



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Sciences

Jihočeská univerzita  
v Českých Budějovicích  
University of South Bohemia  
in České Budějovice

**Edukace pacienta anesteziologickou sestrou**

## **BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

Studijní program:  
**OŠETŘOVATELSTVÍ**

**Autor:** Hana Kukrálová

**Vedoucí práce:** Mgr. Ivana Chloubová

České Budějovice 2017

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „Edukace pacienta anesteziologickou sestrou“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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 elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby disertační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 2.května.2017

.....

Hana Kukrálová

## **Poděkování**

Mnohokrát děkuji Mgr. Ivaně Chloubové, vedoucí mé bakalářské práce, za její profesionální přístup a cenné rady, které mi byly při zpracovávání práce velice užitečné.

# **Edukace pacienta anesteziologickou sestrou**

## **Abstrakt**

Naše bakalářská práce nese název „Edukace pacienta anesteziologickou sestrou“. Zabývá se předáváním informací pacientovi anesteziologickou sestrou. Dále se věnujeme edukační činnosti anesteziologické sestry u pacientů před plánovaným výkonem. Pro výzkumnou část jsme stanovili dva cíle. Prvním cílem bylo zjistit, zda se anesteziologické sestry podílí na edukaci pacienta před plánovaným výkonem. Druhým cílem bylo porovnat a najít rozdíl v edukaci pacienta anesteziologickou sestrou ve dvou nemocničních zařízeních - Nemocnici Tábor, a.s. a v Nemocnici Písek, a.s.. Pro dosažení těchto cílů jsme zvolili výzkumné šetření formou kvalitativního výzkumu. K získání dat byla využita technika polostrukturovaného rozhovoru. Výzkumný soubor je tvořen deseti anesteziologickými sestrami, které pracují ve dvou uvedených nemocničních zařízeních. Celkem bylo v rámci výzkumu uskutečněno deset rozhovorů. Výzkumné šetření pomocí rozhovorů probíhalo v březnu roku 2017. Po uskutečnění a zpracování rozhovorů do Microsoft Office Word byly vytvořeny identifikační údaje sester a respondentů. Analýza rozhovorů byla provedena pomocí kategorizace dat a následným kódováním. Analýza dat prokázala, že edukace pacienta anesteziologickou sestrou před vstupem na operační sál neprobíhá, přestože multioborová spolupráce funguje v těchto dvou zařízeních perfektně. Edukace pacienta anesteziologickou sestrou probíhá až na předsáli, kde se sestra stává pacientovým průvodcem. Nejprve se představí a následně na to začne pacienta edukovat o budoucím děním na operačním sále. Anesteziologická sestra se především snaží zmírnit pacientovy obavy a srozumitelnou komunikací si získat jeho důvěru.

Podle našeho názoru by se anesteziologické sestry mohly více zapojit do edukace pacienta před vstupem na sál.

## **Klíčová slova**

anesteziologie; anesteziologická sestra; pacient; edukace; edukační proces; informovaný souhlas

# **Patient education by anesthesiologist nurse**

## **Abstract**

The Bachelor degree thesis title is “Patient education by anesthesiologist nurse”. Thesis is focused on the transfer of information between patient and anesthesiologist nurse. Furthermore it is focused on anesthesiologist nurse patient education before undergoing planned medical treatment. There were two objectives established for the research part. The first objective was to ascertain whether the anesthesiologist nurse participates in patient education anticipating the medical treatment. The second objective was to compare and determine the differences in anesthesiologist nurse patient education in two regional hospitals – Nemocnice Tábor, a. s. and Nemocnice Písek, a.s.. To reach these targets it was decided to do a qualitative research from which the data were collected by semi-structured interviews. Final representative sample consists of ten anesthesiologist nurses who work in these hospitals. Overall, ten semi-structured interviews were done for this research which was conducted in March, 2017. After making the interviews and transcribing the data into the MS Office Word, the identification data of the nurses and respondents were determined. Recorded interviews were analysed by coding and categorizing the data obtained. Even though the multi-professional cooperation is perfectly functional in these two hospitals, subsequent data analysis has shown that the patient education by anesthesiologist nurse is not taking place before the patient is admitted to the operating room and takes place only when the patient enters the preparation room where, consequently, the nurse becomes a guide to the patient. First the nurse introduces herself or himself and proceeds to educate the patient about the upcoming medical procedure. Above all, the anesthesiologist nurse tries to reduce patients’ anxiety and through the comprehensive approach gain his or her confidence.

In our opinion, nurse anaesthetists should be more involved in the patient education before the patient is admitted to the operating room.

## **Key words**

Anaesthesiology; anesthesiologist nurse; patient; education; education procedure; informed consent

# Obsah

<b>1. Současný stav.....</b>	<b>9</b>
1.1 Význam slova edukace .....	9
1.1.1 Edukační proces.....	9
1.1.2 Fáze edukačního procesu.....	10
1.1.3 Metody edukace.....	11
1.1.4 Sestavení edukačního plánu .....	13
1.1.5 Edukace v ošetrovatelství .....	13
1.1.6 Druhy edukace v ošetrovatelství .....	14
1.1.7 Sestra v roli edukátora .....	14
1.2 Komunikace v ošetrovatelství.....	15
1.2.1 Zásady komunikace s pacientem před operací .....	15
1.3 Anesteziologie.....	16
1.3.1 Historie anesteziologie .....	16
1.3.2. Charakteristika anestezie .....	17
1.3.2.1 Celková Anestezie .....	17
1.3.2.2 Místní anestezie .....	18
1.3.3 Komplikace v anestezii.....	20
1.3.4 Příprava pacienta před anestezii .....	21
1.3.4.1 Předoperační vyšetření .....	21
1.3.4.2 Předoperační anesteziologické vyšetření.....	22
1.3.4.3 Předoperační lačnění .....	23
1.3.4.4 Premedikace .....	24
1.3.4.5 Informovaný souhlas .....	24
1.3.4.6 Doporučený postup před zahájením anesteziologické péče .....	25
1.3.4.7 Péče o pacienta v celkové anestezii.....	26
1.3.4.8 Ukončení anestezie a pooperační péče .....	27

1.3.5 Práce anesteziologické sestry .....	28
1.3.5.1 Vzdělání anesteziologické sestry.....	29
<b>2. Cíle práce, výzkumné otázky .....</b>	<b>31</b>
2.1 Cíle práce .....	31
2.2 Výzkumné otázky .....	31
<b>3. Operacionalizace pojmů.....</b>	<b>32</b>
<b>4. Metodika výzkumu .....</b>	<b>33</b>
4.1 Použité metody.....	33
4.2 Charakteristika výzkumné skupiny.....	33
<b>5. Výsledky.....</b>	<b>36</b>
5.1 Analýza výsledků rozhovorů.....	36
5.1.1 Kategorie č. 1 Hodnocení edukační činnosti sestry.....	36
5.1.1.1 Účast anesteziologické sestry na edukačním procesu pacienta.....	36
5.1.1.2 Edukační prostor.....	38
5.1.1.3 Edukační záznam.....	39
5.1.1.4 Edukace pacienta anesteziologickou sestrou na operačním sále.....	39
5.1.2 Kategorie č. 2 Multioborová spolupráce v edukaci pacienta .....	41
5.1.3 Kategorie č. 3 Ověření informovanosti pacienta .....	42
5.1.4 Kategorie č. 4 Přínos edukační činnosti z pohledu anesteziologické sestry... 43	
5.1.5 Kategorie č. 5 Porovnání nemocnic.....	44
<b>6. Diskuze.....</b>	<b>45</b>
<b>7. Závěr .....</b>	<b>50</b>
<b>8. Seznam použitých zdrojů .....</b>	<b>52</b>
<b>9. Přílohy.....</b>	<b>55</b>
<b>10. Seznam zkratk .....</b>	<b>56</b>

## Úvod

Téma bakalářské práce „Edukace pacienta anesteziologickou sestrou“ jsem si zvolila, protože jsem přesvědčena, že edukace na operačním sále má smysl a je třeba se jí důkladně a do hloubky zabývat. Pomáhá sestřám vcítit se do role pacienta, který je plně závislý na jejich ošetrovatelské profesionální péči, i když není plně při vědomí. Domnívám se, že cílem každé nemocnice je poskytnout pacientovi bezpečnou a kvalitní ošetrovatelskou péči a mezi tu patří i péče před anestezii.

Každý operační zákrok, ať už se jedná o plánovaný nebo akutní, je zásahem do organismu pacienta. Je velice důležité věnovat pacientovi zvýšenou pozornost jak po stránce fyzické, tak psychické. To, jak sestra k edukaci na sále přistupuje, se vždy bezprostředně projevuje na psychice pacienta. Anesteziologická sestra se snaží empaticky uklidnit pacienta, srozumitelně ho seznámit s neznámým prostředím, rozptýlit jeho obavy, zmírnit jeho strach z anestezie i operačního výkonu, a především mu zajistit pocit bezpečí a jistoty. Umění komunikace patří ke klíčovým vlastnostem anesteziologických sester. Práce anesteziologické sestry je velmi rozmanitá a někdy i dynamická. Tuto zkušenost jsem měla možnost získat v průběhu mé studijní praxe. Zvoleným tématem jsem se chtěla více seznámit s pracovištěm anesteziologických sester, které je odlišné od pracoviště sester u lůžka.

Snahou této práce bylo zjistit, zda se anesteziologické sestry podílí na edukaci pacienta před plánovaným výkonem, a dále porovnat edukaci pacienta anesteziologickou sestrou před plánovaným výkonem v Nemocnici Tábor, a.s. a v Nemocnici Písek, a.s.. Tyto dvě nemocnice byly zvoleny, protože Nemocnice v Táboře, a.s. má svojí anesteziologickou ambulanci, na rozdíl od Nemocnice v Písek, a.s.



## 1. Současný stav

Většina pacientů má před operačním výkonem nepříjemné pocity, které jsou spojovány se strachem, stresem a bolestí. Pacient prožívá akutní stres a všechny jeho projevy. Je napjatý, nemůže spát, je podrážděný a těžko se soustředí na běžné činnosti. (Janáčková, Weiss, 2008).

Dle Mavridou et al., (2013) se pacienti nejvíce obávají pooperační bolesti. Další častá příčina strachu je obava z toho, že se z anestezie vůbec neprobudí. Také udávají strach z pooperační nevolnosti a zvracení. Jejich obavy jsou spojené s pocitem znečitlivění a s tím, že nebude zachována jejich intimita.

Může se nám stát, že pacient s těmito projevy bude reagovat agresivně. Jeho obavy však můžeme zmírnit, pokud budeme pacienta dostatečně edukovat o tom, co ho čeká. Musíme mít neustále na paměti, že prožitky každého člověka jsou individuální, proto musíme vycházet z jeho osobních požadavků (Janáčková, Weiss, 2008).

### 1.1 Význam slova edukace

Edukace u pacientů před plánovaným operačním výkonem je nezbytnou součástí každého rozhovoru mezi pacientem a lékařem či sestrou pro zmírnění obav z operace. Co ale vlastně edukce znamená a jaký má význam v praxi? Edukace je pojem, kterým se v moderní pedagogice označuje výchova a vzdělávání. Je to organizovaný, záměrný a soustavný proces s cílem navodit změny ve vědomostech, postojích, návycích a dovednostech jedince (Skalková, 2007).

Předmětem pedagogiky je edukační realita. „*Edukační realita je každá skutečnost (situace), objektivně se vyskytující v lidské společnosti, v níž probíhají určité edukační procesy a fungují zde nějaké edukační konstrukty*“ (Průcha, 2009, s. 14). Edukační konstrukty jsou teoretické výtvořiny určující a ovlivňující edukační proces (Průcha, 2009).

#### 1.1.1 Edukační proces

Edukační proces je proces složitý, který je často porovnáván s ošetrovatelským procesem. Jednotlivé fáze obou procesů jdou vedle sebe paralelně, ale jejich cíle a účely jsou rozdílné (Šulistová, Trešlová, 2008).

Jak uvádí Průcha (2009), edukační proces je systematický, logický, následný a plánovaný proces, který zahrnuje všechny lidské činnosti, při nichž se nějaký subjekt učí a druhý subjekt vyučuje. V tomto případě hovoříme o edukantovi a o edukátorovi.

Podle Juřeníkové (2010) se subjekt, který nějakým způsobem vyučuje, nazývá edukátor. Ve zdravotnictví je edukátorem sestra nebo lékař. Učící se subjekt nazýváme edukant edukačního procesu.

Edukační proces vždy obsahuje učení. Tento proces probíhá vždy v různých edukačních prostředích, která jsou odlišná. Liší se typem zúčastněných subjektů, obsahem, formami a intenzitou edukačních procesů. Prostředí, ve kterém probíhá edukace, by mělo být bez hluku, s vhodnou teplotou a osvětlením. Nedílnou součástí je zajištění dostatečného soukromí pro pacienta (Průcha, 2009).

Kuberová (2010) uvádí, že úkolem edukačního procesu v ošetřovatelství je vést lidi k pochopení otázek kolem zdraví a nemoci, ale zároveň je učí zdravému způsobu chování, například k správným hygienickým návykům a správnému stravování. Snaží se omezit rizika vzniku komplikací jeho nemoci.

### ***1.1.2 Fáze edukačního procesu***

Kuberová (2010) uvádí, že edukační proces obsahuje pět fází. Žádná z těchto fází nesmí být vynechána a musí na sebe navazovat v určeném pořadí.

První fázi edukačního procesu nazýváme posuzovací. V této fázi je zapotřebí si nejprve zjistit, koho a proč je potřeba edukovat. Provádíme tzv. sběr informací. Edukátor si v této fázi musí určit učební styl, rozvrhnout množství učiva do časových úseků, najít správné pomůcky, které bude k edukaci potřebovat, a to vše dle individuálních potřeb edukanta. Nesmí také zapomenout na vhodné prostředí pro efektivní edukaci. Po této analýze sebraných informací o edukantovi identifikujeme a definujeme edukační potřebu (Šulistová, Trešlová, 2008).

Druhá fáze edukačního procesu je edukační diagnostika. Edukátor na základě získaných informací z první fáze stanoví edukační diagnózu, která vymezuje nevědomosti v dané oblasti, údaje o zručnosti, postoj k vlastnímu zdraví. Podle těchto informací si edukátor může promyslet sestavení plánu edukace, který se tvoří v další fázi (Nemcová, 2010).

V třetí fázi dochází k plánování edukace. V této fázi musíme připravit edukační plán, ale také si stanovit cíle. Rozhodujeme se o vhodných aktivitách, které nám

pomohou dosáhnout cíle. Aby nedošlo ke vzpouře nebo k opačnému chování edukanta, naplňuje edukátor stanovené cíle formou doporučení, nikoli zákazu. Edukační plán musí být dostatečně promyšlený kvůli nečekaným změnám podmínek. Do této fáze také patří volba vzdělávacích strategií, které se stanovují individuálně dle potřeb jedince (Kuberová, 2010).

Čtvrtá fáze spočívá v realizaci edukačního plánu, jedná se tedy o fázi realizační. Realizace edukačního plánu probíhá podle tempa, které vyhovuje edukovanému jedinci. Tato fáze začíná motivací edukanta. Snažíme se edukanta zaujmout, usilujeme o vzbuzení jeho zájmu o danou problematiku. Motivace je hnací silou pro edukanta, vede k úspěšnému zakončení edukačního procesu. Dále následuje expozice, při které předáváme informace, popřípadě i demonstrujeme postupy (Nemcová, 2010).

Ve fixační fázi je nutné neustálé opakování a procvičování si získaných informací. Upevňují se zde získané poznatky. Nemcová (2010) ve své publikaci dále uvádí fázi hodnocení. V této fázi hodnotíme, co si edukant zapamatoval, a jestli dovede použít předané vědomosti a předvést určité dovednosti.

