lékařském oboru.⁽¹⁸⁾

1.4.2 Role anesteziologické sestry při poskytování dlouhodobé předoperační přípravy

Anesteziologická sestra se s pacientem v průběhu dlouhodobé přípravy může setkat pouze v rámci anesteziologické ambulance, kterou ovšem nemá každé ARO k dispozici. Na této ambulanci pracuje anesteziologický tým tvořený anesteziologickým lékařem a anesteziologickou sestrou, týmová práce je zde samozřejmostí.⁽²⁾

Na anesteziologické ambulanci se pacient většinou nesetká se sestrou, která se o něj bude starat v rámci krátkodobé přípravy před chirurgickým výkonem a v průběhu podávání anestézie, ale tato sestra je první reprezentant odborné ošetrovatelské péče spojené s anestézií, kterou musí poskytovat od prvního kontaktu s pacientem. Sestra pracující na anesteziologické ambulanci musí ovládat pravidla efektivní komunikace s pacientem i jeho rodinnými příslušníky a především má za úkol poskytovat informace spojené s ošetrovatelskými činnostmi, které sama provádí.⁽²⁾

Lékař naordinuje doplňující vyšetření, o kterých se pacient dozví, proč je nutné jejich provedení. Zůstává na sestře, aby pacientovi dle svých kompetencí vysvětlila přípravu a průběh vyšetření. Sestra se musí ujistit, že pacient porozuměl všem informacím, které dostal, a často je nutné několikrát vše zopakovat tak, aby si pacient opravdu vše potřebné zapamatoval.⁽²⁵⁾

1.4.3 Anesteziologické vyšetření

Probíhá přibližně 1 týden před termínem plánovaného výkonu. V době kdy pacient navštíví anesteziologickou ambulanci a lékař v rámci anesteziologického vyšetření zhodnotí jednotlivé výsledky vyšetření, které si pacient s sebou přinesl. Pokud je potřeba, anesteziolog doporučí doplnění o další vyšetření, provede úpravu chronické medikace tak, aby nedošlo ke vzájemné interakci s anestézií. Lékař předepíše další léky, které pomohou předejít případným komplikacím spojených s podáním anestézie (léky na spaní, antidepresiva, antialergika, antiemetika). Dále je zde pacientovi předložen informovaný souhlas s anestézií, který je lékař dle zákona povinen pacientovi ústně vysvětlit a nabídnout mu jednotlivé možnosti anestézie vhodné pro daný chirurgický výkon, tak aby byl vliv anestézie na celkový zdravotní stav co nejnižší.⁽¹⁸⁾

Pokud příslušné ARO nemá anesteziologickou ambulanci k dispozici, probíhá toto vyšetření až v rámci anesteziologické vizity při krátkodobé předoperační přípravě po přijetí pacienta k hospitalizaci.

1.4.4 Informovaný souhlas s anestézií

Poučení pacienta o provedení výkonu, či zákroku ve zdravotnictví se v České republice řídí zákonem č. 20/1966 Sb., dále dle kapitoly II. v Úmluvě o lidských právech a biomedicíně, která vstoupila v České republice v platnost 1. října 2001.⁽³³⁾

Tak jako je požadován poučený souhlas pro provedení lékařských výkonů, tak je poučený souhlas nutný i před podáním anestézie. Z práv pacientů (příloha č. 2) vyplývá, že každý pacient má plné právo být dostatečně informován o veškerých výkonech, které mu budou v průběhu hospitalizace provedeny včetně potřebných

informací o podání anestézie. Na základě poskytnutých informací musí pacient lékaři vyjádřit s podáním daného druhu anestézie svůj souhlas.⁽¹⁸⁾

Název souhlasu dle vyhlášky MZ č. 64/2007 Sb. o zdravotnické dokumentaci, je „Písemný souhlas s poskytnutím zdravotního výkonu“. V současnosti se již zdaleka nejedná o pouhou formalitu, ale o způsob komunikace, s jejíž pomocí je pacient schopen se sám rozhodnout o výběru anestézie.⁽²⁹⁾

Poučený souhlas s anestézií by měl pacientovi předkládat výhradně lékař anesteziolog. Lékař v žádném případě nemůže přenechat tuto odpovědnost na zdravotní sestře, ani na jiném zdravotnickém pracovníkovi. V některých případech je výhodou, když provede poučení pacienta s lékařem současně zdravotní sestra i klinický psycholog, popřípadě s pacientem promluvili v návaznosti na poučení lékařem.⁽²⁴⁾

Informovaný souhlas s anestézií musí lékař pacientovi předat ústní formou, v případě poučení pacienta o podání anestézie je nutné písemné potvrzení o předání souhlasu. Písemné potvrzení o provedení výkonu není v některých případech nutné. Ovšem z právního hlediska jej lékař vyžaduje jako důkaz o jeho provedení. U výkonů, pro které je zákonem písemný souhlas vyžadován, jsou v novele zákona 20/1966 Sb. (novela 260/2001) přesně vyjmenovány.⁽³⁷⁾

U ostatních výkonů není písemný souhlas požadován, je pouze doporučován. V takovém případě má zdravotnické zařízení právo písemné potvrzení po pacientovi požadovat. Zde za písemnou formu, která musí splňovat požadavky stanovené vyhláškou, zodpovídá přímo konkrétní zdravotnické zařízení.⁽⁵⁾

Poučený souhlas pacienta s podáním anestézie je platný pouze při správně provedeném postupu, kdy je nejdříve pacientovi poskytnuta informace, následuje vysvětlení a nakonec poučení pacienta. Pacient musí znát důvod, rozsah, závažnost, bolestivost výkonů spojených s podáním anestézie, rizika a následky, vedlejší účinky, dále jaké by byly následky, pokud by výkon odmítl. Povinností lékaře je také pacienta poučit o alternativních, či méně invazivních možnostech anestézie.⁽¹⁸⁾

Součástí poučeného souhlasu musí být vyjádření pacienta o poučení a vysvětlení o možných anesteziologických postupech. Pacient potvrdí, že informacím, které dostal,

porozuměl a zároveň mu lékař umožnil klást otázky pro objasnění informací, kterým neporozuměl.⁽¹⁰⁾

Na závěr je důležité provést písemné potvrzení a provedení poučení pacienta. Potvrzení musí obsahovat datum, podpis pacienta a zdravotnického pracovníka, který poučení pacienta provedl. Pokud není pacient schopen souhlas podepsat, musí být poučení přítomen svědek, který podpisem potvrdí řádné provedení o poučení pacienta. Svědkem bývá často zdravotní sestra, která se později podílí na informovanosti pacienta o ošetřovatelských postupech, které v rámci svých kompetencí provádějí právě sestry.⁽⁵⁾

Mezi zdravotní výkony, pro které je nutný písemný souhlas stanovený zákonem, patří transplantace, lékařský výzkum, výuka, asistovaná reprodukce, sterilizace, kastrace, změna pohlaví, umělé přerušování těhotenství, výkony, které dle pacienta nejsou v jeho bezprostředním zájmu, ověřování nových metod, klinické hodnocení humánních léčivých přípravků a klinické zkoušky zdravotnických prostředků.⁽²⁶⁾

Mezi zdravotní výkony, pro které je písemný souhlas doporučován, patří výkony spojené s tělesnou změnou (amputace, plastické operace), výkony spojené s anomálním vyústěním (stomie), anestézie, transfúze, výkony, při kterých je zvýšené perioperační riziko a výskyt komplikací, implantace cizorodého materiálu.⁽²⁶⁾

Do lékařských kompetencí patří diagnostika, léčba a další následné rozhodnutí o léčebných postupech. Lékař s pacientem a jeho rodinou hovoří o možnostech léčby, o prognóze zdravotního stavu pacienta. Diskutuje s pacientem o léčebném plánu, změně terapie a informuje pacienta o rozhodnutí k nutné izolaci v případě nemoci, které vyžadují přísnou bariérovou péči a zákaz návštěv u lůžka pacienta.

Lékař má oznamovací povinnost v případě úmrtí pacienta, rovněž rozhoduje o provedení pitvy a vydává dokumentaci pro potřeby soudu. V případě potřeby vydání dokumentace pro obhájce je tento výkon proveden pouze se souhlasem pacienta.

Lékař pacienta informuje o příjmu, hospitalizaci a také o možnosti nahlídnutí do zdravotnické dokumentace. Pokud chce lékař publikovat pacientovu kazuistiku, musí si také od pacienta vyžádat souhlas. Lékař vyřizuje žádost o převzetí, překlad či propuštění pacienta.⁽¹⁹⁾

Kompetence sester navazují na kompetence lékařské, ovšem mají výhradně ošetrovatelské zaměření. Jsou dány jejich vzděláním, kvalifikací, zkušenostmi v rozsahu pracovní smlouvy a délkou praxe. Kompetence sester individuálně upravuje primář a vrchní sestra příslušného oddělení na základě výjimky o provádění některých výkonů uvedených v záznamu o náplni činnosti, např. defibrilace, odběry vzorků z artérie, výměna tracheotomické kanyly.⁽⁵⁾

V České republice sestry pracují podle standardů ošetrovatelské péče. Standard představuje normu, podle které se hodnotí úroveň poskytované ošetrovatelské péče a je návodem pro plánování, realizaci a hodnocení kvality poskytované péče.⁽⁸⁾

Výkony, které sestry provádějí, jsou převážně neintervenční např. polohování, hygiena pacientů, enterální výživa, cévkování žěn, zavádění periferního žilního katetru. Sestry intenzivní péče běžně provádějí odsávání z dýchacích cest u zaintubovaných, či tracheostomovaných pacientů. Při intervenčních výkonech sestra asistuje lékaři při endoskopii, zavádění centrálního žilního katétru, tracheální intubaci, malých chirurgických výkonech apod. Sestry plně zodpovídají za správnost provedení jednotlivých výkonů, i když je konečná kontrola určena lékaři. V současné době je stále častěji používán termín dělené odpovědnosti, přičemž tento pojem je stále velice diskutabilní pro obtížné vysvětlení a následnou obhajobu. Pro bezpečnost pacienta je důležitá vzájemná spolupráce, důvěra, spolehlivost ve vztahu lékař – sestra, lékař-pacient, sestra-pacient.^(5, 10)

1.4.5 Krátkodobá předoperační příprava

Krátkodobá předoperační příprava začíná přibližně 24 hodin před provedením plánovaného chirurgického výkonu, kdy je pacient přijat k hospitalizaci na příslušné lůžkové oddělení. Krátkodobou přípravu je nutné rozdělit na přípravu chirurgickou a přípravu anesteziologickou.⁽²⁵⁾

Po stránce chirurgické je potřeba, aby sestra z příslušného chirurgického oddělení zajistila přípravu operačního místa (vyholení, hygiena, desinfekce). U holení operačního pole musí sestra, eventuelně sanitář provádět výkon velmi opatrně, aby neporanili pacientovi kůži v místě operačního výkonu. Pacienti s pořezaným operačním

místem bývají z operačního programu odloženi, z důvodu rizika vzniku pooperační infekce operační rány a je nutné je přeobjednat na pozdější dobu. Sestra musí mít stále na paměti zachování intimity pacientů. Vyholení operačního místa u žen zajistí sestra. Muže holí zkušený sanitář ve službě.⁽¹⁴⁾

V poslední době přicházejí pacienti s různými ozdobami po celém těle a úkolem, sestry je upozornit pacienta na nutnost, aby byly tyto doplňky před výkonem sejmuty. Zajistí jejich uložení společně s cennými věcmi za přítomnosti svědka do určeného trezoru na oddělení. Protetické pomůcky, brýle, umělý chrup odebere sestra pacientovi ráno před odvozem na operační sál, naslouchadlo je pacientovi ponecháno až do úvodu anestézie, poté jej anesteziologická sestra předá označené lůžkové sestře k uložení na oddělení.

Na operačním sále se žádné pacientovy kompenzační pomůcky nenechávají z důvodu jejich ztráty nebo poškození.⁽¹⁶⁾

Významnou součástí krátkodobé chirurgické přípravy pacienta je lačnění a vyprazdňování. Tuhou stravu dostane pacient naposledy 6-8 hodin před výkonem, tekutiny nesmí přijímat od půlnoci. U pacientů s poruchou výživy a u diabetiků je nutno zajistit infuzní výživu, tyto pacienti jsou zařazeni do operačního programu jako první. Pacientům, u kterých není nutná střevní příprava, aplikuje sestra večer před výkonem glycerinový čípek.

Pacientům před chirurgickým výkonem na tenkém a tlustém střevě musí sestra provést pečlivou střevní přípravu. Pacient má tři dny před výkonem lékařem naordinovanou bezsezbytkovou dietu. Den před operací již od rána přijímá pouze tekutiny, odpoledne vypije vyprazdňovací roztok Fortrans a pokud se pacient do večera dostatečně nevyprázdní, musí sestra po konzultaci s lékařem aplikovat klyzmata.⁽¹⁴⁾

Tekutiny per os sestra podává všem pacientům do půlnoci. Od půlnoci musí sestra dohlédnout na pacienta, aby dodržel zákaz příjmu stravy i tekutin per os.

Jestliže se u pacienta předpokládá založení stomie, sestra musí pro pacienta zajistit konzilium stomické sestry.⁽¹⁴⁾

Nezbytnou součástí každé sesterské přípravy je psychologická příprava. Sestra musí pacientovi poskytnout veškeré potřebné informace o jednotlivých ošetřovatelských

postupech chirurgické přípravy. Každá sestra musí klást důraz na dodržení lačnění a zákazu pití od půl noci před výkonem. Pacienti si pod pojmem na lačno neuvědomí, že nesmí přijímat žádné tekutiny a velmi často, až přímo na operačním sále anesteziologická sestra zjistí, že pacient nebyl dostatečně poučen a tekutiny požil ještě před převozem na operační sál. Pacient se opět z operačního programu odkládá na jiný termín.⁽¹⁶⁾

Anesteziologická příprava je v kompetenci anesteziologa a anesteziologické sestry. Ideálně anesteziologickou přípravu provede anesteziolog, který v den operace povede u pacienta anestézii při chirurgickém výkonu. Anesteziolog si prostuduje všechny výsledky laboratorních a interních vyšetření, další povinností anesteziologa je osobní návštěva pacienta. Před rozhovorem s pacientem musí mít lékař nastudovanou anamnézu a průběh nynějšího onemocnění, poté zhodnotí celkový fyzický a psychický stav pacienta a stanoví anesteziologickou rozvahu – ASA (příloha 1), volbu anesteziologického postupu, provede ordinaci premedikace. Dále má anesteziolog za povinnost předložit pacientovi již zmiňovaný poučený souhlas s anestézií.⁽¹⁸⁾

1.4.6 Role anesteziologické sestry v anesteziologické přípravě

Do rámce poskytování odborné ošetrovatelské péče anesteziologickou sestrou patří edukace pacienta před operačním výkonem. Tato povinnost zatím nebyla v ČR standardizovaná, přestože je standardizace informovanosti pacienta nutná pro udělení akreditace nemocnici.⁽³⁰⁾

Cílem anesteziologické přípravy anesteziologickou sestrou je poskytnout pacientovi informace o ošetrovatelských výkonech, které bude anesteziologická sestra během přípravy a v průběhu podávání anestézie u pacienta provádět. Sestra má svým chováním pacienta podpořit, zmírnit jeho obavy a strach před operačním výkonem.⁽¹⁵⁾

Správná informovanost pacienta má velmi významný vliv na zajištění jeho psychické pohody. K dobře vedené informovanosti pacienta přispívá profesionální spolupráce mezi anesteziologickou sestrou a sestrou z chirurgického oddělení. Spolupracující sestry zajistí u pacienta výbornou přípravu, vzájemně se doplňují

v poskytování informací a zajistí správnou návaznost ošetrovatelských intervencí před chirurgickým výkonem.⁽¹⁶⁾

Většina pacientů považuje operační výkon za nepříjemnou situaci, která narušuje jeho základní potřeby, do popředí vystupuje obava, strach, úzkost, nejistota, což vyvolává u pacienta stresovou reakci. Ne každý pacient je ochotný o svých pocitech hovořit nebo si je jen připustit. Návštěva anesteziologa a anesteziologické sestry má velmi významný psychologický vliv na uklidnění pacienta.⁽³²⁾

Mezi zásady psychologické přípravy patří trpělivé s porozuměním provedené vyslechnutí pacienta, pozorné a srozumitelné vysvětlení všech postupů. Při rozhovoru s pacientem je nutné všimnout si jeho reakcí a chování, z kterých lze vyčíst míru jeho obav. Cílem návštěvy je pacienta uklidnit a zmírnit jeho obavy. Mezi nejčastější obavy pacientů před chirurgickým výkonem patří strach z narkózy. Pacienti se nejvíce obávají, že se z narkózy neprobudí, či naopak probudí během výkonu. Často také uvádějí obavu z toho, že vyrazí nějaké tajemství. Mezi obavy spojené se samotným chirurgickým výkonem patří v první řadě, strach z bolesti, zjištění nepříznivé diagnózy, zmrzačení a přetrvání trvalých následků.⁽¹⁸⁾

Anesteziologická sestra diagnostickým postupem u pacienta stanoví ošetrovatelskou diagnózu Strach (00148).⁽²⁰⁾

Anesteziologická sestra má možnost informovat pacienta až poté, co s ním hovořil lékař anesteziolog a pacientovi předal informovaný souhlas s anestézií. Edukující anesteziologická sestra musí, na základě určení ošetrovatelské diagnózy, u pacienta stanovit intervence vedoucí ke zmírnění jeho strachu. Na základě určených intervencí vede anesteziologická sestra edukaci pacienta. Ideálně pacienta edukuje anesteziologická sestra, která bude také pacientovi v den operace anestézii společně s lékařem podávat.

Anesteziologická sestra informuje pacienta o průběhu anesteziologické přípravy přibližně 24 hodin před plánovaným výkonem. Cílem edukace je pacientovi poskytnout potřebné množství informací souvisejících s ošetrovatelskými postupy, které anesteziologická sestra provádí.⁽¹⁵⁾

Sestra, po představení se, pacienta seznámí se složením anesteziologického týmu a následně pacientovi zopakuje význam podání večerní a ranní premedikace, kdy pacient ráno po jejím podání již musí zůstat ležet. Proto jej upozorní na potřebu provést hned ráno po probuzení základní hygienu, vyjmout zubní protézu, odstranit a uschovat šperky. Sestra doporučí pacientovi, aby se došel před aplikací premedikace vyprázdnit, protože poté, co mu aplikuje ranní premedikaci, musí již pacient kvůli riziku poklesu tlaku a následného pádu zůstat ležet. Sestra objasní pacientovi časový sled premedikace a návozu na operační sál. ⁽¹⁷⁾

Při překladu pacienta na operačním sále je silně narušena intimita pacienta. V patientském filtru sanitář pacientovi svlékne pyžamo a pacient již zůstává po celou dobu přítomnosti na operačním sále svlečený. Proto je nutné, aby sanitář pacienta před převozem na předsálí operačního sálu vhodně přikryl a zdravotnický personál pacienta odkrýval jen na nezbytně nutnou dobu a na nutné části těla i po dobu, kdy je pacient v anestézii. Sestra pacienta ubezpečí, že při odvozu ze sálu již pacient dostane od pooperační sestry nemocniční košili „anděla“.

Na předsálí anesteziologická sestra zavede pacientovi periferní žilní katétr a po domluvě s lékařem se zde provádí další výkony jako je provedení místní anestézie, zavedení centrálního žilního katétru, přímé měření tlaku pomocí artérie radialis, zavedení permanentního močového katétru. Pacienti o těchto výkonech mají minimální množství informací, anesteziologickou sestrou je stanovena ošetřovatelská diagnóza Deficitní znalost (00126). ⁽²⁰⁾

Úkolem anesteziologické sestry je pacienta na tyto výkony připravit. Sestra vysvětlí pacientovi důvod i způsob provedení výkonu a všechny informace opakuje při provádění jednotlivých výkonů, kdy mu ukáže pomůcky, které budou použity. ⁽¹⁵⁾

Sestra objasní ošetřovatelský cíl anestézie, kterým je poskytnutí kvalitní odborné péče se zajištěním nekomplikovaného průběhu anestézie a operace. Ujistí pacienta, že i po uvedení do anestézie je o něj odborně a zodpovědně postaráno. ⁽³⁹⁾

Sestra ujistí pacienta o nepřetržité monitoraci životních funkcí v průběhu anestézie a následně dle potřeby i v pooperačním období. Anesteziologická sestra

odpovídá také za kontrolu a přípravu anesteziologického přístroje a dalšího technického vybavení.⁽⁶⁾

Mezi povinnosti anesteziologické sestry patří péče o správnou polohu těla, hlavy a končetin tak, aby nedošlo k otlakům a k případnému poranění pacienta, sestra stanoví ošetrovatelskou diagnózu Riziko porušení kožní integrity (00047).⁽²⁰⁾

Anesteziologická sestra musí u pacienta zajistit péči o oči, péči o endotracheální kanylu, periferní žilní katétr, periferní močový katétr, výdej tekutin, zajištění normotermie, podávání infusí a krevních derivátů.

Dále sestra vysvětlí pacientovi, jakým způsobem o něj bude postaráno také po provedení operačního výkonu a po převozu na dospávací pokoj či JIP, kde se o něj bude starat sestra pooperační péče.⁽⁶⁾

Anesteziologická sestra pacienta upozorní na bolest a význam včasného podání analgetik po výkonu, ošetrovatelská diagnóza č. 00132 Akutní bolest.⁽²⁰⁾

Sestra musí dát pacientovi čas na kladení otázek a veškerou edukaci zaznamená do ošetrovatelské dokumentace, která musí obsahovat nacionály pacienta, datum operace, typ operačního výkonu, datum a čas edukace, jméno sestry, průběh a způsob edukace. Cílem edukace je zmírnit či odstranit obavy, strach a zamezit možnosti rozvoje psychické poruchy. Z odborné praxe je potvrzeno, že jsou pacienti, u kterých dojde předoperačně k selhání psychických obranných mechanismů a k rozvoji psychické poruchy.⁽⁸⁾ K těmto nežádoucím reakcím dochází v důsledku nedostatečné informovanosti pacienta.⁽⁹⁾

Mezi nejčastěji uváděné předoperační psychické poruchy patří odmítavá reakce, ke které u pacienta dochází v důsledku nedůvěry, často se projevuje odmítáním a nedostatečnou spoluprací. Dalším typem psychické poruchy je konverzní reakce, při které se pacient projevuje nezvyklým motorickým chováním s poruchou vegetativní stability.⁽¹⁸⁾

V případech poruchy spánku sestra stanovuje ošetrovatelskou diagnózu Spánková deprivace (00096). Poruchy prožívání se u pacienta projevují pocity viny, méněcennosti, fixní myšlenky, únavnost. Poruchy vnímání a uvědomování

si skutečnosti. Tyto reakce nejsou časté, projevují se panickým chováním, pokud k takové reakci u pacienta dojde, může skončit až útekem z operačního sálu.^(18, 20, 32)

Diagnostickým způsobem s pomocí NANDA, sestra u pacienta stanoví ošetrovatelské problémy Neefektivní zvládnání zátěže (00069), Oslabené přizpůsobení (00070), Defenzivní zvládnání zátěže (00071). Je na schopnostech každé sestry, aby si včas všimla nepřiměřené reakce a zajistila potřebné intervence. Mezi nejdůležitější zásahy patří, sledování hladiny úzkosti, sledování způsobu komunikace, posouzení vnímání nemocného dané situace, aktivní naslouchání, povzbuzení pacienta, včasné zajištění psychologického konzilia.^(20, 32)

1.5 Premedikace

Premedikace je nedílnou součástí předoperační přípravy. Je rozdělena na premedikaci psychologickou a farmakologickou. Premedikaci ordinuje zpravidla anesteziolog na základě výsledků předoperačního vyšetření. Při ordinaci premedikace musí brát lékař ohled na věk, tělesnou hmotnost, psychický stav pacienta, chirurgický výkon a zvolený způsob celkové anestézie.⁽²³⁾

Premedikaci nelze nikdy provádět paušálně, vždy je potřeba zohlednit celkový zdravotní i psychický stav pacienta, výsledky vyšetření a zvolený druh anestézie. Anesteziolog psychologickou premedikaci zaznamená písemně do dekurzu. Doplní ji o premedikaci farmakologickou. Farmakologická premedikace umožní pacientovi klidný spánek, sedaci, snížení tělesné i duševní aktivity, vegetativní stabilitu (bradykardie, asystolie, laryngospasmus), utlumení salivace a bronchiální sekrece, navodí analgézii, usnadní úvod do anestézie a snižuje celkovou spotřebu anestetik. Součástí farmakologické premedikace je i prevence pooperační nauzey a zvracení, pokud je možno, lékař se vyhne ordinaci opioidů v premedikaci, do které v případě potřeby zařadí prokinetika. Písemnou ordinaci premedikace musí lékař provést čitelně, v jasné lékové formě, ve správném časovém sledu.⁽³⁹⁾

Prepremedikaci podává ošetrující sestra, večer před plánovaným výkonem. K zajištění kvalitního spánku a na základě ordinace lékaře podává pacientovi perorálně hypnotika. Jestliže má pacient bolesti, lékař doplňuje ordinaci o podání analgetika.⁽¹⁸⁾

Premedikaci podává sestra ranní směny po telefonní výzvě anesteziologickou sestrou, přibližně 30-60 minut (dle formy per os, či intramuskulární podání) před operačním výkonem.

1.6 Význam edukace v práci anesteziologické sestry

Edukace v širším slova smyslu znamená spojení výchovy a vzdělávání. Edukační činnost umožňuje anesteziologickým sestřám vzájemnou spolupráci s pacientem, jejímž výsledkem je vzdělaný pacient v oblasti anesteziologické péče, prevence vzniku komplikací v souvislosti s anestézií a v péči o své zdraví. Vzdělaný pacient má možnost se na základě získaných informací snadněji rozhodnout, jaký léčebný postup chce zvolit a jakým způsobem se bude on sám na péči o své zdraví podílet. Součástí edukace anesteziologickou sestrou je předat informace, které se týkají ošetrovatelských anesteziologických postupů, dále informace o průběhu hospitalizace a také informace, jak se má pacient chovat po propuštění do domácího léčení, nebo po přeložení na jiné oddělení.⁽³⁸⁾

Z pedagogického hlediska se edukace rozděluje na základní, komplexní a reedukační.

Pokud pacient přichází do nemocnice poprvé, jedná se o jeho vůbec první chirurgický výkon prováděný v celkové anestézii. Informace, které mu anesteziologická sestra předává jsou první (základní), které pacient dostává.

Komplexní edukace navazuje na základní. Často již probíhá v edukačních poradnách, které se staly nedílnou součástí jednotlivých oddělení. Pracuje zde tým zdravotnických pracovníků z různých zdravotnických oborů, kteří mají co říci k pacientovu zdravotnímu problému. V případě edukace anesteziologickou sestrou edukace nejčastěji probíhá na anesteziologické ambulanci, pokoji pacienta, nebo přímo na operační sále.

Reedukační, nebo také pokračující edukace probíhá v průběhu léčebného procesu, ale i nadále (nejlépe celoživotně) po jeho ukončení. Má za úkol rozvíjet a opakovat pacientovy znalosti v jeho vlastní roli v prevenci a odpovědnosti v péči o své zdraví.

