

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2016

Jana Grézlová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetřovatelství B5341

Jana Grézlová

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**INFORMOVANOST PACIENTŮ PŘED A PO PODÁNÍ
SVODNÉ ANESTEZIE**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Jitka Kašparová

PLZEŇ 2016

Prohlášení

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

V Plzni dne 21. března 2016

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování

Děkuji Mgr. Jitce Kašparové za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálních podkladů a dobré spolupráce. Dále děkuji své rodině za pochopení, trpělivost a podporu při studiu.

Anotace

Příjmení a jméno: Jana Grézlová

Katedra: Ošetřovatelství a porodní asistence

Název práce: Informovanost pacientů před a po podání svodné anestezie

Vedoucí práce: Mgr. Jitka Kašparová

Počet stran – číslované: 52

Počet stran – nečíslované: 15

Počet příloh: 3

Počet titulů použité literatury: 28

Klíčová slova: informace – informovaný souhlas – svodná anestezie – předoperační příprava – komplikace svodné anestezie

Souhrn:

Bakalářská práce se zabývá problematikou informovanosti pacientů před a po podání svodné anestezie. Teoretická část je věnována popisu podávání informací pacientům při hospitalizaci, informovanému souhlasu, ale zabývá se i možnými chybami při podávání informací. Dále je zaměřena na popis svodné anestezie a její formy, předoperační přípravu a možné komplikace. Praktická část popisuje pacientovi subjektivní i objektivní pocity a zkušenosti před a po podání svodné anestezie.

Annotation

Surname and name: Jana Grézlová

Department: Nursing and Midwifery

Title of thesis: Informs patients before and after administration of anesthesia conduction

Consultant: Mgr. Jitka Kašparová

Number of pages – numbered: 52

Number of pages – unnumbered: 15

Number of appendices: 3

Number of literature items used: 28

Keywords: informatoin – informed consent – conduction anesthesia – preoperative preparation – trunk anesthesia complications

Summary:

The thesis deals with issue of information for patients before and after administration of conduction anesthesia. The theoretical part deal with the reporting of information to patients during hospitalization, informed consent, but also deals with possible errors when filing information. It is also focused on describing the trunk anesthesia and forms, preoperative preparation and possible complications. The practical parts describes the patients, objective and subjective feelings and experiences before and after administration of anesthesia conduction.

OBSAH

ÚVOD.....	9
TEORETICKÁ ČÁST	10
1 INFORMOVANOST.....	10
1.2 Poskytování informací	11
1.2.1 Zdroje informací.....	11
1.2.2 Informovanost pacienta lékařem	12
1.2.3 Informovanost pacienta všeobecnou sestrou	12
1.3 Informovaný souhlas.....	13
1.4 Formy informovaného souhlasu	14
1.5 Chyby při získávání informovaného souhlasu.....	15
2 SVODNÁ ANESTEZIE	16
2.1 Předoperační příprava	16
2.2 Subarachnoidální anestezie.....	18
2.2.1 Indikace a kontraindikace.....	20
2.2.2 Komplikace.....	20
2.3 Epidurální anestezie	22
2.3.1 Indikace a kontraindikace.....	23
2.3.2 Komplikace.....	23
2.4 Periferní nervové blokády.....	24
2.5 Úloha anesteziologické sestry.....	25
PRAKTICKÁ ČÁST	27
3 FORMULACE PROBLÉMU	27
4 CÍL VÝZKUMU	28
4.1 Dílčí cíle.....	28
5 OPERACIONALIZACE POJMU	29
6 VÝZKUMNÉ OTÁZKY	30
7 DRUH VÝZKUMU A VÝBĚR METODIKY.....	31
8 METODA	32
9 VÝBĚR PŘÍPADU.....	33
10 ZPŮSOB ZÍSKÁVÁNÍ INFORMACÍ.....	34
11 ORGANIZACE VÝZKUMU	35
12 ZPŮSOB ZÍSKÁVÁNÍ INFORMACÍ.....	36
13 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ	37
14 ANALÝZA ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ.....	45
15 DISKUZE	46

ZÁVĚR.....	51
SEZNAM LITERATURY.....	53
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	56
SEZNAM TABULEK.....	57
SEZNAM OBRÁZKŮ	58
SEZNAM PŘÍLOH	59

ÚVOD

Pracovní pozice anesteziologické sestry, sebou přináší potřebu velké tolerance, empatie a především nutnost dobré komunikace s pacientem, který se nachází v neznámém prostředí a ztrácí svoji identitu. Přesto že, v dnešní době disponujeme ve zdravotnictví velkým množstvím přístrojů, postupů, znalostí a dovedností je pro mnohé pracovníky komunikace velkým problémem. Je třeba si uvědomit, že dobře vedený rozhovor pacienta zbaví nedůvěry a obav. Dobře informovaný pacient se cítí spokojený a vyhodnocuje svoji situaci bez pocitu méněcennosti. Mnohdy se sebelepší léčba bez komunikace májí účinkem. Komunikace mezi zdravotníkem a pacientem je velmi náročná, vyžaduje vůli, čas, empatii, a pokud ji nebudeme zanedbávat z důvodu nedostatku času, bude i přínosná a smysluplná.

Informace o operačním výkonu a možných komplikacích poskytuje na chirurgickém oddělení lékař operatér. Anesteziolog při anesteziologickém konziliu odebere důkladně anamnézu a vybere vhodný typ anestézie. Informuje pacienta o všech podrobnostech týkajících se anestezie a zodpoví případné dotazy. Součástí pohovoru je vyplnění informovaného souhlasu s konkrétním typem anestezie, podpisem lékaře, pacienta a razítkem příslušné instituce. Anesteziologická sestra poskytuje informace týkajících se vykonávání konkrétních ošetrovatelských postupů v předoperačním a pooperačním období. Způsob podání informací musíme přizpůsobit aktuálnímu tělesnému a psychickému stavu pacienta a jeho intelektu.

Poskytnutí nepřesných či neúplných informací nebo naopak žádných informací může být příčinou zvýšeného strachu pacienta. Nadměrná úzkost a nejistota pacienta může negativně ovlivnit jak operační průběh, tak následnou léčbu. Pokud je pacient seznámen s výkonem a ví, co ho čeká, je klidnější, správně vyhodnocuje svoji situaci a aktivně spolupracuje. Neexistuje člověk, který by nechtěl být informován, každý má právo na poskytnutí informací takovým způsobem, aby jim rozuměl.

Ve své bakalářské práci se věnuji informovanosti pacientů před a po podání svodné anestezie. Svodná anestezie je v dnešní době stále více využívaná metoda, která zajišťuje komfort, jak při výkonu samotném, tak i v pooperačním období. Při aplikaci anestetika do vymezeného prostoru v páteřním kanálu je zásadní poloha, tedy maximální spolupráce se zdravotnickým personálem. Náš tým ve FN Plzeň se snaží zajistit kvalitní informace a tím zvyšovat spokojenost našich pacientů.

TEORETICKÁ ČÁST

1 INFORMOVANOST

Po dlouhá staletí měl pacient k lékaři tzv. rodičovský vztah. Pacienti neměli žádná práva. Lékař rozhodoval o stavu pacienta, rozsahu podaných informací, snažil se ho ušetřit traumatických zpráv. Postupně docházelo ke změnám. V demokratické společnosti jsou lidská práva ceněna a pacienti si přejí mít dostatek informací i v době nemoci. Chtějí o sobě rozhodovat nebo alespoň spolurozhodovat, stávají se partnerem lékaře. (Haškovcová, 2007, s. 12) Existuje mnoho etických kodexů jak obecných, tak specializovaných na určitou skupinu pacientů. Od 80. let 20. století jsou Práva pacientů samozřejmostí ve vyspělých zemích. Na řadě kodexů se společně podíleli lékaři i pacienti. (Haškovcová, 2015, s. 65, 66) V dnešní době jsou Práva pacientů zavedeným systémem vztahů mezi pacientem a zdravotníkem, doplňují etický kodex lékařů. Pokud zdravotník bude Práva pacientů dodržovat a respektovat získá důvěru pacientů. (Haškovcová, 2015, s. 68, 69) Práva pacientů v České republice formulovala a vyhlásila Centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví České republiky dne 25. 2. 1992. (Haškovcová, 2007, s. 12)

Ve Fakultní nemocnici Plzeň jsou Práva pacientů vyvěšena na každém oddělení, ambulancích, ale i zákrokových sálkách a operačních sálech.

1.1 Pojem informace

Lidská komunikace je proces, který závisí na inteligenci, psychice, vzdělání a zkušenostech jedince. Patří k bio – sociální výbavě člověka. Cílem je komunikovat účinně a efektivně. Informace musí něco sdělit, zjistit, přesvědčit nebo naopak odradit. Mezi nejdůležitější funkce informací patří odpovídající skutečnosti, jasné formulace a jednoznačnost. Musí dostatečné, stručné, ale věcné, musí pozitivně motivovat. Srozumitelná informace je základ komunikace. (Haškovcová, 2007, s. 7) Komunikace probíhá v určitém čase, prostředí, v jedinečných, obtížných situacích, kde převažuje dialogický charakter. (Linhartová, 2007, s. 11) Při každém setkání člověka s člověkem

dochází k vzájemným reakcím a interakcím mezi lidmi. Nástroj interakce je komunikace, tou rozumíme výměnu pocitů, zkušeností a informací. (Venglářová; Mahrová, 2006, s. 11)

1.2 Poskytování informací

Otázkou zůstává, kdo má pacienta dostatečně poučit, jestli lékař nebo všeobecná sestra. Úmluva o biomedicíně se tímto nezabývá, zákon o péči o zdraví lidu uvádí, že musí být zdravotnický pracovník způsobilý k výkonu příslušného povolání. Je nezbytné jednotlivé druhy výkonů rozlišovat. Pokud jde o výkony, které může vykonávat jen lékař, je nutné, aby o nich pacienta poučil jakožto osoba profesionálně způsobilá k jejich provedení. Jedině lékař má k dispozici dostatek informací o povaze, rizicích a dalších aspektech výkonu, má osobní zkušenost s jeho prováděním. (Šustek; Holčápek, 2007)

1.2.1 Zdroje informací

V okamžiku, kdy je pacient hospitalizován, začíná se zajímat o informace. Rozumí se získávání zpráv, které vedou ke snížení neurčitosti. Pacient vnímá svoji nemoc a její příznaky u sebe samotného. Proto pátrá po informacích u rodiny, přátel, spolupracovníků, z médií, ale i z odborné literatury. Nemoc je změna zdravotního stavu, kde pacient vyhledává odbornou pomoc a očekává od zdravotníků nejen profesionální péči, ale i kvalitní informace. Dle etického kodexu Práv pacientů, má pacient právo získat od svého ošetřujícího lékaře údaje potřebné k tomu, aby se mohl rozhodnout pro další terapeutický či diagnostický postup. (Ptáček, 2011, s. 82, 83) Dále má právo i na jiné alternativy léčby. Pacient se svobodně rozhodne, zda s léčbou či výkonem souhlasí. U akutního ohrožení má být náležitě informován o rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. „Definitivní verzi Práv pacientů formulovala a vyhlásila Centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví české republiky dne 25. 2. 1992“. (Haškovcová, 2015, s. 67)

Etický kodex Práv pacientů je ve Fakultní nemocnici Plzeň dostupný na internetových stránkách a při hospitalizaci je s ním pacient seznámen.