V poslední části edukačního procesu dochází k vyhodnocení edukačního procesu. Je vhodné používat reflexi a zpětnou vazbu edukanta. Zjišťujeme, zda byly dosaženy edukační cíle a do jaké míry. Na základě tohoto vyhodnocení se dále rozhodujeme, zda edukaci ukončíme. Pro dosažení lepšího edukačního procesu bychom neměli zapomenout na hodnocení samotného edukátora, zda nedochází k chybám během procesu z jeho strany (Kuberová, 2010).

### ***1.1.3 Metody edukace***

Jak uvádí Juřeníková (2010), edukační metoda je cílevědomé a promyšlené působení edukátora, které aktivizuje edukanta v jeho učení tak, aby byly cíle učení efektivně naplněny. Při výběru edukačních metod přihlížíme k osobnosti člověka, kterého budeme edukovat, zajímají nás jeho dosavadní vědomosti, dovednosti a zkušenosti. Důležité při výběru jsou i stanovené cíle, obsah a forma edukace. Musíme respektovat aktuální zdravotní, a především psychický stav edukanta. Výběr správného prostředí nesmíme zanedbat.

Juřeníková (2010) ve své publikaci uvádí příklady nejpoužívanějších metod v oblasti edukace ve zdravotnictví. Nejpoužívanější metoda v edukaci je **práce s textem**. Jedná se převážně o tištěný materiál ve formě letáků, brožur, plakátů, článků

v časopise a knižních publikacích. Poskytovaný písemný materiál by měl být doplněn konzultací nebo vysvětlením dané problematiky. Při této konzultaci by měl edukátor poskytovaný materiál znát a orientovat se ve něm. Informační materiál můžeme umístit například v čekárně ambulance.

Další nejčastější metoda je **vysvětlování**. Tato metoda se používá v situacích, kdy se nemůžeme opřít o předcházející zkušenosti a vědomosti edukanta. Snažíme se posluchači objasnit příčiny a souvislosti tak, aby byl schopen pochopit podstatu problému. Proto se doporučuje použít názorné pomůcky jako jsou například fotografie, schémata, modely a trenažéry (Juřeníková, 2010).

V metodě formou **rozhovoru** dochází k výměně informací mezi edukátorem a edukantem pomocí kladených otázek. Aby byl rozhovor co nejefektivnější, otázky by měly být předem rozmyšleny, správně formulovány a neměly by být sugestivní. Zároveň mají být stručné a logicky poskládané (Juřeníková, 2010).

**Instruktaží a praktickým cvičením** navazujeme na teoretické vědomosti edukanta, kterého seznamujeme s pracovním postupem. Tato metoda se skládá z dvou částí. První část tvoří praktická ukázka jednotlivých kroků, které provádíme pomalu, a při tom současně vysvětlujeme správný postup. V případě potřeby je vhodné pacienta upozornit na nedostatky, které jsme při praktickém nácviku zachytili. Další část instruktážní metody je vlastní nácvik pracovní činnosti edukanta. Tento nácvik může být prováděn individuálně nebo ve skupině dvou či více osob. Kvůli dostatečné kontrole edukanta je vhodnější menší skupina edukovaných osob (Juřeníková, 2010).

Metoda formou **diskuze** dává diskutujícím možnost ověřit si schopnost přesvědčit druhé, argumentovat a prezentovat své myšlenky, znalosti a nápady. Diskuze je také vhodná k procvičení a k upevnění vědomostí edukanta. Pro lepší přípravu edukanta by téma diskuze mělo být uvedeno s předstihem. Na konci každé diskuse je potřeba provést její shrnutí a mylné závěry uvést na správnou míru (Juřeníková, 2010).

**Přednáškami** jsou předávané vědomosti v uceleném souvislém projevu. Pro vytvoření lepší představy posluchače o prezentované problematice můžeme použít dataprojektor s počítačem, kdy k přípravě přednášky používáme počítačový program Power Point. Do něho můžeme vložit videa či fotografie. K hlavním výhodám přednášky patří předání informací velké skupině jedinců najednou. Nevýhodou je malá aktivita edukantů a chybějící zpětná vazba (Juřeníková, 2010).

Při setkání edukanta s odborníkem, se kterým má edukant možnost prodiskutovat svůj problém a pochopit nejasnosti, říkáme metoda formou **konzultace**. Nejčastěji probíhá v přímém kontaktu edukanta s edukátorem (Juřeníková, 2010).

Výuka pomocí počítačových kurzů se nazývá **E-learning**. Tato metoda se využívá spíše k celoživotnímu vzdělávání zdravotníků. K edukaci pacientů nebo laické veřejnosti se u nás používá výjimečně. Naopak ve světě tyto programy pro edukaci nemocných už existují (Juřeníková, 2010).

#### ***1.1.4 Sestavení edukačního plánu***

Každý edukační plán splňuje určitá společná kritéria. Plán by měl být vypracovaný písemnou formou a postaven na dlouhodobých potřebách edukanta. Mapuje průběh následné edukace. Záznam obsahuje stanovené dlouhodobé a krátkodobé cíle pacienta. A podrobné informace o edukantovi jako je jeho věk, pohlaví, vzdělání a onemocnění. Dále obsahuje informaci, zda se jedná o jednotlivce či skupinu osob, jaké edukační prostředky a pomůcky budeme potřebovat, časový harmonogram edukace, obsah každé edukační etapy a způsob hodnocení výsledků. Záznam uvádí také jméno toho, kdo edukaci provede, proč se edukace provádí a za jakým účelem. Jaká zvolená metoda bude pro danou edukaci nejvhodnější. Jaký má edukace pro pacienta smysl, co mu přinesla, jak na ní reagoval a jeho zpětnou vazbu na edukátora (Juřeníková, 2010).

#### ***1.1.5 Edukace v ošetrovatelství***

Edukace má v ošetrovatelství své pevné a důležité místo. V ošetrovatelství pomocí edukace pomůžeme u pacienta docílit zvýšeného zájmu v oblasti péče o vlastní zdravotní stav a tím snížení nákladů na zdravotní péči. Efektivní edukace přináší zpravidla aktivnější přístup pacienta k léčbě a rekonvalescenci, umožňuje tak brzké propuštění do domácího ošetrování. Pacient má právo získat potřebné informace o léčebném procesu. Měl by znát příčiny svého onemocnění a možnosti způsobu léčby. Za své zdraví by měl nést určitou odpovědnost a my bychom mu měli nedirektivním způsobem pomoci orientovat se v nové situaci a účinně zvládnout léčbu a hospitalizaci (Svěráková, 2012).

### ***1.1.6 Druhy edukace v ošetrovatelství***

Pro dosažení nejlepších výsledků edukace v ošetrovatelství musíme využívat výchovně–vzdělávací stránku edukace. Edukaci v ošetrovatelství lze provádět individuálně nebo ve skupinách. V oblasti ošetrovatelství dělíme edukaci do tří skupin. První druh se nazývá základní edukace a zahrnuje primární vědomosti v dané problematice. Provádí se pouze tehdy, pokud se pacient s danou problematikou doposud ještě neseťkal, obzvláště u nově vzniklých nemocí. Jedinci jsou předávány nové informace a dovednosti. Dalším druhem edukace je komplexní edukace, která probíhá nejčastěji ve vzdělávacích kurzech. V tomto procesu edukátor předává nejen vědomosti, ale zároveň zapojuje edukanty do edukačních aktivit. Třetí druh navazuje na předchozí vědomosti a dovednosti, které se snažíme společně s pacientem prohlubovat. Nazýváme jí reedukační edukace (Kuberová, 2010).

### ***1.1.7 Sestra v roli edukátora***

Dle Svěrákové (2012) musí sestra edukátorka splňovat několik požadavků pro úspěšné zvládnání své role. Především je nutné, aby měla potřebné znalosti v oblasti ošetrovatelství a komunikace, aby dokázala bez problémů odpovědět na otázky pacienta. Bastable (2008) sestru edukátorku popisuje jako důvěryhodnou, zodpovědnou osobu.

Sestra by měla mít dostatek empatie a umět projevit ochotu pomoci pacientovi. Psychiku pacienta podpoří sestra, která chápe jeho obavy a ví, že není jednoduché radikálně změnit svůj doposud vedený životní styl. Respektovat osobnost pacienta je pro ni samozřejmostí. Pro správný průběh edukace je podstatná její komunikační a didaktická dovednost. Při procesu edukace by správná sestra edukátorka měla mít určitý smysl a cit pro předávání informací, uplatnit holistické pojetí, respektovat etnické a kulturní odlišnosti pacienta a jeho sociální postavení. Důležité je vytvořit vhodné motivující a podpůrné prostředí k edukaci. Základní informace o zdravotním stavu a diagnózu sděluje pacientovi vždy lékař. Sestra edukátorka je oprávněná edukovat pouze v rámci svých profesních kompetencí a činností (Svěrákové 2012).

## **1.2 Komunikace v ošetrovatelství**

*„Farmaka však nemohu nahradit vlídné prostředí, empatické jednání a profesionalitu zdravotníků“ (Cvachovec, 2011, s. 137).*

Vokurka a Hugo (2015) komunikaci definují jako proces výměny informací mezi dvěma a více účastníky s cílem dosáhnout jejich součinnosti, dorozumění a žádoucího cílového chování.

Jak uvádí Zeleníková (2011), komunikace je nedílnou součástí každodenní činnosti všeobecné sestry, a to nejenom tím, že pomocí správné komunikace získávají sestry od pacienta informace, ale především ho pomocí ní motivují, vzdělávají a navazují s ním důvěryhodný vztah. Od sestry se předpokládá nejenom empatické naslouchání, ale také schopnost porozumět verbálním a neverbálním projevům. Dle Joseph A. DeVito (2008) se během empatického naslouchání snažíme porozumět myšlenkám a pocitům druhého. Šulistová, Trešlová (2008) upozorňují, že při komunikaci mezi sestrou a pacientem je nutné, aby si sestra uvědomovala svůj vliv na pacienta. Je nezbytné se nejprve zamyslet nad tím, co pacientovi chceme sdělit.

Zvládnutí problematiky komunikace pomáhá sestře rozvíjet kvalitní vztah s pacientem a vede ke zvýšení kvality ošetrovatelské péče (Zacharová, 2016).

### **1.2.1 Zásady komunikace s pacientem před operací**

Janáčková, Weiss (2008) se ve své publikaci zmiňují o hlavních zásadách správné komunikace s pacienty před operací. V první řadě zdůrazňují promyšlení možnosti volby chirurgického zákroku spolu s pacientem, komunikaci pomalou a srozumitelnou mluvou. Na případné dotazy pacienta je nutné vhodně odpovědět, pokud je to možné poskytnout pacientovi dostatek času na rozmyšlenou. Také musíme pacientovi poskytnout dostatek informací o zvoleném způsobu anestezie, včetně způsobu provedení a bezpečnosti zákroku. Pacienta je vhodné podpořit, najít reálnou naději na úspěch a nezapomenout informovat o tom, co ho čeká v pooperačním období (délka pobytu na dospávacím pokoji, případně na JIP). Sestra ho upozorní na bolest, která se může objevit, a o možnosti účinné pooperační analgezie. Na závěr se nemá zapomínat na informaci o předpokládané délce pobytu v nemocnici a následném rekonvalescentním režimu.

### ***1.3 Anesteziologie***

Anesteziologie je lékařský obor, který se zabývá anestezii pacientů při chirurgických výkonech (Kašáková et al., 2015).

#### ***1.3.1 Historie anesteziologie***

Jako každý lékařský vědní obor má také anesteziologie své dávné historické postupy, které zmírňovaly utrpení pacienta při invazivních výkonech či ošetřování poranění. Přesto je moderní a skutečně účinná anestezie poměrně novým objevem, který slaví pouhých 160 let vzniku. Jeden ze zakladatelů anestezie, William T. G. Morton, má na svém pomníku zvěčněnou větu „*Před ním byl každý chirurgický výkon agonii*“. Mezi hlavní historické postupy, které umožňovaly provádět chirurgické výkony bez účinné a odpovídající anestezie, byla například dřívější analgetika a soporofika (mandragora, alkohol, dietylér, oxid dusný), (Barash et al., 2015).

Obyvatelé Jižní Ameriky údajně tlumili bolest z ran svým pacientům tím, že žvýkali listy koky, které obsahovaly kokain. Následně do rány plivali své sliny a tím zajišťovali topickou anestezii. Samozřejmě využívali i účinků alkoholu. Hlavní lék na tlášení bolesti byla především rychlá práce chirurgů. Chirurg Robert Liston údajně zvládl provést amputaci nohy za něco málo přes minutu. Operace byly kvůli křiku operantů prováděny mimo hlavní budovy nemocnice (Pokorný, Málek, 2016).

Mezi první průkopníky moderní anestezie se zapsali anesteziologové Clarke, Long a Wells. Clarke použil anestezii k extrakci zubu. Long anestezoval chirurgické odstranění nádoru na krku. Wells zkoušel oxid dusný, ovšem neúspěšně. Úspěšnější byl již zmiňovaný William Thomas Morton Green, který veřejně demonstroval anestezii v Bullfinch Amphitheater v Massachusetts General Hospital 16. října 1846. Údajně chirurg na konci výkonu řekl památný výrok: „*Pánové, to není žádný podvod*“! Mezi základní pilíře bezpečné anestezie patří bezprostřední zajištění dýchacích cest. Dodnes patří tento výkon k základní profesní dovednosti anesteziologického lékaře. Angličan Joseph Clover byl první, kdo navrhl manévr předsunutí dolní čelisti. Tím umožnil průchodnost dýchacích cest a předcházel zapadnutí kořene jazyka pacienta v celkové anestezii. Četné, závažné a stresující apnoické komplikace vedly k vyvinutí náležitých pomůcek, které umožňovaly bezpečnou průchodnost dýchacích cest. Sem bezvýhradně patří vývoj tracheální rourky.



Americký chirurg Joseph Ó Dwyer vytvořil kovové laryngeální rourky, které zaváděl dětem postižený záškrtem. Zaváděl je naslepo mezi hlasivky. V roce 1895 v Berlíně provedl Alfred Kirstein jako první přímou laryngoskopii. Usnadnění tracheální intubace umožnila obloukovitě zahnutá vytvarovaná lžice laryngoskopu, která usnadňuje pohled do laryngu a na hlasivky. V roce 1926 Arthur Guedel zavedl tracheální rourky s těsníci manžetami. Následně na to, v roce 1963, byly tracheální rourky zdokonaleny na endotracheální rourky s dvěma průsvity. A. I. J. „Archie“ Brain v roce 1981 sestavil a poté i úspěšně zavedl do klinické praxe laryngeální masku. Dalším důležitým mezníkem v rozvoji anestezie bylo vytvoření inhalátoru, který zkonstruoval John Snow. Američtí chirurgové George W. Crile a Harvey Cushing v průběhu operačního výkonu požádali o systémové měření krevního tlaku. Dalším pokrokem v anesteziologii bylo zavedení monitorace srdeční akce formou EKG, pulzní oxymetrie, analýza krevních plynů, kapnografie a monitorace nervosvalové blokády. Tímto došlo ke snížení mortality a morbidit (Barash et al., 2015).

### ***1.3.2. Charakteristika anestezie***

Adamus (2012) ve své knize píše, že anestezie znamená léčebný postup, pomocí kterého vyřadíme vnímání všech podmětů. Anestezii podává anesteziologický tým, který je tvořen anesteziologem a anesteziologickou sestrou.

Anestezii zpravidla rozdělujeme do tří základních skupin, a to na celkovou, místní a kombinovanou. Pokud v praxi lze volit mezi několika způsoby anestezie je zpravidla preferováno přání pacienta. V zásadě ale volíme ten nejbezpečnější postup (Zemanová, 2009).