Základní pojmy edukace jsou edukant, edukátor, edukační proces, edukační prostředí, edukační faktory. Edukant je jakýkoliv člověk, který se edukace účastní (např. pacient, dítě, žák), pro anesteziologickou sestru je edukantem pacient, který přichází k provedení operačního chirurgického výkonu v celkové anestézii. Edukátorkou se stává anesteziologická sestra, která informace pacientovi předává.⁽³⁸⁾

Edukační proces je v moderním ošetrovatelství a stejně tak v práci anesteziologické sestry velmi důležitou součástí péče o pacienta.

Edukační faktory jsou veškeré prostředky použité k edukační činnosti (např. knihy, edukační plány, přednášky, web.stránky, brožury, standardy).

Edukační proces se vzájemně vhodně doplňuje s procesem ošetrovatelským. Ošetrovatelský proces nám umožňuje systematicky hodnotit a plánovat uspokojování potřeb zdravých i nemocných lidí. S ohledem na jejich bio-psycho-sociálně-spirituální jednotu.⁽³²⁾

Edukační prostředí představuje místo, kde edukace probíhá. Příjemné prostředí je dobře osvětlené, přiměřeně vyhřáté, tiché. Edukační prostředí musí mít sestra dopředu připravené. Pro anesteziologickou sestru není jednoduché v nemocnici takové místo zajistit. Pokud edukace anesteziologickou sestrou probíhá přímo na patientském pokoji, je v tomto případě nutné zajistit pacientovi patřičné soukromí. V nemocničním prostředí na pacienta působí mnoho stresových faktorů, které mají za příčinu zapomenutí mnoha informací, které byly pacientovi již poskytnuty. Proto je důležité informace podávat opakovaně a v různé formě.⁽³⁰⁾

Cílem edukace je pacienta srozumitelně informovat, pomoci mu pochopit a zorientovat se v daném problému, podpořit pacienta a nabídnout mu blízkou pomoc ke zvládnutí strachu a obav, které sebou hospitalizace, anestézie i operační výkon přináší. Cílem edukace je projevit pacientovi podporu, poskytnout mu pocit jistoty a bezpečí, který každý člověk v době nemoci postrádá. Dalším cílem je poskytnout takové informace, které mu pomohou pochopit jeho onemocnění a jeho vlastní úlohu v prevenci a v péči o své zdraví.⁽¹⁹⁾

Správně provedená edukace představuje pro všechny pacienty významnou psychologickou pomoc. Proto je nutné do edukace pacienta zapojení všech členů

ošetřovatelského týmu (lékař, všeobecné sestry, sestry specialistky, fyzioterapeuti, nutriční poradci, sanitáři a další zaměstnanci jiných oddělení). Edukační činnost těchto pracovníků musí být naplánovaná tak, aby se vzájemně jednotlivé informace doplňovaly.⁽³⁸⁾

V první řadě poskytuje informace pacientovi lékař, ošetřující sestra, pomocný personál, ale také zaměstnanci pracující v kanceláři oddělení.⁽²¹⁾

Sestra poskytuje pacientovi informace o ošetřovatelské péči a činnostech, které provádí v rámci poskytované ošetřovatelské péče. Je vědecky podloženo, že pacienti, kteří mají dostatek informací a je jim nasloucháno, si téměř nestěžují. Sestry mají v této oblasti značné zkušenosti a vědí, že pokud se pacient nachází v nejistotě svého zdravotního stavu, hledá pomoc v empatickém vztahu se sestrou. Důvěryhodný vztah se sestrou snižuje významně pocity strachu, úzkosti a frustrace. Člověk v nemoci hledá někoho, na koho by se mohl s důvěrou obrátit, někoho u koho nalezne zastání a může se mu svěřit. Tuto skutečnost v praxi nejvíce naplňují právě sestry, jelikož jsou s pacientem v nejčastějším kontaktu.⁽²⁹⁾

Edukační proces má tři fáze. Fázi projektování (též název plánování), realizace, hodnocení. Ve fázi projektování sbírá anesteziologická sestra všechny potřebné údaje o pacientových znalostech a chování v oblasti anesteziologie i v péči o své zdraví. Ke stanovení edukačního procesu sestra musí získat odpověď na otázky koho, v čem a proč edukovat, jaká je úroveň pacientovo znalostí a zda je třeba jejich doplnění. Mezi faktory, které edukaci ovlivňují, patří zdraví, věk, ochota vzdělávat se, motivace k edukaci, zpětná vazba, opakování.⁽³⁸⁾

Realizace je uskutečnění samotné edukace. Patří sem schopnosti sestry správně pacientovi předat potřebné informace, umět pacienta motivovat ke spolupráci při učení. Na počátku edukace je nutno vytvořit s pacientem vzájemný vztah důvěry, porozumění a ochotné spolupráce. Pacient je aktivně zapojen do edukačního procesu a sám přebírá odpovědnost za své vlastní zdraví a rozhodnutí o své léčbě.⁽¹⁷⁾

Pacient se rozhoduje na základě informací, které mu my poskytneme, tyto informace musí být jednoduché a srozumitelné. Pacienti dobře přijímají informace v laické formě, dobře je chápou a cítí snahu zdravotníka o vzájemné partnerství.

V průběhu edukace je důležité opakovaně ověřovat pacientovu informovanost, zda poskytované informace dobře chápe. Většinou je nutné některé informace několikrát zopakovat. Aby byla edukace pro pacienta srozumitelná a užitečná, je pro sestru nutné, aby si celý proces dopředu v jednoduché formě připravila. Při přípravě musí mít sestra na paměti, že se setkává s pacienty, kteří mohou mít nižší stupeň chápání. Někteří pacienti jsou až příliš ovlivněni strachem, což má vliv na jejich soustředění a chápání. Z tohoto důvodu se doporučuje edukaci připravit jednoduchou skladbou vět a slovníku na úrovni žáka osmé třídy.⁽²⁸⁾

Je několik důležitých bodů správně vedené edukace. Mezi ně patří hlavně rozsah, v jakém budeme pacienta informovat a kdo bude informace předávat. S pacientem se musíme dopředu domluvit na čase a upřesnit kolik času na pacienta budeme mít. Stanovená doba by měla být dodržena. Sestra se pacientovi vždy představí, upřesní svoji roli ve vztahu k pacientovi a zdravotnímu zařízení, ve kterém se s pacientem nachází. Sestra se s pacientem dopředu domluví na způsobu jakým si přeje být osloven a po celou dobu udržuje s pacientem oční kontakt. Pro sestru je důležité všimnout si pacientových neverbálních projevů, které jí mohou mnoho napovědět o jeho psychickém stavu. Všichni zdravotníci, kteří přijdou s pacientem do styku, by se měli vyhnout používání medicínského žargonu. Sestra se svým chováním velmi snaží pacientovi poskytnout emocionální podporu. Nekritizuje slovně ani gesty kolegy spolupracovníky, či jiná zdravotnická zařízení. Sestra nikdy nekomentuje ani nezaručuje výsledky péče, plně si uvědomuje své kompetence. Ne každý pacient si získá naše sympatie a naopak, ne každému pacientovi jsme sympatičtí my, přesto s každým pacientem zacházíme s respektem a laskavě.⁽¹²⁾

V minulosti byl využíván k edukaci model, který dnes označujeme jako paternalistický (otcovský). Tento model od pacienta očekával řídit se plně radami, které od lékaře dostal, a z pacienta tak činil bytost závislou na naší péči. Zdravotníci přebírali zodpovědnost za zdraví pacienta. Pacienta informoval výhradně lékař, který též rozhodoval o rozsahu a způsobu předání informací. Pacient neměl téměř žádný prostor pro utřídění myšlenek a už vůbec ne čas na kladení otázek ohledně svého zdravotního stavu, protože sestry se v minulosti na edukaci pacienta nepodílely. Naopak současný

proces edukace využívá model partnerský. Tedy vzájemnou spolupráci a zapojení pacienta do péče o své zdraví.⁽¹⁰⁾

Ve fázi hodnocení sestra zjišťuje celkové výsledky edukace. Zda v rámci edukace dosáhla očekávaných výsledků.

1.6.1 Komunikační dovednosti jako součást edukace

Pro správně vedenou edukaci je pro sestru důležité umět správně komunikovat. Komunikace je základem mezilidských vztahů, umožňuje kontakt s psychikou druhých jedinců, děje se tak mluvením, chováním, vnímáním, nasloucháním a mlčením.⁽⁷⁾

Umění komunikovat lze vnímat jako dar, se kterým se člověk narodil, každý z nás má určité komunikační schopnosti, které může v určité míře komunikačním tréninkem nacvičit a zdokonalit.⁽²²⁾

Pro zvládnutí efektivní komunikace je důležité znát prvky verbální i neverbální komunikace. Mezi prvky, které vnímáme při verbální komunikaci, patří rychlost řeči, hlasitost, pauzy, výška hlasu, délka projevu, intonace, používání embolických slov. Rychlost řeči může zakrývat nejistotu, ale také touhu dokončit hovor bez přerušování druhou osobou. Hlasitost se řídí podle povahy sdělení. Jinak hovoříme, když chceme upoutat pozornost, a naopak hlas ztišíme v okamžiku, kdy nechceme být sledováni. Příliš hlasitý hovor je pro komunikaci nepříjemný, často netaktní. Pokud pacient hovoří o svých potížích, hovoří potichu. Výška hlasu odráží osobní emocionální stav. Vyšší tóny, stejně tak i hlasitý smích působí nepříjemně až teatrálně. Verbální komunikace musí být jednoduchá, stručná, zřetelná, vhodně načasovaná.⁽²²⁾

Sestra musí umět komunikaci přizpůsobit reakcím pacienta. Jedna z velmi důležitých dovedností efektivní komunikace je aktivní poslouchání a naslouchání. Nasloucháním ušima vnímáme slova a jejich význam. Dále vnímáme tón, rychlost, složky řeči. Další důležitý způsob je dovednost naslouchání očima, v průběhu rozhovoru vnímáme pohled, výraz obličeje, gestikulaci, mimiku, postoj a držení těla (posturologie), pohyby rukou (kinesika). Očima také vnímáme celkový vzhled nemocného. Do naslouchání nejde nevložit srdce, které umožňuje projevit emoce.⁽¹²⁾

Pro úspěšnou komunikaci je důležité, aby sestra i pacient měli zájem spolu komunikovat a vzájemně si komunikaci umožnili. Sestra se musí naučit vnímat informace, které jí pacient předává, musí je umět vyhodnotit a dle významu informaci uchovat, nebo předat.⁽⁹⁾

Pacient má také právo poskytované informace odmítnout, ovšem na věci, které nechce vědět, by se neměl ptát. Přesto je nezbytné, aby sestra pacienta vždy informovala pravdivě. V takovém případě pacientovi sdělíme pouze tolik, kolik chce pacient slyšet.⁽³⁶⁾

V komunikaci sestra projevuje pacientovi podporu používáním několika technik. Technikou rezonance (ozvěna), kdy sestra zopakuje, co pacient řekl. Sestra mu tak dává najevo, že pacienta poslouchá. Technika reflexe (odezvy) umožňuje pacientovi uspořádat si myšlenky. Pacient ze strachu před zákrokem hovoří příliš chaoticky o svém stavu, ale všechny myšlenky směřuje k zákroku, který musí podstoupit. Pokud se sestra pacienta zeptá, zda má ze zákroku obavy, umožňuje mu tím hovořit o pocitech a může ho tak dále podpořit a uklidnit. Přehled rozsáhlého sdělení umožňuje sumarizace. Sumarizace jde dál než reflexe. Sumarizací sestra pomáhá pacientovi lépe pochopit vše podstatné z celého sdělení, ne jenom vyjádření k jedné věci. Sestra musí umět pacienta v komunikaci povzbudit, aby měl pacient zájem o svých pocitech hovořit.^(12, 34)

Pokud je sestra ve svém naslouchání empatická, je schopna lépe pochopit jak se pacient cítí a co jí chce, nejen slovy, sdělit. Ke komunikačním technikám patří také mlčení. V tichosti můžeme přemýšlet, jak v komunikaci pokračovat. Mlčení může také přijít z nečekané zprávy i z rozpaků.⁽³⁵⁾

Komunikace sestry s pacientem je velmi důležitá. Sestra musí hned na začátku hospitalizace pacienta uvést do prostředí oddělení.

Sestra nerozebírá s pacientem jeho diagnózu a prognózu, nehovoří o jiných spolupacientech. Rodinným příslušníkům poskytuje informace spojené pouze s jeho ošetrovatelskou péčí. Pokud se jedná o lékařský výkon musí vždy pacienta informovat lékař, tuto komunikaci nikdy neposkytuje sestra.⁽¹⁹⁾

Sestry, které ovládají efektivní komunikaci, mají veliký vliv na vytvoření důvěryhodného vztahu s pacientem, ale i ostatními členy ošetrovatelského týmu. Mezi

techniky efektivní komunikace patří schopnost mlčet tam, kde je to správné, používání otevřených otázek, využití doteku, parafrázování, žádost o vysvětlení a ve finále stručné shrnutí.⁽²⁷⁾

Komunikace lékaře s pacientem má také svá pravidla. Po profesionální stránce se téměř neliší od komunikace sester s pacienty. Rozdíl je ve vedení rozhovoru, kladení otázek a odpovědí. Lékař hovoří s pacientem o léčbě, prognóze, rizicích, změnách, komplikacích. Lékař si často k rozhovoru zve sestru, která zde má roli svědka. Sestra také díky své přítomnosti lépe zvládá orientovat se v pacientovo stavu, lépe chápe jeho emoce.⁽⁵⁾

Práce anesteziologické sestry je velmi náročná, na anesteziologickou sestru jsou kladeny vysoké profesionální, psychické a humánní požadavky. Na druhé straně má sestra pracující v anesteziologii mnoho možností se profesně rozvíjet, v průběhu svého povolání získává mnoho nových zkušeností a příležitostí se ve své práci zdokonalovat. Odměnou anesteziologické sestře je velice krásná, zajímavá a vysoce odborná práce.

2. Cíl práce a hypotézy

2.1 Cíl

Cíl 1 Zmapovat informovanost pacientů anesteziologickou sestrou o anestézii před plánovaným chirurgickým výkonem

Cíl 2 Zmapovat podíl anesteziologických sester na edukaci pacienta před plánovaným chirurgickým výkonem

2.2 Hypotézy

H 1 Pacienti nejsou informováni o průběhu anestézie anesteziologickou sestrou

H 2 Pacienti mají zájem o informace od anesteziologické sestry

H 3 Anesteziologické sestry nemají zájem edukovat pacienta před plánovaným chirurgickým výkonem o průběhu anestézie

3. Metodika

3.1 Použité metody

Provedený výzkum je výzkumem kvantitativním. Metodou sběru dat bylo dotazování, použitá technika výzkumu dotazník. Dotazník jsme předkládali pacientům hospitalizovaným v nemocnici České Budějovice a anesteziologickým sestřím ve stejné nemocnici.

3.2 Charakteristika výzkumných souborů

První výzkumný soubor tvořili náhodně vybraní pacienti z oddělení ortopedie, chirurgie a oddělení ušní, nosní, krční. Celkem bylo rozdáno 135 (100 %) , vráceno 1056 dotazníků muselo být vyřazeno pro jejich neúplné vyplnění, návratnost činila 77,78 % a do zpracovaných výsledků bylo použito 99 (100 %) dotazníků.

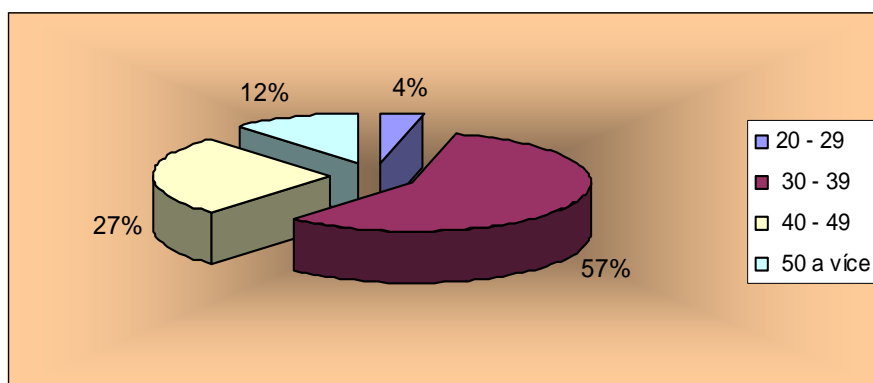
Druhý výzkumný soubor tvořily sestry pracující na anestézii v nemocnici České Budějovice. Sestřím bylo rozdáno celkem 30 dotazníků, vráceno jich bylo 26, použito 26 (100 %). Návratnost činila 86,67 %.

4. Výsledky

4.1 Výsledky výzkumu šetření sester

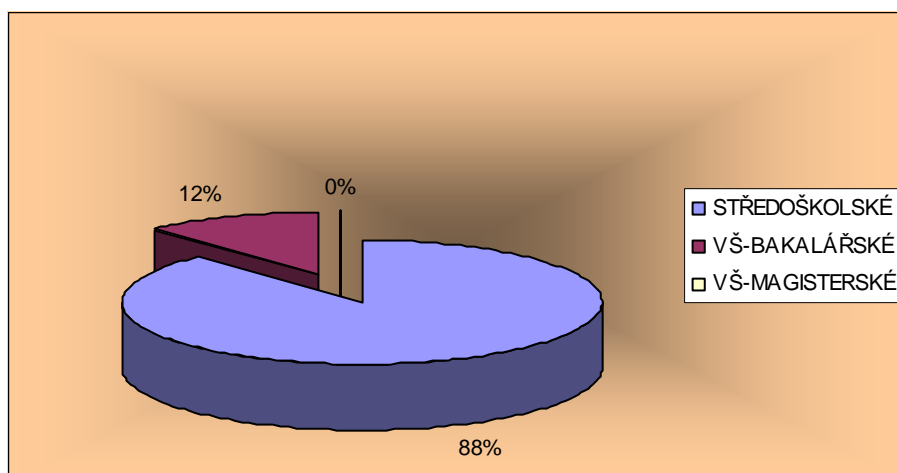
Čísla grafů neodpovídají číslům otázek v dotazníku sester

Graf 1 Věková kategorie anesteziologických sester



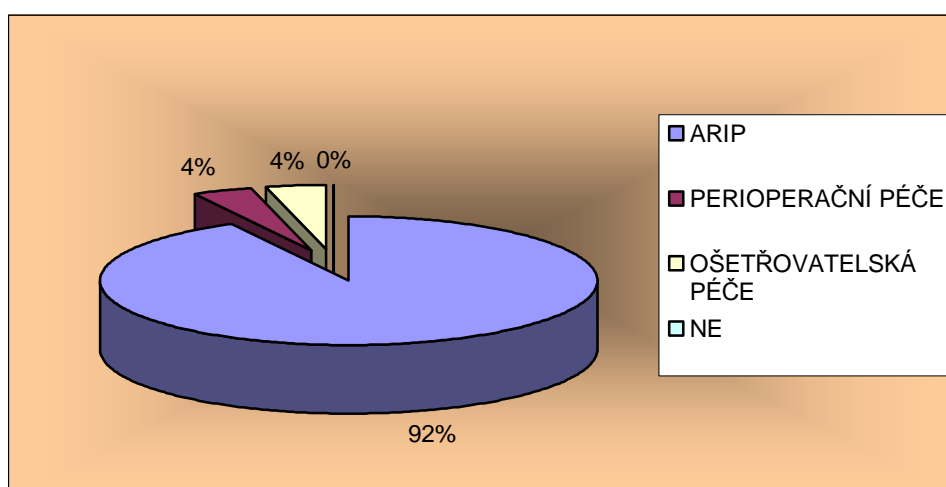
Z celkového počtu 26 (100 %) anesteziologických sester pracuje na anesteziologickém oddělení nemocnice České Budějovice ve věkové kategorii 20-29 let 1 (4 %) sestra, 15 (57 %) sester ve věku 30-39 let, 7 (27 %) sester spadá do věkové kategorie 40-49 let, dále 3 (12 %) sestry ve věku 50 a více .

Graf 2 Nejvyšší dosažené vzdělání anesteziologických sester



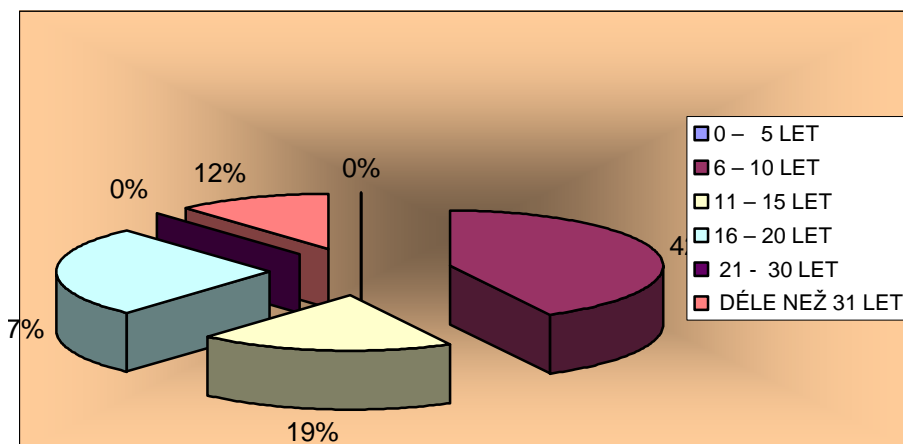
Z 26 (100 %) sester má 23 (88 %) středoškolské vzdělání, 3 (12 %) sestry mají vysokoškolské vzdělání s titulem Bc., titul Mgr. nemá žádná sestra.

Graf 3 Specializační vzdělání anesteziologických sester



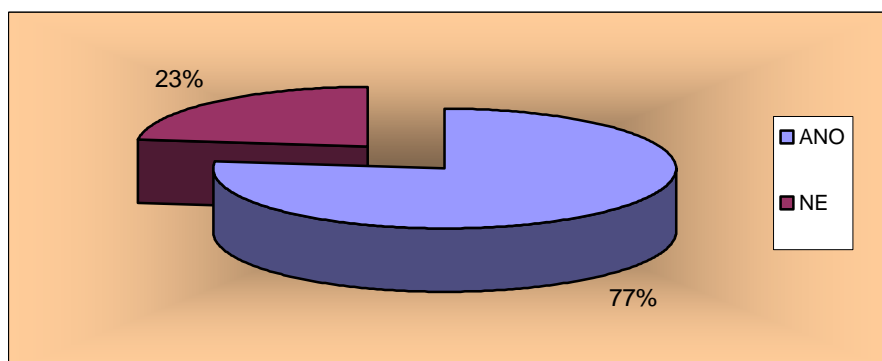
Specializační vzdělání má všech 26 (100 %) sester, z toho specializaci ARIP má 24 (92 %) sester, 1 (4 %) sestra získala specializační vzdělání v ošetrovatelské péči, také 1 (4 %) sestra v perioperační péči.

Graf 4 Délka praxe na pozici anesteziologická sestra



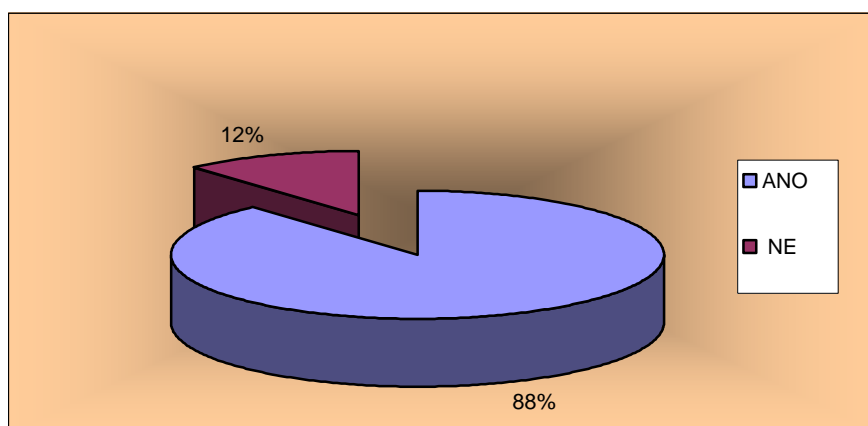
Z 26 (100 %) sester nepracuje na anesteziologickém oddělení 0-5 let žádná sestra, 11 (42 %) sester zde pracuje 6-10 let, 11-15 let má délku praxe na anesteziologickém oddělení 5 (19 %) sester, 7 (27 %) sester 16-20 let, 21-30 let žádná z dotazovaných sester, déle než 31 let zde pracují 3 (12 %) sestry.

Graf 5 Edukace pacienta jako náplň práce anesteziologické sestry



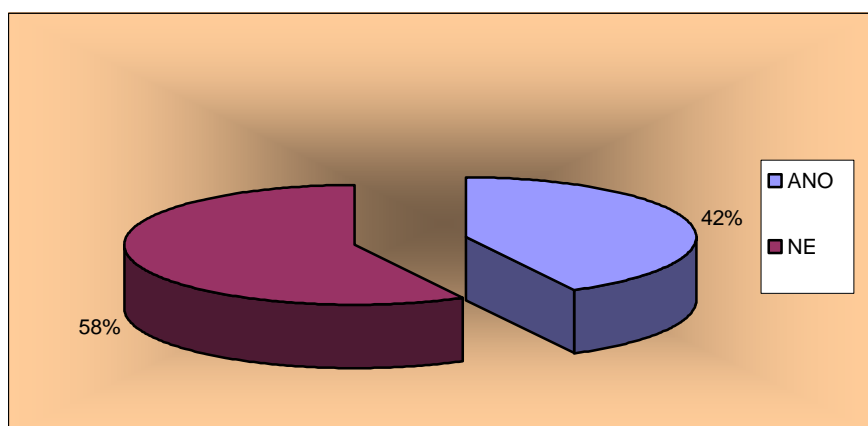
Edukaci pacienta o ošetrovatelských činnostech spojených s anestézií má v náplni práce 23 (77 %) sester, 6 (23 %) sester edukaci v náplni nemá.

Graf 6 Názor sester na edukaci jako součást ošetrovatelského procesu



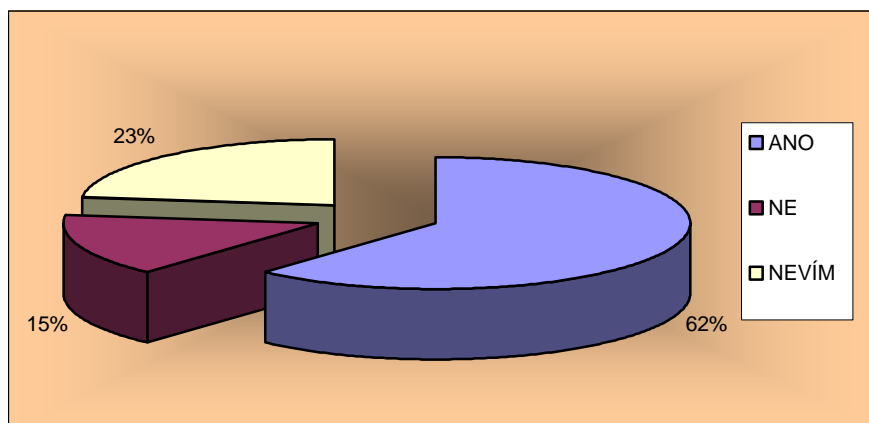
Edukaci pacienta považuje za důležitou součást ošetrovatelského procesu 23 (88 %) sester, pro zbývající 3 (12 %) sestry edukace důležitá není.