1.2.2 Informovanost pacienta lékařem

V předoperační době by měl ošetřující lékař předem informovat pacienta o důvodu, urgentnosti, rizicích operačního výkonu a jeho průběhu. Ošetřující lékař zodpovídá za kvalitu a rozsah poskytovaných informací. Základem je efektivní komunikace mezi lékařem a pacientem. Pacienti očekávají otevřený a rovnocenný dialog, kdy lékař říká pravdu srozumitelným jazykem, aby dostali dostatečné informace o svém aktuálním stavu, nemoci, průběhu léčby, rekonvalescenci, životním stylu, prevenci. (Linhartová, 2007, s. 62) Nedostatkem efektivní komunikace je direktivní přístup, přetvářování a neschopnost empatie. K odbourání pacientova strachu a úzkosti přispívá zdvořilý, vlídný a trpělivý přístup. Také věcnost v komunikaci budí důvěru. (Šamánková, 2011, s. 11)

Mnohdy nespokojenost pacientů postává z nedostatku informací, ale i z lhostejnosti lékaře nebo způsobu, jakým informace sděloval. Z tohoto důvodu se pacienti bojí zeptat na to, co je zajímavá nebo trápí. V tomto případě to má dopad na pacientovu psychiku, což hraje velkou roli v celkové léčbě a spolupráci. (Ptáček, 2013, s. 186)

1.2.3 Informovanost pacienta všeobecnou sestrou

Řadu výkonů diagnostických i léčebných provádějí všeobecné sestry, které musí umět podat dostatečné informace. Záleží na schopnostech komunikace, způsobu podání informací pacientovi, či jak zodpoví otázky v rámci své kompetence. (Juřeníková, 2010, s. 8) Všeobecná sestra je povinna poučit pacienta o postupu při výkonu, který v rámci svých kompetencí provádí. Naopak není v jejich kompetenci poučovat pacienta o operaci, kterou má podstoupit a ani o jejích komplikacích nebo doporučovat medikamentózní léčbu. V její kompetenci není podávání informací rodinným příslušníkům. (Simonová, 2015, s. 31)

Všeobecná sestra je součástí zdravotnického týmu a může velmi ovlivnit psychiku pacienta před i po operačním výkonu. Komunikace je zaměřena na biologické a psychosociální potřeby pacienta.

Pacienti jsou k všeobecným sestram otevřenější a kladou otázky, které by měli směřovat k lékařům. Na tyto otázky všeobecná sestra neodpovídá, protože k tomu nemá

kompetence. Je však nezbytné, aby sestra rozuměla podstatě věci. Může být výjimkou, že pacient si chce jen informace podané lékařem ověřit a utřídit. Je tedy nutné, aby lékař i všeobecná sestra mluvily totožně. Osobní pocit pacienta z kvalitních informací soudí celé zdravotnické zařízení. (Hekelová, 2012, s. 37)

„ Lékaři a sestry musí udělat vše pro to, aby v žádném chorobopisu požadovaný formulář nechyběl, aby byl jeho obsah pro pacienta srozumitelný i smysluplný a aby na základě tohoto dokumentu mohl pacient učinit informované rozhodnutí o způsobu, jakým chce být léčen.“ (Škrla, 2005, s. 102)

1.3 Informovaný souhlas

V současnosti zdravotníci pracují s informovaným souhlasem, který má krátkou historii. Dříve zdravotník sám rozhodoval komu, jak, kdy a co řekne o pacientově nemoci. Nepovažoval za správné hovořit o skutečnosti, která by mohla pacienta zneklidňovat a oslabovat jeho důvěru. Pacient se podroboval zdravotníkovi s navrhovanou léčbou. Bývalo pravidlem, že při hospitalizaci pacient podepisoval stručné prohlášení, že souhlasí s léčbou. V případě chirurgického zákroku bylo používáno svolení pacienta, které zahrnovalo stručný výpis rizik. „Později byla lékařům uložena zákonem č. 20/1966 povinnost informovat nemocného o jeho zdravotním stavu“. (Haškovcová, 2015, s. 77) Zde je kladen důraz na vhodný a přiměřený způsob poučení. Pokud pacient léčbu odmítal, podepisoval tzv. negativní revers. Pacienti stále vyžadovali více informací, proto i v českém etickém kodexu Práv pacientů nacházíme ustanovení, že pacient má právo získat informace před diagnostickým a terapeutickým postupem. Svobodně se rozhodnout, zda s tím souhlasí. V případě ohrožení znát rizika, která výkon provázejí. Pokud existují jiné alternativy léčby, musí být s nimi seznámen. Rovněž má právo znát jména pracovníků, kteří se na léčebných a diagnostických postupech podílí. K zásadní změně došlo s „vyhláškou o zdravotnické dokumentaci v roce 2006, následně novelizovaná v roce 2007, která obsahuje pravidla pro písemný informovaný souhlas“. (Haškovcová, 2015, s. 78) Dnes mají zdravotníci v informovaném souhlasu jasno. Podmínkou pro provedení diagnostického a terapeutického zákroku je podepsání informovaného souhlasu. Ten musí být poučný, kvalifikovaný a svobodný. Informovaný souhlas slouží i k pochopení lékařských informací, proto se zdravotník musí soustředit na to, co je podstatné,

srozumitelné a reprezentativní. Tak získá pacient poučení a zdravotník souhlas. Ale i v dnešní době se pacient dostává do situace, kdy je na něj kladeno příliš informací, má bolesti, strach a často neví, jak si s informacemi poradit. (Haškovcová, 2015, s. 77, 78)

1.4 Formy informovaného souhlasu

Pacienta informujeme ústně a on může souhlas vyjádřit ústně, konkludentně nebo písemně. V ordinacích praktického lékaře se používá především souhlas ústní a konkludentní, kdy pacient projeví souhlas slovně nebo mlčky, ale se souhlasným gestem. Tuto formu souhlasu nelze zpětně prokázat, proto se přikláníme k písemnému souhlasu. Při písemném souhlasu máme informovaný souhlas jako doklad, kterým chráníme sami sebe. „Podrobné informace týkající se obsahu písemného informovaného souhlasu jsou uvedeny ve Vyhlášce č. 64/2007 Sb. o zdravotnické dokumentaci.“ (Haškovcová, 2015, s. 80)

U informovaného souhlasu nejde o to pacienta informovat podrobně, ale aby informacím rozuměl. Informovaný souhlas musí obsahovat údaj a účel zamýšleného výkonu, údaje o rizicích a důsledcích léčby nebo výkonu, léčebné alternativy, záznam o ústním poučení a prohlášení, že pacient mohl klást otázky a s jeho osobními údaji bude zacházeno důvěrně. Pacientovi necháváme dostatek času, aby si informovaný souhlas přečetl, což je jedna z podmínek, aby souhlas pacienta byl svobodný. Informovaný souhlas musí obsahovat datum, podpis pacienta a lékaře, popřípadě jiného zdravotníka. Nutné je razítko instituce. Zmíněný tiskopis zakládáme do dokumentace pacienta. (Mach, 2013, s. 92)

S informovaným souhlasem počítáme i u pacientů, kteří nemohou projevit souhlas, např. v bezvědomí a jejich léčba je umožněna tzv. předpokládaným souhlasem. U pacientů nezletilých nebo nesvéprávných přistupujeme k tzv. zástupnému rozhodování. (Haškovcová, 2015, s. 80, 81)

1.5 Chyby při získávání informovaného souhlasu

I když jsou jasně daná pravidla jak správně postupovat při informovaném souhlasu, dochází v praxi k omylům. Nejčastější chybou je podepsání informovaného souhlasu bez rozhovoru s pacientem. Pacient nemůže klást otázky, když nerozumí navrhovaným postupům. Stává se, že pacient podepisuje informovaný souhlas v době premedikace před operačním výkonem, kdy léky mohou ovlivnit pacientovo vnímání, a může být jeho podpis zpochybněn. Z etického hlediska se vyvolává polemika uvádět rizika, která mohou vzniknout i při banálních výkonech. Pacienta nesmíme vyděsit, ale jen tuto možnost připomenout. (Ayers, Visser, 2015, s. 69) Informovaný souhlas nemůže obsahovat všechna rizika, proto je nutné soustředit se jen na rizika závažná a častá. Pacienta musíme motivovat ke spolupráci a zajistit si jeho důvěru k celému ošetřovatelskému týmu. Pozornost klademe i na možnost alternativy, kdy některé výkony mohou být obtížně dostupné nebo nedostupné na území našeho státu. Důvod je finanční, organizační nebo edukační. Zde je důležitý citlivý přístup, ale i dobrá rozvaha, jak nemocnému informaci sdělit. Zamlčování není na místě, ale rada, jak postupovat s nedostupností je samozřejmostí. (Haškovcová, 2015, s 81, 82).

2 SVODNÁ ANESTEZIE

Metoda svodné anestezie patří k významným objevům v medicíně. Přinesla snížení utrpení a zvýšení komfortu pacienta. Začala se rozvíjet v druhé polovině 19. Století. Vývoj metody probíhal současně s anestezií celkovou. K provedení svodné anestezie používáme lokální anestetika (dále jen LA), což jsou léky, které zabraňují vzniku a vedení vzruchu ve vzrušivých tkáních. Využívají se různé metody svodné anestezie, aby bylo možné provést výkon při plném vědomí. (Nalos, 2010, s. 15, Larsen, 2004, s. 397) Svodnou anestezii dělíme na určité techniky, **subarachnoidální, epidurální a periferní nervové blokády**.

2.1 Předoperační příprava

Před operací musíme zjistit celkový zdravotní stav pacienta, zda je vhodný ke svodné anestezii. Anesteziolog provede konzilium, které se neliší od konzilia k celkové anestezii. Odebere podrobnou anamnézu, kde zjišťuje zejména kardiovaskulární, respirační a neurologické onemocnění, užívání léků, které by mohly svodnou anestezii vyloučit. Fyzikálním vyšetřením zjišťuje stav páteře a velkých kloubů. Kontroluje hodnotu laboratorních výsledků, kde se zaměřuje na koagulační screening, biochemický rozbor krve a krevní obraz. Při předoperační přípravě nezapomínáme na informační rozhovor, kde anesteziolog vysvětlí, co svodná anestezie obnáší, jaké jsou výhody, co se při operaci děje, jak se chovat v pooperační době. Rozhodnutí necháme na pacientovi. Pokud má pacient strach, že bude při plném vědomí nebo, že nebudou dostatečně působit LA, vysvětlíme mu možnost podání celkové anestezie, kdykoliv během výkonu. (Wagner, 2009, s. 15)

Při aplikaci svodné anestezie je anesteziolog odkázán na spolupráci pacienta, proto jsou dostatečné a srozumitelné informace důležité. Na konci konzilia anesteziolog naordinuje premedikaci, která neovlivní pacientovo vědomí, aby došlo na operačním sále k dobré spolupráci.

Pro tato konzilia máme k dispozici na našem oddělení anesteziologickou ambulanci, která zajišťuje soukromí při podávání informací spojených s anesteziologickým postupem při operaci. Rozhovorem se snažíme pacienta seznámit s tím, co ho čeká

v souvislosti se svodnou anestézií. Pacientovi dáme prostor na otázky a necháme ho podepsat informovaný souhlas. Anesteziolog vše prezentuje na anesteziologické vizitě v den výkonu. (Larsen, 2004, s. 436,437)

Na operační sál přijíždí pacient s časovou rezervou, abychom měli čas na zajištění pacienta a provedení informativního rozhovoru. Pacientovi se představíme, ověříme si jeho totožnost, jak otázkou, tak kontrolou identifikačního štítku a dokumentace. Ptáme se na alergie, přesvědčíme se o vyjmutí zubní protézy a sejmutí šperků. Zajistíme žilní vstup a aplikujeme roztok dle ordinace lékaře, zajistíme monitorování krevního tlaku, pulsu, saturace hemoglobinu kyslíkem (dále jen SpO2), elektrokardiogram (dále jen EKG), vědomí a dýchání. Připravíme sterilní stolek ke svodné anestézii, sterilní roušku, tampóny, čtverce a sterilní plášť. Důležité jsou speciální jehly dle druhu svodné anestezie. Vzhledem k nežádoucím účinkům musíme mít připraveny všechny léky a pomůcky k celkové anestézii, využíváme znalosti vedení svodné anestezie.

Na podkladě anesteziologického konzilia stanoví anesteziolog anesteziologické riziko. Nejvíce se využívá klasifikace ASA. Schéma označujeme číslicemi od 1 do čísla 7.