#### ***1.3.2.1 Celková Anestezie***

Zemanová (2009) uvádí, že celková anestezie je řízené, přechodně navozované bezvědomí, v některých případech i bezdeší umožňující toleranci chirurgického výkonu. U tohoto typu anestezie je zapotřebí vždy zajistit dýchací cesty.

Selingerová (2012) rozděluje celkovou anestezii podle vstupní brány anestetika do organismu. Na anestezii **inhalační**, pomocí které dochází vdechováním plyných anestetik nebo kapalných par anestetik k ztrátě vědomí. Anestezii **intravenózní**, kdy jsou anestetika aplikována nitrožilně. Anestezii **intramuskulární**, kde jsou anestetika

aplikovaná do svalu. Málek (2011) se ve své publikaci zmiňuje o dalším typu podání celkové anestezie. Tento typ je označován jako anestezii podaná netradičním způsobem ( tj. rektální, bukální a intranazální).

Zemanová (2009) celkovou anestezii popisuje ve třech stádiích. V prvním stádiu, neboli v úvodní fázi, anestetikum vstupuje do organismu, postupně se zvyšuje jeho koncentrace v mozkových buňkách a pacient usíná. Anesteziolog zajistí průchodnost dýchacích cest. Ve stadiu vedení anestezie se po dobu výkonu pokračuje s účinnou koncentrací anestetik, udržení útlumu v mozkových buňkách, tak aby se zabránilo vzniku stresové reakce organismu na chirurgickou stimulaci. V poslední, probouzeční fázi, je ukončen přívod anestetik do organismu. Postupně klesá jeho koncentrace v mozkových buňkách a pacient nabírá vědomí, probouzí se, obnovuje obranné reflexy a reakce na fyzické a slovní podněty.

### ***1.3.2.2 Místní anestezie***

Gabrhelík (2011) popisuje místní neboli regionální anestezii jako dočasné přerušení všech nervových podnětů v určité oblasti jejich nervových drah. Místní anestezie způsobí analgezii, která přetrvává i pooperačně. Pacientovo vědomí zůstává zachované. Pacient je lačný, má zajištěn žilní vstup, jeho fyziologické funkce jsou během operačního výkonu sledovány.

Pokud je pacient na rozsáhlém operačním výkonu, lze podat pro snížení stresu malou dávku trankvilizérů ještě před výkonem. V porovnání s celkovou anestezíí, je u místní anestezie popisována lepší perfúze znečítlivěné oblasti. Výskyt zánětlivých komplikací je nižší, imunita je méně narušena, neomezuje dýchání, umožňuje kontakt a spolupráci s nemocným (Cvachovec, 2011).

Místní anestezie se užívá především u operačních výkonů na povrchu těla, na končetinách, v urologii, ale také v břišní chirurgii při operacích v podbřišku (Cvachovec, 2011).

Místní anestezie se rozděluje podle místa vstupu látky do organismu a jak ovlivňuje danou oblast. Místní anestezii dělíme na anestezii *lokální*, která se dále rozděluje na topickou a infiltrační anestezii (Schneiderová, 2014).

**Topická** anestezie se může podávat například pomocí spreje (lidokain, trimekain) na povrch sliznice (hlasivky, trachey). Další možnost je ve formě gelu (trimekain) do

močové trubice. Lze použít i speciální gelové náplasti na kůži, které se transkutánně vstřebají (Schneiderová, 2014).

U **infiltrační** anestezie, oproti topické anestezii, dochází k porušení kožního krytu pomocí jehly a podání anestetika do ohraničené oblasti. Používá se pro excize, drobné extirpace, herniotomie, tracheotomie. Další rozdělení místní anestezie je na anestezii regionální a centrální svodnou. Tento typ regionální centrální svodné anestezie dále rozdělujeme na (Schneiderová, 2014):

**Epidurální** anestezie- u tohoto typu se podává místní anestetikum do páteřního kanálku mezi obratle a vak z tvrdé pleny mozkové (Vokurka, Hugo, 2015). Při této anestezii pacient sedí v předklonu nebo je v leže na boku, dolní končetiny má pokrčené a přitažené k tělu. Aplikací anestezie dochází k znecitlivění rozsáhlejších okrsků těla. Může se užít při výkonech v oblasti pánve, močového měchýře, prostaty, anální oblasti, rekta, při gynekologický operacích, při ortopedických, cévních a traumatických výkonech na dolní končetinách. Velmi vhodná je zejména pro hrudní a kardiochirurgické výkony. Tento typ znecitlivění se s výhodou kombinuje s celkovou anestezii a využívá se hojně k léčbě pooperační bolesti, kdy je do epidurálního prostoru zaveden katétr pro kontinuální podání analgezie. Po epidurální anestezii je pacientovi ordinován 24 hodinový klid na lůžku, během kterých má pouze ležet (Michálek, 2016)

**Subarachnoidální anestezie** je zavedení místního anestetika do vaku tvrdé pleny míšní a je velmi podobná epidurální anestezii, ale jehla s anestetikem musí proniknout tvrdou plenou míšní. Při této aplikaci pacient sedí v předklonu nebo leží na boku s pokrčenými dolními končetinami přitaženými k tělu. Tato anestezie je vhodná pro výkony v oblasti dolních končetin, především pro náhrady velkých kloubů a traumatologické výkony. Dále je vhodná k užití pro výkony v oblasti hráze a podbřišku, jako jsou tříselné hernioplastiky či výkony v oblasti řitního otvoru. Pacient je během výkonu při vědomí a necítí bolest, případně se užívá tzv. sedace při vědomí, kdy je pacient farmakologicky tlumen, ale probuditelný. Výhodou této anestezie je vyhnutí se některým nežádoucím účinkům celkové anestezie. Neposlední indikací je císařský řez, kdy je subarachnoidální anestezie významně méně riziková než anestezie celková. Po subarachnoidální anestezii je pacientovi ordinován 24 hodinový klid na lůžku, během kterých má pouze ležet (Michálek, 2016). Tento typ anestezie je spojen s vyšší předoperační úzkostí oproti celkové anestézii (Akildiz et al., 2017).

**Kaudální blokáda** je zavedení místního anestetika vpichem mezi křížovou kostí a kostrčí. Tato anestezie je často používaná u dětí, a to zejména díky jednoduchému provedení a nízkému výskytu komplikací. Nejčastěji se kombinuje celková anestezie s jednorázovým kaudálním blokem pro překlenutí pooperační bolesti (Michálek, 2016).

**Blokády nervových pletení a periferních nervů**, kdy zavedením anestetika do blízkosti nervových pletení a periferních nervů dochází k jejich blokadám, zpravidla za pomoci standardní jehly. Nejčastěji je využívána k operačním výkonům na horních a dolních končetinách a krku (Michálek, 2016).

### ***1.3.3 Komplikace v anestezii***

Běžné komplikace v anesteziologické péči nebývají moc závažné, ale mohou se vyskytnout i život ohrožující situace. Působení anestetik je individuální. Mohou se objevit pocity na zvracení, kašel a lehké bolesti hlavy. Anesteziologické přípravky jsou vybírány podle typu anestezie a po konzultaci s nemocným. Pacient se musí vždy zmínit lékaři o svých lékových i jiných alergiích (Skřivánek, 2007).

K nežádoucím účinkům u **regionální anestezie** může dojít při překročení hladiny bezpečného množství lokálních anestetik, nebo při nechtěném podání látek do cévy pacienta. Nejprve se mohou projevit neurotoxické příznaky (změna chování, která připomíná opilost, motorický neklid, svalové záškuby, tonicko-klonické křeče a ztráta vědomí). Mezi závažnější komplikace patří srdeční arytmie, které mohou přejít až do srdeční zástavy (Málek, 2016).

Po **celkové anestezii** je mobilizace možná hned po probuzení, ale prvních 12 hodin s doprovodem. Mobilizace je individuální podle typu operace a ordinace lékaře. Obecně je vhodné vstávat z lůžka co nejdříve a tím předcházet vzniku komplikací, jako je například zánět žil dolních končetin nebo žilní trombóza (Skřivánek, 2007).

Málek (2016) se ve své publikaci zmiňuje ještě o dalších běžnějších komplikacích, mezi které patří hematomy při nepodařené venepunkci, poranění zubů během intubace, neurapraxie při nevhodném uložení pacienta na operačním sále. Kromě těchto méně závažných komplikací se mohou vyskytnout komplikace život ohrožující, jako je například anafylaktická reakce, bronchospasmus, laryngospasmus, nemožnost zajištění dýchacích cest a komplikace související s typem výkonu jako je například závažná hemoragie nebo plicní embolie. V těchto situacích musí být anesteziologická sestra připravena reagovat velmi rychle a spolupracovat s vedoucím anesteziologického týmu.

### ***1.3.4 Příprava pacienta před anestezii***

Gabrhelík a Koutná (2012) píše, že každá anestezie je možným rizikem, pramenem potenciálních komplikací, ostatně jako všechny invazivní postupy v medicíně. Díky zkušenosti a kvalitě anesteziologických lékařů jsou v současnosti anesteziologické postupy relativně bezpečné a efektivnější než v minulosti. Ke snížení rizika anestezie i operačního výkonu vede důkladné předoperační a předanestetické vyšetření všech nemocných.

Důkladná předoperační příprava a předoperační vyšetření vede k zamezení komplikací, vytvoření optimálních podmínek pro provedení operačního výkonu, podání anestezie a zkrácení doby rekonvalescence. Na této přípravě se podílí ošetřující lékař, operátor, anesteziolog, případně konziliář (Schneiderová, 2014).

#### ***1.3.4.1 Předoperační vyšetření***

Toto vyšetření provádí praktický lékař, pediatr, internista nebo chirurg. Jeho cílem je zhodnotit aktuální zdravotní stav nemocného před zákrokem. Posoudit stupeň operačního rizika a způsobilost pacienta k operačnímu výkonu. Dále navrhnout léčebně diagnostický postup k optimalizaci přípravy před operací (Gabrhelík, 2012). „*Základem předoperačního vyšetření je podrobná anamnéza doplněná fyzikálním a pomocným laboratorním vyšetřením*“ (Zemanová, 2009, s. 42).

Pokud má pacient nějaká přidružená onemocnění, podílí se na předoperačním vyšetření i lékař specialista (kardiolog, pneumolog, nefrolog, diabetolog a další), který navrhne další doplňující vyšetření. Mezi nejčastěji požadované doplňující vyšetření patří echokardiografie srdce, spirometrie, funkční vyšetření plic, sonografické vyšetření krkavic, počítačová tomografie nebo magnetická rezonance. Platnost těchto vyšetření je jeden měsíc u dospělého člověka, u dětí 14 dní, pokud nedojde k závažným změnám aktuálního zdravotního stavu. Závěr předoperačního vyšetření je podkladem pro předanestetické vyšetření (Gabrhelík, 2012).

#### **1.3.4.2 Předoperační anesteziologické vyšetření**

Předoperační anesteziologická příprava pacienta začíná v okamžiku indikace lékaře k operačnímu výkonu (Schneiderová, 2014).

Před plánovaným operačním výkonem jsou v ČR prováděna níže uvedená vyšetření. Ovšem v jakém rozsahu budou provedeny závisí na celkovém zdravotním stavu pacienta, věku, náročnosti, časové naléhavosti k výkonu a volbou anesteziologické techniky (Koutná, Gabrhelík, 2012).

ČSARIM (2006) v doporučených postupech vydaných Českou společností anesteziologie resuscitace a intenzivní medicíny (dále ČSARIM) uvádí, že součástí předanestetického vyšetření je odebrání anamnézy, ve které nás především zajímá současná farmakoterapie, předchozí a současné choroby, celkový stav, tolerance zátěže, alergie, abusus, předchozí anestezie a podání krevních derivátů. Základní klinické vyšetření, které je prováděno u asymptomatických pacientů, zahrnuje vyšetření pohledem, vyšetření dýchacích cest a systému pro predikci možné obtížné intubace, vyšetření kardiovaskulárního systému. EKG vyšetření se doporučuje provádět i u pacientů bez anamnézy srdečního onemocnění nad 40 let. Pod 40 let se provádí pouze u pacientů s kardiovaskulárním onemocněním. Chemické vyšetření moče se provádí u všech pacientů. Doba platnosti předanestetického vyšetření je obvykle 1 měsíc, pokud nedojde ke změně zdravotního stavu pacienta. U dětí se doba platnosti zkracuje na 14 dní. Kasalický (2008) uvádí, že pro zhodnocení rizik v anesteziologii je v současné době definované American Society of Anesthesiology Classification, dále ASA Scóre, které rozděluje nemocné do pěti skupin.

ASA I – Zdravý pacient, bez laboratorních či klinických patologických nálezů. Nemoc, pro kterou je operován, nemá vliv na celkovou kondici

ASA II – Pacient s mírným až středně závažným systémovým onemocněním, beze změn výkonnosti a funkce orgánů.

ASA III – Pacient se závažným onemocněním, které omezuje jeho aktivitu a výkonnost, onemocnění s orgánovými změnami

ASA IV - Závažné až život ohrožující onemocnění, které nelze řešit předoperačně.

ASA V – Moribundní nemocný, u něhož je operace poslední možností léčby

### **1.3.4.3 Předoperační lačnění**

Součástí předoperačního vyšetření je edukace pacienta o nutnosti dodržování příjmu tekutin a potravy před výkonem. Dodržování lačnění před anestezií minimalizuje výskyt aspirace nebo regurgitace (návrat polknuté potravy zpět do hltanu a úst) žaludečního obsahu především v době úvodu do celkové anestezie. Tato komplikace se nejčastěji objevuje u pacientů s onemocněním žaludku, jícnu, obézních pacientů, pacientů s poruchami pasáže zažívacího traktu, těhotných, u pacientů s metabolickým onemocněním a také u pacientů, kteří mají předpoklad obtížného zajištění dýchacích cest. U dospělých pacientů je potřeba ukončit příjem čirých tekutin alespoň dvě hodiny před plánovaným úvodem do celkové anestezie. V případě časového posunutí plánovaného výkonu o více než 2 hodiny se doporučuje příjem tekutin upravit, abychom předešli žízní nebo dehydrataci. Pacientovi jsou dovoleny tzv. číré tekutiny mezi které patří voda, čisté ovocné šťávy bez dužiny, čistý čaj nebo černá káva bez mléka. Předoperační medikaci lze zapít malým množstvím vlažné vody o objemu cca 30 ml. Co se týká stravování před plánovanou anesteziologickou péčí, je nutné dodržet 6 hodin od posledního příjmu lehkého jídla nebo mléka. Pokud pacient jedl příliš tučné nebo smažené jídlo, je nutné dodržet alespoň 8 hodin od přijetí poslední stravy z důvodu zpomaleného vyprazdňování žaludku při jeho naplnění příliš tučným obsahem. Před výkonem s požadovanou anestézií je také doporučováno nepřijímat sladkosti, žvýkačky, a to alespoň 6 hodin před výkonem. Dlouhodobé lačnění není doporučováno z důvodu zvýšení obsahu kyselých žaludečních šťáv, kdy jsou pacienti více ohroženi aspirací. (ČSARIM, 2011).

Málek (2013) uvádí, že v některých nemocnicích je z tohoto důvodu podáváno 2 hodiny před operací 200 ml hypoosmolární tekutiny. Podání hypoosmolárních tekutin vede k naředění žaludečních šťáv, zvýšení pH a lepšímu vyprázdnění žaludku.