Graf 7 Poučení anesteziologických sester o správném postupu edukace pacienta



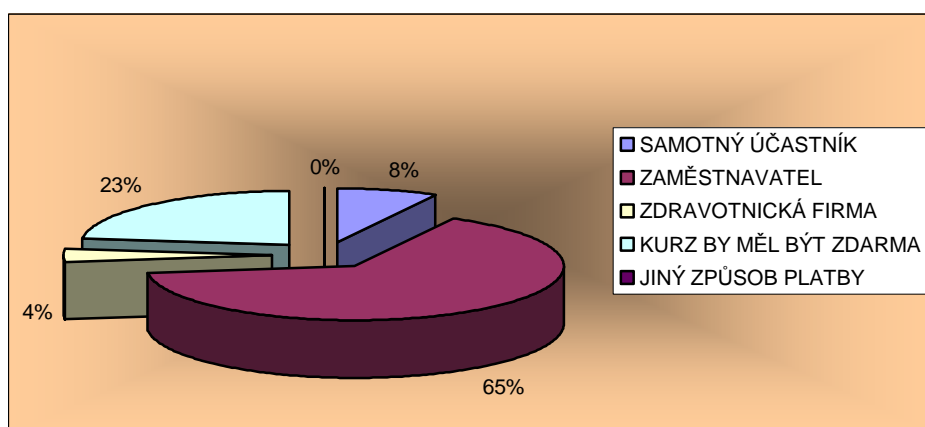
11 (58 %) sester bylo poučeno o správném edukačním postupu, 15 (42 %) sester poučeno nebylo.

Graf 8. Zájem anesteziologických sester o doplnění vzdělání v oblasti edukačního procesu



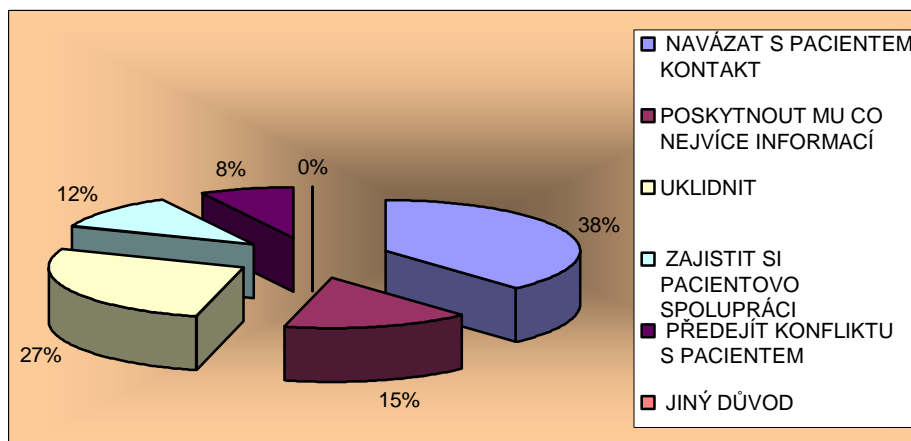
Z 26 (100 %) sester by mělo 16 (62 %) zájem o doplnění vzdělání v oblasti edukace, 4 (15 %) o toto vzdělání zájem nemá a rozhodnuto není 6 (23 %) sester.

Graf 9 Názor sester na úhradu vzdělávání v oblasti edukace



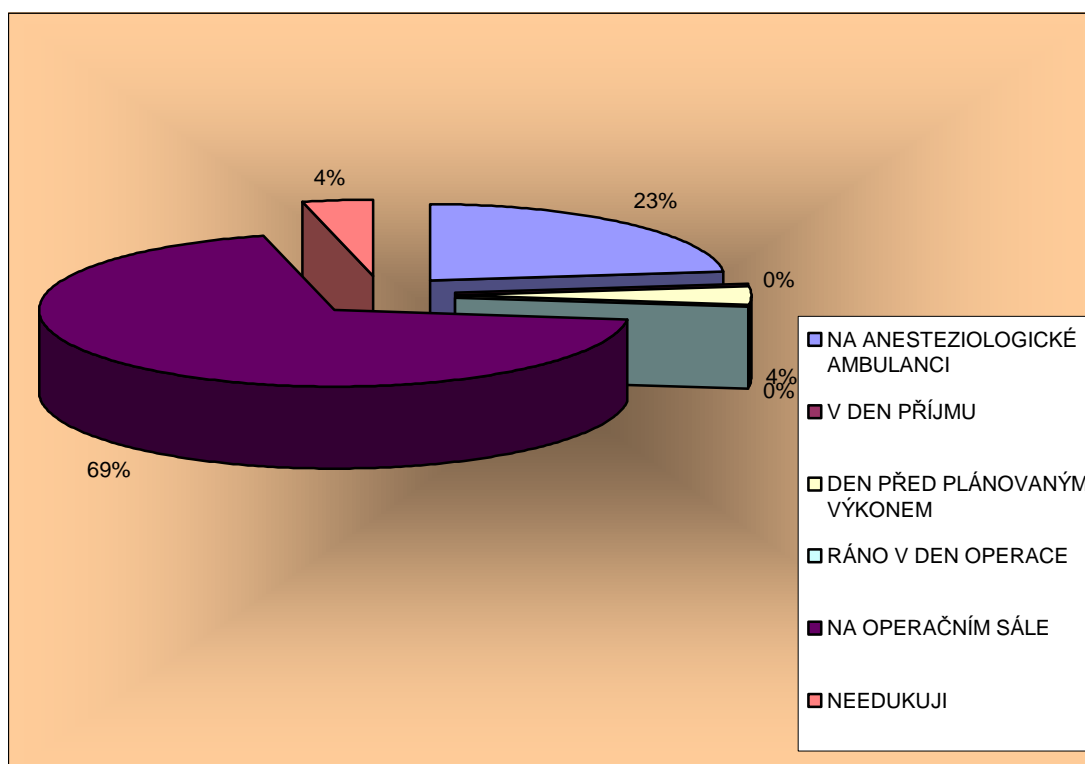
Dle mínění 2 (8 %) sester by si kurz k doplnění vzdělání měl hradit sám účastník, 17 (65 %) sester by úhradu kurzu očekávalo od zaměstnavatele, 1 (4 %) sestra od zdravotnické firmy, 6 (23 %) sester se domnívá, že by takový kurz měl být zdarma

Graf 10 Nejvýznamnější cíl edukace pacienta před anestézií dle anesteziologických sester



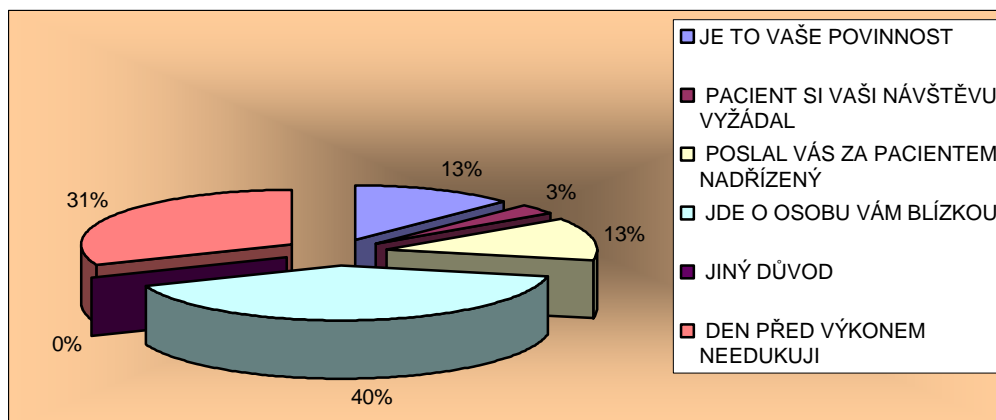
Z 26 (100 %) sester považuje za nejdůležitější cíl edukace 10 (38 %) sester navázat s pacientem kontakt, 4 (15 %) sestry poskytnutí pacientovi co nejvíce informací, 7 (27 %) uklidnění pacienta, 3 (12 %) sestry zajištění spolupráce s pacientem, 2 (8 %) sester předejít konfliktu s pacientem, jiný důvod nevedla žádná z dotázaných sester.

Graf 11 Čas první edukace anesteziologickou sestrou před anestézií



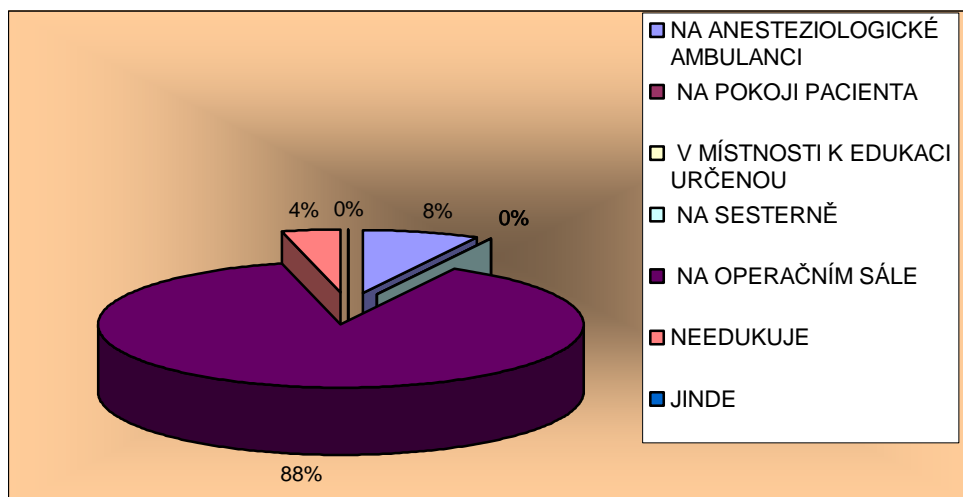
Z odpovědí 26 (100 %) sester poprvé pacienta edukuje 6 (23 %) sester zpravidla na anesteziologické ambulanci v rámci předoperačního vyšetření, v den příjmu pacienta needukuje ani jedna z dotázaných sester, den před plánovaným výkonem 1 (4 %) sestra, ráno v den operace pacienta needukuje také žádná z dotázaných sester, 18 (69 %) sester edukuje na operačním sále, a 1 (4 %) sestra pacienta needukuje.

Graf 12 Důvod pro edukaci pacienta nejpozději jeden den před plánovaným výkonem



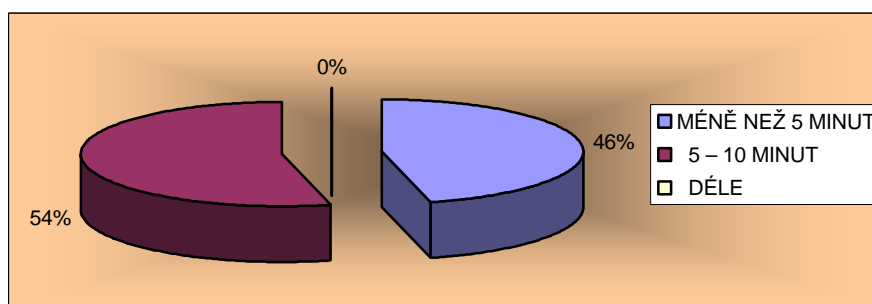
Možnost vybrat si z více nabídnutých odpovědí, jaký mají sestry důvod pro edukaci pacienta den před plánovaným výkonem označily sestry 32 (100%) možností, z tohoto počtu odpovědí 4 (13 %) sestry edukaci provádějí, protože je to jejich povinnost, 1 (3 %) edukaci provádí na přání pacienta, 4 (13 %) sestry pokud je za pacientem pošle lékař, pokud jde o osobu jim blízkou, edukaci provádí 13 (40 %) sester a 10 (31%) sester edukaci den před výkonem neprovádí.

Graf 13 Místo edukace anesteziologickými sestrami



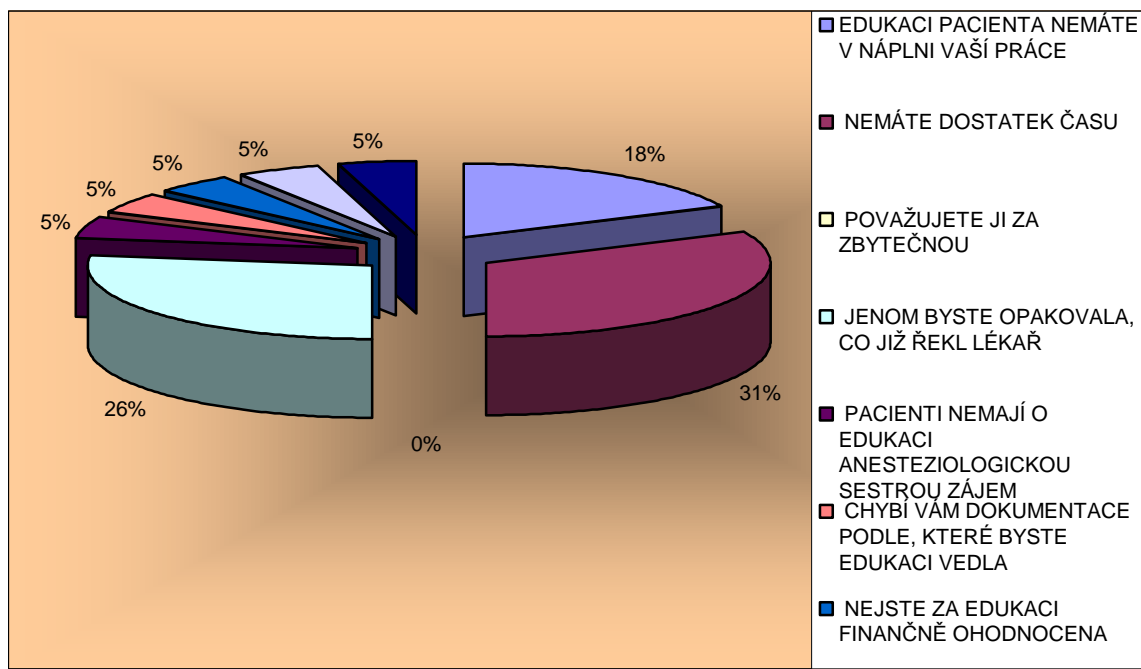
Z celkového počtu 26 (100 %) sester pacienta 2 (8 %) sestry edukují na anesteziologické ambulanci, žádná na pokoji pacienta ani v edukační místnosti a sesterně, nejčastěji 23 (88 %) sester edukuje na operačním sále, 1 (4 %) sestra pacienta needukuje.

Graf 14 Doba trvání edukace anesteziologickou sestrou



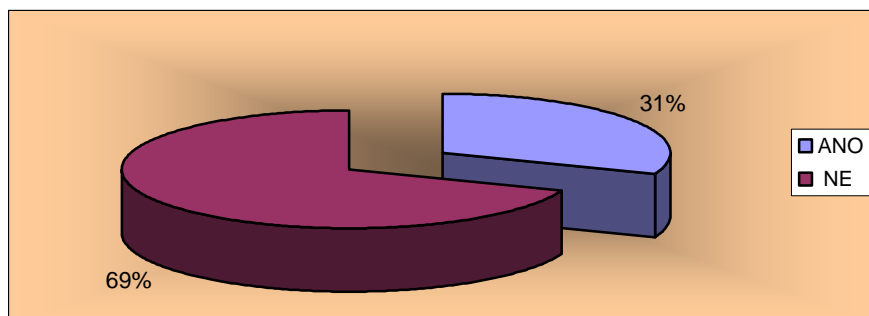
Z odpovědí 26. (100 %) sester vyplývá, že méně než 5 minut edukuje pacienta 12 (46 %) sester, 5-10 minut 14 (54 %) sester, dobu delší než 10 minut edukaci neprovádí žádná ze sester.

Graf 15 Důvody neprovádění edukace pacienta den před plánovaným výkonem



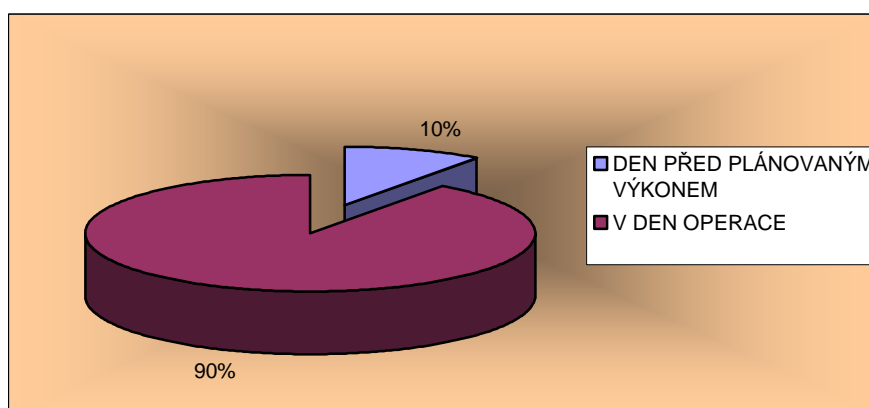
Z označení více možností odpovědí 44 (100 %), jako důvod proč anesteziologické sestry neprovádí edukaci pacienta den před plánovaným výkonem, z 8 (18 %) odpovědí sester je patrné, že edukace pacienta není náplní jejich práce, dle 14. (31 %) odpovědí sestery nemají dostatek času, za zbytečnou ji nepovažuje žádný z dotazovaných, z 12 (26 %) odpovědí by sestry opakovaly co již pacientům řekl lékař, dle 2 (5 %) odpovědí se sestry domnívají, že sami pacienti nemají o edukaci sestrou zájem, dokumentace chybí 2 (5 %) sestrám, dle dalších odpovědí, stejný počet 2 (5 %) edukaci neprovádí z důvodu nedostatečného finančního ohodnocení, také 2 (5 %) odpovědi sester neví jak správně pacienty edukovat, a další 2 (5 %) odpovědi sestry označily jiný důvod, z nichž jedna sestra edukaci provádí pouze pokud se jedná o známého pacienta, druhá sestra má možnost se s pacientem setkat až na operačním sále.

Graf 16 Zájem anesteziologických sester o edukaci pacienta jeden den před plánovaným výkonem



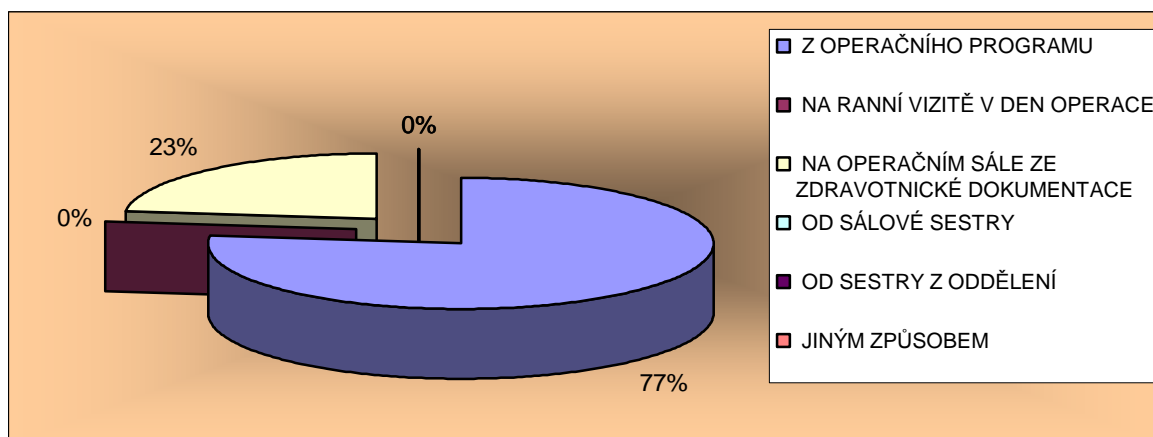
O edukaci pacienta jeden den před plánovaným výkonem má z 26 (100 %) sester zájem 8 (31 %), zájem nemá zbývajících 18 (69 %) sester.

Graf 17 Získání prvních informací o pacientovi



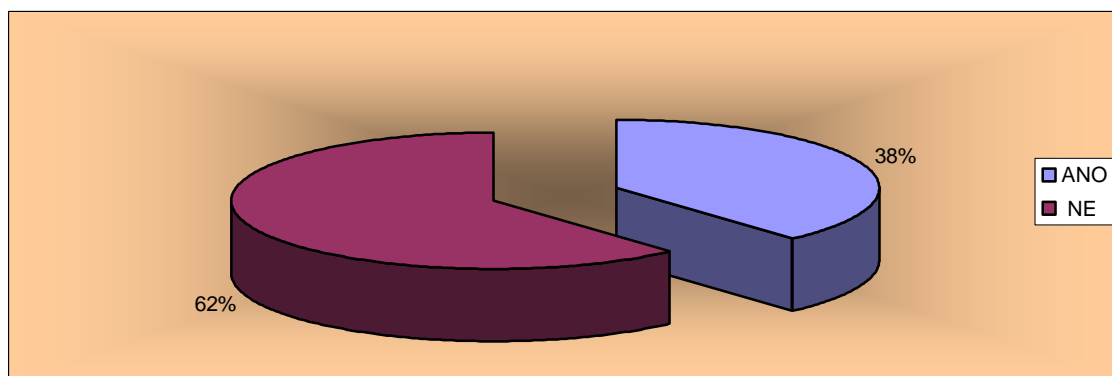
Z výsledků vyplývá, že první informace o pacientovi mají k dispozici 2 (10 %) sestry jeden den před plánovaným výkonem, 18 (90 %) sester má tyto informace k dispozici až v den operace.

Graf 18 Zdroje prvních informací o pacientovi



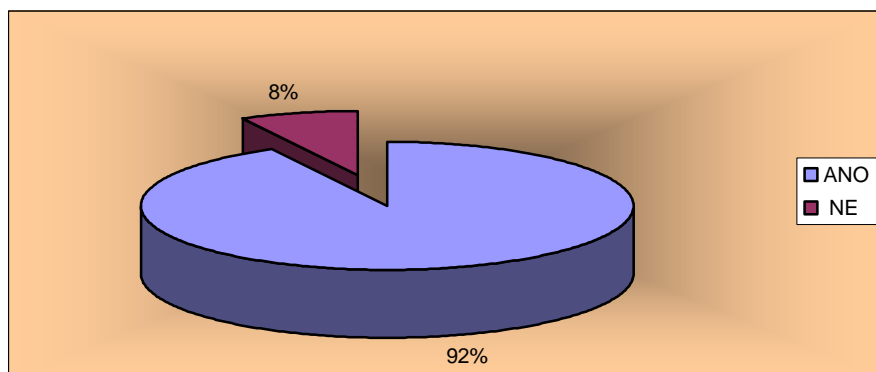
První informace o pacientovi získává 20 (77 %) sester z operačního programu, 6 (23 %) sester má informace k dispozici až na operačním sále ze zdravotnické dokumentace.

Graf 19 Názor na komplexnost informací o pacientovi před převzetím na operační sál



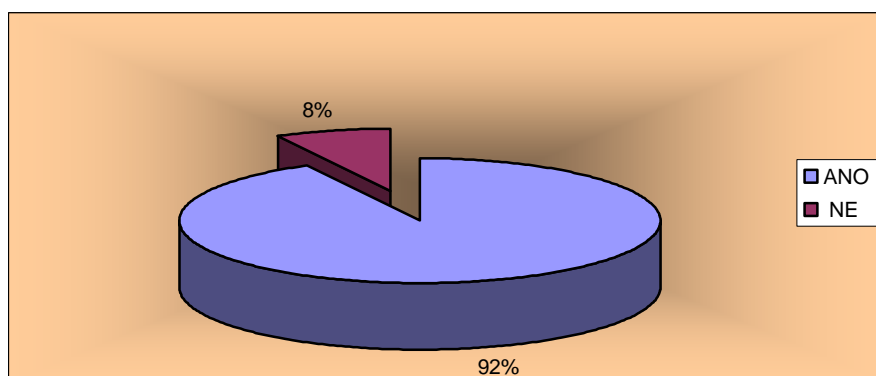
Informace, které mají anesteziologické sestry k dispozici před převzetím pacienta na operačním sále považuje 10 (38 %) sester za kompletní, zbývajících 16 (62 %) sester je považuje za nekompletní

Graf 20 Význam představení se pacientovi při prvním kontaktu



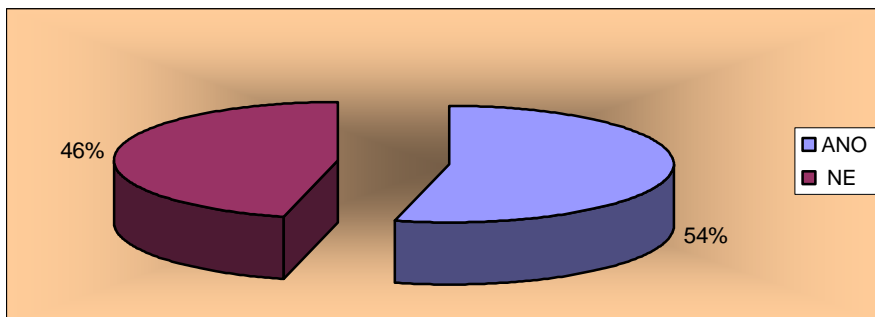
Představit se pacientovi při prvním kontaktu považuje za důležité 24 (92 %) sester, 2 (8 %) sestry představení se za důležité nepovažují.

Graf 21 Názor sester na poskytnutí podpory pacientů



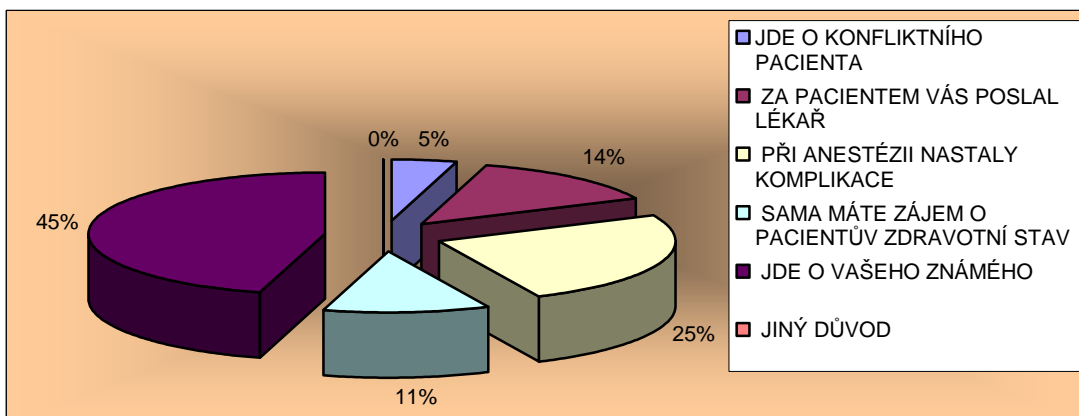
24 (92 %) sester se domnívá, že je na operačním sále pacientovi oporou, 2 (8 %) sestry nikoliv.

Graf 22 Zájem sester o zdravotní stav pacienta po jeho přeložení z operačního sálu



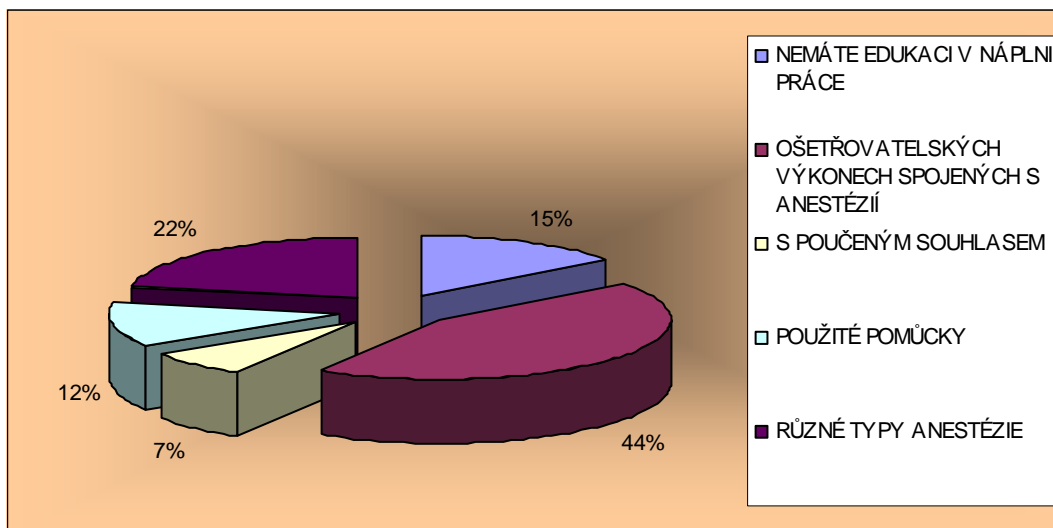
Po přeložení pacienta z operačního sálu má o jeho zdravotní stav zájem 14 (54 %) sester, zájem nejví 12 (46 %) sester.