Tabulka 1 – Klasifikace ASA

Klasifikace	Definice, popis stavu
ASA I	Vypovídá o normálním, zdravém pacientovi
ASA II	Pacient trpí lehkým onemocněním, ale nemoc snáší bez omezení
ASA III	Poukazuje na těžké nebo závažné onemocnění, které omezuje funkční výkonost pacienta
ASA IV	Těžké onemocnění nebo choroba, která ohrožuje pacienta na životě, ať se podrobí operaci nebo nikoliv
ASA V	Pacient, u kterého lze očekávat smrt do 24 hodin, ať se podrobí operaci nebo nikoliv
ASA VI	Akutní pacienti skupiny I - II
ASA V	Akutní pacienti skupiny III - V

Zdroj: Málek, 2011, s. 10

Anestezie s nulovým rizikem není a nikdy pravděpodobně nebude, i když je aplikována dle platných standardů, tzv. lege - artis. Proto si musíme všimnout rizikových faktorů, které zvyšují riziko anestezie. Musíme znát fyziologii a patofyziologii tělních systémů. Anesteziolog musí rozpoznat míru zatížení organismu před operačním výkonem. Naléhavost operačních výkonů dělíme na výkony plánované, akutní a výkony z vitální indikace. (Barash, 2015, s. 23)

2.2 Subarachnoidální anestezie

Subarachnoidální anestezie je přechodné přerušení vedení vzruchu v míšních kořenech pomocí LA do lumbálního prostoru mezi tvrdou a měkkou míšní plenou. Dochází zde k vyvolání dočasné sympatické, sensorické a motorické blokády. Tento typ svodné anestezie se nejvíce používá u operačních výkonů na dolních končetinách, pánvi, podbřišku, ale i u řady porodnických výkonů. (Barash, 2015, s. 392) Je to nejčastěji využívaná metoda svodné anestezie. U této metody musíme myslet i na vedlejší účinky a komplikace, které zhodnotí zkušený anesteziolog, který je s metodou dobře seznámen a umí spolehlivě tyto nežádoucí účinky odhalit. (Larsen, 2004, s. 420)

Další metodou je **kontinuální subarachnoidální anestezie**, kdy se zavádí tenký katétr do subarachnoidálního prostoru, kterým můžeme aplikovat LA opakovaně. Metoda je v dnešní době stále populárnější. Jedinou komplikací je infekce míšních plen. Katétr ošetřujeme asepticky a používáme antibakteriální filtry, které pravidelně vyměňujeme. Katétrů jsou plastové a tenké, takže LA aplikujeme velmi pomalu. Indikace nejsou přesně určeny, ale nejčastěji tuto metodu využíváme k tlumení krutých bolestí maligního původu, rezistentních na jinou léčbu. (Larsen, 2004, s. 436)

Pro subarachnoidální anestezii využíváme LA. Jejich účinek je různě dlouhý. Záleží na koncentraci, množství a baricitě, rychlosti podání, místě vpichu, věku, výšce a hmotnosti pacienta. Nástup účinku je již během aplikace, kdy pacient pociťuje brnění, tíhu v dolních končetinách a pocit tepla. Nástup úplného účinku je různě dlouhý, pohybuje se okolo 5 až 10 minut. Do úplné fixace LA musí pacient zůstat ve správné poloze. Odeznění účinku LA je také různě dlouhé, kdy se funkce nervu postupně vrací a LA se vstřebává do krevního oběhu. (Larsen, 2004, s. 428) Význam LA je v **baricitě lokálního**

anestetika. Rozlišujeme **izobarická**, která mají stejnou hustotu jako mozkomíšni mok, zůstávají v blízkosti vpichu a pacient nemusí měnit svoji polohu. Využíváme u pacientů s poraněním, kdy nemusí provádět bolestivé změny polohy. **Hyperbarická**, která jsou hustší než mozkomíšni mok, proto v mozkomíšním moku klesají. Šíření hyperbarického LA ovlivňujeme polohou pacienta po dobu fixace LA. Po skončení fixace se již blokáda nešíří. Fixace LA je různě dlouhá. **Hypobarická**, která mají menší hustotu než mozkomíšni mok a v mozkomíšním moku stoupají. Hypobarická metoda se používá méně. (Larsen, 2004, s. 435,436)

Během spinální punkce monitorujeme fyziologické funkce. Pro anesteziologa je důležitá správná poloha pacienta. Pacient sedí nebo je položený na boku s vyklenutými zády, udělá tzv. kočičí hřbet. Přitáhne si dolní končetiny k břichu, bradu položí na prsa. Při této poloze se oddálí trnové výběžky obratlů a tím se usnadní punkce do subarachnoidálního prostoru. Poloha je základ pro správnou aplikaci LA. Jestliže máme takto připraveného pacienta, anesteziolog označí místo vpichu, kde se orientuje podle hřebenu lopat kyčelních. Punkci provádí v oblasti L2/L3, L3/L4, L4/L5 meziobratlových prostorů. Místo vpichu široce dezinfikuje, zakryje sterilní perforovanou rouškou, nasaje LA do stříkačky a poté aplikuje do interspinálního prostoru. Spinální jehlu zavede přes vodící jehlu do subarachnoidálního prostoru, odstraní mandrén a když mozkomíšni mok odtéká, může anesteziolog aplikovat LA. Při punkci se může spinální jehla dotknout nervového kořene, což vyvolá parestézie. Pacient popisuje bolest. V tomto okamžiku anesteziolog mění směr punkce. Účinek LA je téměř okamžitý. Nejdříve jsou ovlivněna preganglionální sympatická vlákna, kdy dochází k vazodilataci a může nastat pokles krevního tlaku. Poté ovlivňuje vlákna tepelného vnímání. Pacient nerozezná studený a teplý obklad. Dále přestává cítit bolest. Nakonec blokáda ovlivní dotek, pohybové cití, motoriku, vibrace a polohové cití. (Larsen, 2004, s. 428, 429) Po dobu punkce a fixace LA sledujeme pocity pacienta, nepřestáváme komunikovat.

Během operace je nutný stejný dohled, jako u anestezie celkové. Pacient je pod kontrolou anesteziologa a anesteziologické sestry což zvyšuje jeho pocit bezpečí. Zklidnit můžeme pacienta i farmakologicky. Monitorujeme krevní tlak, SpO2, EKG, dýchání a vědomí. Pokles krevního tlaku může nastat kdykoliv, hlavně u pacientů s onemocněním oběhového systému. Pokud je subarachnoidální anestezie nedostatečná, vysvětlíme pacientovi, že přistupujeme k anestezii celkové. (Larsen, 2004, s. 442, 443)

2.2.1 Indikace a kontraindikace

Klinický stav má při subarachnoidální anestezii velký význam. Nejvhodnější jsou pacienti ze skupiny ASA I až III. U rizikovějších pacientů může být subarachnoidální anestezie vhodnější než celková, kde se zaměřujeme na choroby respirační, srdeční, dále na choroby jater a ledvin. V patrnosti bereme i délku a typ výkonu, znalost operátora, možnosti pooperační péče, souhlas pacienta s subarachnoidální anestézií, malá krevní ztráta, stupeň svalové relaxace. Na paměti musíme mít, že subarachnoidální anestezie nemá absolutní indikaci. (Larsen, 2004, s. 431, 432)

U subarachnoidální anestezie rozlišujeme absolutní a relativní kontraindikace. U absolutních kontraindikací hrozí riziko poškození pacienta, které neobhájíme. Mezi absolutní kontraindikace zahrnujeme nesouhlas pacienta. K této metodě anestezie pacienta nepřemlouváme. Absolutní závažnou kontraindikací je porucha srážlivosti, když vznikne při punkci krvácení, dochází k útlaku a porušení míšních kořenů, které doprovází neurologické potíže. Subarachnoidální anestezii můžeme provést při malých dávkách nízkomolekulárního heparinu. Dále sem patří neurologická onemocnění. Stav po operaci obratlových plotének není kontraindikací, jen je punkce obtížnější. Septický stav, kožní infekce v místě vpichu, hypovolémie, šok také patří mezi absolutní kontraindikace. (Mario, 2007, s. 211) Důležité je zaměřit se na onemocnění srdce, kde dbáme na dodržení všech bezpečnostních opatření. Relativní kontraindikace nezahrnují velké riziko nebo ohrožení pacienta. Mezi relativní kontraindikace patří těžké deformity páteře, silné bolesti hlavy již před operací, záněty kloubů, osteoporóza a výhřez ploténky. (Larsen, 2004, s. 432, 433)

2.2.2 Komplikace

Každá anestezie s sebou nese určitá rizika. U subarachnoidální anestezie mohou nastat komplikace **časné** a **pozdní**. Mezi **časné** komplikace patří **pokles krevního tlaku** během prvních 20 minut po spinální punkci, který je spojen s bradykardií. Pokles krevního tlaku může nastat i později. Pacienti reagují citlivě na změnu polohy. Větší pokles krevního tlaku je nutno řešit okamžitě. Snížíme hlavu, zvedneme dolní končetiny pacienta a zrychlíme infusní roztok. Jestliže tyto opatření nepomohou, aplikujeme intravenózně vazopresory. (Singer, 2009, s. 264) Další komplikací je **nauzea** a **zvracení**, které se objeví

většinou na začátku výkonu, když dojde k poklesu krevního tlaku. Vymizí po jeho úpravě. Aplikujeme pacientovi kyslík obličejovou polomaskou. Při trvání nauzei aplikujeme antiemetikum. Mezi nejzávažnější komplikaci patří **totální subarachnoidální anestezie**, která ohrožuje pacienta na životě a její průběh je velmi dramatický. Dochází zde k úplné blokádě sympatiku a k obrně bránice. Příčinou této komplikace je velká dávka LA a nesprávná poloha pacienta. Projeví se neklidem, dušností, velkým poklesem krevního tlaku, zástavou dýchání, mydriázou a ztrátou vědomí. Řešit se musí okamžitě rychlou intubací a následnou plicní ventilací, náhradou objemu a aplikací vazopresorů. Častou komplikací je i pokles **tělesné teploty**. Na operačních sálech pracujeme v chladnějším prostředí a u pacientů dochází k podchlazení. Tomu předcházíme použitím zahřívací podložky, která zabraňuje úniku tepla. **Selhání metody** řadíme také mezi časné komplikace. (Larsen, 2004, s. 443)

Za **pozdní komplikace** považujeme ty, které se objeví hodiny až dny po aplikaci subarachnoidální anestezie. Řadíme mezi ně **retenci moče**, kdy se pacient po čtyřech hodinách po výkonu musí vymočit. Pokud se pacient nevymočí, přistupujeme k jednorázovému vycévkování. Problém může být i psychický, kdy pacient má blok vyprázdnit se na lůžku. **Postpunkční bolesti hlavy**, vznikají z důvodu úbytku mozkomíšního moku při punkci. Pacienti pocítují bolesti v zátylku nebo na čele, zhoršující se při vstávání, ve stoji nebo při použití břišního lisu. Bolest hlavy může provázet porucha vidění, sluchu a závrať. Postpunkční bolesti hlavy rozpoznáme u pacientů, kteří bolestmi hlavy před výkonem netrpěli. Bolest hlavy mohou způsobit silnější spinální jehly z důvodu většího odtoku mozkomíšního moku a vyskytují se častěji u pacientů mladšího věku. Pacienti by měli po punkci dodržovat klid na lůžku 12 až 24 hodin. Bolest hlavy zmírníme podáváním analgetik a dostatečným přísunem tekutin. Při selhání konzervativní léčby přistupujeme k aplikaci autologní krve. Odebereme 5 až 10 ml pacientovi žilní krve a za aseptických podmínek ji aplikuje anesteziolog v blízkosti předchozího vpichu do subarachnoidálního prostoru. Pacienti musí ležet 30 až 60 minut. Již při první aplikaci vymizí bolesti u většiny pacientů. Aplikaci provádíme rychle, aby nedošlo ke sražení krve. Záleží na dobré spolupráci mezi anesteziologem a anesteziologickou sestrou. Aplikace se může druhý den opakovat. **Bolesti zad**, kde příčina není úplně známá a léčba probíhá symptomaticky. **Neurologické komplikace** jsou vzácné, ale musíme s nimi počítat. Může docházet k traumatu míchy, porucha prokrvení míchy, zanesení infekce do

subarachnoidálního prostoru. Při neurologických komplikacích musí být pacienti vyšetřeni neurologem. (Larsen, 2004, s. 443, 444)