Dle ČSARIM (2011) není kouření v den operace doporučováno. Alkoholové nápoje jsou kontraindikované. U kojenců je rozdíl podle toho, jaký typ potravy přijmou. Pokud kojeneček přijme mateřské mléko, doba doporučené doby do podání anestezie jsou 4 hodiny. Při podání kojenecké stravy se doba lačnění prodlužuje na 6 hodin. Tzv. bleskový úvod do anestezie je prováděn u pacientů s neodkladným výkonem. Vždy se k nim přistupuje jako k pacientům s plným žaludkem.

#### **1.3.4.4 Premedikace**

Poslední část přípravy pacienta před anestezii je prepremedikace a premedikace. Tato sedativní farmaka pomohou pacientovi po jeho psychické stránce s operačním výkonem. Pacienta zklidní a navodí mu pocit pohody. Volbu farmak, dávky a cesty podání určuje anesteziologický lékař. Rozdíl mezi premedikací a prepremedikací je ten, že prepremedikace se na rozdíl od premedikace podává večer před výkonem nebo v průběhu dne. Docílíme tím uklidnění pacienta a navození klidnějšího spánku. Premedikace se podává v den výkonu zhruba 45 minut před zahájení anestezie (Cvachovec, 2011).

Dříve byla premedikace podávána především intramuskulárně. Z důvodu bolestivého způsobu podání a vzácnému výskytu komplikací, mezi které patří výskyt infekce, tvorba hematomu a poškození nervu, přešlo mnoho anesteziologů k perorální aplikaci. Tuto medikaci lze zapít malým množstvím vlažné vody, riziko aspirace nehrozí. Orální premedikace je kontraindikovaná, pokud má pacient poruchy resorpce gastrointestinálního traktu nebo poruchy polykání. Alternativou u těchto pacientů je použití farmak, která se vstřebávají sublinguální (Lorazepam) cestou. Další možností je podání premedikace intravenózně. U dětí je premedikace podávána především orálně. (Kurzová, 2011)

Pacienta je nutné poučit, že po podání premedikace už nevstává z lůžka a upozornit ho na možný výskyt příznaků atropinového syndromu (tachykardie, poruchy akomodace, sucho v ústech), pokud podáváme léčiva, která tyto účinky mají. Po podání premedikace je pacient kontrolován sestrou, sestra kontroluje krevní tlak a tepovou frekvenci před převozem k výkonu (Cvachovec, 2011).

#### **1.3.4.5 Informovaný souhlas**

Jedním z hlavních témat, kterým se zabývá medicinské právo, je informovaný souhlas nemocného s provedením operačního výkonu a s podáním anestezie. Je brán jako projev svobodné vůle člověka s podstoupením zákroku, který doporučil lékař. V případě jeho nepodepsání pacientem, může být provedený výkon považován za protiprávní (Policar, 2010).



Získaný informovaný souhlas pacienta je nezbytným předpokladem v anesteziologické péči. U plánovaných výkonů je možné souhlas oddálit do doby, než si pacient nebo zákonný zástupce souhlas rozmyslí a podepíše (Kurzová, 2011).

V případě ohrožení života, kdy nelze od pacienta příslušný souhlas získat a zákrok je nutné provést pro záchranu života a zdraví, rozhoduje lékař dle svého nejlepšího vědomí a svědomí v intencích postupů lege artis. Následně na to se musí do dokumentace zaznamenat, že pacient nebyl schopen souhlas udělit a tuto skutečnost nahlásit soudu (Haškovcová, 2007).

Podle Haškovcové (2007) má tento souhlas splňovat tři základní náležitosti: pacient musí být poučený, jeho souhlas musí být svobodný a kvalifikovaný. Proto je poučení pacienta nutné a pacient musí porozumět dané věci tak, aby se mohl svobodně rozhodnout. Pokud tak nebude, souhlas je možné považovat za neplatný.

Šturma (2007) uvádí, že je povinností lékaře poučit nemocného o možnostech léčby a objasnit nemocnému výhody a nevýhody navrhovaného postupu a upozornit ho na komplikace i možné následky v případě odmítnutí postupu. Každé pracoviště má zpracovaný svůj informovaný souhlas.

#### ***1.3.4.6 Doporučený postup před zahájením anesteziologické péče***

Před zahájením anesteziologické péče musí být dle vydaných doporučených postupů provedena následná opatření. Před podání anestezie musí být především ověřena identita pacienta, pacientovi bylo provedeno předanesteziologické vyšetření a informovaný souhlas a souhlas s anestezii byl podepsán (ČSARIM 2012).

Sestra provede kontrolu pacienta, zda na sobě nemá žádné šperky. Zda byla vyjmuta zubní náhrada či odstraněny jiné pomůcky. Patientky přijíždí na sál bez make-upu a jejich nehty nejsou namalované (Kurzová, 2016).

Dále musí být provedena kontrola typu a strany plánovaného výkonu a kontrola anamnézy, která zahrnuje alergie na desinfekční prostředky, antibiotika a náplasti. Další část kontroly zahrnuje kontrolu přítomnosti a funkčnosti všech pomůcek a přístrojů. Patří sem kontrola funkčnosti anesteziologického přístroje, kontrola zdroje kyslíku a ostatních plynů, kontrola odpařovačů a jejich napojení. Dále je prováděna kontrola monitorovací techniky, dýchacího okruhu, odsávacího systému a nastavení alarmů na přístrojích. Nesmí se zapomenout také na kontrolu pomůcek k zajištění dýchacích cest, pomůcek pro zajištění vstupu do oběhu. Farmaka pro vedení anestezie musí být

bezpečně označena, kontrola defibrilátoru a infuzních přípravku musí být také provedena. Dále je nutná přítomnost pomůcek pro ohřátí pacienta. Pro případ větší krevní ztráty je zapotřebí mít zajištěný přiměřený počet nitrožilních vstupů. V případě indikace lékaře kontrola objednání a dostupnosti krve a krevních derivátů. Součástí přípravy je podání nebo ověření předchozího podání antibiotické profylaxe. Po úvodu do celkové anestezie, před zahájením výkonu, se kontroluje poloha tracheální rourky a monitorovací techniky. A na závěr se provádí prevence poškození očí a prevence polohového poškození (ČSARIM., 2012).

#### ***1.3.4.7 Péče o pacienta v celkové anestezii***

Během výkonu v celkové anestezii je potřeba udržovat koncentraci anestetik. Postupuje se podle zvoleného druhu anestezie. U intravenózní anestezie se mění rychlost kontinuálně podávaných anestetik a u inhalační anestezie se mění jejich koncentrace. V průběhu operace doplňujeme průběžně bolusově opiáty eventuálně relaxancia. To vše dle ordinace lékaře. Pacientovi jsou monitorovány základní životní funkce, EKG, krevní tlak, saturace, ventilační parametry, monitorace inhalačních plynů, tělesná teplota. Sestra musí sledovat průběh výkonu, jednotlivé fáze operace, barvu kůže a pocení, zornice, žilní vstup, krevní ztráty, diurézu, hloubku anestezie, hloubku relaxace a polohu pacienta. Během výkonu nesmí opomenout na spolupráci s operátorem. Pokud se jedná o jednorázovou svodnou anestezii, sleduje sestra působení anestetika. Operátor by měl výkon stihnout za doby jejího působení. Pokud tomu tak není, sestra doplňuje anestezii intravenózně (Přikryl, 2013).

Celý průběh anestezie, provedené úkony, stav pacienta, naměřené hodnoty vitálních funkcí a podané medikamenty se zapisují a provádí se záznam průběhu anestezie. Tento záznam je po ukončení výkonu založen do chorobopisu (Schneiderová, 2014).

#### ***1.3.4.8 Ukončení anestezie a pooperační péče***

Příkryl (2013) ve své publikaci píše, že svodná anestezie nekončí s koncem výkonu, ale po působení účinků lokálního anestetika. V tomto případě pacient nevnímá tu nejhorší bolest bezprostředně po operaci, ale až později, a to především v menší intenzitě. Pokud byla podána celková anestezie a pacient se neprobouzí, mohou mu být podána antidota, která odbourávají zbytek účinnů relaxancií a opiátů.

Pacient postupně nabírá vědomí a svalovou sílu. Pokud pacient nadzvedne hlavu od podložky a dokáže odkašlat, je svalová síla považována za dostatečnou. U pacientů, kterým byla zavedena endotracheální kanyla, se po obnovení spontánní dechové aktivity a potřebného stupně vědomí kanyla odstraní. Při extubaci anesteziologická sestra lékaři asistuje. Následně na to je pacient odpojen od monitorace a odjíždí na dospávací pokoj standardního oddělení nebo JIP, kde ho nadále sestry monitorují kvůli možnosti přetrvávání účinku svalových relaxancií, opiátů a anestetik (Schneiderová, 2014).

Dospávací pokoj je důležitý pro hladký průběh operačního programu. Většinou jsou zde anesteziologické sestry s dostupností anesteziologa. Dospávací pokoj slouží především k péči o pacienta bezprostředně po výkonu v celkové anestezii (Příryl, 2013).

Jak uvádí Schneiderová (2014), na dospávacím pokoji je pacientovi sledován krevní tlak, puls, saturace krve kyslíkem, teplota, dechová frekvence, EKG křivka, svalová síla, odpady z drénů, obvazy na operační ráně. Při zvracení je nutné pacienta polohovat tak, aby nedošlo k aspiraci. Pokud má pacient bolesti, jsou mu podávány analgetika. Zde stráví průměrně dvě hodiny (dle ČSARIM není dána minimální doba, kterou pacient tráví na dospávací jednotce – určuje lékař), následně je převezen na standardní lůžkové oddělení, kde je pacient stále pod dohledem sester. Je nutné, aby se pacient do 6-8 hodin po operaci vymočil. Jestli tak neučiní, musí být na základě indikace lékaře vycévkován. Jestliže se ani poté močení neobnoví, je zaveden permanentní močový katetr. Opakované zvracení si vyžaduje zavedení nasogastrické sondy. Obnovení peristaltiky je ovlivněno typem operace. Je dovoleno podávat čaje v malém množství. Tekutiny a výživa je podávána parenterální cestou. Po obnovení peristaltiky zatěžujeme pacienta stravou postupně. Ze začátku tekutá dieta, dále šetřící až k normální běžné stravě. Samozřejmě záleží na typu operačního výkonu a na přidruženém onemocnění. To vše dle ordinace lékaře. Včasná rehabilitace je velice důležitá jako prevence tromboembolických a respiračních komplikací a dekubitů. Pacienta na toaletu vždy doprovází sestra.

Pokud pacient není dostatečně stabilizovaný a vyžaduje řízenou ventilaci či jinou podporu životních funkcí, je převezen na oddělení intenzivní či resuscitační péče. Pacienta předává anesteziolog lékaři z intenzivní péče (Schneiderová, 2013).

### ***1.3.5 Práce anesteziologické sestry***

Anesteziologická sestra má před příjezdem pacienta na operační sál spoustu povinností. Především se musí dopředu informovat o operačním výkonu, tyto informace najde v operačním programu. Operační program sestavuje vedoucí lékař operačních sálů spolu s anesteziologickým lékařem. Pokud to je provozně možné, seznam pacientů je sestaven podle věku pacienta, délce a závažnosti jednotlivých výkonů. V operačním programu najde vždy jméno pacienta, věk, hmotnost, název oddělení, požadavky anesteziologa, záznam o způsobu podání premedikace (načasovaná nebo na zavolání). Poté, podle typu operace, musí připravit potřebné pomůcky a ordinovaná farmaka. Před vstupem na operační sál musí anesteziologické sestry projít takzvaným hygienickým filtrem. Zde si do uzamykatelných skříněk odloží osobní věci, převlékne se do sálového prádla a přezuje do speciální sálové obuvi. Dále si oblékne operační čepici, která slouží pro zakrytí všech vlasů a ústenku pro zakrytí úst a nosu. Poté provede hygienickou dezinfekci rukou. Bez těchto úprav by nemohla vstoupit do prostorů operačních sálů. Anesteziologická sestra by měla být na svém pracovišti nejméně 30 minut před zahájením operačního programu. Musí připravit pomůcky a přístroje k anestezii, zkontrolovat funkčnost anesteziologického přístroje a ventilátoru, připravit infuzní pumpy, lineární dávkovače, monitor vitálních funkcí a přístroj k zajištění teplotního komfortu pacienta. Dále musí odzkoušet funkčnost odsávačky, přívody všech medicínských plynů (kyslík, oxid dusný a vzduch). Další část kontroly zahrnuje kontrola popisu tlakových lahví a redukčního ventilu s manometrem.

Pokud jsou medicínské plyny odebírány z centrálního rozvodu tak každý má své barevné označení (kyslík-bílá, oxid dusný – modrá, vzduch – bílá s červeným obvodem) pod tlakem: 0,35-0,45 MPa. Příprava anesteziologické sestry pokračuje připojením anesteziologického přístroje k odtahu expiračních plynů, který odvádí vydechované plyny pacienta mimo operační sál. Dále udělá test těsnosti dýchacího systému a podle ordinace lékaře doplní do odpařovače anestetika kapalného skupenství. Kromě přístrojové techniky, anesteziologická sestra také připraví další potřebné pomůcky pro

podání anestezie a pomůcky pro zajištění periferních žilních katétrů a intubaci, případně další potřebné vybavení (Šilgerová, 2012).

Sestra musí vyzkoušet, zda laryngoskop dobře svítí a připravit endotracheální rourky, zavaděč, stříkačku na nafouknutí těsnícího balonku, náplast na fixaci rourky, sprej na její navlhčení, Magilovy kleště. Pro případ obtížné intubace mají v některých nemocnicích videolaryngoskop (Hošková, 2010).

Pokud se jedná o náročnější operační výkon, je potřeba připravit i pomůcky k monitorování centrálního žilního tlaku a arteriálního tlaku. Na závěr anesteziologická sestra připraví všechny potřebné roztoky a léky pro průběh operačního výkonu (Šilgerová, 2012).

Při příjezdu pacienta na sál anesteziologická sestra asistuje lékaři při intubaci, nejprve podá dle ordinace lékaře opiáty, anestetikum a relaxancia. Lékaři podá laryngoskop a endotracheální rourku s balónkem. Když lékař zaintubuje, nafoukne balónek tubusu. Zajistí lékaři fonendoskop pro ověření správné intubace. Zafixuje rourku a hadici dýchacího okruhu. Poté sestra počká na zarouškování pacienta a dle ordinace lékaře podává další léky. Dále postupuje podle doporučení anesteziologa. Pokud se jedná o dětského pacienta postup v intubaci se může lišit (Příkryl, 2013).

#### ***1.3.5.1 Vzdělání anesteziologické sestry***

Na počátku 21. století došlo k zásadním změnám ve vzdělávání sester v ČR, a to přijetím zákona č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních. K získání odborné způsobilosti k výkonu oboru ošetrovatelství, je potřeba absolvování zdravotnického bakalářského studijního programu nebo absolvování tříletého studia na vyšší odborné škole. Tyto programy musí splňovat podmínky pro uznání akreditace, které jsou uvedeny ve vyhlášce č. 39/2005 Sb., (Kutnohorská, 2010).

Pokud by všeobecná sestra chtěla pracovat v intenzivní péči se zaměřením na péči v anesteziologii, musí splňovat povinné požadavky. Především musí mít splněnou zdravotnickou specializaci podle zákona č. 96/2004 Sb., o nelékařském zdravotním povolání. Druhá podmínka je splnění specializačního vzdělávání označení odbornosti zdravotnických pracovníků z přílohy dle Nařízení vlády č. 31/ 2010 Sb., (Prošková, 2013).

