

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Ošetrovatelská péče o pacienta po celkové anestezii

Bakalářská práce

Vedoucí práce:
Mgr. Hrubá Pavla

Autor práce:
Sojková Kateřina

2011

ABSTRACT

I have chosen the theme “Patient Nursing after the General Anaesthesia” for my thesis to deal with the issue of complications postoperative which concern the general anaesthesia (GA). The general anaesthesia influences individual patient’s state after the operation in different ways. The whole patient’s organism is affected by the decaying effects of pharmacological substances (medicaments) used for the general anaesthesia. During the recovery after the general anaesthesia the patient can be endangered with different complications related to the general anaesthesia.

The theoretical part deals with the issue of pharmacological substances used for the general anaesthesia, with nursing process after GA and with the important interventions of the nurse in the course of solving complications after GA. The practical part is focused on the results of the qualitative research related to the patients after the general anaesthesia and on the quantitative research related to nurses providing the nursing care after the general anaesthesia.

The Bachelor Thesis provides a lot of information on the general anaesthesia, presents different aspects of the nursing care including the most frequent diagnoses, mentions the most common complications which patients after the general anaesthesia suffer from, and the extent of knowledge the nurses have on complications which occur during the recovery after the general anaesthesia. It is mainly the basic knowledge of nurses concerning the complications after GA which helps to make proper nursing diagnosis, set the aims and decide on interventions in the process of nursing care for the patient after GA.

I have set in my thesis several aims, hypotheses and research questions. For aim no. 1 – in order to map out the nursing care after the general anaesthesia from the nurse point of view I have made three hypotheses. Hypothesis no. 1 that nurses provide the patient with the nursing care after GA is proved. Hypothesis no. 2 that nurses have nursing standard necessary for the care for the patient is proved. Hypothesis no. 3 that nurses have enough time to provide the patient with nursing care after GA is disproved. Aim no. 2 intended to make a survey of knowledge of nurses on postoperative

complications after the general anaesthesia and two hypotheses were considered. Hypothesis no. 1 that nurses have basic knowledge on general anaesthesia complications is proved. Hypothesis no. 2 that nurses gain the knowledge on general anaesthesia complications in the framework of self-study is disproved. For aim no. 3 – to map out the nursing care after the general anaesthesia from patient point of view there were set two research questions. How do patients after the general anaesthesia feel the nursing care? How do patients after the general anaesthesia cooperate with the nursing team? The research questions are answered and the set aims of the thesis are fulfilled.

Results of the research work are useful for making the nursing care standard concerning the patient after GA. This standard can serve as a brief and well-arranged manual in the process of nursing and can provide the patient with comfort and security which are necessary aspects of the quality nursing care after the general anaesthesia.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Ošetrovatelská péče o pacienta po celkové anestezii“ vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejnění 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 kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

Datum 3. 5. 2011

Podpis studenta.....

Sojková Kateřina

Poděkování

Děkuji Mgr. Pavle Hrubé za cenné rady, připomínky a odborné vedení při zpracování této bakalářské práce. Také děkuji MUDr. Daniele Chyské za odbornou kontrolu medicínského obsahu teoretické části a Ing. Ivě Brabcové za kontrolu a připomínky k mému vypravovanému standardu ošetrovatelské péče o pacienta po celkové anestezii.

OBSAH

ÚVOD.....	8
1. Současný stav.....	9
1.1 Anestezie.....	9
1.1.1 Celková anestezie (CA)	9
1.2 Farmakologické látky používané k CA	9
1.2.1 Inhalační anestetika plynná a kapalná	10
1.2.2 Intravenózní anestetika	11
1.2.3 Benzodiazepiny.....	12
1.2.4 Opioidy	13
1.2.5 Svalová relaxancia (myorelaxancia).....	13
1.3 Způsoby zajištění průchodnosti dýchacích cest v CA	15
1.4 Průběh celkové anestezie a zotavovací období.....	16
1.5 Ošetrovatelský proces u pacienta po celkové anestezii	17
1.6 komplikace po CA a intervence sestry	19
1.6.1 Sestra a zapadnutí kořene jazyka.....	19
1.6.2 Sestra a laryngospasmus	19
1.6.3 Sestra a pooperační reziduální kurarizace (PORC)	20
1.6.4 Sestra a hypoxie	20
1.6.5 Sestra a atelektáza.....	21
1.6.6 Sestra a centrální útlum dýchání.....	21
1.6.7 Sestra a pooperační bolest v krku	22
1.6.8 Sestra a pooperační nevolnost a zvracení (PONV).....	22
1.6.9 Sestra a aspirace.....	22

1.6.10 Sestra a změny krevního tlaku	23
1.6.11 Sestra a hypotermie.....	23
1.6.12 Sestra a poruchy diurézy.....	24
1.6.13 Sestra a pooperační delirium a pooperační sexuální halucinace.....	24
2. Cíle práce, hypotézy, výzkumné otázky	26
2.1 Cíle práce	26
2.2 Hypotézy k cíli 1 a k cíli 2.....	26
2.3 Výzkumné otázky k cíli 3	26
3. Metodika	27
3.1 Metodika kvalitativního a kvantitativního výzkumu	27
4. Výsledky	29
4. 1 Rozhovory s pacienty.....	29
4.1.1 Kazuistika 1	29
4.1.2 Kazuistika 2	31
4.1.3 Kazuistika 3	33
4.1.4 Kazuistika 4	34
4.1.5 Kazuistika 5	37
4.2 Tabulky s výsledky z rozhovorů s pacienty	40
4.3 Grafické vyhodnocení výsledků z dotazníků pro sestry	46
5. Diskuse	69
6. Závěr	75
7. Seznam použitých zdrojů.....	76
8. Klíčová slova	78
9. Přílohy.....	80

ÚVOD

Téma bakalářské práce „Ošetrovatelská péče o pacienta po celkové anestezii“ jsem si zvolila z důvodu problematiky pooperačních komplikací, které souvisejí s celkovou anestezii (CA). Podání celkové anestezie individuálně ovlivňuje stav pacienta po operativním výkonu. Doznívající účinky farmakologických látek používaných k CA mají vliv na celý organismus pacienta. Tato farmaka ovlivňují dýchací, trávicí, vylučovací a nejvíce centrální nervový systém. Pacient v zotavovacím období po CA může být ohrožen různými komplikacemi, které souvisejí s podáním CA.