Graf 23 Důvody zájmu sester o zdravotní stav pacienta po přeložení na oddělení



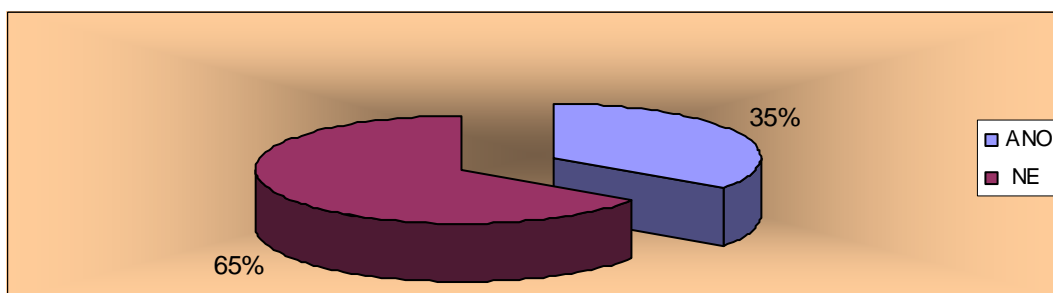
V této otázce mohly sestry označit více možných odpovědí, z 44 (100 %) odpovědí je zřejmé, že pokud se jedná o konfliktního pacienta navštíví jej sestry z 2 (5 %) odpovědí, lékařův příkaz je důvodem u 6 (14 %) odpovědí, v případě komplikací je tomu tak z 11 (25 %) odpovědí, vlastní zájem o zdravotní stav pacienta má 5 sester (11 % odpovědí), nejčastějším důvodem zájmu o pacientův zdravotní stav po přeložení z operačního sálu je u 20 (45 %) odpovědí osobní vztah k pacientovi.

Graf 24 Náplň edukačního procesu anesteziologických sester



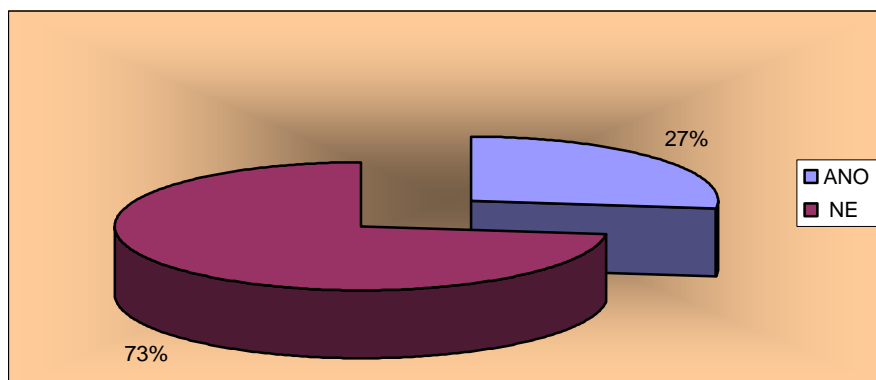
Z 41 (100 %) odpovědí sester jako náplň edukace anesteziologických sester uvádí 6 (15 %), že není edukace náplní jejich práce, u 18 (44 %) odpovědí sester jsou to ošetrovatelské činnosti spojené s anestézií, s poučeným souhlasem spojují edukaci 3 (7 %) odpovědi, 5 (12 %) odpovědí s použitými pomůckami a 9 (22 %) s různými typy anestézie.

Graf 25 Podmínky na anesteziologickém oddělení pro edukační činnost



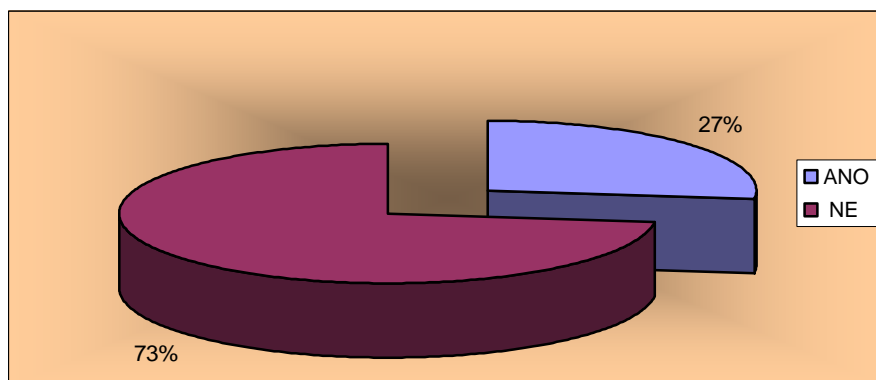
9 (35 %) sester se domnívá, že podmínky pro edukaci má, 17 (65 %) sester nemá podmínky pro edukaci.

Graf 26 Edukační pomůcky jako součást anesteziologického pracoviště



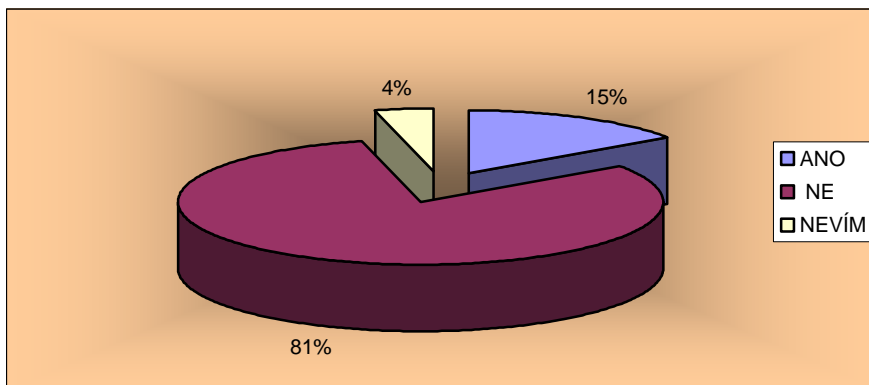
Edukační pomůcky má na svém pracovišti k dispozici 7 (27 %) sester, 19 (73 %) sester tyto pomůcky k dispozici nemá.

Graf 27 Edukační místnost jako součást anesteziologického pracoviště



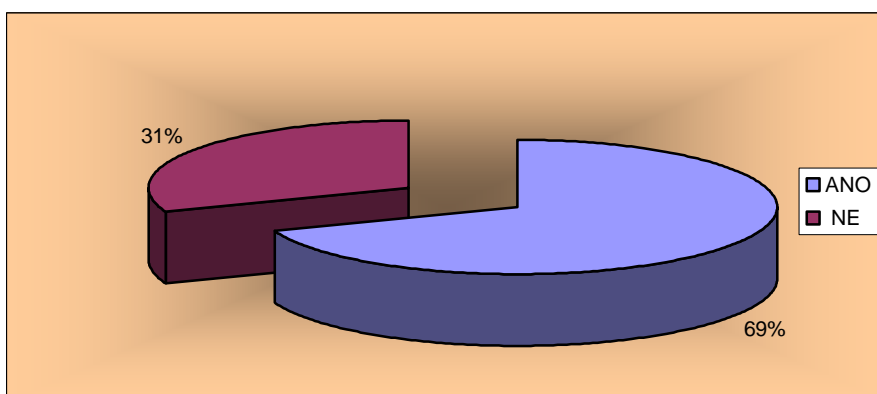
Edukační místnost má na svém pracovišti k dispozici 7 (27 %) sester, 19 (73 %) sester tuto místnost k dispozici nemá.

Graf 28 Záznam o edukačním procesu jako součást zdravotnické dokumentace



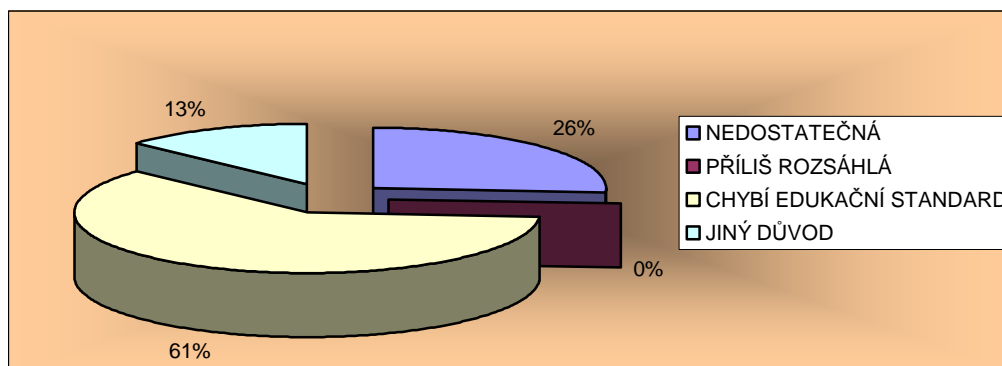
Z 29 (100 %) odpovědí vyplývá, že 4 (15 %) sestry mají k dispozici záznam o edukačním procesu, 21 (81 %) sester tento záznam o edukaci pacienta nemá jako součást zdravotnické dokumentace a 1 (4 %) sestra, neví zda je záznam o edukaci součástí dokumentace.

Graf 29 Zájem sester o změny v edukačním procesu na svém oddělení



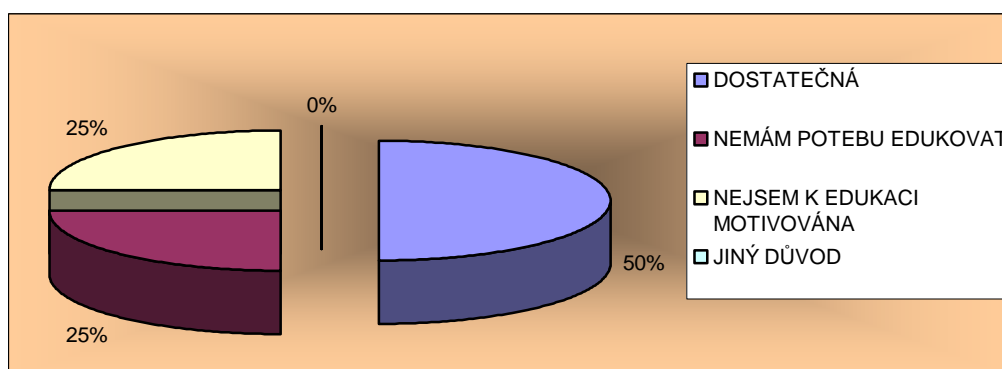
Edukační proces by na svém pracovišti změnilo 18 (69 %) sester, 8 (31 %) sester by edukační proces nezměnilo.

Graf 30 Důvody ke změně edukačního procesu na anesteziologickém pracovišti



Odpovídalo 18 sester a z více možných odpovědí označily celkem 23 (100 %) odpovědi proč by edukační proces změnili, 6 (26 % odpovědí) sester edukaci označilo jako nedostatečnou, 14 (61 % odpovědí) sester postrádá edukační standard a na jiném důvodu se shodly 3 (13 % odpovědí) sestry, které se domnívají, že by edukaci měla provádět jedna sestra, která by měla vymezený čas přímo na edukaci pacientů.

Graf 31 Důvody anesteziologických sester pro zachování edukačního procesu na anesteziologickém pracovišti



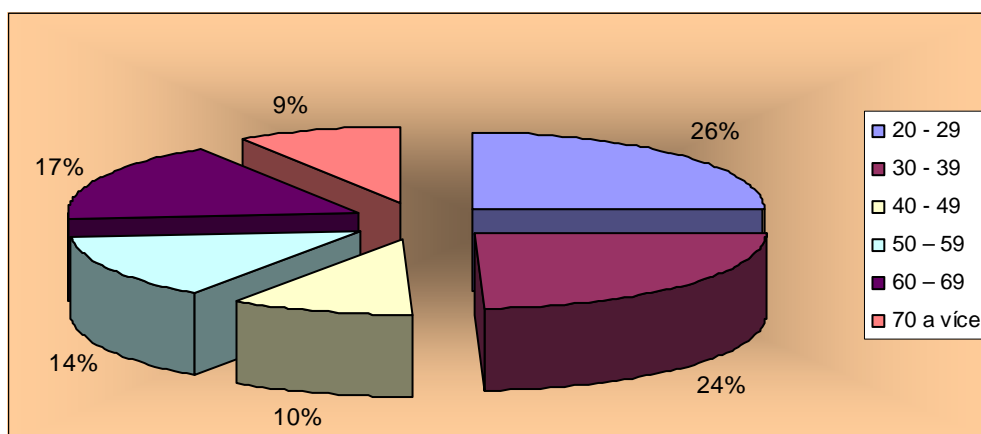
Z 8 (100 %) sester, proč nechtějí edukační proces změnit, 4 (50 %) sestry edukaci označily jako dostatečnou, další 2 sestry (25 % odpovědí) nemají potřebu pacienty edukovat, dále 2 sestry (25 % odpovědí) nejsou k edukaci dostatečně motivovány.

4.2 Dotazník pacienti

4.2.1 Výsledky šetření pacientů

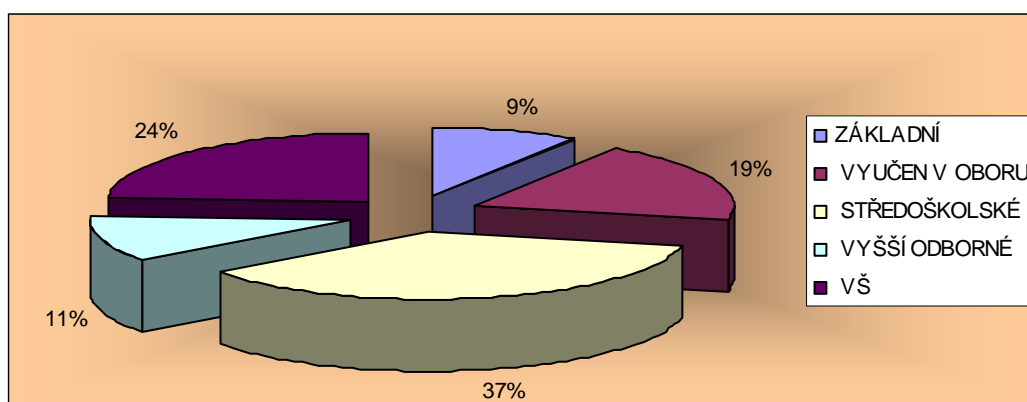
Číslo grafů neodpovídají číslům otázek v dotazníku pacientů

Graf 32 Věková kategorie



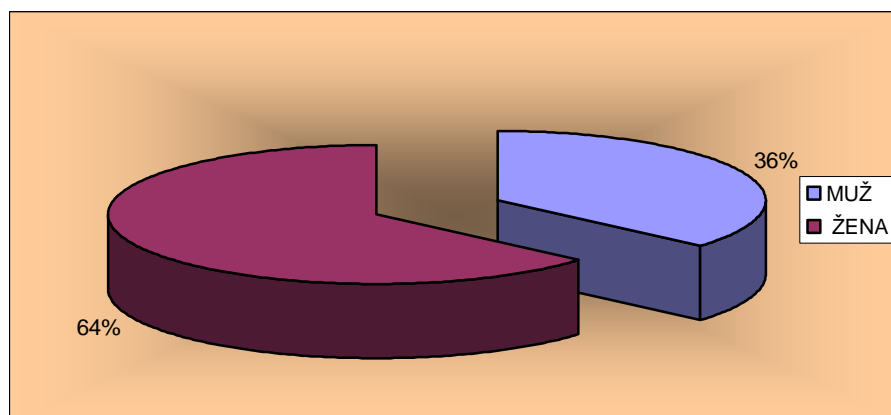
Z celkového počtu 99 (100 %) pacientů, jich 25 (26 %) spadá do věkové kategorie 20-29 let, 24 (24 %) pacientů je ve věku 30-39 let, do věkové kategorie 40-49 let patří 10 (10 %) pacientů, 14 (14 %) do věkové kategorie 50-59 let, 17 (17 %) do kategorie 60-69 let a nejméně pacientů 9 (9 %) ve věku 70 let a více

Graf 33 Dosažené vzdělání



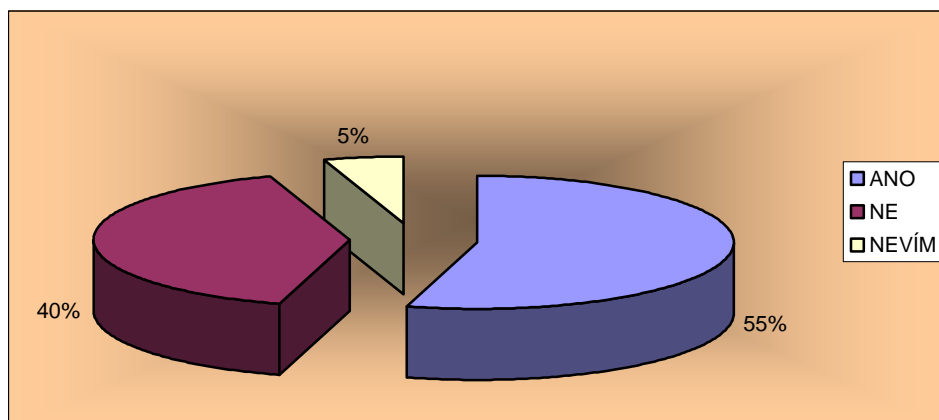
Z 99 (100 %) pacientů má 9 (9 %) základní vzdělání, 19 (19 %) je vyučené v oboru, 36 (36%) pacientů má vzdělání středoškolské, vyšší odborné má 11 (11 %) dotazovaných, vysokoškolské vzdělání má 24 (24 %) pacientů.

Graf 34 Pohlaví



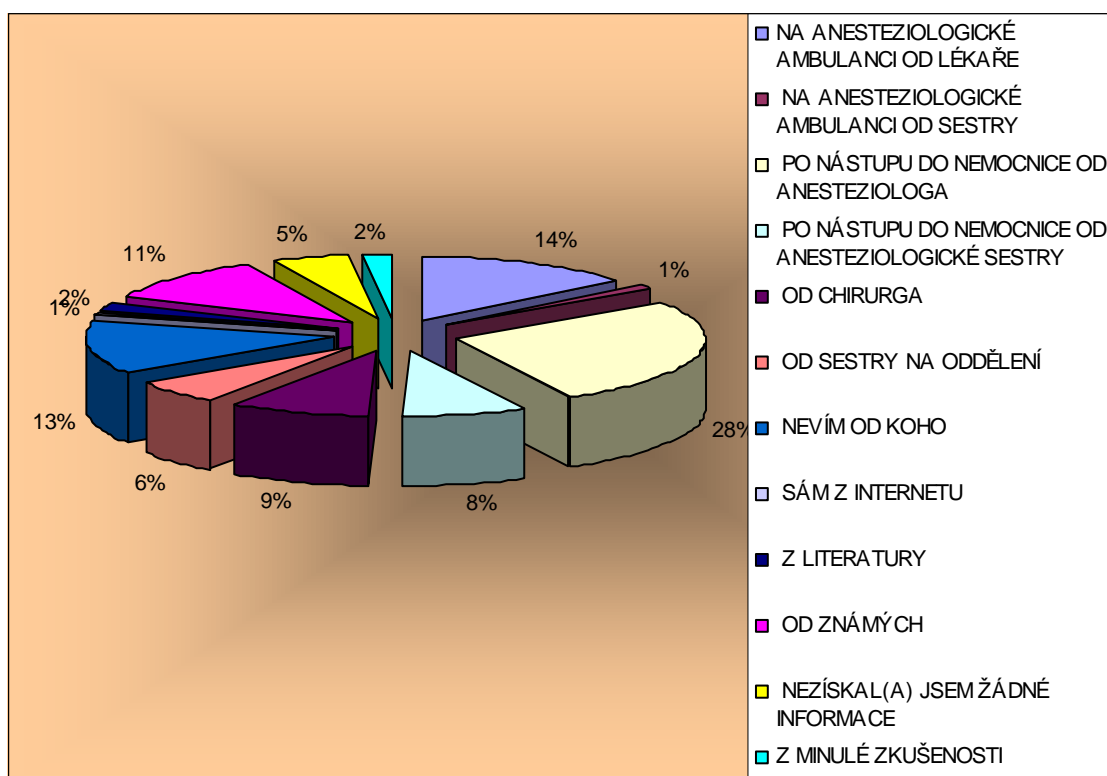
Z 99 (100 %) dotazovaných bylo 36 (36 %) mužů a 63 (64 %) žen.

Graf 35 Informovanost pacientů před nástupem do nemocnice



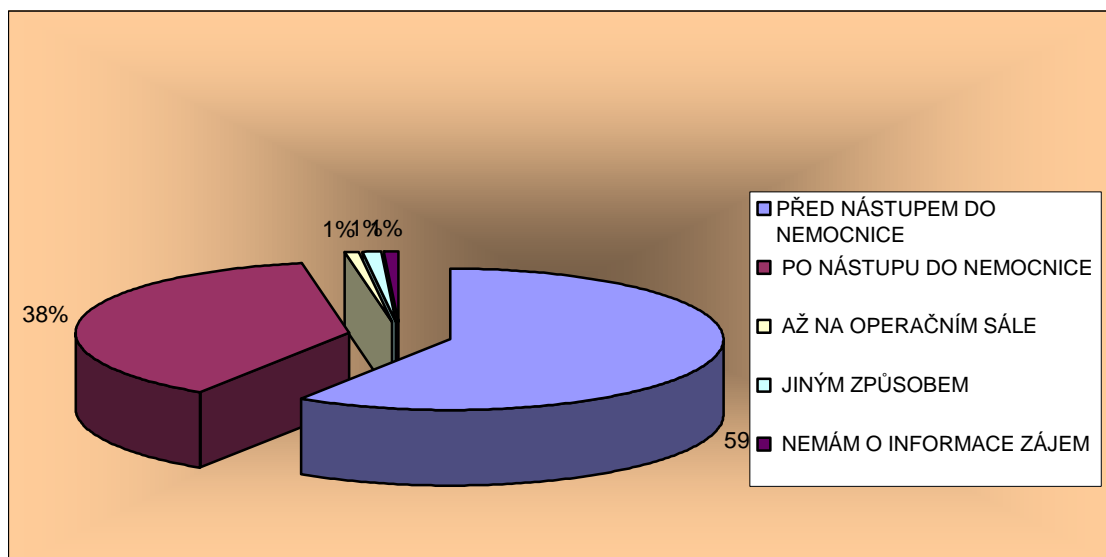
Z celkového počtu 99 (100 %) pacientů, zde bylo 54 (55 %) informováno o možnostech anestézie před nástupem do nemocnice, 40 (40 %) tyto informace nemělo, 5 (5 %) neví, zda byli informováni.

Graf 36 Místo získání prvních informací o anestézii



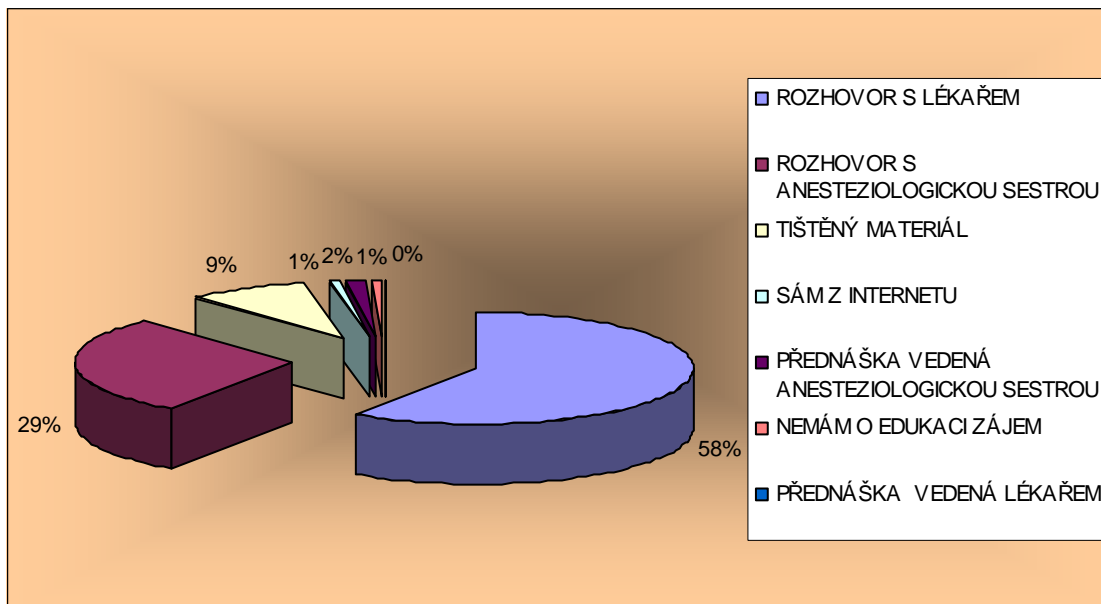
Z 99 (100 %) dotázaných, 14 (14 %) pacientů získalo první informace o anestézii na anesteziologické ambulanci od lékaře, od anesteziologické sestry 1 (1 %) pacient, 27 (28 %) pacientů mělo informace od anesteziologa po nástupu do nemocnice, 8 (8 %) pacientů po nástupu do nemocnice od anesteziologické sestry, 9 (9 %) od chirurga, 6 (6 %) pacientů měli informace od sestry z oddělení, 13 (13 %) pacientů neví kdo je informoval, sám měl informace z internetu 1 (1 %) pacient, 2 (2 %) z literatury, 11 (11 %) pacientů od známých a žádné informace nemělo 5 (5 %) pacientů, 2 (2 %) pacienti měli zkušenost z minulé hospitalizace.