Za správný průběh specializačního řízení zodpovídá akreditované zařízení, ve kterém se vzdělávání uskutečňuje. Toto zařízení je pod kontrolou Ministerstva

zdravotnictví. Každý účastník specializačního vzdělávání má svého školitele (Prošková, 2013). Dle Nařízení vlády č.31/ 2010 Sb., vzdělávacího programu specializačního vzdělávání v oboru intenzivní péče je cíl specializačního vzdělávání v oboru ošetrovatelská péče v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní medicíně získání specializované způsobilosti s názvem Sestra pro intenzivní péči. Zde si osvojí potřebné teoretické znalosti, praktické dovednosti, nácviky týmové spolupráce a schopnost samostatného rozhodování pro činnosti stanovené platnou legislativou. Doba specializačního vzdělávání je 18–24 měsíců, kterou lze prodloužit nebo zkrátit při zachování počtu hodin vzdělávacího programu. Tento program obsahuje 560 hodin teoretické a praktické výuky. Vzdělávací program obsahuje základní modul a odborný modul. Za každý splněný modul je student ohodnocen kredity. Specializační vzdělávání je ukončeno atestační zkouškou, která obsahuje podmínky pro výkon práce anesteziologické sestry.

## **2 Cíle práce, výzkumné otázky**

V následující kapitole se budeme věnovat stanoveným cílům a výzkumným otázkám, které byly vytvořeny pro naši bakalářskou práci.

### **2.1 Cíle práce**

Cíl 1: Zjistit, zda se anesteziologické sestry podílí na edukaci pacienta před plánovaným výkonem.

Cíl2: Zjistit rozdíl v edukaci pacienta anesteziologickou sestrou před plánovaným výkonem v Nemocnici Tábor, a.s. a v Nemocnici Písek, a.s.

### **2.2. Výzkumné otázky**

V souvislosti se stanovenými cíli naší bakalářské práce jsme zvolili následující výzkumné otázky:

Výzkumná otázka 1: Jak probíhá edukace pacienta anesteziologickou sestrou před plánovaným výkonem?

Výzkumná otázka 2: Jakým způsobem ověřují anesteziologické sestry informovanost pacienta?

Výzkumná otázka 1: Jakým způsobem probíhá předoperační edukace pacienta anesteziologickou sestrou v Nemocnici Tábor, a.s.?

Výzkumná otázka 2: Jakým způsobem probíhá předoperační edukace pacienta anesteziologickou sestrou v Nemocnici Písek, a.s.?

### 3. Operacionalizace pojmů

Tato kapitola slouží k definování pojmů, které jsou použity v cílech a výzkumných otázkách naší práce

Anesteziologická sestra – *Sestra pro intenzivní péči v rámci anesteziologicko-resuscitační intenzivní péče a akutního příjmu vykonává činnosti podle § 54 při poskytování ošetrovatelské péče o pacienta staršího 10 let, u kterého dochází k selhání základních životních funkcí nebo toto selhání hrozí* (Vyhláška č. 55/2011 Sb).

Edukace – *Výchova, rovněž ve smyslu e. pacientů s určitou (zejm. chronickou) chorobou. Umožňuje zvýšení péče o vlastní zdravotní stav a průběh choroby.* (Kašáková et al., 2015, s.92)

Pacient – *Pacientem je v současné době každá fyzická osoba, které je poskytována zdravotní péče bez ohledu na to, zda se jedná o prevenci, diagnostiku či léčení, bez ohledu na to, kým je péče uhrazena, a bez ohledu na pohlaví a věk* (Vondráček et al., 2011, s 72)

Výkon – *V medicíně označován, jako obvykle, pro složitější léčebný či diagnostický úkon, zejm. takový, který vyžaduje anestezii.* (Kašáková et al., 2015, s. 417)

Nemocnice – *zdravotnické zařízení, které má licenci k poskytování zdravotnické péče, má určitý počet lůžek, organizovaný lékařský tým požadované kvalifikace a poskytující nepřetržité ošetrovatelské služby.* (Kašáková et al., 2015, s.269)



## **4. Metodika výzkumu**

V další kapitole se budeme zabývat metodikou výzkumného šetření a charakteristikou výzkumného souboru.

### ***4.1. Použité metody***

Pro výzkumnou část naší bakalářské práce byla s ohledem na cíle práce zvolena technika kvalitativního šetření. Pro sběr dat byla zvolena metoda dotazováním s užitím polostrukturovaných rozhovorů s anesteziologickými sestrami. Výzkumné šetření bylo realizováno ve dvou nemocnicích v jihočeském kraji na anesteziologicko-resuscitačním oddělení a v anesteziologické ambulanci z jedné z nemocnic. Žádná ze sester si nepřála audiovizuální záznam, jejich požadavek byl respektován, proto nebyl pořízen žádný zvukový záznam. Rozhovor byl zaznamenáván ručně, poté byl přímo přepsán do programu Microsoft Word. Probíhal s každou sestrou individuálně a trval přibližně půl hodiny.

### ***4.2. Charakteristika výzkumné skupiny***

Výzkumnou skupinu dotazovaných tvoří celkem 10 anesteziologických sester. Z toho 5 anesteziologických sester pracuje na operačních sálech a v anesteziologické ambulanci v Nemocnici Tábor a.s. Zbývajících 5 anesteziologických sester pracuje pouze na operačních sálech v Nemocnici Písek a.s. Rozhovory byly provedeny po schválení hlavními sestrami těchto nemocnic (příloha č.1 na CD) a vrchními sestrami anesteziologicko-resuscitačních oddělení. Výzkumné šetření proběhlo v březnu 2017, bylo prováděno vždy osobně. Nejprve došlo ke kontaktu mezi autorkou a staniční sestrou, se kterou bylo domluveno osobní setkání, a následný sběr dat se sestrami. Pro přehlednost v respondentkách přikládám identifikační tabulku sester. V tabulce nalezneme (Tab.1) označení sestry, údaj o nejvyšším dosaženém vzdělání, doplněné postgraduálním vzdělání se specializační zkouškou z anesteziologie, resuscitace a intenzivní péče. (dále ARIP), celková délka praxe ve zdravotnictví, délka praxe na anesteziologicko-resuscitačním oddělení (dále ARO). Dále je zobrazen údaj o tom, zda anesteziologická sestra pracuje na operačním sále nebo i v anesteziologické ambulanci

**Tabulka č.1 - identifikace respondentek**

Označení Anesteziologické sestry	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10
Nejvyšší vzdělání	VŠ Bc.	SZŠ	SZŠ	VŠ Bc.	SZŠ	SZŠ	SZŠ	SZŠ	VŠ Bc.	VŠ Bc.
ARIP	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano
Praxe ve zdravotnictví	35	25	13	9	14	29	25	10	6	11
Délka praxe na ARO	15	21	11	8	10	22	17	4	2	6
Anesteziologická ambulace	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ne	Ne	Ne	Ne	Ne
Operační sál	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano

*Zdroj: Vlastní výzkum*

Označení S1 až S5 je označení anesteziologické sestry, která pracuje v anesteziologické ambulanci a na operačních sálech ve vybraném nemocničním zařízení.

Označení S6 až S10 je označení anesteziologické sestry pracující pouze na operačním sále ve vybraném nemocničním zařízení.

Všechny dotazované sestry označené jako S1 až S10 mají doplněné specializační anesteziologické vzdělání ARIP.

Sestra 1 bude označena jako S1 ve zdravotnictví pracuje 35 let, na sálech pracuje 15 let. Sestra 2 označená jako S2 udává délku praxe ve zdravotnictví 25 let a na 21 let

na ARO. Sestra 3 označená jako S3 udává délku praxe ve zdravotnictví 13 let a 11 let na ARO. Sestra 4 označená jako S4 udává délku praxe ve zdravotnictví 9 let a 8 let na ARO. Sestra 5 označená jako S5 udává délku praxe ve zdravotnictví 14 let a 10 let na ARO. Sestra 6 označená jako S6 udává délku praxe ve zdravotnictví 29 let a 22 let na ARO. Sestra 7 označená jako S7 udává délku praxe ve zdravotnictví 25 let a 17 let na ARO. Sestra 8 označená jako S8 udává délku praxe ve zdravotnictví 10 let a 4 roky na ARO. Sestra 9 označená jako S9 udává délku praxe ve zdravotnictví 6 let a 2 roky na ARO. Sestra 10 označená jako S10 udává délku praxe ve zdravotnictví 11 let a na ARO 6 let.

Nejvyšší dosažené vzdělání větší poloviny dotazovaných anesteziologických sester je úplné střední odborné vzdělání s maturitou na různých středních zdravotnických školách. Zbylé anesteziologické sestry mají vystudovanou vysokou školu s bakalářským titulem. Všechny dotazované anesteziologické sestry mají doplněné vzdělání o specializaci v anesteziologicko – resuscitační a intenzivní péči (ARIP). Délka praxe dotazovaných anesteziologických sester na uvedeném pracovišti se pohybuje v rozmezí 2 až 22 let. Celková délka praxe ve zdravotnictví je v rozsahu 6 až 35 let. Z těchto údajů vyplývá, že dotazované anesteziologické sestry jsou na svém pracovišti řádně zaškolené s dlouhodobou praxí v oboru a lze u nich předpokládat znalost problematiky.

## 5. Výsledky

### 5.1 Analýza výsledků rozhovorů

Po použití metody otevřeného kódování byly z rozhovorů vytvořeny následující kategorie:

- Hodnocení edukační činnosti sestry
- Multioborová spolupráce v edukaci pacienta
- Ověření informovanosti pacienta
- Přínos edukační činnosti z pohledu anesteziologické sestry
- Porovnání nemocnic

#### 5.1.1 Kategorie č. 1 Hodnocení edukační činnosti sestry

Tato kategorie obsahuje odpovědi respondentek zahrnující edukační proces pacienta před plánovaným výkonem. Nejprve nás zajímalo, zda anesteziologické sestry provádějí edukaci pacienta před vstupem na operační sál, eventuálně zda-li se na této edukaci nějakým způsobem podílí. Následně na to nás zajímalo, kde tato edukace probíhá, zda je prováděn edukační záznam. V závěru této kategorie nás zajímá edukace na operačním sále. Pro lepší přehlednost jsme kategorii rozdělili na **čtyři podkategorie**, které jsme pojmenovali.

1. Účast anesteziologické sestry na edukačním procesu pacienta
2. Edukační prostor
3. Edukační záznam
4. Edukace pacienta anesteziologickou sestrou na operačním sále

##### 5.1.1.1 Účast anesteziologické sestry na edukačním procesu pacienta

V této podkategorii nás především zajímá, zda anesteziologické sestry provádějí edukaci pacienta před vstupem na operační sál. Podle výsledku z výzkumného šetření se všechny dotazované respondentky S1 – S10 shodly na tom, že edukaci pacienta před vstupem na sál **neprovádí**. Z výsledku vyplývá, že tuto činnost přenechávají anesteziologovi a sestřám pracujícím u lůžka. Během edukačního procesu dochází k multidisciplinární spolupráci v edukaci pacienta před vstupem na operační sál. Zobrazeno ve schématu (č 1.). K tomuto tvrzení dokládám několik příkladů.

*„Před vstupem na operační sál já pacienta needukuji, provádí to anesteziolog a pak sestry na oddělení“ (S1). „Neprovádím, provádí jí anesteziolog a sestry na oddělení“ (S2). „Nijak předem needukuji, edukuje anesteziolog a pak sestry u lůžka“ (S3). „Tímto se vůbec nezabývám, pacienty si před anestezií obchází anesteziolog. A pak předoperační přípravu mají na starost sestry na oddělení“ (S7). „S pacientem přijdu do kontaktu až na operačním sále, takže nijak. Pacienty edukuje nejprve anesteziolog, následně na to sestry na oddělení“ (S9). „Před vstupem na operační sál? To já s pacientem nepřijdu ani do kontaktu, to má na starost anesteziolog a pak sestry na oddělení“ (S10).*

Zajímalo nás, zda se anesteziologické sestry nějakým způsobem na této edukaci alespoň podílí. Výsledky výzkumu ukazují, že respondentky pracující v anesteziologické ambulanci označené jako S1 – S5 se na edukaci pacienta před vstupem na sál **podílí**. Svůj podíl přisuzují předání informační brožurky. Doporučují pacientovi, ať si jí pozorně přečte a připraví si odpovědi, na které se je během vyšetření bude anesteziologický lékař ptát. Jeho otázky najdou v informační brožurce. Zobrazeno ve schématu (č 1.). Vzhledem k uvedené skutečnosti udávám několik odpovědí.

*„Na této edukaci se podílím tím, že v anesteziologické ambulanci pacientům ukážu stranu 3 a předám informační brožurku. Pak měřím tlak a puls jinak žádnou edukaci s nimi nedělám. Dělá to lékař“ (S1). „Pracuji v anesteziologické ambulanci, takže Vám můžu odpovědět, že ano. Sice pacienta needukuji, pacienta edukuje lékař, ale podílím se tím, že pacientovi předám informační brožurku a upozorním ho na stranu 3, kde najde otázky, které anesteziologa zajímají. Požádám ho, aby si připravil odpovědi, přečetl brožuru, a připravil si případné dotazy.“ (S2). „Předávám pacientovi v čekárně brožurku. Můj hlavní úkol přichází, až když už máme pacienta připraveného na předsálí“ (S3). „Řekla bych, že jen tím, že pacientovi předám informační brožurku, upozorním ho na stranu 3, kde najde otázky, které anesteziologa zajímají. Ať si připraví odpovědi. Pozorně si jí přečte a kdyby něčemu nerozuměl, ať se nebojí zeptat. Lékaře zajímá pacientův tlak a puls, tak pacienta změřím a zbytek dělá lékař“ (S4). „V anesteziologické ambulanci předávám pacientovi brožurku“ (S5).*

Respondentky, které nepracují v anesteziologické ambulanci, označené jako S6 – S10 se shodly na tom, že se s pacientem poprvé setkají na předsálí, kam pacient přichází už edukován. V tomto případě se na edukaci pacienta před vstupem na sál ani **nepodílí**.

Výsledek je graficky zobrazen ve schématu (č 1.). Vzhledem k uvedené skutečnosti uvádím několik příkladů.

*„Na edukaci před vstupem na sál? To ne, to my neděláme, na to opravdu není čas. Máme předem vypsany operační program a nedovedu si představit přebíhání ze sálu na jednotlivá oddělení, a tam ještě edukovat. Sestřičky na oddělení se nám o pacienty postarají a předají nám je už připravené. Já se o pacienta postarám na sále“ (S8).* *„Ne, ne, nepodílím, na to snad by ani nebyl čas. Já jsem s pacientem v kontaktu až na předsáli“ (S9).* *„Jak sem už říkala, s pacientem před vstupem na sál nepřijdu do styku, takže edukuji až na předsáli“ (S10).*

**Schéma 1: Účast anesteziologické sestry na edukačním procesu pacienta**

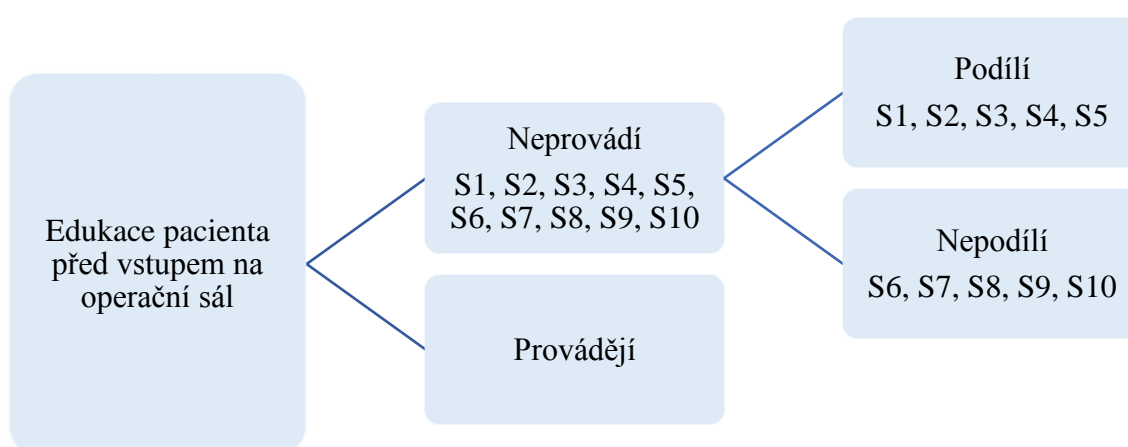


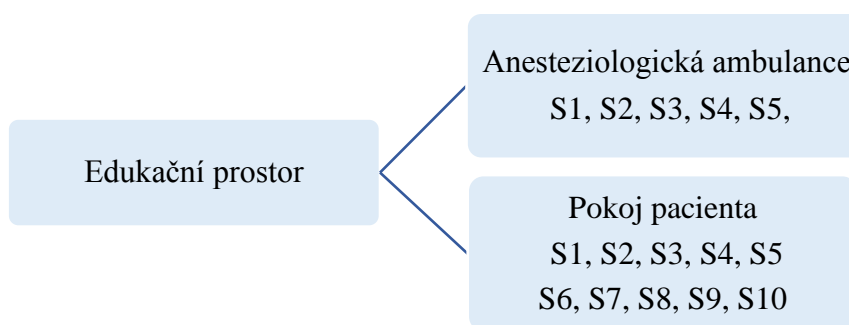
Schéma č.1 jasně ukazuje, že žádná dotazovaná anesteziologická sestra neprovádí edukaci pacienta před vstupem na operační sál. Polovina anesteziologických sester se na této edukaci alespoň podílí.