Tato bakalářská práce má několik cílů, zmapovat ošetrovatelskou péči po celkové anestezii z pohledu sestry i pacienta a zmapovat znalost sester o pooperačních komplikacích CA.

Teoretická část práce se zabývá problematikou farmakologických látek používaných k celkové anestezii, ošetrovatelským procesem po CA, komplikacemi po celkové anestezii a důležitými intervencemi sestry při řešení těchto komplikací. Praktická část obsahuje výsledky kvalitativního výzkumu u pacientů po celkové anestezii i kvantitativního výzkumu u sester poskytující ošetrovatelskou péči po CA.

Bakalářská práce poskytuje mnoho informací o celkové anestezii, odhaluje různé aspekty ošetrovatelské péče, nejčastější potíže pacientů po CA a rozsah vědomostí sester o komplikacích, které se vyskytují v zotavovacím období po celkové anestezii. Právě základní vědomosti sester o komplikacích po CA pomáhá ke správnému stanovení ošetrovatelských diagnóz, cílů a intervencí v ošetrovatelském procesu o pacienta po CA.

Výsledky výzkumné práce jsou použity při zpracování ošetrovatelského standardu péče o pacienta po CA. Tento standard může posloužit sestřím jako stručná a přehledná pomůcka při ošetrovatelské péči a zajistit tak komfort a bezpečnost pacienta v podobě poskytování kvalitní ošetrovatelské péče po celkové anestezii.

1. Současný stav

1.1 Anestezie

Anestezie je znecitlivění, jedná se o reverzibilní, farmakologicky navozenou ztrátu vnímání senzitivního i bolestivého podnětu. Anestezie umožňuje toleranci chirurgických výkonů. Anestezii dělíme na dvě skupiny, dle stavu vědomí. Při celkové anestezii je vědomí vyřazeno a při místní anestezii je vědomí zachováno [10, 22].

1.1.1 Celková anestezie (CA)

Celková anestezie navozuje u pacientů řízené bezvědomí, zajistí částečnou nebo úplnou ztrátu veškerého vnímání včetně obranných reflexů a způsobí ztrátu schopnosti udržet dýchací cesty průchodné. Celkovou anestezí je během operačního výkonu zajištěn komfort pro pacienta v bezvědomí, CA odstraní vegetativní reakce na bolest, jako je tachykardie, hypertenze a pocení. Způsobeným svalovým uvolněním zajistí CA vhodné podmínky pro operační tým [10, 16, 22].

Celková anestezie se dělí podle způsobu vstupu anestetika (lék k navození anestezie) do pacientova těla. Existuje několik druhů celkové anestezie. CA rozdělujeme na inhalační, intravenózní, intramuskulární a rektální. Je-li k dosažení anestezie použita jen jedna cesta vstupu anestetika do organismu, jde o monoanestezii. Nejčastějším typem CA je anestezie doplňovaná, kde je využíváno více látek z farmakologických skupin [10, 16, 22].

1.2 Farmakologické látky používané k CA

V současné, moderní anesteziologii se k celkové anestezii používá především metody doplňované anestezie. Tato metoda využívá kombinace účinku inhalačních a intravenózních anestetik, opiátových analgetik a svalových relaxancií. Všechny tyto farmakologické látky mohou způsobit u pacienta, svými reziduálními (zbytkovými) účinky, komplikace po celkové anestezii [10, 16].

1.2.1 Inhalační anestetika plynná a kapalná

Inhalační anestetika vstupují do pacientova organismu přes jeho dýchací systém. Přes alveolokapilární membránu v plicích se anestetika dostanou do krve a ta je dopraví do tkání a do CNS. Účinnost inhalačních anestetik je hodnocena podle tzv. minimální alveolární koncentrace (MAC), touto koncentrací anestetika v alveolech plic je zabráněno motorické, obranné reakci na chirurgickou incizi kůže u 50 % pacientů. Čím je MAC nižší, tím je anestetikum účinnější. Na konci anestezie se inhalační anestetika vylučují z těla plícemi, avšak část se metabolizuje v játrech, metabolity se pak vyloučí ledvinami. Jsou známy toxické účinky některých metabolitů [10, 17, 27].

Plynným inhalačním anestetikem je oxid dusný N_2O je to bezbarvý, nevýbušný plyn, bez chuti a zápachu. V současnosti je to jediné používané plynné anestetikum. Jde o slabé anestetikum, ale pro své výrazné analgetické vlastnosti je podáván v koncentraci s kyslíkem jako základní nosná směs pro inhalační anestetika během CA. Oxid dusný výrazně snižuje MAC inhalačních anestetik. [10, 17, 27].

Kapalná inhalační anestetika jsou kapaliny, které se snadno odpařují. Používají přes speciální odpařovače. V současnosti patří mezi nejpoužívanější kapalné inhalační anestetikum halotan, izofluran a sevofluran. Tyto anestetika nejsou hořlavá ani výbušná, nedráždí sliznici dýchacích cest [17, 22, 27].