Graf 37 nejpřijatelnější doba informování



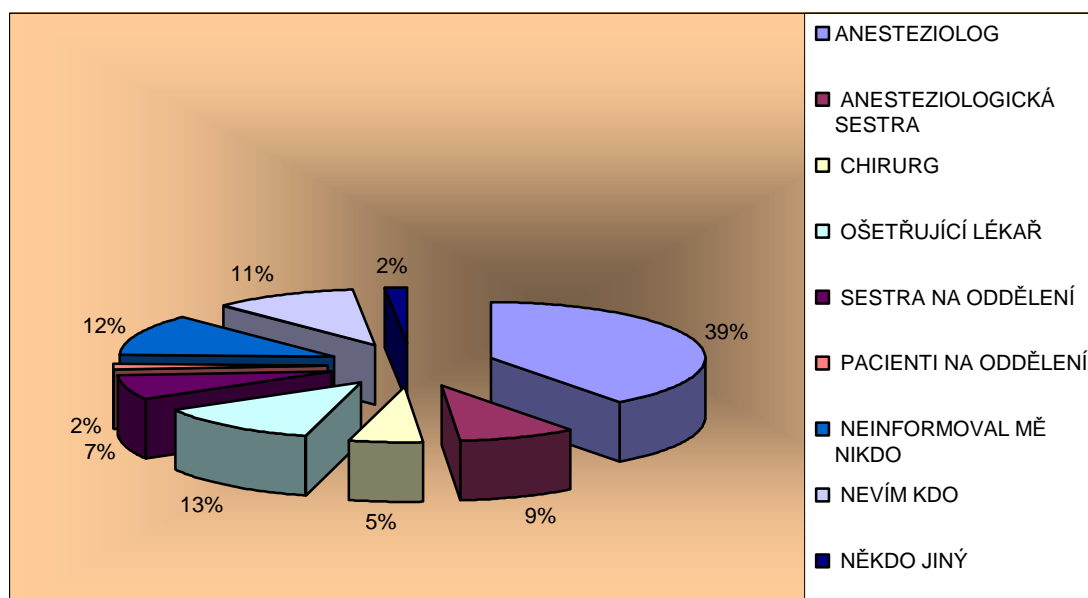
V odpovědích mohli pacienti označit více možností 105 (100 % odpovědí), 62 (59 % odpovědí) pacientů by nejraději získali informace o anestézii před nástupem do nemocnice, dle 40 (38 % odpovědí) pacientů po nástupu do nemocnice, 1 (1 %) až na operačním sále, 1 (1 %) jiným způsobem, 1 (1 %) pacient o informace nemá zájem

Graf 38 Nejpřijatelnější forma poskytnutí informací



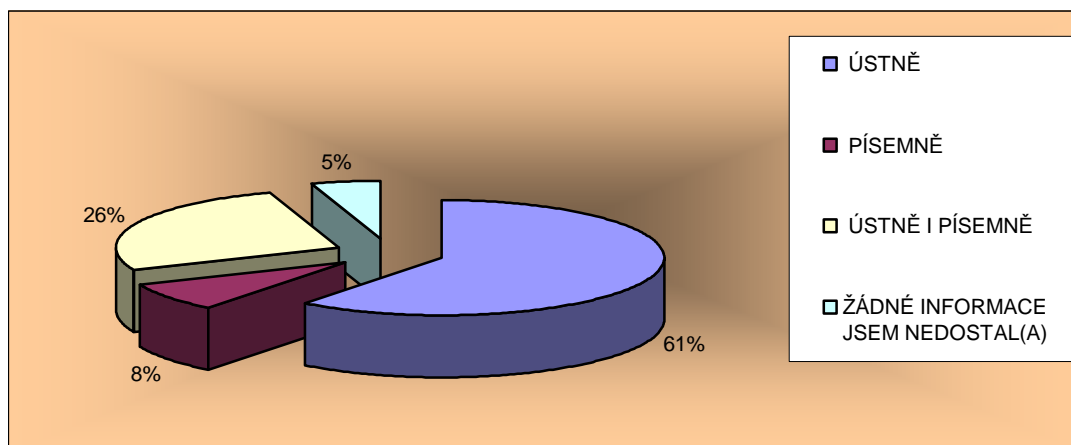
Na otázku jakou formou by nejradši získali informace o anestézii měli pacienti opět označit více možností, z celkového počtu 133 (100 %) odpovědí by 79 (58 %) volilo rozhovor s anesteziologem, 38 (29 %) rozhovor s anesteziologickou sestrou, 12 (9 %) tištěný materiál, 1 (1 %) internet, 2 (2 %) přednášku vedenou anesteziologickou sestrou, 1 (1 %) pacient uvedl, že nemá o informace zájem a ani žádný pacient nemá zájem o přednášku vedenou lékařem

Graf 39 Informování pacienta den před plánovaným výkonem



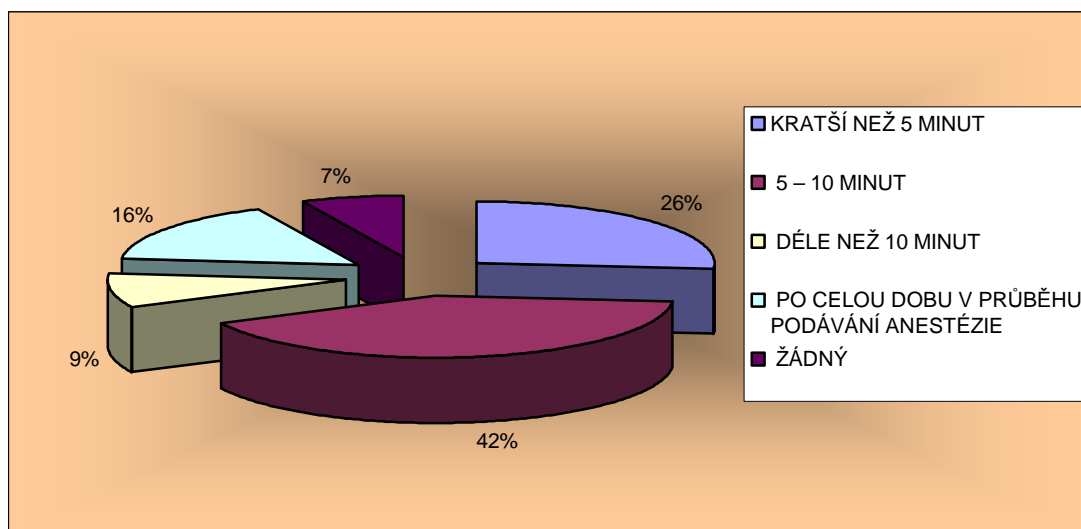
Z 99 (100 %) pacientů jich první informace o anestézii získalo 14 (39 %) od anesteziologa, 10 (9 %) od anesteziologické sestry, 6 (5 %) informoval chirurg, 14 (13 %) pacientů informoval ošetřující lékař, sestra z oddělení poskytla informace 8 (7 %) pacientům, 2 (2 %) pacienti z oddělení, 13 (12 %) informováno nebylo, 12 (11 %) pacientů udává, že neví kdo jim informace poskytl a 2 (2 %) získali informace od někoho jiného.

Graf 40 Forma poskytnutých informací



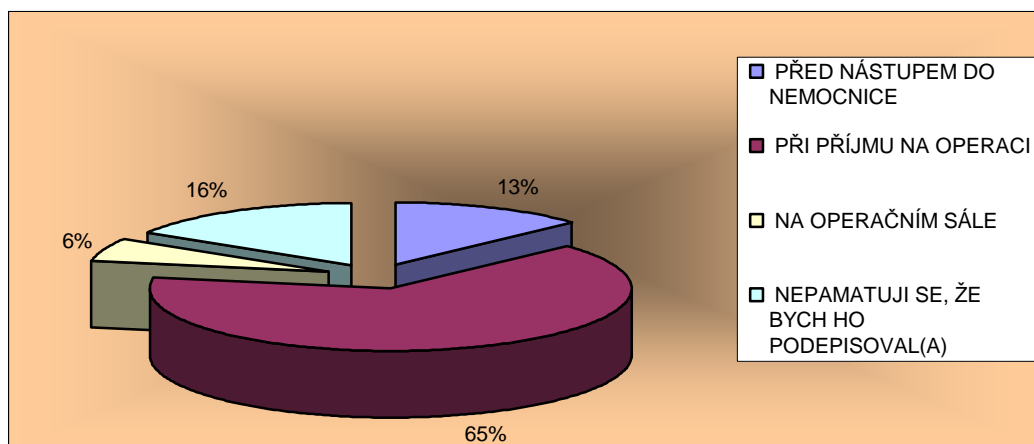
Dle celkového počtu odpovědí 99 (100 %) pacientů byly předány informace ústní formou 60 (61 %) pacientům, písemně 8 (8 %), ústně i písemně 26 (26 %) pacientům a žádné informace nezískalo 5 (5 %) pacientů.

Graf 41 Doba trvání edukace



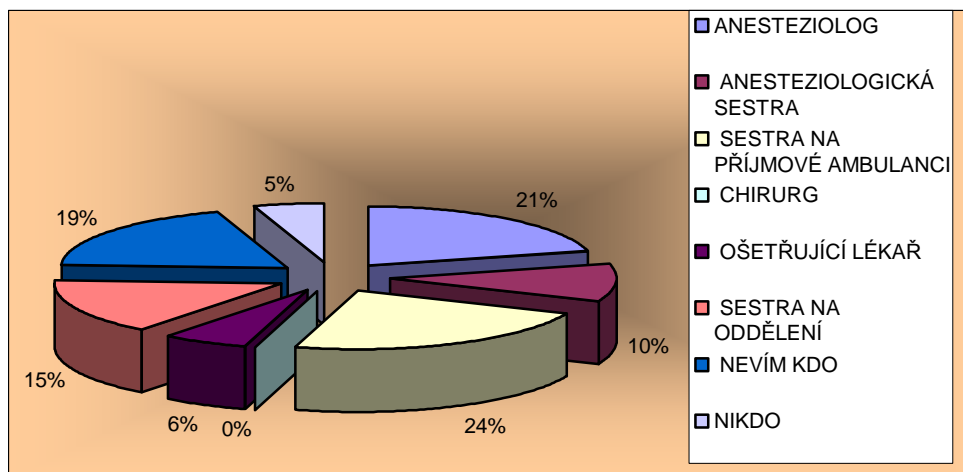
Čas, který věnovali zdravotničtí pracovníci předávání informací o průběhu anestézie ohodnotili pacienti z celkového počtu 99 (100 %) takto, méně než 5 minut se věnovali 26 (26 %) pacientům, 5-10 minut 41 (42 %), déle než 10 minut 9 (9 %) pacientům, po celou dobu podávání anestézie vnímalo informace 16 (16 %) pacientů a žádný čas nevěnoval zdravotnický personál 7 (7 %) pacientům.

Graf 42 Místo předání informovaného souhlasu



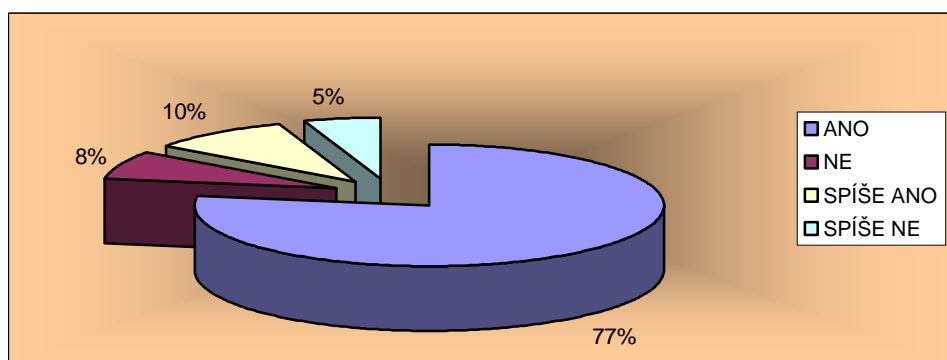
13 (13 %) pacientům byl informovaný souhlas s podáním anestézie předán před nástupem do nemocnice, 64 (65 %) při příjmu na operaci, 6 (6 %) na operačním sále a 16 (16 %) pacientů si nepamatuje, že by souhlas podepisovali.

Graf 43 Zdravotník předávající formulář o poučeném souhlasu s anestézií



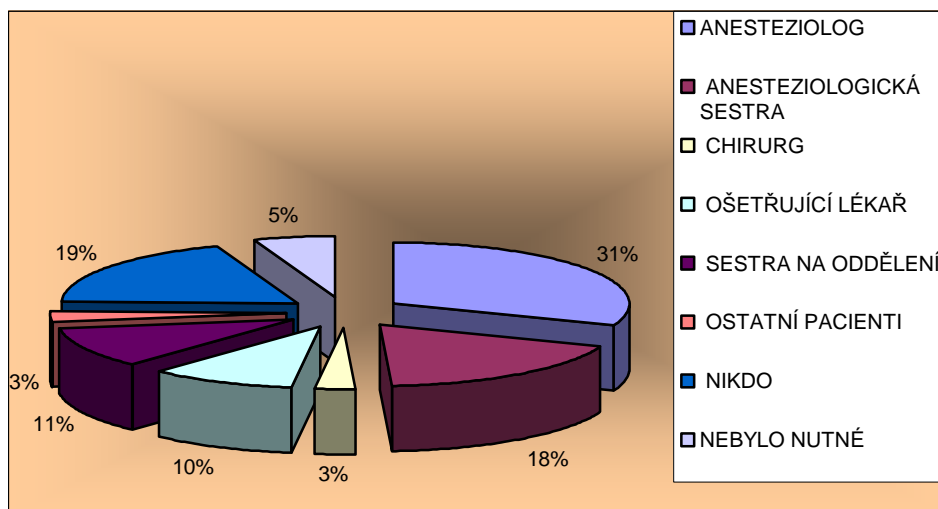
Z 99 (100 %) pacientů formulář o informovaném souhlasu předal anesteziolog 21 (21 %), 10 (10 %) anesteziologická sestra, sestra z příjmové ambulance 23 (24 %) pacientů, od ošetřujícího lékaře formulář získalo 6 (6 %) pacientů, 15 (15 %) sestra na oddělení, 19 (19 %) pacientů neví, kdo jim formulář předal a 5 (5 %) pacientů jej nedostalo vůbec.

Graf 44 Srozumitelnost informací



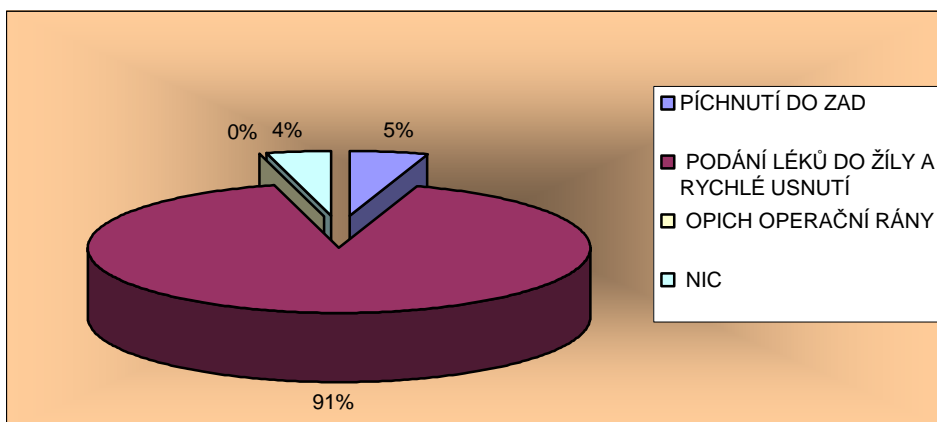
Předané informace byly srozumitelné 72 (77 %) pacientům, jako nesrozumitelné je označilo 7 (8 %) pacientům, spíše srozumitelné byly pro 9 (10 %) a spíše nesrozumitelné 5 (5 %) pacientům.

Graf 45 Objasnění nesrozumitelných informací



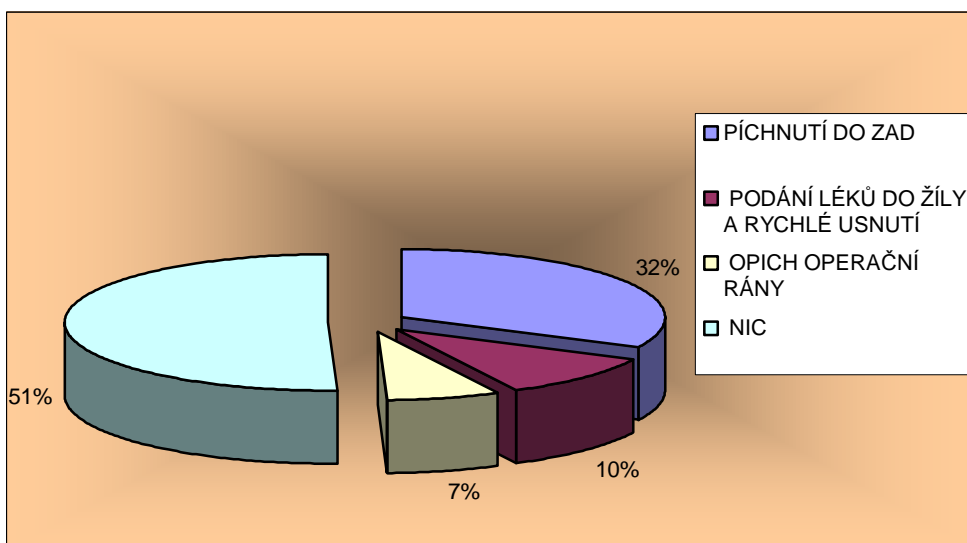
99 pacientů mělo možnost vybrat více odpovědí, z celkového počtu 110 (100 %) objasnil nesrozumitelné informace dle 34 (31 %) odpovědí anesteziolog, 20 (18 %) odpovědí anesteziologická sestra, dále dle dalších 3 (3 %) odpovědí vysvětlil pacientům nesrozumitelné informace chirurg, 11 (10 %) ošetřující lékař, sestra na oddělení dle 12 (11 %) odpovědí, 3 (3 %) ostatní pacienti, nikdo nesrozumitelné informace nevysvětlil 21 (19 %) pacientům a dle 6 (5 %) odpovědí pacientů žádné objasnění nebylo nutné.

Graf 46 Znalost pojmu celková anestézie



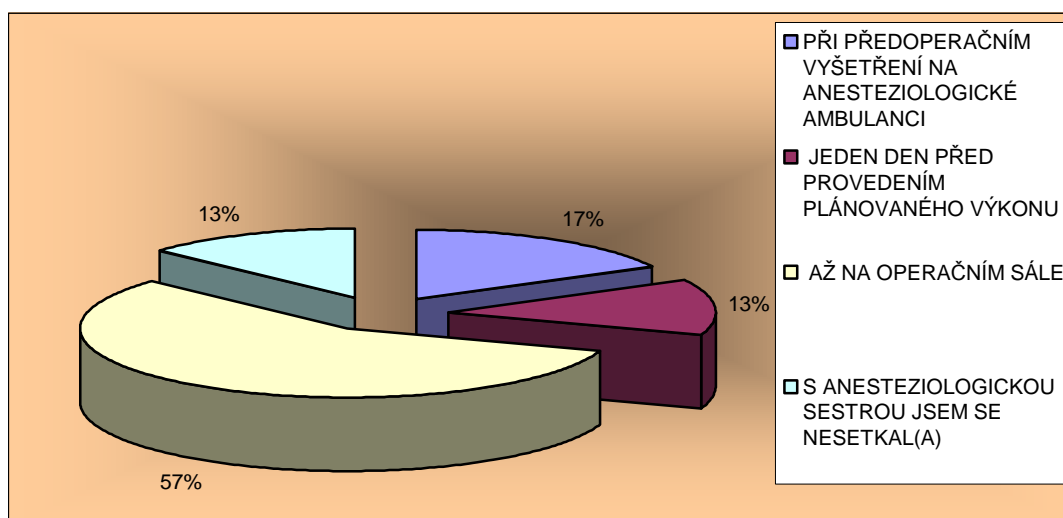
Pod pojmem celková anestézie si z 99 (100 %) pacientů 5 (5 %) představuje, že jde o píchnutí do zad, 90 (91 %) označilo správně podání léků do žíly a rychlé usnutí a 4 (4 %) pacienti si nepředstaví nic.

Graf 47 Znalost pojmu svodná anestézie



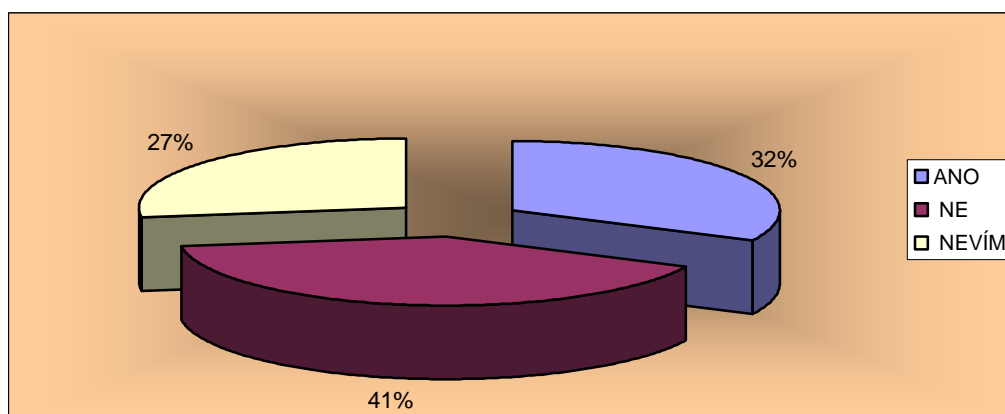
Pojmem svodná anestézie chápe z 99 (100 %) pacientů 32 (32 %) jako píchnutí do zad, 10 (10 %) pacientů se domnívá, že jde o podání léků do žíly a rychlé usnutí a 50 (51 %) pacientů si nepředstaví nic.

Graf 48 První kontakt s anesteziologickou sestrou



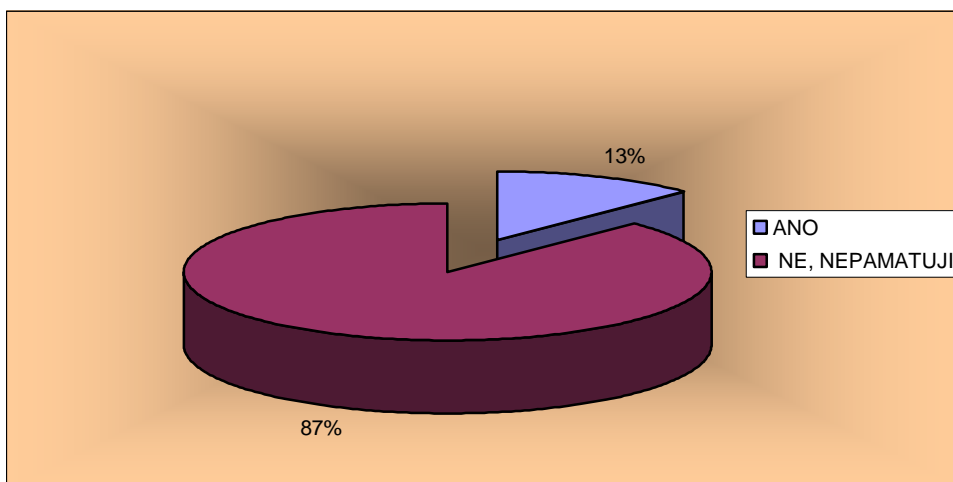
S anesteziologickou sestrou se setkalo 17 (17 %) pacientů v rámci předoperačního vyšetření na anesteziologické ambulanci, 13 (13 %) jeden den před provedením plánovaného výkonu, 56 (57 %) až na operačním sále, 13 (13 %) pacientů se s anesteziologickou sestrou nesetkalo vůbec.

Graf 49 Seznámení s anesteziologickou sestrou



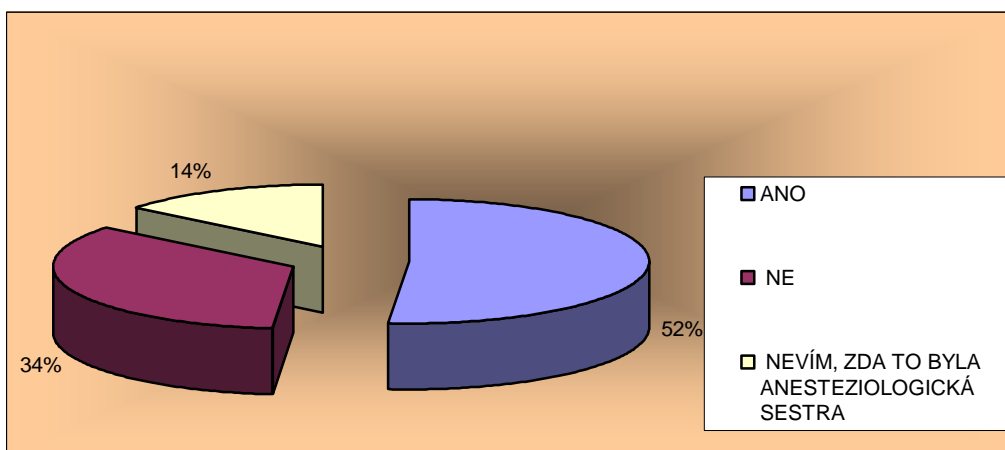
Z celkového počtu odpovědí 99 (100 %) se anesteziologická sestra představila 32 (32 %) pacientům, nepředstavila se 40. (41 %) a 27 (27 %) pacientů představení sestry nezaregistrovalo.

Graf 50 Zapamatování si jména sestry



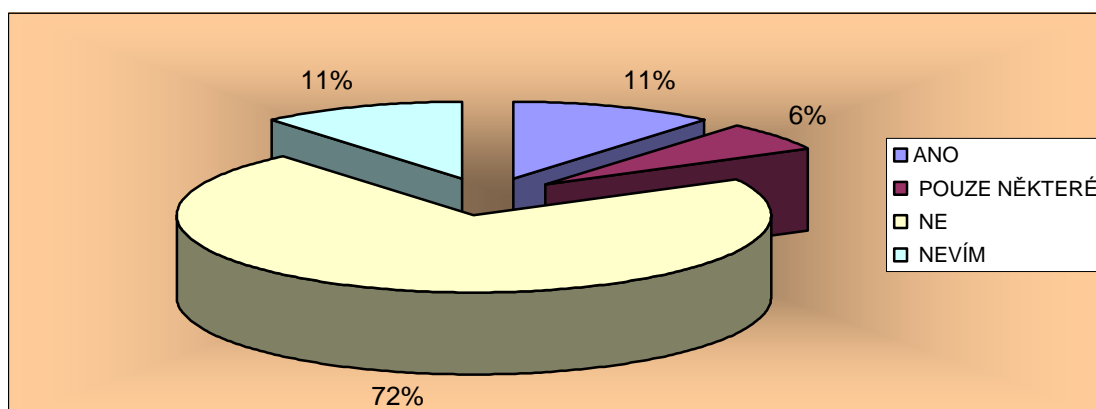
Z 32 (100 %) pacientů, kterým se anesteziologická sestra představila, si její jméno zapamatovali 4 (13 %) pacienti a nezapamatovalo si jej 28 (87 %) pacientů.

Graf 51 Poskytnutí informací anesteziologickou sestrou o ošetrovatelských činnostech před jejich provedením



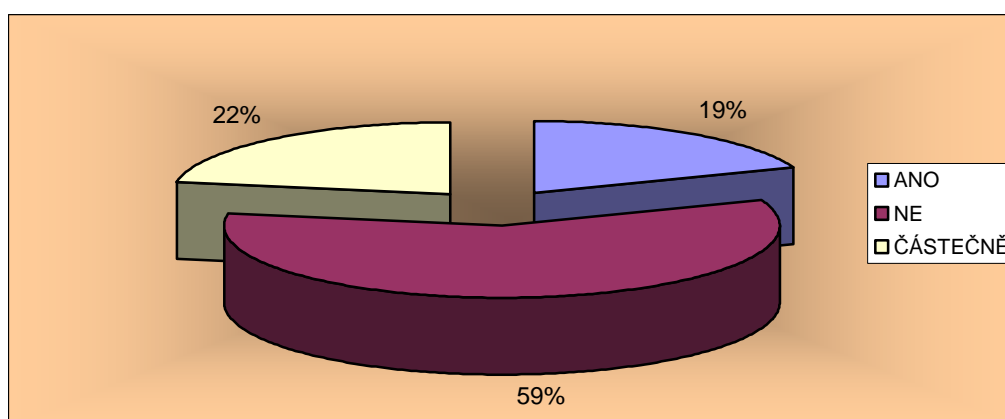
51 (52 %) z celkového počtu pacientů 99 (100 %), anesteziologická sestra poskytla informace o ošetrovatelských postupech souvisejících s podáním anestézie, neučinila tak u 34 (34 %) a 14 (14 %) pacientů neví, zda šlo o anesteziologickou sestru.