### **5.1.1.2 Edukační prostor**

I když anesteziologické sestry pacienta před vstupem na operační sál needukují, přesto nás zajímá prostor, kde se uskutečňuje tato edukace. Dotazované respondentky označené jako S1–S5 se shodly a odpověděly, že edukace probíhá nejprve v anesteziologické ambulanci, následně na to na pokoji pacienta. Respondentky S6 – S10 uvedly pokoj pacienta. Výsledek je graficky zobrazen ve schématu (č 1.). Níže dokládám několik odpovědí.

*„V anesteziologické ambulanci, po uložení na pokoji pacienta“ (S1).* *„V anesteziologické ambulanci. Pak na pokoji pacienta“ (S5).* *„Nemáme anesteziologickou ambulanci, takže na pokoji pacienta“ (S8).* *„Na pokoji pacienta“ (S10).*

## Schéma č. 2: Edukační prostor



Schématu č.2 znázorňuje edukační prostor určený pro pacienta před vstupem na operační sál. Podle odpovědí schéma jasně ukazuje, že pokoj pacienta je více využíván jako edukační prostor.

### 5.1.1.3 Edukační záznam

Dále nás zajímal edukační záznam. Všechny odpovědi dotazovaných respondentek označené jako S1 – S10 se tentokrát shodly. Edukační záznam žádná z respondentek neprovádí. Pro toto tvrzení přikládám několik odpovědí respondentek.

„Žádný edukační záznam nedělám“ (S1). „Edukační záznam neprovádím. Záznam o edukaci před operací dělají sestry na oddělení“ (S2).

„Neprovádíme. Předoperační záznam o edukaci provádí sestry na oddělení“ (S6).

„Jako anesteziologická sestra žádný záznam o edukaci neprovádím. Sestry na oddělení dávají podepsat pacientovi předoperační přípravu, kde je edukace zaznamenaná“ (S10).

### 5.1.1.4 Edukace pacienta anesteziologickou sestrou na operačním sále

V této podkategorii nás zajímalo, zda a jak probíhá edukace na operačním sále. Odpovědi všech respondentek S1 – S10 byly totožné. Výsledné odpovědi nás velice potěšily. Z jejich odpovědí vyplývá, že respondenty se s pacientem na předsáli snaží co nejvíce empaticky, srozumitelně komunikovat a zmírnit tím tak jeho obavy a strach z anestezie. V rámci edukace pacienta seznamují s novým prostředím a snaží se získat jeho důvěru a zajistit mu pocit bezpečí a jistoty. Anesteziologické sestry se pacientovi nejprve představí, následuje edukace formou rozhovoru. Zobrazeno na schématu (č. 3). K tomuto tvrzení dokládám několik příkladů.

*„Ano probíhá. Na předsáli edukuji už hlavně já anebo anesteziolog. I když mě někteří pacienti poznávají z anesteziologické ambulance, i tak se jim nejprve představím jménem i funkcí. Uvítám je na operačním sále a pak se jich ptám formou ověřovacího rozhovoru. Když jsem si 100 % jistá, že mám správného pacienta a všechno sedí, nasazuji pacientovi např. manžetu a celou dobu s ním komunikuji a vysvětluji mu, proč jí má a co s ním budeme provádět. Snažím se zmírnit jeho strach“ (S1).*

*„Probíhá tak, že se nejprve pacientovi představím. Pak mezi námi probíhá rozhovor, kterým si ho nenápadně ověřuji. Ve zkratce řečeno ho informuji o všem, co se s ním právě provádíme a odpovídám mu na všechny, někdy i zmatené, otázky. Uvedu příklad, například u spinální anestezie. Pacienta nejprve poprosím, aby nám naslouchal a spolupracoval. Vyzvu ho, aby se otočil na pravý bok. Následně na to ho informujeme o každém našem kroku. Teď na Vás třemi tahy nanese dezinfekci, hlavně udržovat komunikaci před usmáním“ (S2).*

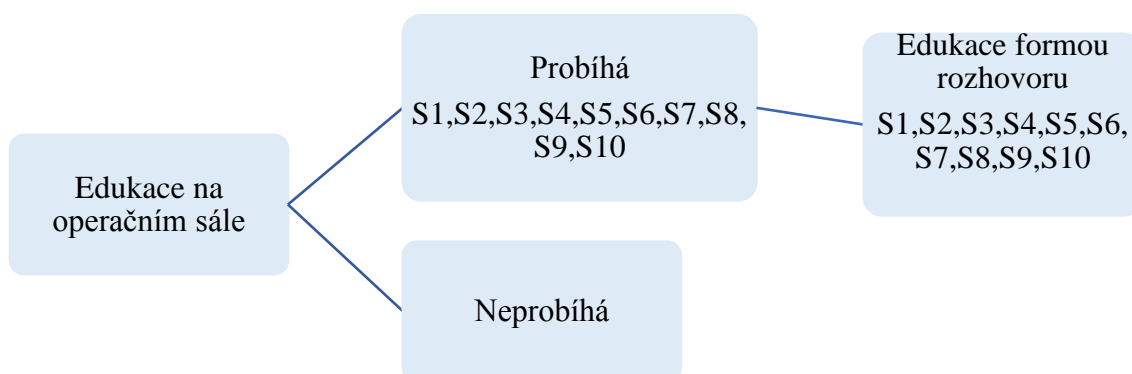
*„Jako první věc, co vždycky dělám je ta, že se pacientovi představím, aby si nemyslel, že jsem doktorka a nedostala ho tak do rozpaků. Uvítám ho u nás na sále, a pak s ním vedu rozhovor, u kterého si ho ověřím. A následně na to, například při zajišťování žíly, mu všechno vysvětluji a neustále s ním srozumitelně komunikuji“ (S8).*

*„Pokaždé se nejprve představím. Řeknu mu, kde se nachází a ujistím ho, že se během výkonu o něj postarám. Snažím se s ním co nejvíce komunikovat a zmírnit jeho strach. Komunikuji s ním tak, aby mi rozuměl a všechno mu laicky vysvětluji. Například proč zavádím kanylu, proč má na ruce manžetu, která mu měří tlak. Informuji ho o každém kroku, který je na něm vykonáván, dokud neusne“ (S9).*

*„Co se týče předoperační přípravy, tak pacient k nám už jezdí edukovaný, takže moje edukace se týká spíše dodržování bezpečnosti. Probíhá to tak, že se mu nejprve představím, sdělím mu, kdo jsem, že jsem anesteziologická sestra a ujistím ho o tom, že společně s doktorem se o něj postaráme. Edukuji ho např. o tom, aby nevstával z lůžka a pozorně naslouchal všemu, co mu říkáme a dělal to, co mu řekneme. Pokud má nějaké otázky, tak se mu na ně snažím odpovědět. Říkám mu všechno, co s ním provádíme“ (S10).*



### Schéma č.3: Edukace pacienta anesteziologickou sestrou na operačním sále



Na schématu č.3 je zobrazeno, že edukace pacienta na operačním sále anesteziologickou sestrou probíhá formou rozhovoru.

#### 5.1.2 Kategorie č. 2 Multioborová spolupráce v edukaci pacienta

Anesteziologické sestry se v předchozích odpovědích často zmínily o spolupráci v edukaci pacienta s lékařem a se sestrami z oddělení, proto jsme se v této kapitole zaměřili na tuto multioborovou spolupráci. Z výsledku je patrné, že tato spolupráce je nesmírně důležitá pro kvalitní ošetrovatelskou péči. Respondentky označené jako S1 – S10 odpovídaly velmi podobně. Popisují průběh spolupráce mezi lékařem, jimi a sestrami z oddělení. K tomuto tvrzení dokládám několik různých odpovědí.

*„Tak tato spolupráce je nesmírně důležitá, bez ní by to ani nešlo. Sestřičky na oddělení nám pacienty připraví tak, že provedou základní přípravu pacienta před operací. Zodpovídají za to, že je pacient edukován a připraven“ (S3). „Sestry na oddělení jsou zodpovědné za to, že P. přichází na sál lačný, nenalíčený, nemá nalakované nehty, bez zubní protézy, bez šperků a zpremedikovaný. Tyto potřebné informace dostává pacient nejprve v anesteziologické ambulanci. Sestry na oddělení zodpovídají, aby to tak opravdu bylo. Pokud nám pacient na předsáli řekne, že naposledy jedl před půl hodinou, tak ho pošleme zpět na oddělení“ (S4). „Spolupráce například probíhá tak, že volám sestrám na oddělení, aby nám zpremedikovaly pacienta. Odbíhat ze sálu k lůžku pacienta, abych si ho zpremedikovala, je opravdu nereálné“ (S7). „Se sestrami z oddělení samozřejmě spolupracujeme a spolupracovat musíme. Postarají se nám o to, že pacient přichází na sál lačný, nenalíčený, zpremedikovaný a se správně označenou stranou, kde je prováděn výkon“ (S8).*

### 5.1.3 Kategorie č. 3 Ověření informovanosti pacienta

Anesteziologické sestry se v předchozích odpovědích zmínily o tom, že s pacientem přijdou především do kontaktu až na předsálí. Pro odpověď na výzkumnou otázku, jakým způsobem ověřují anesteziologické sestry informovanost pacienta, jsme se respondentek zeptali, jak probíhá ověřovací rozhovor s pacientem na předsálí. Respondentky S1 – S10 z obou nemocničních zařízení odpovídaly velice podobně. Z výsledku vyplývá, že zde probíhá rozhovor, který je veden ověřovací formou použitím nesugestivních otázek. Zároveň tím i dochází ke kontrole identity a informovanosti pacienta. Anesteziologické sestry kontrolují identifikaci pacienta, operovanou stranu, lačnost, zubní protézu, naslouchátko, alergie, šperky a zkušenosti s anestezii. Zároveň kontrolují podpisy souhlasů. Pro toto tvrzení přikládám několik odpovědí respondentek.

*„Nejprve se pacienta zeptám na jeho celé jméno a s čím k nám přichází, o jakou stranu se jedná, a zda jí má označenou křížkem. Pak se ptám na alergie, a to na alergie na léky, na náplasti, a dezinfekci, na lačnost, a to otázkou kdy naposledy jedl. Pokud má vyjmutelnou zubní protézu, tak jestli je vyndaná, jestli si nezapomněl sundat všechny šperky, jestli podepsal informovaný souhlas. A to je asi tak všechno“ (S1).* *„Vyzvu pacienta, aby se mi představil celým jménem a řekl mi i rok, kdy se narodil. Následně na to se, ptám na jaký výkon jde a popřípadě na jaké straně, na alergie na léky, antibiotika a dezinfekci. Zeptám se ho, kdy naposledy pil a jedl, kouřil. Pak se ptám na šperky a jestli nemá například naslouchátko nebo nasazenou zubní protézu, jestli už někdy na nějaké operaci byl, s čím a kdy. Následně na to se ptám, jestli už měl anestezii a jak na ní reagoval. Na závěr se ptám, jestli s anestezii opravdu souhlasí, zda podepsal informovaný souhlas“ (S2).* *„Vždy se dotazuji pacienta při příjezdu na sál na jeho celé jméno a na jaký výkon přichází, případně na které straně bude výkon prováděn, kdy naposledy jedl a pil. Pokud má vyjímatelnou zubní protézu tak jestli jí zanechal na pokoji na oddělení. Dále mě zajímá pacientova zkušenost s anestezii, pokud již někdy podstoupil zákrok v anestezii, ať už v celkové nebo regionální, jak na tuto anestezii reagoval a v jakém roce to bylo. Zapomněla bych zmínit ještě alergie, na ty se také pacienta ptám, ještě na informovaný souhlas s anestezii“ (S7).* *„Nejprve se ptám na celé jméno, na jaký výkon přichází a na které straně bude výkon prováděn, kdy naposled jedl, pil a kouřil, jestli je na něco alergický, jestli má sundané všechny šperky. Pokud má třeba piercing, který nejde vyndat tak ho přelepí. Dále mě zajímá pacientova*

*zkušenost s anestezii, pokud již někdy podstoupil zákrok v anestezii, ať už v celkové nebo regionální, jak na tuto anestezii reagoval a v jakém roce to bylo. Dále se ptám pacienta, zda s anestezií stále souhlasí a jestli podepsal informovaný souhlas“ (S9).*

#### **5.1.4 Kategorie č. 4 Přínos edukační činnosti z pohledu anesteziologické sestry**

Na závěr tohoto rozhovoru nás zajímal názor anesteziologických sester na edukační činnost. Je důležité vědět, zda vůbec anesteziologické sestry považují edukaci pacienta za důležitou a dostačující. Všechny anesteziologické sestry, které se zúčastnily výzkumného šetření označené jako S1-S10, odpověděly kladně, tedy že důležitost edukace je enormní a dle jejich názoru dostačující. Pro toto tvrzení přikládám několik odpovědí respondentek.

*„Ve škole nás tenkrát učili, že čím více je pacient edukován, tím lépe ovládá svůj strach. Ano je dostačující“ (S4). „Ano, pacient musí být edukován. Pacientův edukační proces začíná návštěvou v anesteziologické ambulanci a následně na to pokračuje na pokoji pacienta, pak na sále. Ano, myslím si, že je dostačující“ (S5). „Ano, edukovaný pacient znamená klidnější pacient. Dostačující je“ (S6). „Ano samozřejmě, že je edukace důležitá. Podle mého názoru a zkušeností si myslím, že tento způsob edukace je dostačující“ (S7).*

Anesteziologických sester jsme zeptali, zda si myslí, že by edukaci pacienta před vstupem na sál měly provádět ony. Z obou zařízení se shodly na tom, že edukace lékařem je pro pacienta přínosnější. Svoji myšlenku obhajují názorem, že anesteziolog pacientovi může vysvětlit jednotlivé postupy vzhledem ke zdravotnímu stavu konkrétního jedince, a lépe vysvětlit medicínské konsekvence. Zároveň tím upevňuje pacientovu důvěru. Dále vyzdvihují opět multioborovou spolupráci se sestrami na oddělení. Anesteziologické sestry vidí svou hlavní roli na sálech, jak dokazují jejich odpovědi.