Halotan a jeho účinky na lidský organismus. Úvod do anestezie pomocí halotanu je rychlý, souvisí to s jeho silnými hypnotickými účinky. Toto inhalační anestetikum snižuje sekreci dýchacích cest, dilatuje bronchy a způsobuje útlum dýchání. Také snižuje kontraktilitu myokardu a senzibilizuje ho vůči katecholaminům (adrenalin). Způsobuje vazodilataci, která vede k dočasné hypotenzi a nemá analgetické účinky. Působí negativně inotropně, dilatuje mozkové cévy. Je metabolizován v játrech asi z 20%–40%, hepatotoxicita nebyla zcela prokázána, ale z tohoto důvodu se nepodává v kratší době než za 4–5 týdnů. Po anestezii halotanem se může objevit svalový třes. Halotan se již nevyrábí [10, 17, 22, 27].

Enfluran se podobá vlastnostmi halotanu. Na myokard působí depresivně a to vede k hypotenzii, nezvyšuje však jeho citlivost vůči katecholaminům. Hepatotoxické a nefrotoxické účinky nejsou prokázány. V Česku není dostupný [10, 22].

Izofluran není doporučován k úvodu do anestezie u dětí. Jeho štiplavý pach dráždí dýchací cesty. Podobně jako halotan způsobuje útlum dýchání. Srdeční aktivitu ovlivňuje jen minimálně, ale způsobuje vazodilataci, která vede k hypotenzii. Zesiluje účinek svalových relaxancií. Toxické účinky na lidský organismus nebyly prokázány, izofluran se v organismu metabolizuje jen v malém procentu. Jeho podávání v malých koncentracích, nevede ke zvýšení nitrolebního tlaku [10, 17, 22].

Sevofluran má nasládlý pach, nedráždí sliznici dýchacích cest a umožňuje snadný a rychlý úvod do anestezie. Vlastnostmi se podobá izofluranu, způsobuje větší útlum dýchacího centra než halotan. Je minimálně metabolizován v játrech [10, 22].

Desfluran patří mezi nejnovější inhalační anestetikum. Nedoporučuje se k inhalačnímu úvodu. Jeho zápach dráždí dýchací cesty, způsobuje kašel a zadržování dechu. Má podobné vlastnosti jako izofluran a méně zvyšuje nitrolební tlak než halotan. [10, 27].

1.2.2 Intravenózní anestetika

Intravenózní anestetika jsou určena pro úvod do anestezie, pro totální intravenózní anestezii (TIVA) a jsou součástí doplňované anestezie. Neúčinkují analgeticky. Jejich výhodou je rychlý nástup účinku, který přímo souvisí s kvalitním prokrvením mozkové tkáně. Z důvodu jejich rychlého nástupu jsou častěji využívány k úvodu do celkové anestezie než inhalační anestetika. Pacient nitrožilní úvod snáší lépe než úvod inhalační. Intravenózní anestetika lze rozdělit na barbiturátová (deriváty kyseliny barbiturové) a nebarbiturátová [10, 22, 27].

Thiopental je nejrozšířenější barbiturátové anestetikum používané k úvodu do celkové anestezie. Podává se v koncentraci 2,5%, dává se 3–5 mg/kg, působí 5 minut. Účinkuje silně hypnoticky. Způsobuje krátkou apnoickou pauzu a útlum dýchání, působí kardiodepresivně, hypotenzně a brochokonstrikčně. Usnadňuje vznik

laryngospasmu a bronchospazmu. Nepříznivé účinky jsou přímo úměrné rychlosti podání, množství dávky a celkovému stavu pacienta. Thiopental nesmí být podán paravenózně nebo intraarteriálně, takové podání způsobí silnou bolest a nekrózu artérie. Jeho kontraindikací jsou vážná srdeční onemocnění, hypotenze, hypovolemie, bronchiální astma a porfyrie [10, 18, 22, 27].

Metohexital se vlastnostmi podobá thiopentalu, ale má rychlejší účinek. Nástup anestezie bývá do 30 sekund, délka je 3–7 minut [10, 27].

Etomidát (Hypnomidate) je nebarbiturátové anestetikum. Má minimální vliv na zatížení kardiovaskulárního systému. Jako silné hypnotikum tlumí dýchací centrum. Při dlouhodobém podávání dochází k útlumu funkce kůry nadledvinek. Používá se k úvodu do anestezie u starých pacientů a kardiálně nemocných [10, 18, 27].

Propofol (Diprivan) není barbiturát. Působí rychle a z důvodu rychlé metabolizace v těle se pacienti ve velmi krátké době probouzejí z celkové anestezie. Při podávání může pacient cítit mírnou lokální bolest v žíle. Propofol navozuje příjemné sny, často sexuální povahy. Má nejnižší účinky na vznik pooperační nevolnosti a zvracení [10, 18].

Ketamin (Narkamon, Calypsol) rovněž patří mezi nebarbiturátová anestetika. Ketamin vyvolává tzv. disociativní anestezii (neúčinkuje na celou CNS, některé její části jsou stimulovány a jiné tlumeny). Při intravenózním podání účinkuje ihned, působí 15 minut. Výborně tlumí somatickou bolest, ne však bolest viscerální. Zvyšuje srdeční aktivitu a tlak, proto je vhodný pro úvod do anestezie u šokových a hypovolemických stavů. Netlumí dýchání, ale zvyšuje faryngeální a laryngální reflexy. Vyvolává halucinace, z tohoto důvodu je nutná minimální a zvláště šetrná manipulace s probouzejícím se pacientem. Kontraindikací jsou některá psychiatrická onemocnění, ICHS, nitrolební hypertenze, operace v dutině ústní, epilepsie [10, 22, 27].

1.2.3 Benzodiazepiny

Benzodiazepiny mají účinky hypnotické, antikonvulzivní, sedativní, anxiolytické, antiagresivní a amnestické. Působí také centrálně svalově relaxačně na

kosterní svalstvo a krátkodobě tlumí dýchání a snižují respirační odezvu na hypoxii. V anesteziologii jsou využívány k premedikaci, během anestezie i v pooperačním období. Své vlastnosti vzájemně zesilují s opioidy barbituráty, ketaminem a alkoholem. V kombinaci s opioidy způsobují hypotenzi. Mezi jejich nejpoužívanější zástupce patří Diazepam a Midazolam [10, 22, 27].