Graf 52 Prohlédnutí pomůcek před podáním anestézie



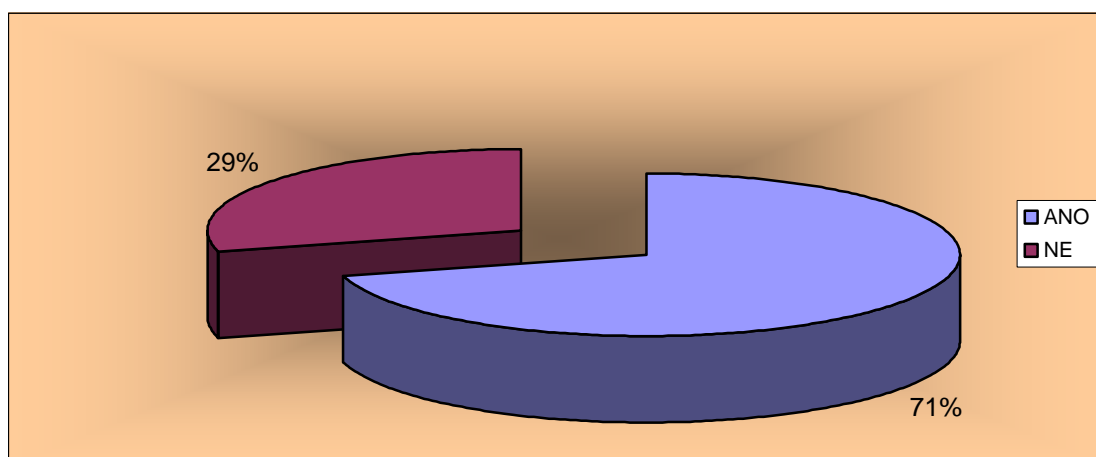
Pomůcky použité k anestézii ukázala anesteziologická sestra 11 (11 %) pacientům, pouze některé ukázala 6 (6 %), žádné neukázala 71 (72 %) a 11 (11 %) pacientů o tom neví .

Graf 53 Zmírnění obav ukázáním pomůcek před anestézií



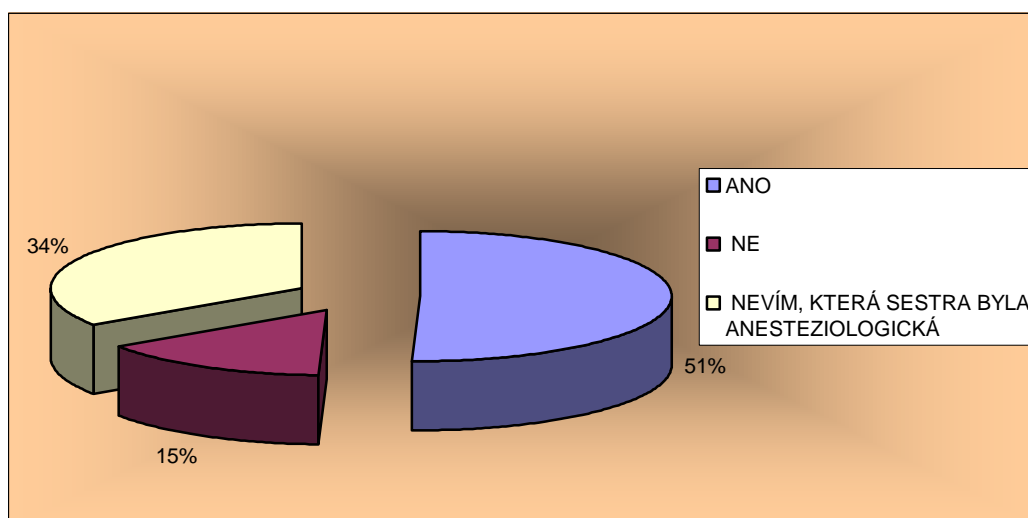
19 (19 %) pacientů uvedlo, že by se jejich obavy prohlédnutím pomůcek zmírnily, 58 (58 %) nezmírnily a u 22 (22 %) pacientů jen částečně.

Graf 54 Spokojenost s poskytnutými informacemi



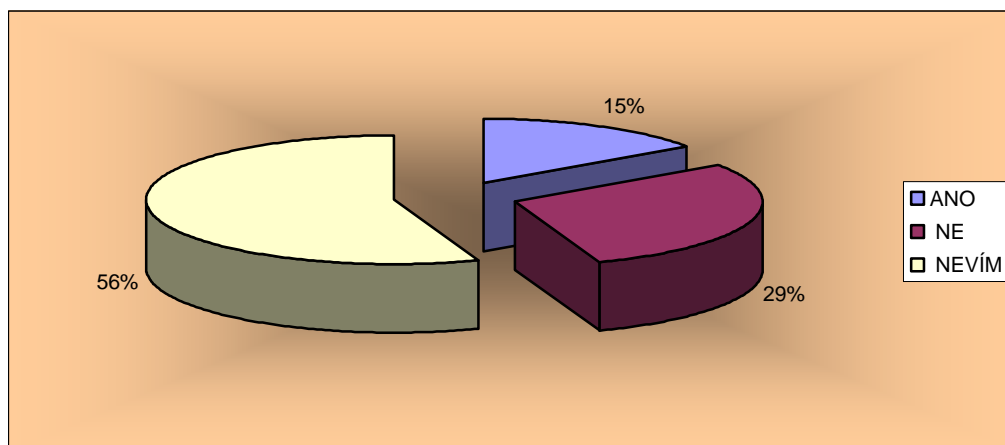
S množstvím poskytnutých informací bylo spokojeno 70 (71 %) pacientů a nespokojeno 29 (29 %) pacientů.

Graf 55 Opora v anesteziologické sestře



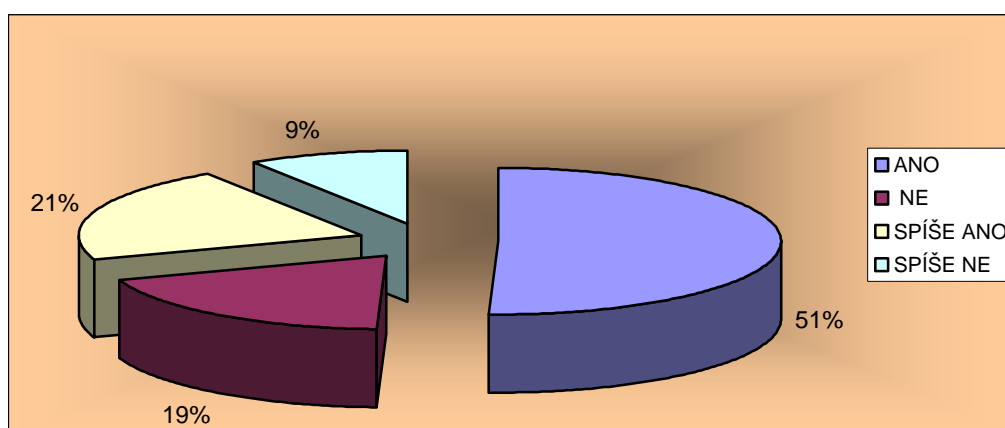
Anesteziologická sestra byla oporou na operačním sále pro 50 (51 %) pacientů, nebyla pro 15 (15 %) a 34 (34 %) pacientů neví, zda o ně pečovala anesteziologická sestra.

Graf 56 Návštěva anesteziologické sestry na pooperačním pokoji



Na pooperačním pokoji navštívila anesteziologická sestra 15 (15 %) pacientů, 29 (29 %) nenavštívila a 55 (55 %) pacientů o její návštěvě neví.

Graf 57 Spokojenost s péčí anesteziologické sestry



S péčí anesteziologické sestry bylo spokojeno 50 (51 %) pacientů, nebylo spokojeno 19 (19 %), spíše spokojeno 21 (21 %) a spíše nespokojeno bylo 9 (9 %) pacientů.

5. Diskuse

Každý z nás získává po celý život rozličné informace, v podstatě můžeme říct, že v průběhu celého našeho života probíhá edukační proces v souvislosti s růstem, výchovou, chováním, učením, zkrátka sbíráme životní zkušenosti. Ne na všechny vzpomínáme s radostí, některé v nás vyvolávají i po letech pocit smutku a bolesti. Pacienti, kteří přicházejí do nemocnice, mají různé zdravotní potíže, ke všem obavám ještě spoustu jiných starostí o rodinu, děti, partnera, pracovní místo, finanční situaci.

Každý z nich má rozličné množství informací o svém zdravotním stavu a představu o tom, jak bude ten, či který výkon probíhat, také psychický stav a vnímání je u každého jiné. Většina pacientů se obrací o pomoc a pochopení k nám pracujícím ve zdravotnictví, velice často jsou to právě sestry, u koho pacient hledá nejen odbornou pomoc, zdroj informací, také především pochopení a slova útěchy.

Jelikož pracuji na pozici anesteziologické sestry, téměř každý den přicházím do kontaktu s vážně nemocnými pacienty různých věkových skupin.(Graf 32) Někteří přicházejí na operační sál v celkem dobré, leckdy až obdivuhodné psychické kondici, přesto otázkou zůstává, jak dobře tito pacienti zvládají svůj strach z výkonu a do jaké míry jsem já jako sestra schopna jejich psychický stav zhodnotit. Často mě při pohledu na pacienta, který leží na operačním stole zbařený oblečením, zubní protézy, brýlí či naslouchadla napadá, jak se asi cítí, co prožívá a zda li jsem já schopna mu pomoci tento stav zvládnout.

Ve své práci jsem se zaměřila právě na míru informovanosti pacienta anesteziologickou sestrou a ochotu anesteziologických sester pomoci pacientovi správnou edukací překonat období předoperační přípravy, dobu strávenou na operačním sále při podávání anestézie a podporu v bezprostředním období po provedení zákroku.

Při pohledu do věkové řady anesteziologických sester pracujících na oddělení anestézie v Českých Budějovicích (graf 1), kde jsme výzkum prováděli, zjistíme, že zde z dotázaných pracuje pouze jedna sestra (4 %) ve věku 20-29 let a nejvíce sester ve věku 30-39 let (57 %). Domníváme se, že právě z tohoto důvodu zde pracuje téměř většina sester se středoškolským vzděláním (graf 2).

Jelikož historie vysokoškolského vzdělávání v České republice je poměrně krátká, v řadách anesteziologických sester pracují pouze 3 (12 %) vysokoškolsky vzdělané sestry s bakalářským titulem a žádná s titulem magisterským. Ovšem všechny anesteziologické sestry (graf 3) mají ukončené specializační vzdělání, z toho většina z nich v oblasti intenzivní medicíny. Zajisté zjištěný fakt vyplývá z povinnosti anesteziologických sester doplnit si své kvalifikační vzdělání specializací v této oblasti. Jelikož doplnění specializačního vzdělání sester byl požadavkem zaměstnavatele, měly všechny sestry možnost studovat za jeho absolutní podpory, zatím co v současné době je podpora zaměstnavatele ve vysokoškolském vzdělávání svých středoškolských pracovníků téměř nulová. Především pro tento důvod chybí sestrám k tomuto studiu čas, finance, motivace, ale také vzájemná podpora, tolerance a pochopení od spolupracovníků.

Na předchozí zjištění navazuje délka praxe anesteziologických sester. Zjistili jsme téměř poloviční zastoupení sester s praxí 6-10 let, čtvrtinu sester ve věku 16-20 let a dokonce přibližnou třetinu sester pracujících na anestézii více než 30 let, tudíž z daného faktu je zřejmé, že kolektiv anesteziologických sester je relativně stabilní.

V následující problematice se již můžeme postupně zamyslet nad hypotézou 3, zda sestry mají zájem edukovat pacienty před plánovaným chirurgickým výkonem. K tomuto problému se váže otázka, zda mají sestry v náplni svojí práce pacienty také edukovat o ošetrovatelských činnostech s anestézií spojených (graf 5). 77 % sester uvádí edukaci jako součást své práce. Několika následujícími dotazy jsme chtěli zjistit, jak přímo sestry k edukaci přistupují a zda se potvrdí hypotéza 3, ze které usuzujeme na nezájem anesteziologických sester pacienty edukovat. Hypotézu 3 nám pomůže zodpovědět několik následujících pohledů do dané problematiky. Za důležitou součást považují edukaci pacienta téměř všechny sestry (graf 6), ovšem o správném postupu edukace byla poučena pouze polovina sester (graf 7) Naopak zájem o doplnění vzdělání v oblasti edukace za strany sester není příliš vysoký. (graf 8) Přibližně dvě třetiny jich má o vzdělání zájem, zbývající sestry nejsou rozhodnuty, nebo nemají zájem své znalosti rozšířit. Již z tohoto zjištění je možné usuzovat na malý zájem sester o nové poznatky v oblasti edukace pacientů. Pokud ještě přičteme zájem sester si doplňující

vzdělání zaplatit (graf 9), kdy pouze necelá desetina sester by byla ochotna si tento kurz hradit sama, mnoho nového se v této oblasti nezmění. Předpokládám, pokud by vzdělávání sester podpořil zaměstnavatel, nejen finančně, ale především uvolněním z pracovního procesu, můžeme se domnívat, že zájem sester o vzdělání by vzrostl a zajisté by nově nabyté vědomosti využily v praxi. Nemalým vlivem nových vědomostí by svůj postoj nejen v oblasti edukačního procesu přehodnotily.

Přestože již zmíněných 12 % sester nepovažuje edukaci za důležitou součást ošetrovatelského procesu a další nadpoloviční většina nebyla poučena, jak správně edukovat, z následujícího grafu 10 jsme zjistili celkem dostatečnou představu anesteziologických sester o edukačním procesu. Z výsledků lze vyčíst pochopení i znalost sester pacienty edukovat. Je jasné, že sestry, které pracují s lidmi v tak náročné profesi mnoho let, jako je tomu v případě anesteziologických sester, si ony dobře uvědomují a cítí, co který pacient potřebuje. Sestry jen s malou ochotou mění své postoje a přes své veliké pracovní a časové vytížení nerady přijímají jakékoliv změny, byť je posouvají v péči o pacienta kupředu. Což nás opět přiklání k potvrzení dané hypotézy 3

Dle délky odpracovaných let většina z nich své kvalifikační vzdělání dokončila v době před dvaceti lety, kdy edukace ani komunikace sester s pacientem nebyla součástí výuky středních zdravotnických škol. Sama jsem si před zahájením bakalářského vzdělání neuvědomovala, jak je tato oblast důležitá, a to nejen ve vztahu k pacientovi, ale i kolegům. Haškovcová ve své knize „Informovaný souhlas“ připomíná paternalistický postoj k pacientům v dobách minulých. I role sester se v té době odvíjela od toho, co jim řekl lékař, a pacient zůstával stranou, čekal jak za ně lékař rozhodne a sestra byla v lepším případě ta, která mu mohla podat recept z ruky lékaře. S Haškovcovou nezbyvá než souhlasit, že je stále mnoho pacientů, především ve starších věkových skupinách, kteří spoléhají na lékaře a s různým stupněm důvěry očekávají rozhodnutí za své zdraví právě od lékaře. Proto především z praktických zkušeností usuzuji, že tento postoj stále přetrvává i v řadách sester, které okázale čekávají na lékařovy pokyny. S tímto postojem pacientů i zdravotníků stále zcela

nezmizela tendence pohlížet na pacienta jako na příslušnou diagnózu, ne jako holistickou bytost.

Přestože zájem anesteziologických sester o edukaci není příliš veliký, část informací pacientům v různém časovém úseku předají (graf 11). Dle anesteziologických sester edukace pacientů probíhá na různých místech zdravotnického zařízení. Nejčastěji promlouvají anesteziologické sestry s pacientem až na operačním sále, kde pacienta informuje víc než polovina sester a také podle grafu 48 se nadpoloviční většina pacientů s anesteziologickou sestrou setkala poprvé až na operačním sále a dokonce 13 % pacientů uvádí, že se s ní nesetkali vůbec. Mezi další místa, kde edukují sestry pacienty poprvé, je druhé nejčastěji uváděné místo edukace pracoviště anesteziologické ambulance, což bylo opět potvrzeno (graf 36) i z odpovědí pacientů. Ovšem výpovědi pacientů ukazují hlavně na osobu lékaře, který je na anesteziologické ambulanci informuje častěji než sestra.

Dle výsledků nemají sestry zájem ve více než polovině pacienty edukovat jeden den před plánovaným výkonem. Přibližně třetina sester by se na edukaci chtěla podílet. Pokud tedy již sestry pacienta edukují jeden den před výkonem, zajímalo nás, jaké k tomu mají důvody (graf 12). V zanedbatelném počtu sestry edukaci považují za svoji povinnost či pacienta navštíví z příkazu nadřízeného. Hlavní důvod, proč sestry pacienta edukují den před plánovaným výkonem, je pacientem osoba jim blízká.

Důvody anesteziologických sester proč se nepodílejí na edukaci pacientů jeden den před provedením výkonu (graf 15) vycházejí v nejvyšším počtu odpovědí sester na nedostatek času a většina dalších sester by opakovala pouze to, co již pacientům řekl lékař. Z dalších důvodů, proč sestry needukují, stojí za zmínku absence standardu ošetrovatelské péče, společně s nízkým finančním ohodnocením.

Sestry mezi nejčastější důvody zařadily nedostatek času, což potvrzují také výsledky vyplývající z grafu 14, kolik času sestry věnují edukaci pacienta. Větší polovina sester edukuje 5-10 minut a zbývající sestry méně než 5 minut. Pacienti na stejnou otázku, kolik času jim věnoval zdravotnický personál k předání informací o anestézii (graf 41), ve 42 % odpověděli 5-10 minut, čtvrtina pacientů odpověděla

méně než 5 minut, přibližně desetině pacientů nevěnoval personál k předání informací žádný čas.

Z praxe je pochopitelné, že anesteziologické sestry skutečně nemají čas edukovat pacienty jeden den před provedením výkonu. Všechny operační programy začínají brzy ráno a anesteziologická sestra má mnoho povinností s přípravou anesteziologického pracoviště a nemá možnost po celý operační program sál opustit. Po ukončení programu, což bývá v odpoledních hodinách, musí sestra pracoviště uklidit, doplnit pomůcky a sál připravit pro případy akutní anestézie.

Jako dobrá možnost edukace pacientů dříve než v den operace se jeví edukace na anesteziologické ambulanci. V Českých Budějovicích byla tato ambulance otevřena před dvěma lety, ordinuje se zde pouze jednou týdně a přesto již z výsledků vyplývá, že zde je příležitost pacienty edukovat využívána. Pokud by tato ambulance svoji činnost rozšířila o více pracovních dnů, určitě by se stala velikým přínosem pro zlepšení edukačního procesu.

Graf 13, kde nejčastěji sestra edukuje, nám potvrzuje odpovědi z grafu 11, vše probíhá téměř pokaždé až na operačním sále. I další sestry, které uvedly jiné místo edukace, se shodly na místě předsálí operačního sálu.

K dalším důvodům, proč sestry edukaci neprovádějí den před výkonem (graf 17) je přikloněn fakt, že opět většina sester má první informace o pacientovi až v den operace, ostatní sestry den před plánovaným výkonem. Po podrobnějším prozkoumání dotazníků vyplynulo, že tyto sestry den před výkonem informují své blízké pacienty, tudíž je velmi pravděpodobné, že si ze stejného důvodu o pacientovi opatří potřebné informace již den před provedením výkonu.

Sestry (graf 18) první informace získávají z operačního programu (77 %), z vlastní zkušenosti vím, že z operačního programu se dozvíte jméno, věk a občas také, na které stanici pacient leží, což bych za komplexní informace o pacientovi neoznačila. Zřejmě proto informace, které mají anesteziologické sestry k dispozici o pacientovi, sami ve více než polovině označují za nedostatečné.

Vezmeme-li na vědomí skutečnost, že má sestra k dispozici informace o pacientovi až na operačním sále, nemůže být informovanost pacienta

anesteziologickou sestrou dostatečná. Na operačním sále sestra pouze ověřuje pacientovu identitu, určité údaje z jeho anamnézy (alergie, lékovou nesnášenlivost, předchozí onemocnění apod.), ale nemá již dostatek času pacienta edukovat, pomoci mu vysvětlit jemu nesrozumitelné otázky. Larsen i Zemanová ve svých knihách upozorňují na změnu vnímání a rozhodování u pacientů, kteří jsou již pod vlivem premedikace a často si na toto období nepamatují. Oba zdůrazňují provedení edukace a právních úkonů před podáním premedikace, jelikož po jejím podání jsou snadno zpochybnitelné a právně neplatné.

Poslední dotazy k chování sester vůči pacientům v den operace, se týkaly názoru sester, zda se cítí být na operačním sále pacientovi oporou. Opět téměř všechny sestry se cítí být pacientovi oporou, zbývající necelá desetina se tak necítí. U těchto sester se nabízí otázka, zda jsou se svou prací spokojeny, jak velká je jejich únava a mnoho dalších otázek, které ovšem nejsou zahrnuty do našeho výzkumu, zajisté by přesto byly zajímavým pohledem do duše sestry.

Z chování sester (graf 21) vyplývá, že 8 % z nich nepovažuje za důležité se pacientovi představit, pro někoho možná zanedbatelné, dle svých práv má pacient mimo jiné právo znát jména všech osob, které o něj pečují. Nepředstavit se je vizitka neslušného chování, ale především sama sestra nepřispěje ke spokojenosti pacienta s její péčí.

Zpětnou vazbou pacientů na tuto otázku, zda pro ně byla anesteziologická sestra na sále oporou (graf 55), nadpoloviční většina z nich odpověděla ano, ovšem část pacientů vůbec neví, která sestra vlastně byla anesteziologická.

Zde se odpovědi pacientů dostávají do rozporu s odpovědí na otázku, zda byli s péčí anesteziologické sestry spokojeni (graf 57), kdy jich polovina s péčí sestry bylo spokojeno, čtvrtina spíše ano, nespokojena či spíše nespokojena byla necelá čtvrtina pacientů. Příčinu rozporu v těchto odpovědích působí dle mého názoru skutečnost, kdy pacienti opravdu ztrácejí orientaci v množství zdravotnického personálu a neví, kdo o ně v danou chvíli pečuje. Z vlastní zkušenosti mohu říct, že ne zřídka nás pacienti i po opakovaném představení se a upřesnění pracovního zařazení oslovují titulem paní

doktorko a mohu ještě dodat, že v sálovém oblečení (plášť, rouška, baret) nás často na první pohled nepoznají ani naši nejbližší.

Jak je to se zájmem sester o zdravotní stav pacienta po přeložení na dospávací pokoj nám dle grafů 22 a 23 potvrzuje znovu skutečnost, že sestry věnují zvýšenou péči pacientům, ke kterým mají blízký vztah, a to v případě většiny sester. Také důvod, proč se o pacienta sestry zajímají ve zvýšené míře, je situace, kdy u pacienta nastaly nějaké komplikace. Zde by bylo na místě připomenout literaturu, která se věnuje nejen etické, ale i právní problematice, kde je zmiňována skutečnost potřeby věnovat stejnou péči všem pacientům. Nebo snad musí být pacient více nemocen, aby mu byla věnována shodná péče? Bohužel praxe je stále taková, že pro nedostatek času a personálu není skutečně každému pacientovi věnována taková péče, jakou by si zasloužil. Proto také narůstá počet pacientů, kteří nejsou s péčí zdravotníků spokojeni, velká část z nich si na různém stupni zdravotnického managementu stěžuje na poskytnutou (neposkytnutou) péči. Často pak tito dostanou nálepku konfliktního pacienta a sám si tím pro příště získá větší stupeň pozornosti. Škrla ve své knize Zdravotnický management, na tato fakta upozorňuje v souvislosti s narůstajícím počtem stížností na péči zdravotníků v zahraničí.

Také nepopíratelně v případě, pokud se jedná o osobu blízkou, se zde skutečně zdravotnický personál angažuje ve zvýšené míře.

Náplní edukačního procesu na anesteziologickém pracovišti je dle necelé poloviny odpovědí anesteziologických sester (graf 24) pacienta především seznámit s ošetrovatelskými činnostmi s anestézií spojenými. Část sester pacienta informuje o poučeném souhlasu s podáním anestézie, což ovšem spadá výlučně do kompetencí lékaře I podle odpovědí pacientů (grafy 42, 43) jim tento poučený souhlas předával lékař pouze v jedné čtvrtině. Tomuto tématu je věnována stále velká pozornost ve všech úhlech práva i etiky. Zdá se být neuvěřitelné, že jsou v této oblasti stále tak velké nedostatky. Etický kodex „Práva pacientů“, dle kterého mají pacienti právo být informováni, je v České republice platný již od února 1992. V právní úpravě je souhlas zpracován v zákoně č. 20/1966 Sb.(zákon o péči zdraví lidu), v nové podobě je definován Úmluvou o biomedicíně, která má, jelikož se jedná o mezinárodní

dokument, přednost před zákonem, u nás platná od října 2001. Také Ondřej Dostál upozorňuje na důležitost souhlasu, kdy také on poukazuje na významný nárůst soudních sporů, kdy byli pacienti v právu informovanosti s výkonem poškozeni. Pro tyto důvody je nepochopitelné, proč se lékaři této povinnosti tak často vyhýbají, proč je sestry za lékaře více či méně ochotně vykonávají. Nejen v tomto případě musí mít všechny zúčastněné strany na paměti jediné pravidlo, a to že neznalost zákona neomlouvá!

Z následujících zjišťovaných informací (graf 25) se dozvídáme, že víc jak polovina sester nemá pro edukační proces vytvořené pracovní podmínky, kdežto třetina sester ano. Z grafu 26 plyne skutečnost, kdy tři čtvrtiny sester nemají k dispozici edukační pomůcky, kdežto téměř čtvrtina sester tyto pomůcky k dispozici má. Podobnou situaci vykresluje graf 27 o vyhrazené místnosti pro edukaci, kdy opět čtvrtina sester tuto místnost má a tři čtvrtiny sester nikoliv. Z těchto rozdílných odpovědí usuzuji na skutečnost z praxe, kdy je oddělení anestézie rozděleno na dvě odloučené stanice. Součástí jedné je anesteziologická ambulance, kterou zajisté sestry označily jako edukační místnost a také z vlastní zkušenosti vím, že na jedné stanici jsou některé edukační pomůcky k dispozici. Tyto pomůcky slouží jako ukázka hlavně pro studenty, lékaře a také zvědavé pacienty. Dle výzkumu (graf 53) většina pacientů o ukázkou pomůcek nestojí.

Všechny tyto otázky souvisejí s hypotézou 1, podle které pacienti nejsou informováni anesteziologickou sestrou. Ze strany pacientů je dle grafu 51 zřejmé, že anesteziologická sestra poskytla informace o činnostech, které následně prováděla polovině pacientů, u třetiny tak neučinila a zbytek pacientů neví, zda to byla právě anesteziologická sestra. Výsledky grafu 52 vypovídají a téměř se shodují s odpověďmi sester, kdy sestra ukázala používané pomůcky pacientům v 11 %, pouze některé 6 %, neukázala je 72 % pacientům a 11 % pacientů neví jestli nějaké pomůcky viděli.