*„Nechala bych to, jak to je, v praxi se to ověřuje tak nevidím problém“ (S1). „Myslím si, že ne“ (S2). „Ne, není to nutné. Sestry na oddělení předoperační péči o pacienta ovládají a dovedou jí použít i v praxi“ (S8). „Nemyslím, pro pacienta je přínosnější edukace lékařem, vysvětlit jednotlivé postupy vzhledem ke zdravotnímu stavu konkrétního pacienta, a lépe vysvětlit medicínské konsekvence“ (S9). „Hlavní rolí anesteziologické sestry je na sále kde se snaží pacienta co nejvíce uklidnit, a tak by to i nechala. Pacient si předem musí promluvit s lékařem a získat si v něj důvěru“ (S10).*

Respondentek označených jako S1-S5 jsme se zeptali, zda vidí přínos pro pacienta v návštěvě v anesteziologické ambulanci. Všechny uvedené respondentky uvedly, že určitě ano. K tomuto tvrzení dokládám několik příkladů.

*„Ano, je přínosná“ (S2). „Ano, určitě anesteziologická ambulance je pro pacienty přínosem“ (S3). „Ano, samozřejmě, pacienti k nám přichází bez objednání a lékař se jim dostatečně věnuje“ (S4). „Ano, je přínosem“ (S5).*

Respondentek označených jako S6 – S10 jsme se tázali, zda jsou toho názoru, že by jejich nemocniční zařízení potřebovalo anesteziologickou ambulanci. Respondentky se shodly na tom, že by anesteziologická ambulance byla pro jejich nemocnici přínosem, ale zároveň vidí jako velký přínos vzájemnou multioborovou spolupráci ohledně edukačního procesu pacienta, která v jejich zařízení funguje perfektně. K tomuto tvrzení dokládám několik příkladů.

*„Anesteziologická ambulance by byla určitě přínosem, ale zvládneme to i bez ní“ (S6). „Ano, anesteziologická ambulance je určitě přínosná, ale díky naší vzájemné multioborové spolupráci se pacient dostane na sál edukován“ (S7). „Určitě by přínosem byla“ (S8).*

### **5.1.5 Kategorie č. 5 Porovnání nemocnic**

Pro úplné splnění všech stanovených cílů v bakalářské práci, jsme se rozhodli zjistit rozdíl v edukaci pacienta anesteziologickou sestrou v Nemocnici Tábor, a.s. a v Nemocnici Písek, a.s. K zjištění tohoto cíle byl proveden kvalitativní výzkum formou rozhovoru a roky skrytého pozorování během studijní praxe.

V porovnávaných nemocničních zařízeních nebyl zjištěn zásadní rozdíl v edukaci pacienta anesteziologickou sestrou. Ovšem ani v jedné z nich nedochází k edukaci pacienta před vstupem na operační sál anesteziologickou sestrou. Z výsledků vyplývá, že se anesteziologické sestry označené S1 – S5 se částečně podílí na edukaci pacientů před vstupem na operační sál a to tak, že předává pacientům informační brožuru a další edukaci provádí anesteziolog. V Nemocnici Písek, a.s. se anesteziologická sestra do edukace pacienta před vstupem na operační sál nezapojuje. Respondentky z obou nemocnic se zapojují do edukačního procesu až na operačním sále v rámci komunikace.

## 6. Diskuze

V rámci diskuze budou shrnuty a hodnoceny výsledky z rozhovorů kvalitativního výzkumného šetření bakalářské práce zaměřené na edukační činnost anesteziologické sestry. K hodnocení kvalitativní části výzkumu bylo zpracováno deset polostrukturovaných rozhovorů s anesteziologickými sestrami pracujícími v Nemocnici Tábor, a.s. a v Nemocnici Písek, a.s. První část rozhovorů obsahuje identifikační znaky sester respondentek. Respondentky byly dotazovány na délku praxe ve zdravotnictví, délku praxe na ARO, jejich vzdělání a zda pracují v anesteziologické ambulanci. Délka odborné praxe sester je velmi variabilní. Dvě dotazované anesteziologické sestry pracují na ARO déle než 20 let, čtyři z dotazovaných sester působí na pracovišti déle než 10 let, čtyři sestry na pracovišti působí méně než 10 let. Všechny dotazované sestry mají dokončené specializační vzdělání ARIP. Vzhledem k uvedeným skutečnostem považujeme anesteziologické sestry, které poskytly rozhovor, za sestry vzdělané, zaškolené a dá se říct, že i zkušené.

Okruhy otázek v rozhovoru nám umožnily odpovědět na stanovené výzkumné otázky „*Jak probíhá edukace pacienta anesteziologickou sestrou před plánovaným výkonem?*“

Juřeníková (2010) pojem edukace definuje jako proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince, kterému se snažíme navodit pozitivní změny, které ovlivňují jeho chování, postoje a dovednosti. Dle Svěrákové (2012) má edukace v ošetrovatelství své pevné místo. Pomáhá pacientovi docílit lepší péče o svůj zdravotní stav, přináší aktivnější přístup pacienta a zároveň napomáhá bránit vzniku komplikací.

Joint Commission International (2008) uvádí, že edukace pacientů přispívá k průběžnému uspokojování potřeb pacienta.

Proto jsme se v rámci rozhovorů anesteziologických sester ptali, jak provádějí edukaci pacienta před vstupem na operační sál. Tedy zda vůbec probíhá edukační proces mezi anesteziologickou sestrou a pacientem před vstupem na operační sál.

Průcha (2009) výraz edukační proces definuje jako systematický, logický, následný a plánovaný proces, který zahrnuje všechny lidské činnosti, při nichž se daný subjekt učí a druhý subjekt vyučuje. Z výsledků rozhovoru vyplývá, že edukace pacienta před vstupem na operační sál ze strany respondentek neprobíhá.

Toto potvrzuje tvrzení sester označených jako S1 – S10. Příkládám několik tvrzení anesteziologických sester:

*„Před vstupem na operační sál já pacienta needukuji, provádí to anesteziolog a pak sestry na oddělení“* (S1). *„S pacientem přijdu do kontaktu až na operačním sále, takže nijak. Pacienty edukuje nejprve anesteziolog, následně na to sestry na oddělení“* (S9). Tuto skutečnost považujeme za negativní. Proto nás zajímalo, zda se anesteziologické sestry alespoň podílí na edukaci pacienta před vstupem na operační sál. Následující odpovědi nás opět neuspokojily.

Odpovědi respondentek označené jako S1-S5 se lišily od odpovědí respondentek označené jako S6-S10. Respondentky označené jako S1-S5 se shodly na tom, že se na edukaci pacienta před vstupem na operační sál podílí tím, pacientovi předají informační brožurku a upozorním ho na otázky, které anesteziologa zajímají.

Dle našeho názoru by se anesteziologické sestry mohly více zapojit při edukaci pacienta před vstupem na operační sál, a to nejenom tím, že doporučí pacientovi si brožurku důkladně přečíst. Anesteziologická sestra by pacientovi mohla poskytnout doplňující edukační informace o předoperačním období, které nyní slyší z úst lékaře. Dle Janáčkové a Weisse (2008) má mít pacient vždy dostatečně srozumitelné informace. Informovanost pacienta ohledně anestezie, lze navýšit pomocí multimediální webové stránky (Edward et al.,2011), nebo pomocí animovaného videa (Capuzze et al.,2007).

Tuto metodu preferujeme pouze jako přípravu pacienta před rozhovorem s edukátorem. V prosinci roku 2015 proběhla novelizace vyhlášky č. 55/2011 Sb. O činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Dle této vyhlášky všeobecná sestra, která má specializační způsobilost, je oprávněna vykonávat edukační činnost ve specializovaných ošetrovatelských postupech a připravovat pro pacienty informační materiály. Ovšem studie autora Ortiz et al., (2015) prováděny ve Španělsku, prokázaly, že pouhé předání vzdělávacích letáků zlepšil jen spokojenost s pochopením perioperačního procesu, ale nesníží pacientovu úzkost spojenou s operací. Juřeníková (2010) se ve své publikaci zmiňuje o poskytování písemných materiálů, které by měly být doplněny konzultací nebo vysvětlením dané problematiky.

Tím Juřeníková (2010) potvrzuje náš názor o doplnění edukačních informací o předoperačním období, které nyní slyší pacient z úst lékaře. Dle Špirudové (2015) je edukace pacienta sesterská aktivita. Co se týče informačních materiálů, které využívají anesteziologické sestry v anesteziologické ambulanci (viz příloha č2 na CD) jedná se o

již zmiňovanou informační brožurku, která pacienta seznamuje s anestezií a připravuje ho na rozhovor s anesteziologem. Dle našeho názoru chybí této brožurce informace o předanestetickém režimu, o kterém se pacient dozví až od anesteziologa nebo od sester na oddělení. Jsme toho názoru, že by se brožurka měla více rozšířit o témata, jako je režim před anestezií a zároveň i pacientům vysvětlit jeho důvody. Myslíme si, že pouhá zmínka o premedikaci nestačí.

Podle Janáčkové a Weisse (2008) je pro většinu pacientů podstoupení operačního výkonu zátěžová situace, která je spojená s nepříjemnými pocity, mezi které patří i obtížné soustředění na běžné denní činnosti. V rámci studijní praxe jsem vyzorovala, že jsou pacienti přímo zahlceni informacemi o režimových opatřeních, předoperačních vyšetřeních a následné rekonvalescenci. Je proto pochopitelné, že si pacient nemůže pamatovat všechny informace okamžitě. Kuberová (2010) uvádí, že úkolem edukačního procesu v ošetrovatelství je vést lidi k pochopení otázek a zároveň je učí zdravému způsobu chování. Proto se domníváme, že pacientovi prospěje, když informace o předoperačním režimu uslyší i od anesteziologické sestry, která je vzdělaná a zkušená. Zároveň mu vysvětlí i důvody těchto opatření a možná rizika při jejich nedodržení.

Odpovědi respondentek pracujících pouze na operačních sálech označené jako S6 – S10 nás také neuspokojily. Stále se domníváme, že by edukaci pacienta před vstupem na operační sál měla provádět anesteziologická sestra, nebo se na ní alespoň podílet. Respondentky se shodly na tom, že se s pacientem setkají až na předsáli, kam pacient přichází již edukován, a to díky multioborové spolupráci.

Všechny dotazované anesteziologické sestry označené jako S1-S10 se shodly na tom, že edukace z jejich strany probíhá až na předsáli. Touto praxí nás příliš neuspokojily. Dle Šulistové a Trešlové (2008) má prostředí, ve kterém je edukace uskutečňována, vliv na efektivní edukaci. Průcha (2009) popisuje ideální prostředí, ve kterém probíhá edukace, jako místo bez hluku, se správnou teplotou a osvětlením a s dostatečnou intimitou. Dle našeho názoru se rušné předsáli neshoduje s obvyklou tezí klidného prostředí pro edukaci. Samotné předsáli může být pro pacienta stresující svojí neznámostí a pro pacienty anonymními obličejí sálového personálu. Přijatelnou alternativou by byl jednolůžkový pokoj pacienta, kde je sice edukace prováděna, ale ne anesteziologickými sestrami. Již zmíněná anesteziologická ambulance je také velmi dobrou alternativou, jelikož se jedná o místo klidné a pacient sem přichází plánovaně, v delším odstupu před operací. Na rozdíl od předsáli, kde není dostatek času kvůli nutnosti dodržení operačního harmonogramu, má sestra na patientském pokoji

nebo v anesteziologické ambulanci dostatek času pro podrobné vysvětlení i zodpovězení všech otázek. Janáčková a Weiss (2008) se ve své publikaci zmiňují o faktu, že by pacient měl mít dostatek času na kladení otázek. Anesteziologickou ambulanci považujeme za přínosnou. Anesteziologické sestry označené jako S1-S5 mají stejný názor jako my. Respondentky označené jako S6-S10 by anesteziologickou ambulanci také uvítaly, ale opět upozorňují na multioborovou spolupráci. O této multioborové spolupráci se ve svých odpovědích hojně zmínily všechny dotazované respondentky označené jako S1-S10. Toto podporuje i Bártlová (2013), která ve své práci uvádí, že bez týmové spolupráce není možné zajistit kvalitní zdravotní péči. Bártlová (2013) ve své publikaci popisuje výhody týmové spolupráce v péči o pacienta. Hlavní výhodou této spolupráce dle Bártlové (2013) je, že jeden problém je argumentován více názory a rozšiřuje se množství jeho řešení. Dle názoru respondentek tato multioborová spolupráce perfektně funguje. Dle názoru, který jsem si vytvořila během studijní praxe, jsou sice pacienti edukováni všeobecnou sestrou pracující na lůžkovém oddělení, ale jeví se mi, že mnohdy nechápou důvod aplikovaných opatření. Myslíme si, že anesteziologické sestry jsou zkušené, lépe informované o dění na operačním sále a o reálných komplikacích, které mohou nastat. Proto také mohou pacienta lépe edukovat. Sestry na oddělení nemají s prací na operačním sále přímý kontakt a nejsou odbornicemi na perioperační ošetřovatelství.

Výzkumná otázka č 2 zněla „*Jakým způsobem ověřují anesteziologické sestry informovanost pacienta?*“ Z odpovědí respondentek vyplývá, že používají formu ověřovacího rozhovoru. Pacienta se ptají, zda dodržel lačnění, bezpečnost ohledně protetických pomůcek a šperků včetně líčení. Odehrává se zde ta nejzodpovědnější interakce mezi anesteziologickou sestrou a pacientem. Dle Juřeníkové (2010) při rozhovoru dochází k výměně informací mezi edukátorem a edukanty pomocí kladených otázek. Aby byl rozhovor co nejefektivnější, otázky by měly být předem rozmyšleny, správně formovány, neměly by být sugestivní. Všechny respondentky toto potvrzují. Příkladám tvrzení jedné z nich. *Nejprve, se pacienta zeptám na jeho celé jméno a s čím k nám přichází. O jakou stranu se jedná a zda jí má označenou křížkem. Pak se ptám na alergie, a to na alergie na léky, na náplasti, na dezinfekci. Ptám se také na lačnost otázkou, kdy naposledy jedl. Pokud má vyjmutelnou zubní protézu, tak se ptám, jestli je vyndaná. Jestli si nezapomněl sundat všechny šperky. A to je asi tak všechno*“ (S1). Jimi kladené dotazy se zdají být dle našeho názoru správně formulovány.



Je důležité, aby nedošlo k záměně pacienta nebo k jakémukoli pochybení ze strany personálu. Tímto opět navyšují kvalitu péče o pacienta a zajišťují mu tím tak bezpečné prostředí. Snižují se tím rizika jak pro pacienty, tak i pro personál. Tento náš argument je podporován Commission International (2008) který říká, že nedílnou součástí celkového zvyšování kvality je průběžné snižování rizik pro pacienty a personál.

## 7. Závěr

Bakalářská práce je zaměřena na zjištění současného stavu edukace pacientů anesteziologickými sestrami před plánovanými výkony a porovnání rozdílů v edukaci pacienta v Nemocnici Tábor, a.s. a v Nemocnici Písek, a.s.. K naplnění cílů této práce byl zvolen kvalitativní výzkum pomocí polostrukturovaných rozhovorů. Výzkumnou skupinu dotazovaných sester tvořilo deset anesteziologických sester pracujících v Nemocnici Tábor, a.s. a v Nemocnici Písek, a.s. Výzkumné šetření probíhalo v březnu 2017. Po důkladné analýze získaných informací vzniklo kódování do kategorií.

Analýza dat potvrdila pozitivní výsledky. Z výsledků výzkumného šetření, které bylo zaměřeno především na činnost anesteziologické sestry, je patrné, že k edukačnímu procesu z pohledu anesteziologické sestry před vstupem pacienta na operační sál sice nedochází, ale jejich činnost se soustředí na edukaci pacienta na operačním sále, která je pro pacienta v tu chvíli nezbytná.