1.2.4 Opioidy

Opioidy jsou omamné látky a silná analgetika. Používají se k premedikaci, analgosedaci, analgézii během anestezie a k pooperační analgézii. Působí na celý organismus. Navozují změny nálady, spánek, depresi dýchání a antitusický efekt. Způsobují miózu, svědění kůže, nauzeu, zvracení, svalovou rigiditu, periferní vazodilataci. Účinkují na hladké svalstvo střev, žaludku, žlučových cest a močového systému, kde mohou způsobit obstipaci, žlučovou koliku a vyvolat pocit plného močového měchýře a retenci moče. Opioidy ovlivňují i termoregulační systém a způsobují svalový třes po probuzení z CA. Nejčastěji se používá morfin, petidin, sufentanil, fentanyl, alfentanil. Všeobecným antidotem opiátů je Naloxon [10, 14, 27].

1.2.5 Svalová relaxancia (myorelaxancia)

Svalová relaxancia dělíme na celková a periferní. Způsobují reverzibilní ochabnutí tonu kosterního svalstva. Celková anestezie používá periferní svalová relaxancia. Podle působení na nervosvalovou ploténku je rozdělujeme na depolarizující a nedepolarizující svalová relaxancia [18, 27].

Depolarizující svalová relaxancia se chovají na nervosvalové ploténce podobně jako acetylcholin, způsobí depolarizaci její membrány a to se projeví nekoordinovanými svalovými záškuby (fascikulacemi). Účinek nelze antagonizovat, odezní po metabolizování látky v těle [10, 18, 27].

Suxamethonium (Succinylcholinjodid) pro svůj rychlý nástup a krátkodobý účinek se využívá při endotracheální intubaci. Mezi nejdůležitější vedlejší účinky patří sinusová bradykardie, komorové dysrytmie, hypotenze, hypersalivace, hyperkalémie, zvýšení nitroočního, intragastrického a intrakraniálního tlaku. Způsobené fascikulace mohou být zdrojem svalových bolestí v pooperační době. Suxamethonium způsobuje maligní hypertermii u predisponovaných jedinců a alergické nebo anafylaktoidní reakce [18, 22, 27].

Nedepolarizující svalová relaxancia nevyvolávají depolarizaci nervosvalové ploténky a nezpůsobují fascikulace. Mají pomalejší nástup účinku a déle působí. Látky této skupiny farmak se liší délkou působení, účinky na kardiovaskulární systém, způsobem biotransformace, vylučováním a vlivem na uvolnění histaminu (histaminogenita) [10, 22, 27].

Působení nedepolarizujících svalových relaxancií lze antagonistovat tzv. dekurarizací. K dekurarizaci je používáno parasympatomimetikum (Neostigmin). Neostigmin ruší blokádu na nervosvalové ploténce, ale způsobuje i nežádoucí bradykardii, proto se podává s parasympatolytikem (Atropinem) k prevenci bradykardie. Po odeznění působení Neostigminu může dojít k navrácení svalové relaxace – rekurarizace [10, 22, 27].

Pankuronium (Pavulon) a pipecuronium (Arduan) jsou myorelaxancia s dlouhodobým účinkem. Pankuronium stimuluje sympatikus a to vede k tachykardii a hypertenzi, účinkuje 45 minut. Pipecuronium ovlivňuje jen minimálně kardiovaskulární systém a účinkuje asi 50 minut [10, 22, 27].

Mezi střednědobá myorelaxancia patří vekuronium (Norcuron), který neuvolňuje histamin ani neovlivňuje hemodynamiku, myorelaxace trvá 20 – 30 minut. Atracurium (Tracrium) účinkuje 15 – 25 minut, aplikace vyšších dávek může mít za následek uvolnění histaminu a může způsobit alergické reakce. Cis-atracurium (Nimbex) má malý vliv na uvolnění histaminu a méně nežádoucích účinků, působí 20 – 30 minut. Rocuronium (Esmeron) pro velmi rychlý nástup myorelaxace vytváří skvělé podmínky pro intubaci, doba působení je 20 – 30 minut [10, 22, 27].

Mivacurium (Mivacron) je krátkodobé svalové relaxans, které působí 10 – 15 minut. Nežádoucí histaminogenní účinky, erytém, tachykardie a krátkodobá hypotenze, jsou závislé na velikosti dávky [10, 22, 27].

1.3 Způsoby zajištění průchodnosti dýchacích cest v CA

Součástí celkové anestezie je zajištění průchodnosti cest dýchacích (PCD) a umělá plicní ventilace. Anesteziolog vybere vhodný typ zajištění PCD (příloha 2) dle stavu pacienta, nutnosti myorelaxace, druhu a délky operace. Mezi pomůcky k udržení PCD patří anatomicky tvarované obličejové masky, nosní a ústní vzduchovody, laryngeální masky (LMA–laryngeal mask airway) a tracheální rourky (TR) [10, 22, 27].

Vzduchovody udrží průchodné dýchací cesty v oblasti hypofaryngu a kořene jazyka, ale nechrání proti aspiraci. Slouží také jako protiskusová pomůcka. Důležité je zvolit správnou velikost vzduchovodu. Dlouhý vzduchovod může podráždit sliznici v okolí ústí do hrtanu a následkem bývá pak zvracení nebo laryngospasmus a naopak krátký vzduchovod dýchací cesty neuvolní [10, 22, 27].

Laryngeální maska (LMA) rovněž nechrání proti aspiraci a používá u lačných pacientů v celkové anestezii. Pacienti mají většinou zachováno spontánním dýchání. Zavádí se ústy bez použití laryngoskopu. Po zavedení LMA do správné polohy se nafoukne manžeta, která má za úkol zafixovat LMA kolem ústí do hrtanu [10, 22].