2.3 Epidurální anestezie

Epidurální anestezie je přechodné přerušení nervových vzruchů podáním LA do epidurálního prostoru, který je mezi tvrdou míšní plenou a kostmi s vazy páteřního kanálu. Epidurální prostor může být punktován v celé délce páteře. Identifikace epidurálního prostoru vyžaduje nácvik a provádí se metodou **visící kapky** u ústí jehly nebo **metodou ztráty odporu**, kdy při dosáhnutí epidurálního prostoru ztrácí píšť stříkačky pružný odpor. LA proniká k míšním kořenům difuzí. Účinek blokády probíhá stejně jako u subarachnoidální anestezie. Rozdíl je mezi kvalitou a rychlostí postupu blokády. Nástup epidurální anestezie je 20 až 30 minut, kdy vyřazení motoriky není úplné, takže pohyb dolních končetin a stah svalů bývá zachován. Tato metoda se využívá hlavně v porodnictví. (Larsen, 2004, s. 451, 452, Pařízek, 2002, s. 257)

Další metodou je **kontinuální epidurální anestezie**, kdy zavádíme tenký katétr do epidurálního prostoru a tím je umožněno provádět trvalou regulaci doby anestezie a jejího rozsahu. LA můžeme aplikovat opakovaně. (Málek, 2011, s. 111) Epidurální katétr můžeme ponechat bez komplikací i týden. Po skončení léčby se katétr odstraňuje pomalým tahem a po vytáhnutí kontrolujeme celistvost katétru. Pokud se katétr při vytahování přetrhne a zůstane v epidurálním prostoru, není nutná operační revize, ale pacienta neurologicky sledujeme po několik týdnů. Tato metoda se využívá zejména u výkonů delšího trvání, k léčbě pooperačních bolestí nebo k porodnické analgezii. (Larsen, 2004, s. 462)

Kaudální anestezie je metoda epidurální anestezie vyvolaná aplikací LA do sakrálního kanálu kosti křížové. K této anestezii je nutné velké množství LA, což může způsobit toxickou reakci. Provádí se pouze pro ohraničenou blokádu sakrálních a kostrčních nervových kořenů, při výkonech na hrázi nebo v porodnické analgezii. Může se využít i v dětské chirurgii v kombinaci s celkovou anestézií, kde se dosahuje dlouhodobého vyřazení bolesti, např. u fimózy. (Larsen, 2004, s. 469)

Epidurální punkci provádí zkušený anesteziolog, který zná postupy v celkové anestezii a resuscitaci, protože i tuto metodu mohou provázet komplikace. K epidurální anestezii používáme speciální jehly, které se od spinálních jehel liší svým průměrem. Nejčastěji jsou to Tuohyho jehly nebo jehly Crawfordovi. Příprava na epidurální anestezii je totožná jako u anestezie spinální. Punkci provádíme, vsedě, nebo vleže na boku. Nejčastější místo vpichu je meziobratlový prostor L3/L4 nebo L2/L3. Při aplikaci LA se musí anesteziolog přesvědčit, jestli jehla neprošla do subarachnoidálního prostoru. Pokud pronikla, pacient ucítí během několika minut tíhu a teplo v dolních končetinách. Při detekování epidurálního prostoru anesteziolog aplikuje LA, kdy objem LA musí být větší než u subarachnoidální. Čím větší objem, tím rozsáhlejší blokáda. Epidurální prostor je velká cévnatá oblast, takže může dojít snadno k předávkování LA a tím k ohrožení pacientova života. (Larsen, 2004, s. 457, 460)

2.3.1 Indikace a kontraindikace

Indikace a kontraindikace jsou stejné jako u subarachnoidální anestezie. Epidurální anestezie má některé samostatné indikace. Nejčastější indikací je tlumení bolesti při porodu, léčení pooperačních bolestí, posttraumatické vyřazení bolesti, dlouhodobé řešení bolesti pomocí opiátů u pacientů s onkologickým onemocněním, při diagnostice chronických bolestí. (Larsen, 2004, s. 455, 456)

2.3.2 Komplikace

Komplikace rozlišujeme jako u subarachnoidální anestezie na **časné** a **pozdní**. Epidurální anestezie má ještě některé specifické komplikace, z nichž nejzávažnější je **masivní epidurální** anestezie. Tato komplikace je velmi vzácná a její příčinou je předávkování LA, kdy se nechal na vědomí např. věk pacienta, přidružené onemocnění. Projeví se až po 20 minutách po aplikaci LA. Léčí se stejně jako u totální subarachnoidální anestezie. **Nechtěná punkce tvrdé pleny** neohrožuje pacienta na životě, projeví se následující den bolestí hlavy. Léčba je v aplikaci autologní krve. (Larsen, 2004, s. 467, 468)

2.4 Periferní nervové blokády

Periferní nervové blokády vyvoláme aplikací LA do tkáně v blízkosti nervu, nervového kmene nebo pleteně. Blokáda je ohraničená a omezená na oblast potřebnou k výkonu. Dopad na celkový stav pacienta je minimální. Nenastává ovlivnění dýchání, srdce ani krevního oběhu. Úspěch závisí na zkušenosti, zručnosti a anatomických znalostech anesteziologa. (Jindrová, 2011, s. 40) Pro tuto techniku využíváme nervovou stimulaci nebo ultrazvukové zobrazení. V některých případech je dobrá kombinace obou metod. K nervové stimulaci používáme neurostimulátor, kde se pomocí jehly aplikují krátké impulzy elektrického proudu o napětí 2 až 20 V, o měnlivé proudové intenzitě a volitelné frekvenci. Elektrická stimulace je nebolestivá a je třeba postupovat tak, aby proudová intenzita vyvolala stah, který určí, že je jehla v blízkosti nervu. Při ultrazvukovém zobrazení vidíme anatomické struktury a postup jehly k perifernímu nervu. (Larsen, s. 477)

Periferní nervové blokády se aplikují na horní končetině, kde lokalizujeme **supraklavikulární přístup, interskalický blok a axilární blokádu**. Tyto blokády se používají při výkonech na ruce, předloktí, paži a v oblasti ramene. Mezi nervové blokády na dolních končetinách patří **blokády bederní pleteně a hlezenní blokády**. Používají se k diagnostickým a operačním výkonům na dolní končetině. **Blokády mezižebních svalů** se využívají zejména v hrudní chirurgii k léčbě pooperačních bolestí nebo jiných akutních bolestí. (Larsen, 2004, s. 477, 499)

Předoperační příprava je stejná jako u anestezie celková. Při anesteziologickém konziliu anesteziolog pacienta poučí o postupu. Při fyzikálním vyšetření si anesteziolog podrobně prohlédne anatomické orientační body pro konkrétní blokádu. Není zde nutné žádné speciální vyšetření. Periferní nervovou blokádu lze provést i u pacientů s antikoagulační léčbou. Všichni pacienti dostávají před výkonem premedikaci, která by neměla ovlivnit vědomí, jelikož při aplikaci potřebujeme spolupráci pacienta. Periferní nervové blokády provádíme v samostatné místnosti, kde jsou všechny potřebné pomůcky. Na operačních sálech je to nejčastěji dospávací pokoj. (Larsen, 2004, s. 477)

Při příjezdu pacienta na operační sál a poté na dospávací pokoj identifikujeme pacienta a zajistíme žilní vstup. Máme připravené všechny pomůcky k provedení periferní nervové blokády, pomůcky k resuscitaci, léky a zdroj kyslíku. U pacienta monitorujeme

EKG, puls, krevní tlak, SpO₂ a aplikujeme infuzní roztok dle ordinace lékaře. Pacienta monitorujeme z důvodu diagnostiky příznaků systémové toxicity. Během výkonu jsme s pacientem neustále v kontaktu. Vysvětlíme, že když jehla proniká k nervu, vyvolá parestazie, které mohou být nepříjemné, ale neměli by být bolestivé. Pokud se objeví bolest, znamená to, že jehla pronikla do nervu a mohla by nerv poškodit. Periferní nervovou blokádu provádíme za přísně aseptických podmínek. Při rozsáhlé nervové blokádě vyžadují pacienti pečlivý dohled jako pacienti s anestezií celkovou. (Larsen, 2004 s. 477)

Pacienti po periferní nervové blokádě nepotřebují zvláštní anesteziologický dohled. Po výkonu mohou být předáni na standardní oddělení za předpokladu, že neočekáváme velkou krevní ztrátu nebo pokud nenastaly komplikace spojené s výkonem. Při blokádě končetin je důležité správné vypodložení končetiny, aby nedocházelo k otlakům a poranění. (Larsen, 2004, s. 477)

Periferní nervové blokády mají od celkové anestezie své výhody. Méně ohrožují rizikové pacienty, není zde nebezpečí aspirace, jsou vhodné u ambulantních výkonů. Pacienti jsou při vědomí a pooperační dohled není zpravidla nutný. Mají i své nevýhody, kdy blokáda může být nedostatečná, metoda vyžaduje více času a může dojít k poranění nervů, krevních cév nebo pleury. (Larsen, 2004, s. 476)

2.5 Úloha anesteziologické sestry

Anesteziologická sestra zajišťuje s anesteziologem péči o pacienta během výkonu nebo vyšetření, které vyžadují celkovou, svodnou anestezii nebo analgosedaci. Asistují při všech metodách anestezie. Anesteziologická sestra pečuje o pacienta po stránce edukační, somatické, psychologické i farmakologické. Edukace spočívá v předávání informací pacientovi před, ale i po výkonu. Tím se pacient dozví o činnostech, které mu bude anesteziologická sestra provádět. Pacient je poučen, co se bude dít před i během operace a co jej čeká v pooperačním období. Cílem edukace je i psychologická podpora pacienta. Péče po somatické stránce zahrnuje prevenci vzniku pádu, tepelných ztrát, porušení kožní integrity a prevence vzniku infekce. (Kolektiv autorů, 2008, s. 16)

Při převzetí pacienta z oddělení klademe důraz na jeho identifikaci dle dokumentace, otázkou a z identifikačního štítku. Ptáme se, zda je lačný, zda není alergický na léky, dezinfekci, jestli má odstraněnou zubní protézy a sejmuté šperky. (Wirthová, 2008, s. 23)

Nedílnou součástí je příprava anesteziologického pracoviště, léků, pomůcek a přístrojů. Všechny svoje činnosti zaznamenává do dokumentace. Velkou pozornost věnuje přípravě pomůcek na intubaci. Anesteziologická sestra pomáhá při ukládání na operační stůl a zároveň zajišťuje správnou polohu pacienta. Zavádí periferní žilní katétr a monitoruje fyziologické funkce. Spolupracuje a asistuje anesteziologovi při úvodu, vedení a ukončení u všech druhů anestezie.

Po skončení výkonu předává pacienta na dospávací pokoj a pak dle stavu zpět na standardní oddělení nebo Jednotku intenzivní péče. Předáním pacienta práce anesteziologické sestry nekončí. Následuje úklid anesteziologického pracoviště, doplněním pomůcek a léků, aby vše bylo připravené na následující den.

PRAKTICKÁ ČÁST

3 FORMULACE PROBLÉMU

Svoji práci jsem zaměřila konkrétně na oddělení anestezie ve Fakultní nemocnici v Plzni. (viz příloha 1) Pracuji zde jako anesteziologická sestra a zajímá mě přání a informovanost pacientů spojená s výběrem typu anestezie. Proto edukaci vidím na prvním místě. Jako anesteziologická sestra mám možnost komunikovat s pacienty před, po, ale i během operačního výkonu. Pro pacienty je to náročná situace, kde se musí orientovat v cizím prostředí a roli zde hraje i psychika. Při informování pacientů lékařem často lékaři používají odborné výrazy, kterým pacienti nerozumí. Komunikace mezi zdravotníkem a pacientem je náročná, ale velmi důležitá. Vyžaduje čas, ochotu a trpělivost. Za kvalitu podaných informací o druhu anestezie je zodpovědný anesteziolog, ale pacient je v častějším kontaktu s anesteziologickou sestrou, která musí odpovídat na pacientovi otázky v rámci svých kompetencí. Anesteziologická sestra si při rozhovoru s pacientem ověřuje, jak je informován a zda informacím rozuměl. Rozhovorem s pacienty, bych chtěla zjistit, zda i písemné informované souhlasy jsou stručné, věcné a pacienti jim rozumí.