Pacient je sice pod vlivem sedativ, ale i tak anesteziologické sestry nezapomínají na lidský přístup. Uvědomují si, že duševní klid je stejně nutný jako klid tělesný. Ať už se jedná o Nemocnici Písek, a.s. nebo Nemocnici Tábor, a.s., v obou zařízeních dochází k multioborové spolupráci při této edukaci.

Při komplexní předoperační přípravě, která zahrnuje i edukaci pacienta anesteziologickým personálem, je pacient anesteziologem podrobně vyšetřen a zároveň i edukován o konkrétních možnostech anestezie vhodných k jeho aktuálnímu zdravotnímu stavu a ke konkrétnímu plánovanému operačnímu zákroku. Po vzájemné dohodě stvrzuje pacient svým podpisem ve zdravotnické dokumentaci (souhlas a anestezii) svůj souhlas k podání konkrétního typu anestézie.

Při hospitalizaci pacienta se na další části předoperační přípravy podílí také sestry, které o něj pečují na standardním oddělení. Činnost anesteziologické sestry je zaměřena především na kontrolu pacienta. Tato kontrola nesmí být podceňována, umožňuje včasné předcházení možným pochybením a komplikacím. Dále bylo zjištěno, že anesteziologické sestry tuto kontrolu provádějí důkladně a zároveň tím i dodržují všechny body v doporučených postupech před zahájením anesteziologické péče ČSARIM, což zvyšuje bezpečnost a kvalitu péče o pacienty.

V porovnávaných nemocničních zařízeních nebyl zjištěn zásadní rozdíl v edukaci pacienta anesteziologickou sestrou, přestože Nemocnice Tábor, a.s. je vybavena anesteziologickou ambulancí, na rozdíl od Nemocnice Písek, a.s.. Bylo zjištěno, že se

anesteziologické sestry částečně podílí na edukaci pacientů před vstupem na operační sál. V Nemocnici Tábor, a.s. anesteziologická sestra v anesteziologické ambulanci pouze předává pacientům informační brožuru a další edukaci provádí anesteziolog. V Nemocnici Písek, a.s. se anesteziologická sestra do edukace pacientů zapojuje až na operačním sále v rámci komunikace.

Ve výsledku, přestože má Nemocnice Tábor, a.s. anesteziologickou ambulanci, se domníváme, že anesteziologické sestry se do procesu edukace zapojují minimálně. Přestože je práce anesteziologické sestry náročná, neměly by sestry zapomínat na význam edukace každého pacienta před anestezií.

Respektuji již zavedený systém v těchto nemocnicích, nicméně vzhledem k vzdělání anesteziologické sestry, jejím kompetencím a zvyšující se personální krizí v českém zdravotnictví, bych anesteziologickou edukaci v období před vstupem pacienta na operační sál přenesla na anesteziologické sestry. Po vyšetření pacienta anesteziologem by samotnou edukaci mohla provádět anesteziologická sestra. Edukaci by prováděla den před plánovaným výkonem. Tímto způsobem by došlo k usnadnění a urychlení práce nejenom anesteziologa, ale i sester na standardních odděleních. Zároveň by tím došlo k individuálnějšímu a kvalitnějšímu kontaktu a edukační komunikaci mezi pacientem a anesteziologickou sestrou na lůžkovém oddělení. Dále bych doporučila anesteziologickým sestřím více využívat technické pomůcky, například provádět edukaci s pomocí fotodokumentace, kdy pacientům na fotografii ukáží operační sál, dospávací pokoj a také jim vysvětlí nutnost lačnění, proč je důležité před výkonem nekouřit a zároveň by pacienty upozornily na možná rizika v souvislosti s nedodržením těchto opatření s plánovanou anestezií. Současně by vysvětlily důvody, proč je v den výkonu nutné odstranit make-up a odlakovat nehty, vyjmout snímatelnou zubní náhradu, kontaktní čočky, brýle a šperky. To vše je nutné provést před odjezdem na operační sál. Edukací anesteziologickými sestrami by se zvýšila kvalita v oblasti ošetrovatelské i anesteziologické péče a zároveň by došlo k efektivnější organizaci práce personálu na standardním lůžkovém oddělení.

## 8. Seznam použitých zdrojů

ADAMUS, M., 2012. *Základy anesteziologie, intenzivní medicíny a léčby bolesti*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 358 s. ISBN 978-80-244-2996-0.

AKILDIZ, M., et al., 2017. Journal of the Turkish Anesthesiology and Reanimation Society. *Effect of anaesthesia method on preoperative anxiety level in elective caesarean section surgeries*, 36-40, doi:10.5152/TJAR.2017.58966.

BARASH, P.G. et al., 2015. *Klinická anesteziologie*. 6. vydání. Praha: Grada, 804 s. ISBN 978-80-247-4053-9.

BÁRTLOVÁ, S., 2013. Týmová spolupráce ve zdravotnictví. In: VÉVODA, J. et al., *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada. s. 40-65. ISBN 978-80-247-4732-3.

BASTABLE, B., 2008. *Nurse as Educator: principles of teaching and learning for nursing practice..* 2nd ed. Sudbury: Jones Bartlett Learning. ISBN 978-0-7637-4643-8.

CAPUZZO, M., 2007. Anesthesia & Analgesia. *Factors Predictive of Patient Satisfaction with Anesthesia*, 435-442, doi: 10.1213/01.ane.0000270208.99982.88

CVACHOVEC, K., 2011. Anesteziologie a intenzivní medicína. In: ZEMAN, M., *Chirurgická propedeutika*. 3. vydání. Praha: Grada, s. 133-165 ISBN 978-80-247-3770-6.

ČSARIM, 2006. [online]. Doporučený postup vyšetření před diagnostickými nebo léčebnými výkony operační a neoperační povahy s požadavkem nesterziologické péče (tzv. předanestetické vyšetření). [cit. 2016-01-10]. Dostupné z: [http://www.csarim.cz/Public/csarim/doc/postupy/MP\\_CSARIM\\_Predoperacni\\_vysetreni\\_final.pdf](http://www.csarim.cz/Public/csarim/doc/postupy/MP_CSARIM_Predoperacni_vysetreni_final.pdf)

ČSARIM, 2011. [online]. Doporučení pro omezování příjmu tekutin a stravy před anesteziologickou péčí. [cit. 2016-01-10]. Dostupné z: [http://www.csarim.cz/Public/csarim/doc/postupy/DP\\_NPO\\_CSARIM\\_final\\_approval\\_130911.pdf](http://www.csarim.cz/Public/csarim/doc/postupy/DP_NPO_CSARIM_final_approval_130911.pdf)

ČSARIM, 2012. [online]. doporučený postup před zahájením anesteziologické péče [cit. 2016-01-10]. Dostupné z:

- De VITO, Joseph A, 2008. *Základy mezilidské komunikace*. 6. vydání. Praha: Grada. 512 s. ISBN 978-80-247-2018-0.
- EDWARD, G. M., et al., 2011. Br J Anaesth. *Information gain in patients using a multimedia website with tailored information on anaesthesia*, 319-324, doi: 10.1093/bja/aeq360
- GABRHELÍK, T., 2011. Anestezie. In: PILNÝ, J., *Chirurgie ruky*. Praha: Grada, s. 23-34. ISBN 978-80-247-3295-4.
- GABRHELÍK, T., 2012. Regionální anestezie. In: ADAMUS, M., *Základy anesteziologie, intenzivní medicíny a léčby bolesti*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, s. 95-117. ISBN 978-80-244-2996-0.
- HAŠKOVCOVÁ, H., 2007. *Informovaný souhlas: Proč a jak?* Praha: Galén 104 s. ISBN 978-80-7262-497-3.
- HOŠKOVÁ, M., 2010. Práce sestry před celkovou anestezií. *Sestra*. (20) 7-8. ISSN 1210-0404.
- JANÁČKOVÁ, L., WEISS, P., 2008. *Komunikace ve zdravotnické péči*. Praha: Portál, 136 s. ISBN: 978-80-7367-477-9.
- JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2008. *Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice*. 3. vydání. Praha: Grada, 309 s. ISBN 978-80-247-2436-2.
- JUŘENÍKOVÁ, P., 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 80 s. ISBN 978-80-247-217.
- KASALICKÝ, M., 2008. Indikace k chirurgickému výkonu. In: ŠVÁB, J., *Chirurgie vyššího věku*. Praha: Grada, s. 25-24. ISBN 978-80-247-2604-5.
- KAŠÁKOVÁ, E., VOKURKA, M., HUGO, J., et al., 2015. *Výkladový slovník pro zdravotní sestry*. Praha: Maxdorf, 431 s. ISBN 978-80-7345-424-1.
- KOUTNÁ, J., GABRHELÍK, T., 2012. Příprava nemocného před anestezií. In: ADAMUS, M., *Základy anesteziologie, intenzivní medicíny a léčby bolesti*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, s. 56-59. ISBN 978-80-244-2996-0.
- KUBEROVÁ, H., 2010. *Didaktika ošetrovatelství*. Praha: Portál, 246 s. ISBN 978-80-7367-684.

- KURZOVÁ, A., 2011. Příprava pacienta před anestezii. In: MÁLEK, J. *Praktická anesteziologie*. Praha: Grada s. 69-81. ISBN 978-80-247-3642-6.
- KUTNOHORSKÁ, J., 2010. *Historie ošetrovatelství*. Praha: Grada, 206 s. ISBN 978-80-247-3224-4.
- MÁLEK, J., 2011. *Praktická anesteziologie*. Praha: Grada, 192 s. ISBN 978-80-247-3642-6.
- MALEK, J., 2013. Základy ambulantní anestezie a proktologii. In: HORÁK, L. et al., *Praktická proktologie*. Praha: Grada, s. 43-46. ISBN 978-80-247-3595-5.
- MAVRIDOU, P., DIMITRIOU, V., MANATAKI, A., et al., 2013. Journal of Anesthesia. *Patient's anxiety and fear of anesthesia: effect of gender, age, education, and previous experience of anesthesia.*, 104–108, doi:10.1007/s00540-012-1460-0.
- MICHÁLEK, P., 2016. Lokoregionální anestezie. In: MÁLEK, J., *Praktická anesteziologie*. 2 vydání. Praha: Grada, s. 105-116. ISBN 978-80-247-5662-5.
- Nařízení vlády č. 31/2010 Sb., Vzdělávací program specializačního vzdělávání v oboru intenzivní péče, 2017 [online]. [cit. 2017-01-05]: In: Vzdělávací programy specializačního vzdělávání pro nelékařské zdravotnické pracovníky, Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/Downloads/Příloha\\_č.\\_56\\_VS\\_-intenzivní\\_péče20\(2\).pdf](http://www.mzcr.cz/Downloads/Příloha_č._56_VS_-intenzivní_péče20(2).pdf)
- NEMCOVÁ, J., 2010. Moderná edukácia v ošetrovatelstve. In: NEMCOVA, J., HLINKOVÁ, E., *Moderná edukácia v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, S 11-33. ISBN 978-80-8063-321-9.
- ORTIZ, J., 2015. Rev Bras Anesthesiol. *Preoperative patient education: can we improve satisfaction and reduce anxiety*, 7-13, doi 10.1016/j.bjan.2013.07.009
- POKORNÝ, J., MÁLEK J., 2016. Historie anesteziologie. In: MÁLEK, J. *Praktická anesteziologie*. 2 vydání. Praha: Grada s. 11-17. ISBN 978-80-247-5662-5.
- POLICAR, R., 2010. *Zdravotnická dokumentace v praxi*. Praha: Grada 223 s. ISBN 978-80-247-2358-7.
- PROŠKOVÁ, E., 2013. Vzdělání sester. In: VÉVODA, J. et al., *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada. s. 104-124. ISBN 978-80-247-4732-3.

- PRŮCHA, J., 2009. *Pedagogická encyklopedie*. Praha: Portál, 935 s. ISBN 978-80-7367-546-2.
- PŘÍKRYL, P., 2013. Anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicína. In: WICHSOVÁ, J. *Sestra a perioperační péče*. Praha: Grada, s. 145-159. ISBN 978-80-247-3754-6.
- SELINGEROVÁ, R., 2012. Základy anesteziologie v perioperační péči. In: JEDLIČKOVÁ, J., *Ošetrovatelská perioperační péče*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, s. 213-227. ISBN 978-80-7013-543-3.
- SCHNEIDEROVÁ, M., 2014. *Perioperační péče*. Praha: Grada, 368 s. ISBN 978-80-247-4414-8.
- SKÁLKOVÁ, J., 2007. *Obecná didaktika*. 2. vydání. Praha: Grada, 328 s. ISBN 978-80-247-1821-7.
- SKŘIVÁNEK, J., 2007. Příprava k operaci anestezie. In: ŘEHOŘOVÁ, J., *Jak přežít pobyt ve zdravotnickém zařízení: 100+1 otázek a odpovědí pro pacienty: jak si vybrat nemocnici, práva a povinnosti pacientů, podávání léků, příprava na operaci*. Praha: Grada, 83-95 s. ISBN 978-80-247-1997-9.
- SVĚRÁKOVÁ, M., 2012. *Edukační činnost sestry: úvod do problematiky*. Praha: Galén, 63 s. ISBN: 978-80-7262-845-2.
- ŠILGEROVÁ, I., 2012. Práce sestry na anesteziologickém pracovišti. In: FEDORA, M., *Dětská anesteziologie*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, s. 128-148 ISBN: 978-80-7013-544-0.
- ŠPIRUDOVÁ L., 2015. *Doprovázení v ošetrovatelství I pomáhající profese, doprovázení a systém podpor pro pacienty*. Praha: Grada, 114 s. ISBN 978-80-247-9963-6.
- ŠTURMA, J., 2007. Minimum anesteziologie pro lékaře neanesteziologa. In: SKALICKÁ, H. *Předoperační vyšetření: návody pro praxi*. Praha: Grada s. 100-119. ISBN 978-80-247-1079-2.
- ŠULISTOVÁ, R., TREŠLOVÁ, M., 2012. *Pedagogika a edukační činnost v ošetrovatelské péči*. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta, 192 s. ISBN 978-80-7394-246-5.

VOKURKA, M., HUGO, J., 2015. *Velký lékařský slovník. 10. aktualizované vydání.* Praha: Maxdorf, 1190 s. ISBN 9788073454562.

VONDRÁČEK, L., et al., 2011. *Základy praktické terminologie pro sestry.* Praha: Grada, 136 s. ISBN 978-80-247-3697-6.

VYHLÁŠKA č. 55/2011, *o činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků* (vyhláška o činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků), 2016 [online]. [cit. 2016-12-09]: Dostupné z:

ZACHAROVÁ, E., 2016. *Komunikace v ošetrovatelské praxi.* Praha: Grada, 126 s. ISBN 978-80-271-0156-6.

ZELENÍKOVA, R., 2011. Komunikace v ošetrovatelství. In: PLEVOVÁ, I., et al. *Ošetrovatelství 2.* Praha: Grada, 224 s. 11-69. ISBN 978-80-247-3558-0.

ZEMANOVÁ, J., 2009. *Základy anesteziologie. 2. vydání.* Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 206 s. ISBN 978-80-7013-505-1.



## **9. Přílohy**

Příloha č.1: CD nacházející se na deskách bakalářské práce.

Obsahuje schválení výzkumného šetření, informační brožurku a písemný záznamy 10 rozhovorů, které byly pořízeny v rámci výzkumného šetření.

## **10. Seznam zkratek**

ARO	Anesteziologicko- resuscitační oddělení
ASA	American Society of Anesthesiologists
ČSARIM.	Českou společností anesteziologie resuscitace a intenzivní medicíny
ARIP	Anestezie, Resuscitace, Intenzivní péče