Tracheální rourka (TR) nejlépe odděluje dýchací cesty od proximální části trávicího systému a tím minimalizuje nebezpečí aspirace žaludečního obsahu. Nafouknutá manžeta kolem distálního konce rourky utěsní dýchací cesty a zabrání aspiraci. Existují různé velikosti a typy TR tvarově přizpůsobené pro ortotracheální nebo nasotracheální intubaci a dvoucestné (biluminální) pro oddělenou ventilaci jedné plíce [22, 27].

Nejbezpečnější způsob zajištění PCD a nejefektivnější ochrana proti aspiraci u pacienta v celkové anestezii je intubace (příloha 4). Jde o zavedení endotracheální rourky do trachey pod přímou laryngoskopií. Tracheální intubace, aby nepoškodila pacienta, musí splňovat tato kritéria: šetrné rozlišení laryngálních struktur

laryngoskopem (příloha 5), netraumatické zavedení TR a dále musí být tracheální rourka bezpečně fixována a utěsněna manžetou tak, aby zbytečně nezpůsobila otlak a nepoškodila stěnu trachey [10, 22, 27].

1.4 Průběh celkové anestezie a zotavovací období

Pacient je přivezen na anesteziologickou přípravnu, kde s ním informativně a uklidňujícím hlasem promluví anesteziolog a anesteziologická sestra. Sestra u pacienta změří fyziologické funkce, zajistí periferní žilní vstup, popř. anesteziolog zavede centrální žilní katétr nebo nasogastrickou sondu. Anesteziologická příprava závisí na celkovém stavu pacienta, druhu a naléhavosti operace [10, 22].

Úvod do celkové anestezie zahrnuje dobu od vstupu anestetika do organismu až po samotný stav bezvědomí pacienta a dosažení stupně chirurgické anestezie. Zvyšuje se koncentrace anestetika v buňkách mozku pacienta. V průběhu úvodu se provádí zajištění PCD. U dospělých je nejčastěji volen intravenózní úvod, naopak u dětí je volen inhalační úvod přes obličejovou masku. Úvod je nejkritičtějším obdobím v průběhu celkové anestezie, anesteziolog s anesteziologickou sestrou musí být schopni řešit případné komplikace v každé situaci [10, 22, 27].

Vedení celkové anestezie je fází, ve které je udržována individuální hloubka anestezie vhodná pro pacienta a operátora. V tomto stádiu je celkový stav pacienta nepřetržitě monitorován. Sleduje se kvalita anestezie a farmakologicky se doplňuje, aby byla zajištěna bezpečnost a komfort pro pacienta a optimální podmínky pro operátora [10, 22, 27].

Probouzení z celkové anestezie je obdobím, kdy se postupně snižuje přívod anestetik až do jeho zastavení. U pacienta se obnoví spontánní ventilace, obranné reflexy a vědomí. Pacient přechází do zotavovací fáze po celkové anestezii [10, 27].

Pacient je v optimálním případě předán z operačního sálu na dospávací pokoj (recovery room) nebo zpět na oddělení (standard nebo JIP) k dalšímu monitorování vitálních funkcí a zajištění tak bezpečnosti během zotavovací fáze po CA. Sestra při převzetí pacienta z operačního sálu zkontroluje jeho jméno a rodné číslo na

identifikačním náramku a v dokumentaci, anesteziolog s operátorem informuje sestru o nejdůležitějších ordinacích u pacienta. Ostatní ordinace a medikace si sestra přečte v pacientově dokumentaci a přistoupí k jejich plnění [24, 29].

Dospávací pokoj (recovery room) zajišťuje vyšší bezpečnost pacientů po operaci. Pacient je zde umístěn na přechodnou dobu 30 minut až 2 hodiny, ke stabilizaci základních vitálních funkcí. Minimální standard, pro pacienta na dospávacím pokoji, zahrnuje napojení pacienta na monitor, který zobrazuje a zaznamenává hodnoty fyziologických funkcí a podání kyslíku maskou. Dle stavu pacienta se péče může rozšířit nad tento minimální standard. Sestra intenzivně sleduje a zaznamenává celkový stav pacienta a předchází tím častým komplikacím po celkové anestezii [3, 4,13].

Sestra ze standardního oddělení si pacienta převezme z operačního sálu nebo ze zotavovacího pokoje pokud je probuditelný, orientován místem a časem, nejeví známky PORC, má přítomny obranné reflexy, dýchá spontánně, jeho ventilace a oxygenace je dostatečná. Pacienty, kteří nesplňují kritéria pro přeložení na standardní oddělení, si po příslušné době převezmou ze zotavovacího pokoje sestry na JIP k dalšímu monitorování a léčbě [6].

V roce 2010 byla provedena jednodenní prospektivní dotazníková studie – Anestezie v České republice 2010, jejíž sledované údaje zahrnovali i předání pacienta po výkonu na dospávací pokoj, standardní oddělení, JIP/ARO nebo po zotavení z anestezie propuštění z nemocnice. Z výsledků této studie vyplývá, že poměrně vysoká část pacientů je v zotavovací fázi po anestezii uložena na standardní oddělení, což je alarmující. Neustálá monitorace životních funkcí pacienta v zotavovacím období po anestezii je jedním z důležitých požadavků na bezpečnou poanestetickou péči, její absence zvyšuje riziko vzniku komplikací v časném období po anestezii [5].

1.5 Ošetrovatelský proces u pacienta po celkové anestezii

Ošetrovatelský proces umožňuje sestře metodicky plánovat a poskytovat pacientovi kvalitní ošetrovatelskou péči, jeho fáze na sebe dokonale navazují a

vzájemně se prolínají. Ošetrovatelský proces zabezpečuje nepřetržitou ošetrovatelskou péčí, jenž umožňuje pacientovi se na takové péči podílet [24].