4 CÍL VÝZKUMU

Cílem mého výzkumu je zmapovat jsou-li informace podané pacientům dostatečné a srozumitelné.

4.1 Dílčí cíle

- 1) Zjistit jakým způsobem na pracovišti probíhá informační rozhovor mezi zdravotníkem a pacienty.
- 2) Zjistit kvalitu informovanosti pacientů před a po podání svodné anestezie.
- 3) Zjistit zda byla pacientům nabídnuta možnost zvolit si druh anestezie.

5 OPERACIONALIZACE POJMU

Svodná anestezie = druh anestezie, kdy není porušeno pacientovo vědomí.

Subarachnoidální anestezie = přechodné přerušení vedení nervových vzruchů v míšních nervech aplikací injekce LA do subarachnoidálního prostoru. (Larsen, 2004, s. 421)

Pokračující subarachnoidální anestezie = zavedení katétru do subarachnoidálního prostoru, jímž se aplikuje LA. (Larsen, 2004, s. 436)

Epidurální anestezie = přechodné přerušení vedení nervových vzruchů, aplikací LA do epidurálního prostoru. (Larsen, 2004, s. 448)

Kaudální anestezie = forma epidurální anestezie vyvolaná aplikací LA do sakrálního kanálu křížové kosti. (Larsen, 2004, s. 469)

Pokračující epidurální anestezie = zavedení katétru do epidurálního prostoru, jímž se aplikuje LA. (Larsen, 2004, s. 462)

Periferní nervové blokády = aplikace LA do blízkosti nervů. (Larsen, 2004, s. 475)

6 VÝZKUMNÉ OTÁZKY

- 1) Jaký je největší problém související s informovaností pacientů?
- 2) Jaká je kvalita podaných informací?
- 3) Co by bylo potencionálním přínosem problematiky informovanosti pacientů?

7 DRUH VÝZKUMU A VÝBĚR METODIKY

Pro získávání informací do bakalářské práce jsem si vybrala kvalitativní výzkum. Kvalitativní výzkum umožňuje, aby dané téma bylo s respondentem probráno do hloubky. Téma bakalářské práce je vysoce individuální a je zde potřeba podrobný popis problematiky. (Hendl, 2008, s. 102) Zajímá mě reakce, pocity, ale i poučení pacientů. K rozhovoru byli vybráni 4 respondenti hospitalizovaní ve FN Plzeň, kteří byli seznámeni s tím, že jejich rozhovory budou zcela anonymní. (viz příloha 2)

8 METODA

V případové studii popisují, jaké informace jsou pacientům podány. Vědecké informace jsem získala z odborných knih, které se vztahují k dané problematice. Současně jsem využila svoje zkušenosti z operačních sálů, kde pracuji jako anesteziologická sestra. Informovanost je předpokladem péče o pacienta a tím navazující dobré spolupráce. Kladu důraz na pohled pacienta, ke kterému přistupujeme individuálně a respektujeme jeho přání.

9 VÝBĚR PŘÍPADU

Výběr případu byl záměrný, protože se s touto problematikou setkávám často. K rozhovoru byli vybráni 4 respondenti, kteří podstoupili operační výkon ve svodné anestezii. Důležité je zapojit pacienta do rozhovoru, dát mu příležitost k otázkám a respektovat pacientovo rozhodnutí. Respektovat pacienta jako partnera.

10 ZPŮSOB ZÍSKÁVÁNÍ INFORMACÍ

Informace jsem získala polostrukturovaným rozhovorem. Oslovila jsem pacienty před a po podání svodné anestezie. Všichni dotazovaní podepsali informovaný souhlas, který je anonymní (viz příloha 2). Rozhovory jsem prováděla v anesteziologické ambulanci, FN Plzeň, která zajišťuje soukromí. Na začátku jsem upozornila, že pokud na některou otázku nechtějí odpovídat, tak nemusí. Rozhovor jsem se svolením nahrávala na diktafon, následně přepsala a analyzovala. Rozhovor trval různě dlouho, od třiceti až do čtyřiceti minut, po té měl pacient možnost zeptat se na informace, kterým nerozuměl.

11 ORGANIZACE VÝZKUMU

Výzkum jsem prováděla dva měsíce od ledna do února 2016 na oddělení FN Plzeň. (viz příloha 1) Na začátku jsem se zaměřila na plán operačního programu, ze kterého jsem si vybrala pacienty, kterým byla svodná anestezie nabídnuta. Dále jsem byla přítomna informačním rozhovorům mezi anesteziologem a pacientem, kdy anesteziolog vysvětluje pacientovi průběh, ale i možné komplikace spojené se svodnou anestézií. Důležitá je i role anesteziologické sestry, které pacient klade doplňující otázky. Zde se zaměřuji na edukaci, spolupráci pacienta při samotné aplikaci svodné anestezie a spokojenost pacienta s vybraným druhem anestezie.

12 ZPŮSOB ZÍSKÁVÁNÍ INFORMACÍ

Všichni respondenti podepsali informovaný souhlas, který zaručuje absolutní anonymitu, a byli seznámeni s tím, pokud jim bude některá z otázek nepříjemná, nemusí na ni odpovídat. Informovaný souhlas naleznete v příloze. Rozhovory jsem prováděla v anesteziologické ambulanci nebo na pokoji pacientů. Vždy jsem se snažila zajistit klid a soukromí. Rozhovor jsem nahrávala na diktafon nebo jsem si dělala poznámky. Snažila jsem se zachytit i objektivní pocity pacientů. Rozhovor trval různě dlouho, od třiceti až do čtyřiceti minut.

13 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

Respondent 1

Pacient 72 let, důchodce, hospitalizovaný na chirurgickém oddělení FN Plzeň. Hospitalizace z důvodu operace umbilikální hernie. Pacient již dříve hospitalizován na interním oddělení pro dekompenzovanou hypertenzi, fibrilací síní. Na chirurgickém oddělení první hospitalizace, operační výkon v minulosti nepodstoupil. Pacientovi byla při anesteziologickém konziliu nabídnuta subarachnoidální anestezie, vzhledem k výkonu, kdy umbilikální hernie byla odoperována klasickým způsobem a ne laparoskopicky.

Mohl jste si vybrat druh anestezie a bylo Vám vyhověno?

Druh anestezie jsem si vybrat mohl, ale chtěl jsem raději celkovou anestezii, protože jsem se svodné anestezie obával. Po rozhovoru s anesteziologem a jeho vysvětlení, co svodná anestezie obnáší, jsem souhlasil.

Od koho jste získal informace o svodné anestezii?

Informace jsem získal až v nemocnici. Nikdy předtím jsem o svodné anestezii neslyšel.

Měl jste dostatek času na přečtení a pochopení informovaného souhlasu?

Informovaný souhlas jsem si pečlivě přečetl, ale některým výrazům jsem nerozuměl. Po rozhovoru s anesteziologem, jsem určité odborné výrazy pochopil a rozhodl se pro tento typ anestezie.

Pomohli Vám podané informace zmírnit obavy při provedení svodné anestezie?

Obavy byly velké, nedokázal jsem si spoustu věcí představit, hlavně jsem měl strach z toho, aby nedošlo k poranění míchy. Takže mi informace pomohli.

Byl jste anesteziologickou sestrou na operačním sále informován o spolupráci a průběhu svodné anestezie?

Anesteziologická sestra byla velmi ochotná, nespěchala v přípravě a trpělivě mě informovala po celou dobu aplikace svodné anestezie.

Byl jste seznámen s výhodami, ale i možnými komplikacemi svodné anestezie a uměl byste některé vyjmenovat?

Při rozhovoru s anesteziologem mi bylo vše vysvětleno. Báł jsem se jen porušení míchy při aplikaci subarachnoidální anestezie. Ale byl jsem rád, že jsem při vědomí a mohu vše vnímat. Překvapila mě komplikace ohledně močení. Tuto komplikaci jsem si pamatoval nejvíce. Také pokles krevního tlaku, ale to mě neznepokojovalo, protože se na vysoký krevní tlak léčím.

Dodržoval jste pooperační režim a byl Vám ošetřující personál nápomocen?

Režim jsem pečlivě dodržoval, a také si myslím, že proto nedošlo k žádným komplikacím. Personál mi byl po celou dobu k dispozici.

Byl jste spokojen se svodnou anestezí a rozhodl byste se znovu pro tento druh?

Ano, se svodnou anestezí jsem byl spokojen, pomohli mi i podané informace, trpělivost personálu a dobrá pooperační péče, opět bych podstoupil tento druh anestezie.

Objektivně pacient byl schopen pochopit podané informace. Občas působil vystrašeně, ale během subarachnoidální punkce spolupracoval. Byl spokojen i při samotném operačním výkonu, kdy byla aplikována mírná sedace. V pooperačním období dodržoval režim. Pacient nepocíťoval bolest 6 hodin po výkonu.

Respondent 2

Pacientka 45 let, úřednice, hospitalizována na chirurgickém oddělení FN Plzeň. Hospitalizace z důvodu operace varixů na levé dolní končetině. Pacientka dříve hospitalizována pro jeden porod a dva potraty na Gynekologicko-porodnické klinice FN Plzeň. Porod proběhl spontánně a potraty v celkové anestezii. Pacientce byla při anesteziologickém konziliu nabídnuta subarachnoidální anestezie vzhledem k operačnímu výkonu na dolních končetinách.

Mohla jste si vybrat druh anestezie a bylo Vám vyhověno?

Byla jsem přijata k operaci varixů na levé dolní končetině, kde jsem si od přátel zjistila, že tento výkon lze provést v jiné anestezii než celkové. Po anesteziologickém konziliu jsem si vybrala subarachnoidální anestezii. Podepsala jsem informovaný souhlas a bylo mi vše ohledně subarachnoidální anestezie vysvětleno. Zajímala jsem se o postup, ale i o možné komplikace.

Od koho jste získala informace o svodné anestezii?

Od přátel a poté na internetu, kde jsem si četla různé diskuze od lidí, kteří svodnou anestezii již prodělali. V nemocnici mi vše vysvětlil anesteziolog.

Měla jste dostatek času na přečtení a pochopení informovaného souhlasu a prostor na otázky?

Ano, informovaný souhlas jsem si přečetla, a co mi nebylo jasné, mi vysvětlil anesteziolog v anesteziologické ambulanci. Času jsem po přijetí na chirurgické oddělení měla dostatek a při večerní návštěvě anesteziologa jsem položila několik doplňujících otázek. Lékař mi trpělivě na všechny dotazy odpověděl.

Pomohli Vám podané informace zmírnit obavy při provedení svodné anestezie?

Měla jsem velký strach z bolesti při samotné aplikaci do páteřního kanálu. Uklidňování od ošetřujícího personálu zmírnilo mé obavy, ale strach jsem měla stále.

Byla jste anesteziologickou sestrou na operačním sále informovaná o spolupráci a průběhu svodné anestezie?

Hlavně při polohování, kdy mi bylo vysvětleno, že poloha je velmi důležitá a pomohla mi anesteziologická sestra při uložení do správné polohy, aby záda byla dostatečně vyklenutá. Předem anesteziologická sestra říkala, co bude následovat a jaké pocity mohou nastat. Po celou dobu byla přítomna.

Byl jste seznámen s výhodami, ale i možnými komplikacemi svodné anestezie a uměli byste je vyjmenovat?

Ano, zapamatovala jsem si zvracení a poruchu močení, protože obě komplikace jsem prožila. Nemohla jsem se vymočit na lůžku, protože mám nepříjemný pocit s podložní mísy. Muselo se přistoupit k jednorázovému vycévkování. Zvracení přišlo po prvním napití, kde jsem hned poprvé vypila celý hrnek vody. Bylo to velice nepříjemné, kdy jsem byla poučena, že pít mám po menších dávkách. Po chvílce se můj stav upravil.

Dodržovala jste pooperační režim a byl Vám ošetřující personál nápomocen?

Přesně jsem nevěděla, co mám dodržovat. Jen jsem se snažila být v klidu na lůžku. Až při zvracení, kdy jsem vypila celý hrnek vody, mi bylo vysvětleno, jak přijímat tekutiny. Při propuštění jsem dostala potřebné informace. Před výkonem jsem se zajímala jen o průběh operace a o samotnou subarachnoidální anestezii.