Pokud by anesteziologická sestra pomůcky pacientům ukázala, zmírnila by tím obavy (graf 53) u 19 % pacientů, u 59 % pacientů ne a 22 % pacientů neví, zda by jim ukázání pomůcek pomohlo. Množství informací, které získali pacienti o anestézii, uspokojilo dle grafu 54 téměř tři čtvrtiny pacientů, neuspokojilo jednu čtvrtinu pacientů.

Odpovědi sester se rozcházejí v otázce zdravotnické dokumentace o provedení edukačního procesu (graf 28), kdy některé sestry neví, zda dokumentaci vyplňují, většina z nich (81 %) má jasno v tom, že edukační dokumentace není součástí zdravotnické dokumentace, ale zajímavý je fakt, že část sester tuto dokumentaci používá. Domnívám se, že sestry nemají jasno, zda je možné označit anesteziologický záznam a písemný informovaný souhlas s anestézií za edukační materiál a považovat také za edukační dokumentaci. Oba tyto dokumenty slouží jako právní doklad o poskytnuté péči a za úplnost obou zodpovídá lékař.

Hypotézu 1 „Pacienti nejsou informováni o průběhu anestézie před plánovaným chirurgickým výkonem“ se nám pomocí výzkumu podařilo potvrdit, jelikož sestry se na edukaci pacienta podílejí minimálně, nejen dle jejich výpovědí, ale po zhodnocení ze strany pacientů. V zájmu sester o pacienta vítězí jejich pozornost o jim blízké pacienty, kdy jsou ochotny si potřebné informace získat s dostatečným odstupem před provedením výkonu.

Také ze strany pacientů jich pouze třetina potvrzuje skutečnost (graf 49), že se jim anesteziologická sestra představila jménem, ale její jméno si z tohoto počtu téměř žádný pacient nepamatuje. U těch pacientů, kteří si její jméno pamatují, porovnáním výsledků dospějeme opět ke skutečnosti blízkého vztahu se sestrou.

Informace, které pacientovi nebyly srozumitelné, mu je objasnila dle desetinové odpovědi anesteziologická sestra. Domnívám se, že se takto událo na operačním sále, kde je sestra s pacientem v blízkém kontaktu, ovšem nabízí se otázka, zda pacienti hovořili skutečně s anesteziologickou sestrou. Dle odpovědí pacientů se domnívám, že anesteziologická sestra stále zůstává pro většinu z nich anonymním členem týmu. Zajímalo by mne, do jaké míry jsou s tímto faktem spokojeny samy anesteziologické sestry, ovšem ani toto nebylo v této práci předmětem zkoumání.

Všechny získané výsledky potvrzují hypotézu 1, lze tedy potvrdit, že pacienti nejsou anesteziologickou sestrou o průběhu anestézie informováni.

Poslední grafy, které se přímo vztahují k odpovědím sester je graf 29. Jaký je postoj sester ke změně edukačního procesu. Ten by změnily sestry v nadpoloviční většině. Pro některé (graf 30) je edukace nedostatečná, opět nadpoloviční většina sester

postrádá edukační standard a část sester se shodla, že by edukaci měla provádět pouze jedna určená sestra, která by měla dostatek času pro její provedení. Graf 31, objasňuje proč by měl edukační proces zůstat stejný, polovina sester, podle kterých není změna edukace nutná, ji označují za dostatečnou a čtvrtina sester není dostatečně k edukaci pacientů motivována.

Pokud zpětně přehodnotíme odpovědi sester, které se vztahují k hypotéze 3, můžeme hypotézu potvrdit, z toho vyplývá, že anesteziologické sestry nemají zájem pacienty edukovat před provedením chirurgického výkonu.

Zbývá potvrdit či vyvrátit hypotézu 2, zda mají pacienti zájem o informace od anesteziologických sester. Více než polovina pacientů by chtěla mít informace před nástupem do nemocnice, třetina pacientů by se spokojila s jejich poskytnutím až po nástupu do nemocnice, ale také je mezi pacienty překvapivě malá část, kterým stačí poučení až na operačním sále.

K hypotéze 2 se vztahuje graf 38, od koho by pacienti chtěli informace získat. Většina (58 %) by chtěla informovat o anestézii lékařem, přibližně třetina pacientů anesteziologickou sestrou, malé procento pacientů by uvítali informace prostřednictvím přednášky vedené anesteziologickou sestrou, desetina pacientů požaduje informace pomocí tištěného materiálu. Pacientů, kteří mají o informace zájem je většina, ale z výzkumu vyplývá skutečnost, že je také určité procento pacientů, kteří informace nepožadují, či dokonce odmítají, nutno podotknout, že i na toto mají pacienti ze zákona právo.

Hypotézu 2 nelze potvrdit, pacienti mají určitě o informace zájem, ale dávají před anesteziologickou sestrou přednost informacím od lékaře. Přesto by část pacientů uvítala informace doplnit od anesteziologické sestry a to pomocí využití různých technik, včetně přednášky nebo tištěného materiálu.

Skutečnost, že někteří pacienti o informace zájem nemají, nebo jim stačí poučení až na sále, nám částečně objasňuje graf 33, vztahující se ke vzdělání pacientů, z celkového počtu pacientů má čtvrtina vysokoškolské vzdělání, třetina středoškolské. Ve spojení s věkem pacientů (graf 32), kdy je polovina pacientů ve věku 20-39 let, další desetina ve věku 40-49 let, se přikláním k velkému pracovnímu vytížení pacientů, kteří

si proto opatří část informací sami, rychleji informace zpracují a také není jejich zdravotní stav tak vážný jako u starších pacientů, tudíž jejich nároky na získání informací nejsou tak velké jako je zájem u starších pacientů.

Dle grafu 35 chtěla být víc jak polovina pacientů informována před nástupem do nemocnice, ale první informace o anestézii (grafu 36) získala třetina pacientů až po nástupu do nemocnice od anesteziologa, jen desetinu pacientů informovala anesteziologická sestra, což bylo zmíněno již výše.

Zbývající část otázek pouze dokresluje přehled o míře informovanosti pacientů nejen anesteziologickou sestrou, ale i informování lékařem, na které mají, jak již bylo připomenuto, pacienti zákonem daný nárok a tato povinnost vyplývá také z práv pacientů.

Graf 42 a 43 vypovídají o předání informovaného souhlasu. Více než polovina pacientů souhlas získala až po nástupu do nemocnice, ale pouze dvěma desetinám jej předával anesteziolog, tady jsou odpovědi pacientů v rozporu s otázkou, kdo jim vysvětlil nesrozumitelné informace, kdy více než třetina uvádí právě anesteziologa. Zarážející je fakt, že jsou stále pacienti, kteří poučený souhlas nepodepisovali, či jej podepisovali až na operačním sále nebo jej také vůbec nedostali.

Vondráčkově tvrzení, že informovanost pacientů není stále ideální, dokreslují další fakta (graf 44). Poskytnuté informace byly srozumitelné třem čtvrtinám pacientů, zbytku spíš ne, nebo částečně, dvě desetiny pacientů uvedly, že jim nesrozumitelné nevysvětlil nikdo.

Ovšem, jak pacienti pochopili problematiku anestézie, nám ukazují kontrolní otázky z grafů 46 i 47. Vlastně bezprostředně po podepsání souhlasu s anestézií a po jejím provedení. Obě možnosti anestézie jsou zmíněny ve formuláři o poučeném souhlasu s anestézií, možnost volby anestézie pacientům musí objasnit lékař anesteziolog, následně pomoci pochopit anesteziologická sestra, ale také další zdravotnický personál. Pojem celková anestézie pochopilo většina pacientů správně. Zatím co pojem svodná anestézie pochopila správně pouze třetina pacientů. Je otázkou, zda pacienti byli informováni nedostatečně, nebo zda poskytnuté informace ve velikém množství jiných nezaznamenali nebo zapomněli.

Na závěr je možno podotknout, že pacienti jsou určitým způsobem informováni, ale způsob jejich předávání stále není úplně ideální, v této oblasti dochází k porušení zákona.

Sestry nemají dostatek času a informací jak správně edukační proces aplikovat v praxi, na druhé straně samy sestry mají malý zájem něco v dlouhodobě zavedených postupech měnit. Sestrám by mohl pomoci nový edukační standard ošetrovatelské péče (příloha 7), kde by bylo uvedeno jakým způsobem edukaci pacienta provádět. Domnívám se, že zajímavou skutečností by mohl být výzkum provedený s odstupem času, jak se stal ošetrovatelský standard součástí péče o pacienta a do jaké míry se podle něj sestry při edukaci řídí.

Pro pacienty bych navrhla část informací převést do tištěné formy (příloha 5, příloha 6), kdy by měli možnost seznámit se s prací anesteziologických sester, s průběhem přípravy a provedení výkonu. Tyto informace bych pacientům předala již při objednání k operaci, aby měli čas si v klidu informace utřídit, připravit si nejasné otázky a tyto si ujasnit při nástupu do nemocnice k provedení chirurgického výkonu. Je nutné zdůraznit, že takto předané informace v žádném případě nemohou suplovat edukaci provedenou anesteziologickou sestrou, ale pouze posloužit jako návod pro pacienta jak se na anestézii již před nástupem do nemocnice připravit. Díky těmto návrhům, by byl pacient lépe informován, na sál by přicházel k podání anestézie dostatečně poučen a patřičně připraven.

6. Závěr

Tato bakalářská práce se zabývá výzkumem v oblasti informovanosti pacienta před plánovaným chirurgickým výkonem anesteziologickou sestrou, a to z pohledu pacienta a na druhé straně anesteziologických sester.

Cílem práce bylo zmapovat informovanost pacientů anesteziologickou sestrou o anestézii před plánovaným chirurgickým výkonem. Dále také zmapovat podíl samotných anesteziologických sester na edukaci pacienta před plánovaným chirurgickým výkonem. Stanovené cíle byly splněny.

Přestože anesteziologické sestry určité informace pacientům předávají, děje se tak většinou až na operačním sále. Pacientovi sestry předají informace ke konkrétním činnostem, které právě provádějí, ale na informovanosti pacienta v období před provedením plánovaného výkonu se anesteziologické sestry nepodílejí. Takto předávané informace nejsou pro pacienty dostačující. První hypotéza „Pacienti nejsou informováni o průběhu anestézie anesteziologickou sestrou“, byla potvrzena.

Druhá hypotéza, zda pacienti mají zájem o informace od anesteziologické sestry byla vyvrácena, jelikož pacienti na prvním místě požadují informace především od lékaře.

Třetí hypotéza „Anesteziologické sestry nemají zájem edukovat pacienta před plánovaným chirurgickým výkonem o průběhu anestézie.“ Tato hypotéza byla také potvrzena. Anesteziologické sestry uvádějí různé důvody proč nemají zájem podílet se na edukaci pacientů, jedním z hlavních uvedených důvodů je nedostatek času, nízké finanční ohodnocení, ale také chybějící dokumentace, podle které by pacienty edukovaly.

Práce anesteziologické sestry je velmi náročná, přesto sestry nesmějí zapomínat pacienta před výkonem správně poučit, pacienti mají na veškeré informace nárok dle platných právních i etických norem.

Jako možné řešení jsme vypracovali pro anesteziologické sestry návrh standardu „Edukace pacienta anesteziologickou sestrou před podáním anestézie“ (příloha 7), k edukaci pacienta. Pro pomoc pacientům informační leták a dotazník před podáním

anestézie (přílohy 5, 6), který by mohl pacientovi nastítnit představu o průběhu anesteziologické přípravy a o možnostech anestézie vůbec. Leták v žádném případě nemá suplovat fyzickou edukaci anesteziologickou sestrou, má pouze pacientovi posloužit jako návod na přípravu otázek, které by potřeboval před provedením výkonu objasnit.

Výsledky a poznatky z výzkumu bychom rádi navrhli k použití v praxi. V rámci seminářů bychom s nimi seznámili samotné anesteziologické sestry, ale také kolegyně z ostatních oborů. Rádi bychom upozornili na tyto výsledky ošetrovatelský management, který by se měl v zájmu pacientů i anesteziologických sester těmito problémy zabývat (nedostatečná edukace pacientů, nízký zájem sester se na edukaci podílet). Pokud nebudou mít samotné sestry znalosti i pokyny proč, ale také jak správně pacienta edukovat, nebudou tak mít ani pacienti v této oblasti patřičně uspokojené své bio-psycho-sociální potřeby. Kvalitně provedená edukace každého pacienta má v moderním ošetrovatelství svůj nepopiratelný význam, k tomuto musí anesteziologické sestry svojí rolí významně přispívat.

7. Seznam použité literatury

1. ABRAHÁMOVÁ, J. a kol. *Všeobecná encyklopedie DIDEROT*. (1.svazek) 1. vyd. Praha: Diderot, 1999. 518 s. ISBN 80-902555-3-1.
2. ADAMS, B. *Sestra a akutní stavy od A do Z*. 1. vyd. Praha: Grada, 1999. 488 s. ISBN 80-7169-893-8.
3. CVACHOVEC, K., ČERNÝ, V. *Novinky v anesteziologii, intenzivní medicíně a léčbě bolesti 2007*, 1. vyd. Praha: Galén, 2007, 412 s. ISBN 978-80-7262-509-3.
4. DOSTÁL, O. *Souhlas s lékařským souhlasem*. (online): [cit.2009-03-03]. Dostupné z www: <<http://medico.juristic.cz/19949#1>>.
5. DRÁBKOVÁ, J. Rozhraní kompetence lékař/sestra ve výkonech, komunikace a podávání informací v intenzivní medicíně. In: *Novinky v anesteziologii, intenzivní medicíně a léčbě bolesti 2007*. Praha: Galén, 2007, s. 222-227
6. DUDA, M. a spol. *Práce sestry na operačním sále*. 1. vyd. Praha: Grada, 2000. 392 s. ISBN 80-7169-642-0.
7. DYNÁKOVÁ, Š. Nebudu s tebou komunikovat. *Sestra*. Praha: 2005, roč.15, č. 5, s. 71. ISSN 1210-0404.
8. FARKAŠOVÁ, D. *Ošetřovatelství teorie*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2006, 211 s. ISBN 80-8063-227-8.
9. HALUZÍKOVÁ, J. Informovaný pacient - spokojený pacient, zdravotník v roli edukátora. *Diagnóza v ošetřovatelství*. Opava: 2006, roč. 2, č. 7, s. 276-280, ISSN 1801-1349.
10. HAŠKOVCOVÁ, H. *Informovaný souhlas proč a jak?* 1. vyd. Praha: Galén, 2007, 103 s. ISBN 978-80-7262-497-3.
11. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*, 3. vyd. Praha: Galén, 2002, 272 s. ISBN 80-7262-132-7.
12. HAVLÍK, J., VURM, V. *Komunikační dovednosti v oblasti zdravotní a sociální péče*. 1. vyd. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2004, 89 s. ISBN 80-7040 725-5.

13. HONZÁK, R. *Komunikační pasti v medicíně*. 2. vyd. Praha: Galén 1999. 167 s. ISBN 80-7262-032-0
14. KOLEKTIV NEMOCNICE ČESKÉ BUDĚJOVICE. Standard ošetrovatelské péče č. 32. „Předoperační příprava“, r. 2001.
15. KOLEKTIV ÚVN PRAHA. Standard ošetrovatelské péče č.15. „Edukace pacienta anesteziologickou sestrou před operačním výkonem“, r. 2007.
16. KUBICOVÁ, L. et. al. *Chirurgické ošetrovatelství*. 1.vyd. Martin: Osveta, 2000. 119s. ISBN 80-8063-049-6.
17. LACINOVÁ, M. Dokumentace anesteziologických sester v ÚVN Praha, *Sestra*. Praha: 2007, roč.17, č.17, s. 59, ISSN 1210-0404.
18. LARSEN, R. *Anestezie*. 2.vyd. Praha: Grada, 2004.1392 s. ISBN 80-247-04765.
19. MACH, J. Problematika informovaného souhlasu pacienta. Současný největší „hit“ medicínského práva, *Tempus medicor*, Praha: 2006, roč.15, č. 11, s. 22-23, ISSN 1210- 8073.
20. MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3.
21. ONDERKOVÁ, A. Edukační proces z pohledu komunikace mezi klientem a zdravotníkem. *Sestra*, Praha: 2007, roč. 17, č. 12, s. 17-18, ISSN 1210-0404.
22. PLAŇAVA, I. *Průvodce mezilidskou komunikací přístupy – dovednosti – poruchy*. 1. vyd. Praha: Grada 2005. 148 s. ISBN 80-247-0858-2.
23. RYŠAVÁ, M. *Základy dětské anesteziologie*. 2. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2006. 234 s. ISBN 80-7013-400-3.
24. STOLÍNOVÁ, J., MACH, J. *Právní odpovědnost v medicíně*. 1. vyd. Praha: Galén, 1998, 347 s. ISBN 80-85824-88-4.
25. SKALICKÁ, H. a kol. *Předoperační vyšetření - návody pro praxi*, 1.vyd. Praha: Grada 2007.152 s. ISBN 978-80-247-1079-2.
26. ŠEVČÍK, P. *Novinky v anesteziologii, intenzivní medicíně a léčbě bolesti 2008*. 1. vyd. Praha: Galén, 2008, 412 s. ISBN 978-80-7262-589-5.

27. ŠKRLA, P. *Kreativní ošetrovatelský management*. 1.vyd. Praha: Advent – Orion s.r.o. 2003. 477 s. ISBN 80-7172-841-1.
28. ŠKRLA, P. *Především neublížit*. 1. vyd. Brno NCO NZO, 2005, 162 s. ISBN 80-7013-419-4.
29. ŠKRLA, P. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. 1.vyd. Praha: Grada 2008. 200 s. ISBN 978-80-247-2616-8.
30. ŠVÁBOVÁ, M. KUČEROVÁ, E. Informovanost pacientek před operačním výkonem, *Nemocniční Listy FN Brno*, Brno: 2007, roč. 8, č. 2, s. 25, ISSN 1802-0224.
31. ŠVEHLA, Jan. Anestézie a pooperační analgezie u malých chirurgických výkonů, *Postgraduální Medicína*. Praha: 2007, roč.9, č. 7, s. 737-739. ISSN 1212-4184.
32. TRACHTOVÁ, E. a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 1.vyd. NCONZO: Brno 2006, 186 s. ISBN 80-7013-324-4.
33. Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny. (online) [cit. 2009-03-03]. Dostupné z www: <<http://juristic.zcu.cz/dostal/docs/UB-cj.htm>>.
34. VAŠKOVÁ, Z. Lékaři a sestry máme v sobě empatii? *Sestra*. Praha: 2006, roč. 16, č. 11, s. 23, ISSN 1210-0404.
35. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1.vyd. Praha: Grada 2006, 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
36. VODRÁČEK, L. *Pochybení a sankce při poskytování lékařské péče*. 1. vyd. Praha: Grada 2007. 76 s. ISBN 978-80-247-2181-1.
37. ZÁKON č. 20/1996 Sb. O zdraví lidu. (online): [cit.2009-01-09]. Dostupné z www: <<http://www.zdravcentra.cz/CNS/rde/xchg/20/xs/6744-4092.html>>.
38. ZÁVODNÁ, V. *Pedagogika v ošetrovatelstve*. 2. vyd. Martin: Osveta 2005, 117 s. ISBN 80-8063-193-X.
39. ZEMANOVÁ, J. *Základy anesteziologie*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2002. 149 s. ISBN 80-7013-374-0.

8. Klíčová slova

Pacient

Edukace

Edukační proces

Anestézie

Anesteziologická sestra

Chirurgický výkon

9. Přílohy

Příloha 1

Klasifikace celkového fyzického stavu před anestézií dle ASA (hodnocení dle American Society of Anesthesiologists)

- určení operačního rizika

Klasifikace ASA vychází z celkového stavu pacienta a pravděpodobnosti výskytu smrtelných komplikací v souvislosti s operací a anestézií.

ASA I: Zdravá osoba bez patologického klinického (psychosomatického) a laboratorního nálezu. Chorobný proces, pro který je pacient operován, je lokalizovaný a nezpůsobuje systémovou poruchu.

ASA II: Mírné až středně závažné systémové onemocnění, pro které je pacient operován. Případně je vyvolané jiným patofyziologickým procesem beze změn výkonnosti a funkce orgánů (např. lehká systémová hypertenze, diabetes mellitus, anémie, pokročilý věk, obezita, chronická bronchitida, lehká forma ICHS).

ASA III: Závažné systémové onemocnění jakékoli etiologie, omezující aktivitu nemocného, výkonnost a funkci orgánů (syndrom anginy pectoris, stav po infarktu myokardu, závažná forma diabetu, srdeční selhání).

ASA IV: Závažné, život ohrožující systémové onemocnění, které není vždy operací řešitelné (srdeční dekompenzace, nestabilní angina pectoris, akutní myokarditida, pokročilá forma plicní, ledvinné, jaterní nebo endokrinologické nedostatečnosti, hemoragický šok, peritonitida, ileus aj.)

ASA V: Moribundní pacient, u něhož je operace poslední možností záchrany života. Smrt je pravděpodobná do 24 hodin, ať již s operací nebo bez ní.

Příloha 2

Práva pacientů

1. Pacient má právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky.
2. Pacient má právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. Má právo žádat soukromí a služby přiměřené možnostem ústavu, jakož i možnost denně se stýkat se členy své rodiny či s přáteli. Omezení takového způsobu (tzv. kontinuálních) návštěv může být provedeno pouze ze závažných důvodů.
3. Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického či terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. Pokud existuje i více alternativních postupů nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, které se na nich účastní.
4. Pacient má v rozsahu, který povoluje zákon, právo odmítnout léčbu a má být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.
5. V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace a léčba jsou věcí důvěrnou a musí být provedena diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na léčbě přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby nemocný sám nevybral.
6. Pacient má právo očekávat, že veškeré zprávy a záznamy týkající se jeho léčby jsou považovány za důvěrné. Ochrana informací o nemocném musí být zajištěna i v případech počítačového zpracování.

7. Pacient má právo očekávat, že nemocnice musí podle svých možností přiměřeným způsobem vyhovět pacientovým žádostem o poskytování péče v míře odpovídající povaze onemocnění. Je-li to nutné, může být pacient předán jinému léčebnému ústavu, případně tam převezen po té, když mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách, které při tom existují. Instituce, která má nemocného převzít do své péče, musí překlad nejprve schválit.

8. Pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou. Má právo vědět předem, jací lékaři, v jakých ordinačních hodinách a na jakém místě jsou mu k dispozici. Po propuštění má právo očekávat, že nemocnice určí postup, jímž bude jeho lékař pokračovat v informacích o tom, jaká bude jeho další péče.

9. Pacient má právo na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení v případě, že se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu či experimentu. Písemný vědomý souhlas nemocného je podmínkou k zahájení neterapeutického i terapeutického výzkumu. Pacient může kdykoliv, a to bez uvedení důvodu, z experimentu odstoupit, když byl poučen o případných zdravotních důsledcích takového rozhodnutí.

10. Nemocný v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony.

11. Pacient má právo a povinnost znát a řídit se platným řádem zdravotnické instituce, kde se léčí (tzv. nemocniční řád). Pacient má právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen.

Etický kodex "Práva pacientů" navrhla, po připomínkovém řízení definitivně formulovala a schválila Centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví České Republiky.

Tato práva pacientů jsou prohlášena za platná dnem 25. února 1992.

Příloha 3

DOTAZNÍK PRO SESTRY

Vážené kolegyně, kolegové

Jmenuji se Blanka Hermannová, jsem posluchačkou 3. ročníku Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity, oboru ošetrovatelství. Dotazník, který Vám předkládám, je součástí mé bakalářské práce a je zcela anonymní. Data získaná tímto dotazníkem budou použita pouze v mé práci. Závěry, získané v této práci, mohou přispět ke zkvalitnění ošetrovatelské péče. Děkuji za spolupráci a pravdivé vyplnění údajů.

Správné odpovědi prosím označte křížkem

1. JAKÝ JE VÁŠ VĚK?

- 20 - 29
- 30 - 39
- 40 - 49
- 50 a více

2. JAKÉ JE VAŠE NEJVYŠŠÍ DOSAŽENÉ VZDĚLÁNÍ?

- STŘEDOŠKOLSKÉ
- VŠ - BAKALÁŘSKÉ
- VŠ - MAGISTERSKÉ

3. MÁTE SPECIALIZAČNÍ VZDĚLÁNÍ?

- ANO (doplňte zaměření specializace).....
- NE

4. NA POZICI ANESTEZIOLOGICKÉ SESTRY PRACUJETE:

- 0 – 5 LET
- 6 – 10 LET
- 11 – 15 LET
- 16 – 20 LET
- 21 - 30 LET
- DÉLE NEŽ 31 LET

5. JE NÁPLNÍ VAŠÍ PRÁCE EDUKOVAT PACIENTA O OŠETŘOVATELSKÝCH ČINNOSTECH SPOJENÝCH S ANESTÉZIÍ?

- ANO
- NE

6. POVAŽUJETE EDUKACI PACIENTA ZA DŮLEŽITOU SOUČÁST OŠETŘOVATELSKÉHO PROCESU?

- ANO NE

7. BYL(A) JSTE POUČENA JAK PACIENTA SPRÁVNĚ EDUKOVAT?

- ANO NE

8. MÁTE ZÁJEM O DOPLNĚNÍ VZDĚLÁNÍ V OBLASTI EDUKAČNÍHO PROCESU?

- ANO NE NEVÍM

9. KURZ K DOPLNĚNÍ VZDĚLÁNÍ BY PODLE VÁS MĚL HRADIT:

- SAMOTNÝ ÚČASTNÍK
 ZAMĚSTNAVATEL
ZDRAVOTNICKÁ FIRMA
 KURZ BY MĚL BÝT ZDARMA
 JINÝ ZPŮSOB PLATBY (doplňte).....

10. ÚKOLEM EDUKACE JE PODLE VÁS PACIENTA:

- UKLIDNIT
 POSKYTNOUT MU CO NEJVÍCE INFORMACÍ
 NAVÁZAT S PACIENTEM KONTAKT
 ZAJISTIT SI PACIENTOVU SPOLUPRÁCI
 PŘEDEJÍT KONFLIKTU S PACIENTEM
 JINÝ DŮVOD
(doplňte).....

11. PACIENTA ZPRAVIDLA POPRVÉ EDUKUJETE:

- NA ANESTEZIOLOGICKÉ AMBULANCI V RÁMCI PŘEDOPERAČNÍHO VYŠETŘ.
 V DEN PŘÍJMU
 DEN PŘED PLÁNOVANÝM VÝKONEM
 RÁNO V DEN OPERACE
 NA OPERAČNÍM SÁLE
 NEEDUKUJI

12. POKUD PACIENTA EDUKUJETE NEJPOZDĚJI JEDEN DEN PŘED PLÁNOVANÝM VÝKONEM, JE TO PROTO, ŽE: (lze označit více možností)

- JE TO VAŠE POVINNOST
 PACIENT SI VAŠI NÁVŠTĚVU VYŽÁDAL
 POSLAL VÁS ZA PACIENTEM NADŘÍZENÝ
 JDE O OSOBU VÁM BLÍZKOU
 JINÝ DŮVOD (doplňte).....
 DEN PŘED VÝKONEM NEEDUKUJI

13. ANESTEZIOLOGICKÁ SESTRA PACIENTA PODLE VÁS NEJČASTĚJI EDUKUJE:

- NA ANESTEZIOLOGICKÉ AMBULANCI
- NA POKOJI PACIENTA
- V MÍSTNOSTI K EDUKACI URČENÉ
- NA SESTERNĚ
- NA OPERAČNÍM SÁLE
- NEEDUKUJE
- JINDE

(doplňte).....