V první fázi ošetrovatelské péče o pacienta po celkové anestezii sestra provádí pravidelnou monitoraci pacienta. Dle standardu sestra sleduje a hodnotí celkový stav pacienta každých 15 minut v prvních dvou hodinách. Sestra může kontrolovat pacientův stav častěji nebo po delší době dle ordinace anesteziologa. Všechny zjištěné údaje o stavu pacienta, zaznamenává sestra do dokumentace. Sestra u pacienta kontroluje stav vědomí, PCD, dýchání, odkašlávání, krevní tlak, tep, tělesnou teplotu, diurézu, bilanci tekutin, motoriku, aktivitu a projevy pooperačních komplikací. V této fázi sestra rozpozná příznaky hrozících komplikací po celkové anestezii a přejde do druhé fáze ošetrovatelského procesu [10, 24, 27].

V druhé fázi ošetrovatelského procesu sestra stanoví ošetrovatelské diagnózy. Sestra nalezne aktuální i potencionální ošetrovatelské diagnózy pomocí určujících příznaků a souvisejících faktorů. Ošetrovatelskou diagnózou po celkové anestezii je například nauzea, kde je jako související faktor roztažení žaludku o opožděném vyprázdnění žaludku, při užití farmakologických látek k CA nebo hypotermie také se souvisejícím faktorem, užití farmakologických látek k celkové anestezii [19].

Ve třetí fázi ošetrovatelské péče si sestra stanoví krátkodobé a dlouhodobé cíle ke každé stanovené ošetrovatelské diagnóze a naplánuje ošetrovatelské intervence. Ve čtvrté fázi sestra přistoupí k plnění stanovených intervencí a k realizaci ošetrovatelského plánu, znamenající uplatnění ošetrovatelských strategií v praxi. Poslední fází ošetrovatelského procesu je vyhodnocení, jde o naplnění všech kroků ošetrovatelské péče. Sestra zde hodnotí výsledky ošetrovatelského plánu, posuzuje kvalitu péče a porovnává se stanovenými normami, se standardy ošetrovatelské péče [7, 24].

„Za kvalitní péči, lze považovat takovou péči, která je účinná vzhledem ke zdravotnímu stavu pacienta, pacientem pozitivně přijatá, adekvátní z hlediska možného využití zdrojů“ [7 str. 185].

1.6 komplikace po CA a intervence sestry

Sestra u pacienta po celkové anestezii, musí pravidelně sledovat fyziologické funkce a celkový stav, aby včas odhalila časné komplikace, neprodleně je řešila a informovala lékaře [24].

1.6.1 Sestra a zapadnutí kořene jazyka

Zapadnutím kořene jazyka do hypofaryngu je způsobena neprůchodnost (obstrukce) dýchacích cest a může ohrozit život pacienta. Tato komplikace se nejčastěji vyskytuje u obézních, starých a bezzubých pacientů a u pacientů, kteří mají nějak deformovanou obličejovou část [14, 28].

Sestra u pacienta provede manévr zaklonění hlavy s vysunutím brady nebo jen předsunutí dolní čelisti (příloha 1), a tak dojde k uvolnění dýchacích cest. Podá k inhalaci kyslík, může preventivně zavést vzduchovod, sleduje dýchání a barvu kůže, ihned informuje lékaře. Jestliže se u pacienta nepodaří obstrukci odstranit je nutná reintubace a s tím spojená okamžitá příprava pomůcek k intubaci (příloha 4) [12, 14].

1.6.2 Sestra a laryngospasmus

Laryngospasmus je akutní uzávěr hrtanu. Způsobuje ho spasmus svalstva hrtanu, je ochranným reflexem dýchacích cest. Vzniká na podkladě dráždění laryngu např. hleny, krví nebo vzduchovodem. Při částečném uzávěru laryngu je u pacienta slyšitelný stridor (hvízdavý dech slyšitelný na dálku při nádechu nebo výdechu) nebo krákoravé zvuky při dýchání. Při úplném laryngospasmu se pacient nemůže nadechnout ani vydechnout. Pacient je cyanotický má tachykardii a hypertenzi. Není-li laryngospasmus u pacienta ihned léčen vede ke smrti udušením [14, 21, 28].

Sestra musí umět rozpoznat klinické známky pacienta s laryngospasmem. Sestra odstraní vyvolávající příčinu a pro udržení PCD provede uvolňující manévr. Aplikuje pacientovi kyslík a neprodleně informuje lékaře. U lehčího stupně laryngospasmu sestra ventiluje pacienta ambuvakem přes obličejovou masku (příloha 3), až do příchodu

lékaře. Nedojde-li u pacienta v krátké době ke zlepšení, musí se svaly laryngu relaxovat intravenózním podáním myorelaxancia, sestra podá dle ordinace lékaře 10–20mg Suxamethonia. Pokud stále pacient nejeví známky zlepšení, musí sestra ihned připravit pomůcky k intubaci [12, 14, 28].

1.6.3 Sestra a pooperační reziduální kurarizace (PORC)

Pooperační reziduální kurarizace (PORC) je stav, kdy po ukončení CA doznívá myorelaxace a svalová síla není ještě obnovena na úroveň v předoperačním období. Lehčí stupeň PORC si může pacient uvědomovat jako určitý discomfort (pacient může mít určité projevy hysterie). Při těžším stupni pacient pociťuje dechovou tíseň a nemůže v plném rozsahu pohybovat končetinami [1, 2].