Byla jste spokojena se svodnou anestezí a rozhodla byste se znovu pro tento druh?

Přesto, že operační průběh nebyl bez komplikací, byla jsem se způsobem anestezie spokojena a pokud budu v příštích letech podstupovat operační výkon a bude si možné zvolit opět subarachnoidální anestezii, tak se opět rozhodnu pro tento způsob. Výhoda byla, že jsem po výkonu necítila bolest a o předcházení komplikací jsem již poučena

Objektivně pacientka velice dobře spolupracovala, měla časté dotazy ohledně samotné punkce, které měla načtené s internetových zdrojů, a kterými se hlavně v pooperačním období řídila. Po zvracení pacientky, byla provedena edukace, jak se má zachovat a tím předcházet možným komplikacím.

Respondent 3

Pacient 65 let, důchodce, hospitalizován na chirurgickém oddělení FN Plzeň. Hospitalizace z důvodu operačního výkonu stenózy carotis interna. Pacient již dříve hospitalizován na chirurgickém oddělení pro náhradu kyčelního kloubu. Léčí se s hypertenzí, diabetem mellitus II. typu. Pacientovi byla vzhledem k výkonu nabídnuta svodná anestezie, periferní nervová blokáda.

Mohl jste si vybrat druh anestezie a bylo Vám vyhověno?

V prvním případě (náhrada kyčelního kloubu) jsem si vybrat mohl, zvolil jsem celkovou anestezii. V druhém případě (operace krkavice) jsem byl informován, že tento operační výkon se provádí většinou ve svodné anestezii.

Od koho jste získal informace o svodné anestezii?

Všechny informace jsem získal od anesteziologa a anesteziologické sestry. Myslel jsem si, že tento výkon se provádí jen v anestezii celkové. Byl jsem informován, že operační výkon je podobného rázu, jako u zubaře. Jeho trvání je asi 1 hodina.

Měl jste dostatek času na přečtení a pochopení informovaného souhlasu?

Ano, vše jsem si důkladně přečetl. Na určité nesrovnalosti jsem se zeptal anesteziologa a druhý den na operačním sále anesteziologické sestry. Chtěl jsem informace pochopit, abych při výkonu dobře spolupracoval.

Pomohli Vám podané informace zmírnit obavy při provedení svodné anestezie?

Podané informace před operačním výkonem mé obavy zmírnily, ovšem skutečnost pro mě byla nepříjemná. Celý operační tým se mnou komunikoval a snažil se mě uklidnit, ale po sterilním přikrytí operačního pole jsem pociťoval úzkost a dušnost.

Byl jste anesteziologickou sestrou na operačním sále informován o spolupráci v průběhu svodné anestezie?

O spolupráci jsem informován byl, snažil jsem se vyhovět při aplikaci periferního bloku. Samotná aplikace proběhla pro mě bez komplikací.

Byl jste seznámen s výhodami, ale i možnými komplikacemi svodné anestezie a měl byste některé vyjmenovat?

Výhodou byla spolupráce s operačním týmem, protože jsem byl při vědomí. Uklidňující bylo, že se kontroluje dobré prokrvení mozku a to tím, že při vyzvání operátéra jsem zmáčknu balónek. Při celkové anestezii tuto komplikaci nezjistí. O komplikacích jsem byl informován. Jediné komplikace, které jsem se bál, že nebude svodná anestezie účinná a bude se muset přistoupit k anestezii celkové. Nepříjemný byl nedostatek vzduchu po překrytí operační rány. Anesteziologická sestra mi na obličej přiložila masku s kyslíkem a snažila se, se mnou komunikovat a uklidňovat mě.

Dodržoval jste pooperační režim a byl Vám ošetřující personál nápomocen?

Pooperační režim jsem dodržoval. Akorát jsem měl velkou žízeň, již po odjezdu z operačního sálu. Anesteziolog mě informoval, že mohu po malých dávkách pít. Ošetřující personál mi byl k dispozici, pokud jsem potřeboval pomoci s pitím a potom se vstáváním. Snažil jsem se být soběstačný a nikoho zbytečně nevolat.

Byl jste spokojen se svodnou anestezí a rozhodl byste se znovu pro tento druh?

Čeká mě operace ještě druhé strany. Při operačním výkonu jsem myslel, že už tento druh anestezie nechci podstupovat, ale v pooperační době jsem si to rozmyslel. Byl jsem po výkonu hned skoro soběstačný, delší dobu jsem necítil bolest, mohl jsem pít a jíst. Z celkové anestezie mi nebylo dobře od žaludku. Myslím si, že se rozhodnu opět pro tento druh anestezie.

Objektivně pacient působil klidně, spolupracoval. Při samotném operačním výkonu, začal být neklidný. Léky na sedaci odmítal, vyžadoval pozornost během celého operačního výkonu. Pocit nedostatku vzduchu vznikl překrytím operačního pole sterilními rouškami. Po aplikaci kyslíku polomaskou došlo k mírnému zlepšení. Po výkonu byl pacient převezen na Jednotku intenzivní péče, z důvodu observace, kde kvitoval přístup a pozornost zdravotnického personálu

Respondent 4

Pacientka 47 let, hospitalizovaná na chirurgickém oddělení FN Plzeň. Hospitalizace z důvodu úrazu, kdy došlo k ruptuře Achillovi šlachy na levé dolní končetině. Pacientka dříve hospitalizována na Gynekologicko – porodnické klinice, kde podstoupila operační výkon, konizaci děložního čípku v celkové anestezii. Vzhledem k operačnímu výkonu, kde poloha pacienta je na břiše a pacientka nebyla lačná, anesteziolog navrhl subarachnoidální anestezii.

Mohla jste si vybrat druh anestezie a bylo Vám vyhověno?

Vzhledem k tomu, že jsem těsně před úrazem obědvala, oznámil mi anesteziolog, že je operaci možné provést nejdříve za 8 hodin. Jedině v případě subarachnoidální anestezie by bylo možné čekání zkrátit. Během rozhovoru jsem se dozvěděla jak se při subarachnoidální anestezii postupuje, jak důležitá je poloha pacienta při aplikaci lokálního anestetika a jak je důležitá moje spolupráce. Informace od anesteziologa byly vyčerpávající.

Od koho jste získala informace o svodné anestezii?

Některé informace jsem získala na internetových stránkách a také od kamarádky, která tento způsob anestezie podstoupila při operaci tříselné kýly. Měla jsem štěstí. Na pokoji se mnou byla hospitalizována pacientka po operaci varixů dolních končetin také v subarachnoidální anestezii, která mi vylíčila přesný průběh.

Měla jste dostatek času na přečtení a pochopení informovaného souhlasu a prostor na otázky?

Určitě ano. Času bylo dost, jen na těch čtyřech stránkách bylo informací dost. A trochu té nervozity ovlivňovalo moji soustředěnost, takže nemohu úplně tvrdit, že stoprocentně vím, co jsem podepsala.

Pomohli Vám podané informace zmírnit obavy při provedení svodné anestezie?

Jak už jsem řekla, anesteziolog mi podal informace vyčerpávající. A jeho lidský přístup byl pro mě nezapomenutelným zážitkem. Zachovala přiměřený klid, i když mi po

aplikaci subarachnoidální anestezie sanitář hlavou dolů, místo obráceně. Za následek to mělo můj pokles krevního tlaku a nevolnost.

Byla jste anesteziologickou sestrou na operačním sále informována o spolupráci a průběhu svodné anestezie?

Anesteziologická sestra se mi po příjezdu na operační sál zeptala na jméno, nějaké alergie a nastínila mi, co se bude dít. Vysvětlila mi, že se mám položit na bok a vyhrbit záda, pomohla mi do správné polohy a celou dobu mi byla stejně jako anesteziolog oporou.

Byla jste seznámena s výhodami, ale i možnými komplikacemi svodné anestezie a uměla byste některé vyjmenovat?

Anesteziolog mi vysvětlil, že jde o šetrnější anestezii než je celková anestezie. A vzhledem k tomu, že jsem nebyla lačná, tak mi nemohli hned uspat. Zmínila se i o komplikacích. Po výkonu jsem měla problém se vymočít. Podložní mísa je pro mě problém a na toaletu jsem nemohla jít.

Dodržoval jste pooperační režim a byl Vám ošetřující personál nápomocen?

Myslím si, že jsem pooperační režim dodržovala. Vstávala jsem, až když odezněla anestezie a cítila jsem opět končetiny. Vstávala jsem za přítomnosti sestry, protože jsem si nebyla jistá, sestry byly příjemné a ve všem nápomocné.

Byla jste spokojena se svodnou anestezí a rozhodla byste se znovu pro tento druh?

S tímto druhem anestezie jsem byla spokojena, i když s sebou přinesla problémy. Pokud bych se mohla rozhodnout pro tuto anestezii, určitě bych se pro ni rozhodla.

Objektivně pacientka velice dobře spolupracující a velmi trpělivá. Během punkce vyhověla všem výzvám, až po otočení pacientky sanitářem hlavou dolů, znejistěla, poté se nastal pokles krevního tlaku a nauzea. Po k úpravě stavu pacientka spolupracovala během celého operačního výkonu

14 ANALÝZA ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

V bakalářské práci, se zabývám informovaností pacientů před a po podání svodné anestezie.

Získané informace jsem zpracovala a výsledky rozhovorů znázornila v tabulce (tabulka 2), kde jednotlivé otázky a odpovědi jsou zpracovány heslovitě.

Tabulka 2 Otázky a odpovědi z pohledu pacienta

Otázky k rozhovoru	Nejčastější odpovědi respondentů
Druh anestezie, výběr	Ano
Získávání informací	Zdravotnický personál Přátelé Rodina Internet
Informovaný souhlas	Důkladně přečten Doplnění zdravotnický personál Ano, dostatek času
Zmírnění obav	Ano
Anesteziologická sestra	Ano, dostatek informací
Výhody, komplikace svodné anestezie	Ano, seznámen Komplikace se vyskytly Dobrá edukace
Pooperační režim	Dodržován Zdravotnický personál nápomocen
Spokojenost se svodnou anestezí	Ano, většina spokojena Opět zvolení tohoto druhu anestezie

15 DISKUZE

V bakalářské práci se zabývám problematikou informovanosti pacientů před a po podání svodné anestezie. Toto téma jsem si vybrala záměrně, protože pracuji jako anesteziologická sestra, kde se s tímto druhem anestezie setkávám velmi často.

Svodná anestezie je stále více používaná metoda, která vyžaduje znalosti, dovednosti zkušeného anesteziologa. Asistence anesteziologické sestry je u všech druhů anestezie samozřejmostí. Nedílnou součástí znalostí a zkušeností je komunikace mezi pacientem a zdravotnickým personálem, který vyžaduje čas, ochotu a empatii.

Jak uvádí Helena Haškovcová ve své knize Lékařská etika. Etické kodexy a práva pacientů jsou nedílnou součástí moderní medicíny. Etické kodexy navazují na Hippokratovu přísahu. Pacienti dříve byli plně závislí na lékaři a neměli žádná práva, nejen v rovině odborné, ale i často lidské. (Haškovcová, 2015, s. 64) Změna přišla až ve 20. století. Důvody známe, jde o lidská práva v demokratické společnosti, pacienti přijímají odpovědnost za svůj život a přejí si mít dostatek informací v nemoci. Pacienti jsou vzdělanější a nelze jim nic vnucovat. Všechny tyto důvody vedli k spontánní reakci pacientů vyjádřit se k nabídce diagnostických a terapeutických metod. V dnešní době jsou práva pacientů pokládána za samozřejmost v demokratické společnosti. (Haškovcová, 2015, s. 64, 65)

Cílem bakalářské práce bylo zmapovat nejen podané informace, ale i chyby v komunikaci. Pro výzkumné šetření jsem si vybrala kvalitativní výzkum metodou polostrukturovaného rozhovoru. Do výzkumu byli zahrnuti celkem 4 respondenti, kteří byli hospitalizováni na chirurgickém oddělení FN Plzeň. Všem respondentům byla vzhledem k operačnímu výkonu nabídnuta svodná anestezie. Stanovila jsem si 8 výzkumných otázek. Všichni respondenti, které jsem požádala o rozhovor, vyhověli. Nikdo rozhovor neodmítnul.