14. EDUKACE PACIENTA ANESTEZIOLOGICKOU SESTROU TRVÁ:

- MÉNĚ NEŽ 5 MINUT
- 5 – 10 MINUT
- DÉLE

15. EDUKACI DEN PŘED PLÁNOVANÝM VÝKONEM NEPROVÁDÍTE Z TOHOTO DŮVODU: (lze označit více možností)

- EDUKACI PACIENTA NEMÁTE V NÁPLNI VAŠÍ PRÁCE
- NEMÁTE DOSTATEK ČASU
- POVAŽUJETE JI ZA ZBYTEČNOU
- JENOM BYSTE OPAKOVALA, CO JIŽ ŘEKL LÉKAŘ
- PACIENTI NEMAJÍ O EDUKACI ANESTEZIOLOGICKOU SESTROU ZÁJEM
- CHYBÍ VÁM DOKUMENTACE, PODLE KTERÉ BYSTE EDUKACI VEDLA
- NEJSTE ZA EDUKACI FINANČNĚ OHODNOCENA
- NEVÍTE JAKÝM ZPŮSOBEM EDUKACI PROVÁDĚT
- JINÝ

DŮVOD.....

16. MÁTE ZÁJEM PACIENTA EDUKOVAT O ANESTÉZII DEN PŘED PLÁNOVANÝM VÝKONEM?

- ANO
- NE

17. PRVNÍ INFORMACE O PACIENTOVI MÁTE K DISPOZICI:

- DEN PŘED PLÁNOVANÝM VÝKONEM
- V DEN OPERACE

18. PRVNÍ INFORMACE O PACIENTOVI ZÍSKÁVÁTE :

- Z OPERAČNÍHO PROGRAMU
- NA RANNÍ VIZITĚ V DEN OPERACE
- NA OPERAČNÍM SÁLE ZE ZDRAVOTNICKÉ DOKUMENTACE
- OD SÁLOVÉ SESTRY
- OD SESTRY Z ODDĚLENÍ

JINÝM ZPŮSOBEM
(doplňte).....

19. JSOU PODLE VÁS INFORMACE O PACIENTOVI, KTERÉ MÁTE K DISPOZICI PŘED PŘEVZETÍM PACIENTA NA OPERAČNÍM SÁLE KOMPLEXNÍ?

ANO NE

20. JE PODLE VÁS DŮLEŽITÉ SE PACIENTOVI PŘI PRVNÍM KONTAKTU PŘEDSTAVIT?

ANO NE

21. MYSLÍTE SI, ŽE JSTE PACIENTOVI NA OPERAČNÍ SÁLE OPOROU?

ANO NE

22. ZAJÍMÁTE SE O ZDRAVOTNÍ STAV PACIENTA PO PŘELOŽENÍ Z OPERAČNÍHO SÁLU NA DOSPÁVACÍ POKOJ?

ANO NE

23. POKUD ANO, JE TO PROTO, ŽE: (lze označit více možností)

- JDE O KONFLIKTNÍHO PACIENTA
- ZA PACIENTEM VÁS POSLAL LÉKAŘ
- PŘI ANESTÉZII NASTALY KOMPLIKACE
- SAMA MÁTE ZÁJEM O PACIENTŮV ZDRAVOTNÍ STAV
- JDE O VAŠEHO ZNÁMÉHO
- JINÝ DŮVOD

(doplňte).....

24. DLE NÁPLNĚ EDUKAČNÍHO PROCESU ANESTEZOLOGICKOU SESTROU

MÁTE URČENO PACIENTA SEZNÁMIT : (lze označit více možností)

- S OŠETŘOVATELSKÝMI VÝKONY S ANESTEZIÍ SPOJENÝMI
- S POUČENÝM SOUHLASEM O ANESTÉZII
- S RŮZNÝMI TYPY ANESTÉZIE
- S POUŽITÝMI POMŮCKAMI
- NEMÁTE EDUKACI V NÁPLNI PRÁCE
- JINÝ DŮVOD (doplňte).....

25. MÁTE PODLE VÁS NA PRACOVIŠTI PRO EDUKAČNÍ PROCES VYTVOŘENÉ PRACOVNÍ PODMÍNKY?

ANO NE

26. MÁTE NA PRACOVIŠTI EDUKAČNÍ POMŮCKY?

ANO NE

27. MÁTE NA VAŠEM PRACOVIŠTI MÍSTNOST VYHRAZENOU PRO EDUKACI PACIENTŮ?

ANO

NE

28. JE SOUČÁSTÍ ZDRAVOTNICKÉ DOKUMENTACE NA VAŠEM PRACOVIŠTI

DOKUMENTACE O PROVEDENÍ EDUKAČNÍHO PROCESU?

ANO

NE

NEVÍM

29. ZMĚNILA BYSTE EDUKAČNÍ PROCES NA VAŠEM ODDĚLENÍ?

ANO (pokračujte směrem dolů)

NE (pokračujte směrem dolů)

EDUKACE JE:

EDUKACE JE:

NEDOSTATEČNÁ

DOSTATEČNÁ

PŘÍLIŠ ROZSÁHLÁ

NEMÁM POTŘEBU

EDUKOVAT

CHYBÍ EDUKAČNÍ STANDARD

NEJSEM K EDUKACI
MOTIVOVÁN(A)

JINÉ (doplňte)

JINÉ (doplňte)

Příloha 4

DOTAZNÍK PRO PACIENTY

Vážená paní, vážený pane

Jmenuji se Blanka Hermannová, jsem posluchačkou 3. ročníku Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity, oboru ošetrovatelství. Dotazník, který Vám předkládám je součástí mé bakalářské práce a je zcela anonymní. Data získaná tímto dotazníkem budou použita pouze v mé práci. Závěry, získané v této práci mohou přispět ke zkvalitnění ošetrovatelské péče. Děkuji Vám za spolupráci a pravdivé vyplnění údajů.

Správné odpovědi prosím označte křížkem

1. JAKÝ JE VÁŠ VĚK?

- 20 - 29
- 30 - 39
- 40 - 49
- 50 – 59
- 60 – 69
- 70 a více

2. JAKÉ JE VAŠE NEJVYŠŠÍ DOSAŽENÉ VZDĚLÁNÍ?

- ZÁKLADNÍ
- VYUČEN V OBORU
- STŘEDOŠKOLSKÉ
- VYŠŠÍ ODBORNÉ
- VŠ

3. JAKÉHO JSTE POHLAVÍ?

- MUŽ
- ŽENA

**4. BYL(A) JSTE INFORMOVÁN(A) O MOŽNOSTECH ANESTÉZIE
(NARKÓZY, USPÁNÍ) PŘED NÁSTUPEM DO NEMOCNICE?**

- ANO NE NEVÍM

**5. PRVNÍ INFORMACE SPOJENÉ S ANESTÉZIÍ (NARKÓZOU) JSTE
ZÍSKAL(A):**

- NA ANESTEZOLOGICKÉ AMBULANCI OD LÉKAŘE
 NA ANESTEZOLOGICKÉ AMBULANCI OD SESTRY
 PO NÁSTUPU DO NEMOCNICE OD ANESTEZOLOGA
 PO NÁSTUPU DO NEMOCNICE OD ANESTEZOLOGICKÉ SESTRY
 OD CHIRURGA
 OD SESTRY NA ODDĚLENÍ
 NEVÍM OD KOHO
 SÁM Z INTERNETU
 Z LITERATURY
 OD ZNÁMÝCH
 NEZÍSKAL(A) JSEM ŽÁDNÉ INFORMACE

6. INFORMACE O ANESTÉZII (NARKÓZE) BYSTE NEJRADĚJI ZÍSKAL(A):

(můžete označit více možností)

- PŘED NÁSTUPEM DO NEMOCNICE
 PO NÁSTUPU DO NEMOCNICE
 AŽ NA OPERAČNÍM SÁLE
 JINÝM ZPŮSOBEM (prosím

doplňte).....

- NEMÁM O INFORMACE ZÁJEM

7. INFORMACE O ANESTÉZII (NARKÓZE) BYSTE NEJRADŠI ZÍSKAL(A) FORMOU.

(můžete označit více možností)

- ROZHOVORU S LÉKAŘEM
- ROZHOVORU S ANESTEZILOGICKOU SESTROU
- Z TIŠTĚNÉHO MATERIÁLU
- OPATŘIL SI JE SÁM Z INTERNETU
- PŘEDNÁŠKY VEDENÉ LÉKAŘEM
- PŘEDNÁŠKY VEDENÉ ANESTEZILOGICKOU SESTROU
- NEMÁM O INFORMACE ZÁJEM
- JINÝM ZPŮSOBEM (prosím doplňte).....

8. JEDEN DEN PŘED PROVEDENÍM PLÁNOVANÉHO VÝKONU VÁS O MOŽNOSTECH ANESTÉZIE (NARKÓZY) INFORMOVAL(A):

(můžete označit více možností)

- ANESTEZIOLOG
- ANESTEZILOGICKÁ SESTRA
- CHIRURG
- OŠETŘUJÍCÍ LÉKAŘ
- SESTRA NA ODDĚLENÍ
- PACIENTI NA ODDĚLENÍ
- NEINFORMOVAL MĚ NIKDO
- NEVÍM KDO
- NĚKDO
- JINÝ(doplňte).....

9. INFORMACE O ANESTÉZII (NARKÓZE) VÁM BYLY PŘEDÁNY:

- ÚSTNĚ
- PÍSEMNĚ
- ÚSTNĚ I PÍSEMNĚ
- ŽÁDNÉ INFORMACE JSEM
NEDOSTAL(A).....

**10. KOLIK ČASU VÁM ZDRAVOTNICKÝ PERSONÁL VĚNOVAL PŘI
PŘEDÁVÁNÍ INFORMACÍ O ANESTÉZII (NARKÓZE)?**

- KRATŠÍ NEŽ 5 MINUT
- 5 – 10 MINUT
- DÉLE NEŽ 10 MINUT
- PO CELOU DOBU V PRŮBĚHU PODÁVÁNÍ ANESTÉZIE
- ŽÁDNÝ

**11. FORMULÁŘ O INFORMOVANÉM SOUHLASU S PODÁNÍM ANESTÉZIE
(NARKÓZY) JSTE OBDRŽEL(A):**

- PŘED NÁSTUPEM DO NEMOCNICE
- PŘI PŘÍJMU NA OPERACI
- NA OPERAČNÍM SÁLE
- NEPAMATUJI SE, ŽE BYCH HO PODEPISOVAL(A)

**12. FORMULÁŘ O INFORMOVANÉM SOUHLASU S PODÁNÍM ANESTÉZIE
VÁM PŘEDAL(A):**

- ANESTEZIOLOG
- ANESTEZIOLOGICKÁ SESTRA
- SESTRA NA PŘÍJMOVÉ AMBULANCI
- CHIRURG
- OŠETŘUJÍCÍ LÉKAŘ
- SESTRA NA ODDĚLENÍ

NEVÍM KDO

13. BYLY VÁM POSKYTNUTÉ INFORMACE O ANESTÉZII (NARKÓZE)

SROZUMITELNÉ:

ANO

SPÍŠE ANO

NE

SPÍŠE NE

14. INFORMACE, KTERÉ VÁM NEBYLY SROZUMITELNÉ, VÁM

VYSVĚTLIL(A):

(můžete uvést více odpovědí)

ANESTEZIOLOG

ANESTEZIOLOGICKÁ SESTRA

CHIRURG

OŠETŘUJÍCÍ LÉKAŘ

SESTRA NA ODDĚLENÍ

OSTATNÍ PACIENTI

NIKDO

15. POD POJMEM CELKOVÁ ANESTÉZIE SI PŘEDSTAVÍTE:

PÍCHNUTÍ DO ZAD

PODÁNÍ LÉKŮ DO ŽÍLY A RYCHLÉ USNUTÍ

OPICH OPERAČNÍ RÁNY

NIC

16. POD POJMEM SVODNÁ ANESTÉZIE SI PŘEDSTAVÍTE:

PÍCHNUTÍ DO ZAD

PODÁNÍ LÉKŮ DO ŽÍLY A RYCHLÉ USNUTÍ

OPICH OPERAČNÍ RÁNY

NIC

17. S ANESTEZIOLOGICKOU SESTROU JSTE SE POPRVÉ SETKAL(A):

- PŘI PŘEDOPERAČNÍM VYŠETŘENÍ NA ANESTEZIOLOGICKÉ AMBULANCI
- JEDEN DEN PŘED PROVEDENÍM PLÁNOVANÉHO VÝKONU
- AŽ NA OPERAČNÍM SÁLE
- S ANESTEZIOLOGICKOU SESTROU JSEM SE NESETKAL(A)

18. PŘEDSTAVILA SE VÁM ANESTEZIOLOGICKÁ SESTRA CELÝM JMÉNEM?

- ANO
- NE
- NEVÍM

POKUD JSTE NA OTÁZKU Č. 18 ODPOVĚDĚL(A) NE, NEVÍM

POKRAČUJTE

OTÁZKOU Č. 20.

19. PAMATUJETE SI JMÉNO ANESTEZIOLOGICKÉ SESTRY, KTERÁ O VÁS V PRŮBĚHU PODÁVÁNÍ ANESTÉZIE (NARKÓZY) PEČOVALA?

- ANO
- NE, NEPAMATUJI

20. POSKYTLA VÁM ANESTEZIOLOGICKÁ SESTRA INFORMACE O ČINNOSTECH NUTNÝCH PRO PODÁNÍ ANESTÉZIE (NARKÓZY) PŘED JEJÍM PROVEDENÍM?

- ANO
- NE
- NEVÍM, ZDA TO BYLA ANESTEZIOLOGICKÁ SESTRA

21. UKÁZALA VÁM ANESTEZIOLOGICKÁ SESTRA POMŮCKY, KTERÉ NÁSLEDNĚ PŘI PODÁVÁNÍ ANESTÉZIE POUŽILA?

- ANO
- POUZE NĚKTERÉ
- NE
- NEVÍM

22. ZMÍRNILY BY SE VAŠE OBAVY Z ANESTÉZIE(NARKÓZY), POKUD BYSTE

MĚL MOŽNOST SE S POMŮCKAMI POUŽITÝMI K PODÁNÍ ANESTÉZIE(NARKÓZY) SEZNÁMIT DŘÍVE, NEŽ NA OPERAČNÍM SÁLE?

- ANO
- NE
- ČÁSTEČNĚ

23. USPOKOJILO VÁS MNOŽSTVÍ INFORMACÍ, KTERÉ JSTE O ANESTÉZII

(NARKÓZE) ZÍSKAL(A) ?

- ANO
- NE

24. BYLA PRO VÁS ANESTEZIOLOGICKÁ SESTRA NA OPERAČNÍM SÁLE OPOROU?

- ANO
- NE
- NEVÍM, KTERÁ SESTRA BYLA ANESTEZIOLOGICKÁ

25. NAVŠTÍVILA VÁS ANESTEZIOLOGICKÁ SESTRA NA POOPERAČNÍM POKOJI?

- ANO
- NE
- NEVÍM

26. BYL(A) JSTE S PÉČÍ ANESTEZIOLOGICKÉ SESTRY SPOKOJEN?

- ANO
- SPÍŠE ANO
- NE
- SPÍŠE NE

Příloha 5

Informační leták

ANESTEZIOLOGICKÁ PÉČE

(Nemocnice Č. Budějovice, ARO – anestézie)

Vážená paní, vážený pane

V brzké době podstoupíte v naší nemocnici výkon, který Vám bude proveden v celkové anestézii. Rády bychom Vám touto cestou přiblížily anesteziologickou péči a práci týmu anesteziologických sester, čímž bychom chtěly přispět ke zmírnění strachu před podáním anestézie.

V naší nemocnici je součástí každého chirurgického oboru (gynekologicko-porodnické, chirurgické, traumatologie, plastické chirurgie, neurochirurgie, ortopedie, urologie, ušní, krční, nosní, oční, stomatochirurgie) operační sál. Péče na operačním sále je zajišťována vzájemnou spoluprací odborníků několika oborových týmů. Anesteziologická sestra je členem anesteziologického týmu, který společně tvoří sestra a anesteziologický lékař(ka), oba se o Vás budou starat před, v průběhu a po provedení chirurgického výkonu v celkové anestézii. Prostředí operačních sálů působí anonymně, proto byste v den provedení výkonu měli mít zodpovězené všechny otázky spojené s anestézií i s chirurgickým výkonem. Tento leták je jedna z možností, jak Vám můžeme přiblížit práci anesteziologických sester a prostředí operačního sálu, kam se podíváte až v den provedení operace.

14. dnů před výkonem přestaňte kouřit(výrazně tím snížíte riziko vzniku komplikací)

V den příjmu Vás po uložení na oddělení navštíví anesteziolog společně s anesteziologickou sestrou (pravděpodobně v odpoledních hodinách), v tuto chvíli budete mít možnost zeptat se na otázky ohledně anestézie, které Vám nebyly zcela

srozumitelné, lékař si od Vás vyžádá písemný souhlas s podáním anestézie, anesteziologická sestra Vám přiblíží provedení ošetrovatelských činností spojených s anestézií.

Pro klidný průběh anestézie je důležité, abyste od 18. hodiny již nic nejedl(a) a od půl noci již nepil(a) žádné tekutiny, nekouřil(a) !

Večer před usnutím Vám pro uklidnění lékař naordinuje lék na spaní.

Ráno v den výkonu Vám sestra na oddělení po ordinaci lékaře podá premedikaci (léky na zmírnění úzkosti, bolesti). Upozorní Vás na potřebu odstranit šperky, hodinky, proto je vhodné tyto věci z důvodu jejich ztráty nechat před nástupem do nemocnice doma. Pokud máte zubní či jinou protézu je nutné ji odstranit před převozem na operační sál.

Anesteziologická sestra Vás již bude očekávat na operačním sále, kam Vás po telefonní výzvě převezve na lůžku sanitář z oddělení.

První s kým přijdete na operačním sále do kontaktu je sanitář pracující na operačním sále, ten Vás v „překladovém filtru“ uloží na operační stůl. S ohledem na sterilní prostředí operačního sálu budete po celou dobu na operačním sále bez oblečení, veškerý personál dbá po celou dobu výkonu na zachování intimity. Vlasovou část Vám sanitář skryje pod operační čepici (baret). Z překladového filtru budete převezen(a) na předsálí operačního sálu, zde o Vás bude pečovat anesteziologická sestra s lékařem (lékařkou) anestézie. Anesteziologická sestra Vám zajistí žilní vstup zavedením žilního katétru. Dle zvoleného typu celkové anestézie Vás lékař vyzve ke spolupráci s provedením svodné anestézie, dále Vám zde může být dle potřeby zaveden centrální žilní katétr a močová cévka (provádí se u velkých operačních výkonech). Pokud Vám bude podána celková anestézie (narkóza) uspáním, budete převezen(a) na operační sál, kde po aplikaci anestetik usnete a bude Vám zde proveden chirurgický výkon. Anesteziologický tým o Vás bude pečovat v průběhu celého operačního výkonu, po celou dobu Vám budeme monitorovat fyziologické funkce (EKG křivku, puls, krevní tlak, dech), zajišťovat spánek a dostatečnou analgézii (tlumení bolesti). Dbáme na správné uložení, podložení končetin, trupu, abychom tak předešli otlakům. Po ukončení operačního výkonu Vás po bezpečném probuzení z anestézie (narkózy) na základě

rozhodnutí anesteziologa předáme do péče sestry na pooperační pokoj příslušného oddělení.

Úkolem anesteziologické sestry je zajistit pacientovi kvalitní ošetrovatelskou péči, která spočívá v poskytnutí potřebných informací, provádění ošetrovatelských výkonů s anestézií spojených a ve vzájemné spolupráci s anesteziologem při vykonávání jednotlivých anesteziologických postupů.

Děkujeme za Vaši důvěru a přejeme Vám brzké uzdravení.

☺ ☺ ☺ Kolektiv anesteziologických sester nemocnice České Budějovice ☺ ☺ ☺

Příloha 6

DOTAZNÍK PŘED ANESTÉZIÍ

Prosíme Vás o zodpovězení všech uvedených otázek v dotazníku, díky němuž máte možnost upřesnit Váš zdravotní stav a přispějete tím k bezpečnému provedení anestézie. Dotazník vyplňte podle nejlepšího vědomí a svědomí, závisí na tom Vaše bezpečnost a zdraví.

.....
Jméno a příjmení pacienta

.....
Rodné číslo

1. věk.....

 výška.....

 váha.....

2. povolání.....

3. sportujete ano ne druh

 sportu.....

4. kouříte ano ne

5. pijete pravidelně alkohol

 ne ano - jaké množství za den.....

6. užíváte drogy ne ano - jaké.....

 jaké množství denně.....

7. jste těhotná ano (kolikátý týden).....

 ne.....

8. máte nějaké alergie ne

 ano (jaké).....

.....
.....
9. užíváte pravidelně nějaké léky

(jaké).....
.....
.....
.....
.....

10. jste již po nějaké operaci

ne.....

ano(jaké).....
.....

11. nastaly při předešlé narkóze nějaké komplikace

ne.....

ano (jaké).....

12. nosíte zubní nebo jinou protézu

ne

ano (jakou).....

13. pijete kávu

ne

ano (kolik denně).....

14. máte, nebo jste prodělal nějaké z následujících onemocnění

a). srdce ne ano (které)

.....

b). krevního oběhu ne ano (které)

.....

c). cév ne ano (které)

.....

d). plic ne
 ano (které)

.....

e).jater ne
 ano (které)

.....

f). ledvin a prostaty ne
 ano (které)

g).Diabetes mellitus (cukrovku)

.....

Dna

.....

h). svalů ne
 ano (které)

.....

i). štítné žlázy ne
 ano (které)

.....

j). kostí ne
 ano (které)

.....

kloubů ne
 ano (které)

.....

páteře - ne.....

 ano (které).....

Příloha 7

Standard

STANDARDNÍ OŠETŘOVATELSKÝ POSTUP

Název SOP: Edukace pacienta anesteziologickou sestrou před operačním výkonem

<i>Charakteristika standardu</i>	Standardní ošetřovatelský postup
<i>Cíl standardu</i>	Podpořit pacienta a pomoci mu zvládnout strach a pocit úzkosti před operačním výkonem a v období časně pooperační péče, informování pacienta o ošetřovatelských činnostech prováděných anesteziologickou sestrou
<i>Skupina péče</i>	Pacienti před chirurgickým výkonem spojeným s anestézií
<i>Cílová skupina</i>	Lůžková oddělení a ambulantní provozy nemocnice
<i>Poskytovatelé péče, pro něž je standard závazný</i>	Všeobecné sestry, které získaly kvalifikaci dle zákona č.96/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů. Všeobecné sestry specialistky v rozsahu získané specializace, které získali kvalifikaci dle zákona č. 96/2004 Sb, ve znění pozdějších předpisů.
<i>Odpovědnost za realizaci</i>	Vedoucí pracovníci na úseku ošetřovatelské péče
<i>Platnost standardu od:</i>	1.1.2009
<i>Frekvence kontroly</i>	1x za 2 roky
<i>Revize standardu provedena dne:</i>	
<i>Kontrolu vykoná</i>	Manažer/ka ošetřovatelství (manažer/ka kvality ošetřovatelské péče, hlavní sestra, vrchní sestra, staniční sestra)
<i>Kontaktní osoba</i>	Hermannová Blanka

<i>Odborný garant</i>	
<i>Schválil</i> <i>Náměstek pro ošetrovatelskou péči – hlavní sestra</i>	

Standardní ošetrovatelský postup č.

Edukace pacienta anesteziologickou sestrou před podáním anestézie

Úvod

Anesteziologická sestra edukuje pacienta před výkonem prováděným v celkové anestézii a o způsobu podání premedikace, o tom jak a kde bude pacient transportován na sál, o možnosti výběru typu anestézie, informuje jakými způsoby jsou jednotlivé typy anestézie aplikovány, o všech možných komplikacích spojených s anestézií při operačním výkonem a o průběhu pooperační péče.

Indikace

Potřeba seznámit pacienta s možností výběru typu anestézie, průběhem anestézie, pooperačním obdobím, riziky spojenými s anestézií a zmírnění strachu z operačního výkonu.

Kontraindikace

Pacient v bezvědomí

Definice

Seznámení pacienta s možností výběru typu anestézie, způsoby kterými se jednotlivé typy anestézie aplikují, průběhem anestézie, všemi možnými komplikacemi spojenými s anestézií, pooperačním průběhem, možnými pooperačními komplikacemi a snížení strachu pacienta z operačního výkonu.

Cíl standardu

Podpořit pacienta a pomoci mu při zvládnutí jeho strachu a pocitu úzkosti před výkonem prováděným v celkové anestézii a v období časně pooperační péče, informování pacienta o ošetrovatelských činnostech prováděných anesteziologickou sestrou.

KRITÉRIA STRUKTURY

S1 Kompetentní osoby k výkonu

Všeobecné sestry, které získaly kvalifikaci dle zákona č.96/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů.

Všeobecné sestry specialistky v rozsahu získané specializace, které získali kvalifikaci dle zákona č. 96/2004 Sb, ve znění pozdějších předpisů.

S2 Pomůcky

Edukační materiály

S3 Dokumentace

Chorobopis pacienta, ošetrovatelská část – Edukační záznam

S4 Prostředí

Standardní oddělení, předsálí operačního sálu, anesteziologická ambulance

KRITÉRIA PROCESU

Ošetrovatelský postup

- před výkonem

Anesteziologická sestra identifikuje pacienta dotazem, chorobopisem, identifikačním náramkem a představí se

- při / během výkonu

Anesteziologická sestra informuje srozumitelným způsobem pacienta v těchto oblastech

- informace o týmu lékař anesteziolog + anesteziologická sestra
- informace o zachování polohy vleže po podání premedikace
- informace o zavedení periferní kanyly a ostatních vstupů dle rozsahu výkonu
- informace o zajištění monitorace dle rozsahu výkonu
- informace o možnosti regionální anestézie
- informace o pooperační péči a umístění pacienta po operaci
- informace o možnosti výskytu pooperační nevolnosti a zvracení
- informace o možnosti výskytu pooperační bolesti
- možnosti řešení pooperační bolesti, návštěva algeziologické sestry – týmu
- informace o týmu edukačních specialistů
- informace o možnosti poskytování duchovních služeb
- psychologická podpora pacienta
- záznam o provedené edukaci do edukačního záznamu (pacient byl edukován anesteziologickou sestrou dle standardního ošetrovatelského postupu č.?)

Po výkonu

Pacient je edukován anesteziologickou sestrou, má dostatek informací o nadcházející části ošetrovatelského procesu a v ošetrovatelské dokumentaci je proveden řádný záznam o edukaci

Záznam do dokumentace

Záznam o provedené edukaci do edukačního záznamu (pacient byl edukován anesteziologickou sestrou dle standardního ošetrovatelského postupu č. ?)

Komplikace

Pacient si nepřeje být edukován, psychický stav pacienta nedovoluje edukaci

Zvláštní upozornění

Vycházet z přání, potřeb a možností pacienta!

KRITÉRIA VÝSLEDKU

Pacient je edukován anesteziologickou sestrou, má dostatek informací o nadcházející části ošetrovatelského procesu a v dokumentaci je proveden řádný záznam o edukaci

Literatura

LARSEN R. Anestezie. 2.vyd. Praha: Grada, 2004.1392 s. ISBN 80-247-04765.

KOLEKTIV ÚVN PRAHA. Standard ošetrovatelské péče č.15

Zpracoval

Hermannová Blanka, studentka ZSF JCU v Českých Budějovicích