Sestra musí ihned rozpoznat známky PORC, informovat lékaře, udržet PCD, zajistit dostatečnou ventilaci a oxygenaci pacienta a lékař popřípadě uvede pacienta znovu do CA, aby myorelaxace bezpečně odezněla. Sestra musí znát spolehlivé testy dostatečné dekurarizace, aby si mohla pacienta převzít z operačního sálu nebo dospávacího pokoje. Mezi spolehlivé testy patří, že pacient udrží hlavu zvednutou nad podložkou 5 sekund, dolní končetiny zvednuté nad podložkou 5 sekund, pacient udrží stálou sílu skusu a stisk ruky 5 sekund. Mezi nespolehlivé testy patří udržení otevřených očí a vypláznutí jazyka, V časném období po celkové anestezii je nutné u pacienta opakovat spolehlivé testy dekurarizace pro včasné podchycení rekurarizace. [1, 2].

1.6.4 Sestra a hypoxie

Hypoxie (nedostatek kyslíku v organismu) ohrožuje život pacienta. Mezi příčiny patří obstrukce dýchacích cest, hypoventilace, atelaktázy, zvýšená spotřeba kyslíku v souvislosti se svalovým třesem, plicní edém, pneumotorax, aspirace, plicní embolie, oběhová nestabilita, obezita, chronické plicní onemocnění, nízká frakce vdechovaného

kyslíku. K nejpřesnější diagnostice hypoxie patří vyšetření arteriálních krevních plynů [10, 14].

Sestra sleduje dýchání, barvu kůže a popřípadě i na monitoru saturaci kyslíku v krvi. Sestra zajistí správnou polohu pacienta, dle ordinace podává zvlhčený kyslík, pravidelně vyzývá pacienta ke hlubokým vdechům a k odkašlávání v dostatečné analgézii. Sestra s pacientem provádí dechová cvičení a distenční terapii (pacient vydechuje proti odporu např. nafukování latexových rukavic [10, 14, 24].

1.6.5 Sestra a atelektáza

Atelaktáza (nevzdušnost plicní tkáně) vznikají v pooperačním období u pacienta při neodkašlávání hlenů z důvodu nedostatečné analgosedace, PORC nebo zvýšené sedaci. Prvotním příznakem je často horečka, dalším příznakem je tachypnoe, tachykardie, pokles saturace při dýchání vzduchu, alární dýchání (souhyby nosních křídel s inspiřiem a omezená pohyblivost hrudníku). Okamžitá léčba brání rozvoji hypoxémie a infekčních komplikací [10, 14, 28].

Sestra rozpozná prvotní příznaky, informuje lékaře a provede nezbytná opatření k zajištění dostatečné ventilace. Dle ordinace aplikuje pacientovi zvlhčovaný kyslík, podá farmaka ke stimulaci ventilace a provede odsátí hlenů z dýchacích cest [10, 14, 24].

1.6.6 Sestra a centrální útlum dýchání

Centrální útlum dýchání se může u pacienta projevit v období po celkové anestezii i po předchozí dostatečné ventilaci. Projeví se prodlouženou dechovou pauzou a hypoventilací. Souvisí s reziduálním působením anestetik, s rekurarizací, s PORC a opioidy. Účinky opiátů mohou být antagonistovány, ale doba působení antagonistů může být kratší než u opioidů [10, 14, 28].

Sestra musí pečlivě sledovat a hodnotit pacientovo dýchání a včas rozpoznat prodloužené apnoe a hypoventilaci, aby mohla o útlumu dýchání ihned informovat lékaře [10, 14, 24].

1.6.7 Sestra a pooperační bolest v krku

Pooperační bolest v krku, chrapot a dysfágie souvisejí se způsobem zajištění PCD během celkové anestezie a velikostí naplněného objemu obturační manžety TR. Tuto komplikaci zhoršuje pooperační pobyt pacienta v místnosti s nízkou vlhkostí vzduchu [20, 28].

Sestra aplikuje dle ordinace zvlhčený kyslík a analgetika, ke zmírnění potíží pacienta. Tato komplikace často odezní v krátkém pooperačním období [20, 28].

1.6.8 Sestra a pooperační nevolnost a zvracení (PONV)

Pooperační nevolnost a zvracení (PONV) je nejčastější komplikací a vznikají do 24 hodin po celkové anestezii. Pro pacienta je to velmi stresující faktor, zhoršující jeho komfort v pooperačním období a zhoršuje celkový pooperační stav. Na PONV se podílí mnoho faktorů např. použití oxidu dusného nebo opioidů během anestezie, migrény, kinetózy, fáze menstruačního cyklu u žen, typ operace, naléhavost operačního výkonu související s nedostatečným lačněním pacienta před anestézií, pooperační bolest a hypotenze [14, 15, 28].

Sestra PONV u pacienta předchází sledováním příznaků, podáním analgetik, antiemetik a dostatečnou hydratací podávanou intravenózní cestou dle ordinace lékaře. Jako prevenci aspirace při zvracení umístí sestra pacienta do polosedu nebo na bok, odstraní nebo odsaje zvratky. Pacienta při plném vědomí sestra poučí, aby při příznacích nauzey dal hlavu na stranu a mírně jí zvedl [9, 14, 24].

1.6.9 Sestra a aspirace

Aspirace (vdechnutí) v časném období po celkové anestezii bývají častou příčinou zánětů plic. Pacienti s plným žaludkem u neodkladné operace, s PONV, se zvednutím břicha plynem či vzduchem, s PORC a déle trvající sedací jsou více ohroženi rizikem aspirace [14, 28].

Sestra předchází aspiraci zajištěním vhodné polohy pacienta a podáním antiemetik dle ordinace. Sestra musí na aspiraci myslet vždy, když pacient kašle, má ztížené dýchání, bronchospasmus a hypoxii. Sestra neprodleně informuje lékaře, připraví pomůcky k odsávání, k aplikaci kyslíku, k intubaci a intenzivně sleduje dýchání [11, 14].