Výzkumná otázka č. 1

Zjistit jakým způsobem probíhá rozhovor mezi zdravotníkem a pacientem?

Na tuto otázku z porovnání rozhovorů, je jednoznačná odpověď. Informační rozhovor probíhá vždy za přítomnosti anesteziologa a anesteziologické sestry. Pacientům anesteziolog nabídl druh anestezie. Pokud byl operační výkon vhodný pro svodnou anestezii, pacienti požadovali informace, co tato metoda obnáší. Někteří pacienti již nějaké informace získali, většinou od přátel, z internetu, ale i od ostatních pacientů. Spokojeni byli se soukromím na anesteziologické ambulanci, kde se nevyhýbali doplňujícím otázkám. Někteří pacienti o svodné anestezii slyšeli poprvé a představa, že bude při vědomí po celou dobu výkonu, je děsila, i když anesteziolog nabídl mírnou sedaci při operačním výkonu. Po přečtení informovaného souhlasu, se většina respondentů opět ujišťovala otázkami o bezpečnosti této metody. V tomto okamžiku byla přítomnost anesteziologické sestry přínosem, edukovala pacienta o přípravě, samotné punkci a pooperačním režimu.

Reinhard Larsen ve své knize popisuje, jak je důležitý informativní rozhovor mezi anesteziologem a pacientem, kde anesteziolog získává podrobnou anamnézu a provádí nezbytná doplňující vyšetření. (Larsen, 2004, s. 17) Všichni pacienti mívají strach z operačního výkonu, proto je edukace velmi potřebná. Pacienti se většinou obávají bolesti, zmrzačení, ale i že se z narkózy neprobudí. Tyto obavy porušují psychickou rovnováhu pacienta a jsou doprovázeny vegetativními reakcemi, což může ovlivňovat úvod, vedení, anestezie, ale i pooperační průběh. U pacientů se mohou předoperačně vyvinout i psychické poruchy, mezi které řadíme odmítavou a konverzní reakci, poruchu spánku a prožívání, poruchy vnímání a uvědomování si skutečnosti. (Larsen, 2004, s. 21)

Psychologická příprava pacientů na anestezii se musí řídit určitými zásadami. K pacientům přistupujeme trpělivě a s porozuměním, vše vysvětlujeme srozumitelně. Zaměřujeme se na obavy a strach, kdy se snažíme pacienta uklidnit. Večer a krátce před výkonem aplikujeme premedikaci. (Larsen, 2004, s. 21)

Výzkumná otázka č. 2

Jaká je kvalita podaných informací?

V otázce kvality podaných informací se respondenti shodli na tom, že informace podané anesteziologem jsou obsahově vyčerpávající. Zde vyhovoval dostatek času na případné dotazy. Z větší části byl pochopen i informovaný souhlas, který respondenti četli až po informačním rozhovoru s anesteziologem, který proběhl většinou před příjmem na lůžkové oddělení, v anesteziologické ambulanci. Na přečtení měli dostatek času a mohli se příležitostně opět zeptat na nejasnosti, týkající se svodné anestezie, možných komplikací, a pooperačního režimu. Dotazy kladli anesteziologovi, který navštěvuje pacienty v podvečer výkonu. Na nedostačující informace si respondenti nestěžovali. Oceňovali i doplňující informace anesteziologické sestry, která byla přítomna, jak v anesteziologické ambulanci, tak při přípravě, samotné aplikaci svodné anestezie a při samotném operačním výkonu.

Jak se uvádí v knize *Komunikace pro zdravotní sestry*, nemoc je těžká životní situace, která je náročná na adaptaci a klade zvýšené nároky na pacienta a jeho okolí. (Venglářová, 2006, s. 75)

Souhlasím s názorem z knihy *Stres mezi lékařem, pacientem a zdravou osobou*, že pacient se nesmí dostat do situace, kdy neví, co má dělat. Tato situace nastane při nedostatku informací nebo i z důvodu nedostatku času. Pacient si pamatuje, jaké informace přijal. Slyší i řadu stresujících zpráv, které mohou ovlivnit jeho psychiku. Proto by se nemělo stát, že informace jsou podané až na operačním sále. (Irmiš, 2014, s. 94, 95)

V knize *Etika a komunikace v medicíně* se popisuje informovaný souhlas, jako nedílnou součást všech zdravotnických zařízení. Je to nezbytný doklad před invazivním výkonem, který chrání zdravotnické zařízení. Informovaným souhlasem pacient písemně stvrzuje, co by měl před výkonem vědět a jaké mohou být i případné komplikace spojené s výkonem. Pacient může tvrdit při soudním sporu, že řádné informace neobdržel, ale pokud informovaný souhlas podepsal, je to důkaz o obdržených informacích. Jiná situace jsou urgentní výkony, kde je třeba provést život zachraňující výkon a jde o každou minutu, informovaný souhlas logicky pacientovi nepředkládáme. Jen pokud je při vědomí, stručně vysvětlíme ústně, co musí následovat pro záchranu jeho života. (Ptáček, 2011, s. 45, 46)

Výzkumná otázka č. 3

Co by bylo potenciálním přínosem problematiky informovanosti pacientů?

K otázce přínosu problematiky informovanosti pacientů, respondenti uvádějí, že informované souhlasy by mohli být kratší a srozumitelnější. Některým odborným výrazům nerozumí a musejí se opět dotazovat ošetřovatelského personálu. Před nástupem k hospitalizaci by uvítali krátký informační leták, který by nastínil jejich možnosti výběru druhu anestezie, který by byl vhodný pro jejich operační výkon. Ústní pohovor s anesteziologem by byl zaměřen na vybraný typ anestezie, možná rizika a pooperační režim. Někteří pacienti trvají na zvoleném druhu anestezie a v dnešních podmínkách, pokud je to možné, snažíme se pacientům vyhovět. Toto je převážně u pacientů, kteří již zvolený druh anestezie podstoupili. Někdy pacientův zdravotní stav nedovoluje druh anestezie, který by si představoval nebo i vyžadoval. V tomto případě je nutná komunikace mezi pacientem a anesteziologem, kde musí být pacientovi vysvětleny důvody rozhodnutí anesteziologa.

V knize Ošetřovatelství: ideály a realita v ambulantní péči se klade důraz na komunikaci mezi zdravotníky a pacienty. Je zde třeba ocenit rozsáhlou nabídku vzdělávacích kurzů o komunikaci a její praktická cvičení. Neopomenu, že není lékař nebo sestra, kteří by neprošli vzdělávacími kurzy o komunikaci. Výuka v těchto kurzech je natolik kvalitní, ale je většinou zaměřena na formální způsob komunikace, nikoliv na její obsah. Nermalou roli zde hraje ošetřující personál, který určuje nastavení zdravotnického systému. Často slyšíme, že na komunikaci není čas z důvodu velkého množství dokumentace. Ano, komunikace s pacientem vyžaduje čas, námahu a empatii. Cílem managementu je vytvořit takové podmínky, aby se pacientům dostalo vlídného slova a byli orientováni v dané situaci. Nemělo by být zvykem volit styl komunikace vyhýbavé, nepřímé, manipulativní a dokonce agresivní. Musíme mít na paměti, že pacient si pamatuje nevhodné slovo či nevhodnou formulaci, kterou považuje za nezáměr. (Haškovcová, 2007, s. 25, 26, 27)

V posledních letech se vztah mezi zdravotníkem a pacientem zakládá na spolurozhodování. Pacienti by měli před konečným rozhodnutím dostat náležité informace a obě strany by se měly zapojit do léčení a spolurozhodování. Někteří pacienti se chtějí podílet na spolurozhodování, ale konečný výběr nechávají na lékaři. Proto musí mít

zdravotnický pracovník znalosti a komunikační dovednosti, aby mohl odhadnout jak zapojit pacienta do léčebného procesu. (Ayers, 2015, s. 429, 430)

ZÁVĚR

Bakalářská práce je zaměřena na informovanost pacientů před a po podání svodné anestezie. Celá práce je rozdělena do dvou částí. V první, teoretické části, je popsáno, co znamená informovanost, zdroje informací pro pacienty, informovaný souhlas, ale i možné chyby, které se mohou při získávání informací vyskytnout. Druhá polovina teoretické části popisuje svodnou anestezii a její formy, indikace, kontraindikace, ale i spojené komplikace. Závěr této části je věnován úloze anesteziologické sestry při svodné anestezii.

Pro praktickou část byla vybrána metoda kvalitativního výzkumu, který byl veden pomocí rozhovorů. Pro rozhovor jsem oslovila čtyři respondenty, hospitalizované na chirurgickém oddělení Fakultní nemocnice Plzeň, kterým k vzhledem k operačnímu výkonu byla nabídnuta svodná anestezie.

Hlavním cílem bylo zmapovat kvalitu podaných informací a s tím spjatý informovaný souhlas z pohledu pacienta. Ke zpracování praktické části byly zvoleny tři výzkumné otázky: Zjistit jakým způsobem probíhá rozhovor mezi zdravotníkem a pacientem? Jaká je kvalita podaných informací? Co by bylo potencionálním přínosem problematiky informovanosti pacientů? Všechny otázky byly zodpovězeny a cíl výzkumu splněn.

Z výzkumu vyplynulo, že informovanost je pro pacienty přínosem a splňuje jejich představy. Nejen o výběru druhu anestezie, ale i o profesionálním přístupu celého ošetřovatelského týmu. Komunikace je základem pro dobrou spolupráci pacienta se zdravotnickým personálem. Jediným problémem je velký počet podepisovaných informativních souhlasů, kdy samotná hospitalizace je pro pacienta stresující. Pacient při hospitalizaci prochází dočasnou změnou prostředí, ale i změnou sociální situace. Proto pacienti reagují na tuto situaci různě, mohou je provázet pocity méněcennosti nebo až depresivní nálady. Tyto stavy provázejí například únava, bolesti hlavy, břicha a smutné nálady.

Téma bakalářské práce je aktuální. Doporučením pro praxi je uspořádání seminářů pro zdravotnické pracovníky v oblasti komunikace a komunikační techniky v náročných situacích. Dále vytvoření informačních letáků pro pacienty, které by informovaly o základních lékařských výrazech ohledně druhu anestezie, jejích postupech, rizicích, ale

i o pooperačním režimu. Tím by bylo možno zkvalitnit informovanost pacientů před operačním výkonem.

SEZNAM LITERATURY

1. AYERS, Susan, VISSER, D., Richards. *Psychologie v medicíně*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2015. str. 568. ISBN 978-80-247-9734-2.
2. BARASH, G., Paul, CULLEN, F., Bruce. STOERTING, R., Robert a kol. *Klinická anesteziologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2015. str. 816. ISBN 978-80-247-4053-9.
3. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Informovaný souhlas: Proč a jak?*. 1. vyd. Praha: Galén, 2007. str. 268. ISBN 978-80-7262-497-3.
4. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Lékařská etika*. 4. vyd. Praha: Galén, 2015. str. 225. ISBN 978-80-7492-204-6.
5. HAŠKOVCOVÁ, Helena, PAVLICOVÁ, Jindra. *Ošetrovatelství: ideály a realita v ambulantní péči*. 1. vyd. Praha: Galén, 2013. str. 121. ISBN 978-80-7492-063-9.
6. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: Základy teorie a metody*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. str. 408. ISBN 80-7367-040-2.
7. IRMIŠ, Felix. *Stres mezi lékařem, pacientem a zdravou osobou: příklady, příčiny, psychosomatika, etika*. 1. vyd. Praha: Galén, 2014. str. 139. ISBN 978-80-7492-130-8.
8. JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. str. 80. ISBN 978-80-247-2171-2.
9. JINDROVÁ, Barbora, STRÍTECKÝ, Martin, KUNŠTÝŘ, Jan a kol. *Praktické postupy v anestezii*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. str. 200. ISBN 978-80-247-3626-6.
10. Kolektiv autorů. *Sestra a urgentní stavy*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. str. 552. ISBN 978-80-247-2548-2.
11. LARSEN, Reinhard. *Anestezie*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. str. 1392. ISBN 80-247-0476-5.

12. LINHARTOVÁ, Věra. *Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetřující personál*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. str. 152. ISBN 978-80-247-1784-5.
13. MACH, Jan, MÁCA, Miloš, VALÁŠEK, Daniel. *Univerzita medicínského práva*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2013. str. 232. ISBN 978-80-247-5113-9.
14. MÁLEK, Jiří a kol. *Praktická anesteziologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. str. 192. ISBN 978-80-247-3642-6.
15. MARINO, L.,Paul, *The ICU book*. 1. vyd. Philadelphia: USA, 2007. str. 1065. ISBN 13:9781451107791.
16. NALOS, Daniel a kol. *Periferní nervové blokády: pro klinickou praxi včetně ultrazvukového navádění*. 1. vyd. Praha: Grada, 2015. str. 132. ISBN 978-80-247-3280-0.
17. PAŘÍZEK, Antonín a kol. *Porodnická analgezie a anestezie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. str. 536. ISBN 80-7169-969-1.
18. PTÁČEK, Radek, BARTUNĚK, Petr, MACH, Jan a kol. *Lege artis v medicíně*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2013. str. 232. ISBN 978-80-247-5126-9.
19. PTÁČEK, Radek, BARTUNĚK, Petr a kol. *Etika a komunikace v medicíně*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. str. 528. ISBN 978-80-247-3976-9.
20. SIMONOVÁ, Etela. *Váha informovaného souhlasu*. In *Sestra*. 2015, str. 31. ISSN 2336-2987.
21. SINGER, Mervyn, WEBB, R., Andrew. *Critical care*. USA: New York, Oxford Univerzity Press, 2009. str. 669. ISBN 978- 0-19-9235533-9.
22. ŠAMÁNKOVÁ, Marie a kol. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. str. 136. ISBN 978-80-247-3223-7.
23. ŠKRLA, Petr. *Především neublížit: cesta k prevenci pochybení v léčebné a ošetrovatelské péči*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. str. 162 ISBN 80-7013-419-4.

24. ŠUSTEK, Petr, HOLČAPEK, Tomáš. *Informovaný souhlas: teorie a praxe informovaného souhlasu ve zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: ASPI, 2007. str. 243. ISBN 978-80-7357-268-6.
25. VENGLÁŘOVÁ, Martina, MAHROVÁ, Gabriela. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. str. 144. ISBN 80-247-1262-8.
26. VONDRÁČEK, Lubomír, WIRTHOVÁ, Vlasta. *Sestra a její dokumentace*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. str. 88. ISBN 978-80-247-2763-9.
27. WAGNER, Robert. *Kardioanestezie a perioperační péče v kardiochirurgii*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2009. str. 326. ISBN 978-80-247-1920-7.
28. ZACHAROVÁ, Eva, HERMANOVÁ, Miroslava, ŠRÁMKOVÁ, Jaroslava. *Zdravotnická psychologie: Teorie a praktická cvičení*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. str. 232. ISBN 978-80-247-2068-5.

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

LA – lokální anestetikum

EKG – elektrokardiogram

SpO₂ – saturace hemoglobinu kyslíkem

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 – Klasifikace ASA

Tabulka 2 – Otázky a odpovědi z pohledu pacienta

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 – Sonografický přístroj

Obrázek 2 – Neurostimulátor, stimulační jehly

Obrázek 3 – Set na kontinuální epidurální anestezii

Obrázek 4 – Spinální jehly

Obrázek 5- Subarachnoidální punkce

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 – Souhlas s výzkumem

Příloha 2 – Informovaný souhlas s rozhovorem

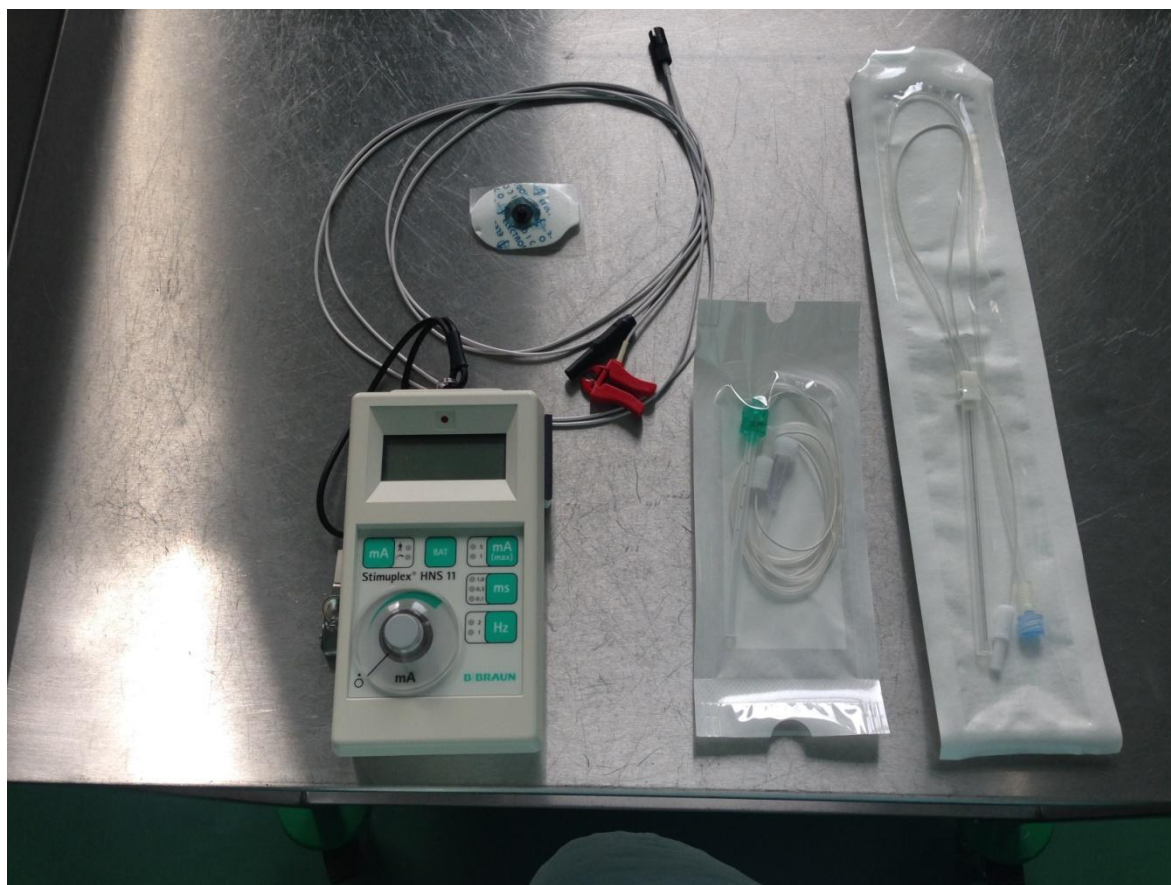
Příloha 3 – Otázky k rozhovoru pro pacienty

Obrázek 1



Zdroj: FN Plzeň

Obrázek 2



Zdroj: FN Plzeň

Obrázek 3



Zdroj: FN Plzeň

Obrázek 4



Zdroj: FN Plzeň

Obrázek 5



Zdroj: FN Plzeň

Příloha 1:



FAKULTNÍ NEMOCNICE PLZEŇ

Útvar náměstka pro ošetrovatelskou péči

Edvarda Beneše 13, 305 99 Plzeň - Bory
alej Svobody 80, 304 60 Plzeň - Lochotín
IČO 00669806 tel.: 377 401 111, 377 103 111

Příloha: 1

Vážená paní

Jana Grézlová

Studentka oboru Všeobecná sestra

Fakulta zdravotnických studií, Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Západočeská univerzita v Plzni

Povolení sběru informací ve FN Plzeň

Na základě Vaší žádosti Vám jménem Útvaru náměstkyně pro ošetrovatelskou péči FN Plzeň **povoluji** Vaše šetření na *Anesteziologicko-resuscitačním oddělení (ARO)* FN Plzeň, v souvislosti s vypracováním Vaší bakalářské práce s názvem „*Informovanost pacientů před a po podání svodné anestézie*“. Vaše šetření bude probíhat pomocí rozhovorů, vedených s pacienty ARO.

Podmínky, za kterých Vám bude umožněna realizace Vašeho šetření ve FN Plzeň:

- Vrchní sestra osloveného pracoviště souhlasí s Vaším postupem.
- Vaše šetření osobně povedete.
- Vaše šetření nenaruší chod pracoviště ve smyslu provozního zajištění dle platných směrnic FN Plzeň, ochrany dat pacientů a dodržování Hygienického plánu FN Plzeň. **Vaše šetření bude provedeno za dodržení všech legislativních norem, zejména s ohledem na platnost zákona č. 372/2011 Sb.,** o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, v platném znění.
- Údaje o zdravotním stavu pacientů / respondentů, pokud budou uvedeny ve Vaší bakalářské práci, musí být anonymizovány.
- Po zpracování Vámi zjištěných údajů **poskytnete** Útvaru náměstkyně pro ošetrovatelskou péči FN Plzeň závěry Vašeho šetření na níže uvedený e-mail, nejpozději k datu vaší obhajoby a budete se aktivně podílet na případné prezentaci výsledků Vašeho šetření na vzdělávacích akcích pořádaných FN Plzeň.

Toto povolení nezakládá povinnost respondentů s Vámi spolupracovat, pokud by spolupráci s Vámi respondenti považovali jako újmu či s rozhovorem nevyslovili souhlas. Účast respondentů na Vašem šetření je dobrovolná a je vyjádřením ochoty ke spolupráci oslovených respondentů / pacientů FN Plzeň s Vámi.

Přeji Vám hodně úspěchů při studiu.

Mgr., Bc. Světluše Chabrová
manažerka pro vzdělávání a výuku NELZP
zástupkyně náměstkyně pro oš. péči

Útvar náměstkyně pro oš. péči FN Plzeň
tel.: 377 103 204, 377 402 207
e-mail: chabrovas@fnplzen.cz

26. 2. 2016

Příloha 2:

Informovaný souhlas

Název bakalářské práce

Problematika informovanosti u pacientů před a po podání svodné anestezie

Student: Jana Grézlová

Katedra ošetřovatelství a porodní asistence

Fakulta zdravotnických studií ZČU

e-mail: j.grezlova@seznam.cz

Vedoucí BP

Jméno: Mgr. Jitka Kašparová

Cíl studie

Cílem studie je zmapovat problematiku informovanosti u nemocných před a po podání svodné anestezie.

S Vaším dovořením bude proveden rozhovor s Vámi, který bude zaznamenán na diktafon. Pořízený záznam nebude sdílen nikým jiným než studentem a vedoucím bakalářské práce. Záznamy budou ihned po kompletaci studie vymazány. Úryvky z rozhovoru mohou být použity při prezentaci studie, ale tyto citace budou vždy anonymní. Vaše identita nebude rozpoznána, bude vždy použit pseudonym.

Nemusíte odpovídat na žádné specifické otázky, pokud nebudete sám/sama chtít, a můžete také kdykoliv odstoupit od rozhovoru nebo studie.

Souhlas s výzkumem

Já..... souhlasí s účastí ve výzkumné studii. Souhlasím se záznamem rozhovoru na diktafon. Rozumím, že mohu kdykoliv od rozhovoru nebo studie odstoupit, že citace rozhovoru budou použity anonymně a že nebudu ve studii identifikován/a.

Podpis účastníka výzkumu:

Podpis studenta:

Příloha 3:

Otázky k rozhovoru pro pacienty:

1. Mohl/a jste si vybrat druh anestezie a bylo Vám vyhověno?
2. Od koho jste získal informace o svodné anestezii?
3. Měl/a jste dostatek času na přečtení a pochopení informovaného souhlasu?
4. Pomohli Vám podané informace zmírnit obavy při provedení svodné anestezie?
5. Byl/a jste anesteziologickou sestrou na operačním sále informován o spolupráci a průběhu svodné anestezie?
6. Byl/a jste seznámen s výhodami, ale i možnými komplikacemi svodné anestezie a uměl/a byste je vyjmenovat?
7. Dodržoval/a jste pooperační režim a byl Vám ošetřující personál nápomocen?
8. Byl/a jste spokojen se svodnou anestezii a rozhodl/a byste se znovu pro tento druh?