1.6.10 Sestra a změny krevního tlaku

Hypotenze (nízký krevní tlak) po celkové anestezii má nejčastěji příčinu v hypovolemii, související s nedostatečnou hydratací a náhradou krevních ztrát během anestezie. Hypotenzi může být spojena s tachykardií, oligurií a hypoperfuzí periferních částí těla. Hypertenzi (vysoký krevní tlak) v období po celkové anestezii, může způsobovat nedostatečná analgésie, hypoxie a hyperkapnie, hypervolémie, retence moči nebo pooperační delirium [10, 28].

Sestra sleduje příznaky hypotenze a hypertenze, pravidelně měří u pacienta tlak a hodnoty zaznamenává do dokumentace. Sestra musí znát optimální hodnoty tlaku, aby rozeznala případnou hypotenzi a hypertenzi a ihned informovala lékaře. Intervence sestry vyplývají ze symptomatické léčby. Důležité je odstranění bolesti. U hypertenze, která neklesá ani po odstranění možných vyvolávajících příčin, sestra podává intravenózně antihypertenziva dle ordinace. Při hypotenzi z hypovolemie podává sestra infuze a léky vazopresory, dle ordinace [10, 24].

1.6.11 Sestra a hypotermie

Hypotermie (podchlazení) je další z častých komplikací po celkové anestezii. Tělesná teplota pacienta se po operaci zvyšuje spontánně, ale vliv zbytkové anestezie a opioidů tlumí termoregulační centrum. Pacient dosáhne normotermie v rozmezí 2–5 hodin. Hypotermie ohrožuje pacienta poruchami srážlivosti krve. Mezi příznaky podchlazení patří třesavka, bradypsychie, bradykardie, hypotenze, změlčené dýchání a akrální cyanóza [10, 14, 28].

Svalový třes po celkové anestezii způsobují inhalační anestetika a bývá i projevem podchlazení. Třes je pro pacienta velmi nepříjemný a stresující. Svalový třes zvyšuje spotřebu kyslíku ve tkáních, která je nežádoucí u pacientů se sníženou srdeční rezervou [10, 14, 28].

Sestra chrání pacienta před další ztrátou tepla pomocí vyhřívaných podložek, termofolií nebo podáváním ohřátých infuzí. Pravidelně kontroluje celkový stav pacienta a zaznamenává hodnoty tělesné teploty. Při svalové třesu aplikuje kyslík a léky (prometazin, petidin, neuroleptika) dle ordinace lékaře. [10, 24].

1.6.12 Sestra a poruchy diurézy

Mezi časté poruchy diurézy (vylučování moče) v souvislosti s obdobím po celkové anestezii patří oligurie, polyurie a retence. Oligurie (snížená diuréza) v časném pooperačním období souvisí s hypovolemií nebo kardiální či renální nedostatečností. Pokud pacient nemá permanentní močový katétr je oligurie obtížně zjistitelná. Polyurie (zvýšená diuréza) je následek nadbytečného perioperačního přívodu tekutin. Retenci (zadržení moči v močovém měchýři) mohou způsobit účinky opiátů. [10, 14].

Sestra sleduje odchod moči, močení by mělo být obnoveno do 8 hodin po operaci. Neobnovení močení je indikace k cévkování. Než se sestra rozhodne pacienta cévkovat, měla by se pokusit navodit senzorycké stimuly (pustit vodu, přiložit teplý obklad na podbříšek) a odstranit možné psychické překážky, které se týkají nedostatku soukromí, nedostatku času na močení nebo nesprávné polohy při močení [24, 26].

1.6.13 Sestra a pooperační delirium a pooperační sexuální halucinace

Pooperační delirium je akutní, přechodná kvalitativní porucha vědomí, která je spojena s poruchou kognitivních funkcí (vnímání, pozornosti, myšlení a úsudku). Pacienti trpí i změnami v oblasti psychomotorické aktivity, emocí a spánkového cyklu. Příčina vzniku deliria po anestezii je multifaktoriální. Kromě reziduálních účinků celkové anestezie se na vzniku podílí i věk, stres, bolest, typ operace a pobyt v cizím

prostředí. Rozlišujeme tři druhy deliria – hypoaktivní, hyperaktivní a smíšené. Hypoaktivní delirium provází spavost, netečnost, zpomalená motorika a snížená komunikace. Hyperaktivní je charakterizováno neklidem, nespoluprací, podrážděností, halucinacemi a zrychlením řeči i motoriky. Po celkové anestezii se vyskytuje nejčastěji forma smíšená. Hypoaktivní formou trpí starší nemocní a hyperaktivním deliriem jsou postiženi více mladí pacienti s abstinčním stavem (alkohol, drogy). Pooperační delirium způsobuje i tzv. centrální anticholinergní syndrom způsobený účinky použitých farmak k celkové anestézii. Projevuje se neklidem, halucinacemi, horečkou centrálního původu, tachykardií, mydriázou a retencí moče. Anticholinergní syndrom se léčí podáním fyzostigminu. Delirium zvyšuje náročnost pooperační ošetrovatelské péče a zhoršuje celkový stav pacienta. Léčba je symptomatická a jsou podávána neuroleptika [8, 10, 23, 25].

Psychomotorický neklid u pacientů po celkové anestezii nemusí být ihned spojován s deliriem. Sestra musí nejdříve vyloučit u pacienta hypoxii, bolest, strach retenci močení nebo vzednutí žaludku. Hypoxie a bolest jsou výrazné faktory přispívající ke vzniku deliria. Prevence vzniku pooperačních delirantních stavů je léčba vedlejších chronických onemocnění pacienta, včasná mobilizace a laskavý přístup lékařů a sester k pacientovi. Sestra vyšetří pacientovu orientaci, pokud objeví známky deliria, zajistí prevenci sensorické deprivace (brýle, naslouchadla), přítomnost blízkých osob a předmětů, stejný denní režim a častou přátelskou komunikaci. Sestra komunikuje s pacientem pomocí srozumitelných vět a snaží se o navrácení jeho orientace na místo, čas a jeho osobu. Sestra musí vždy myslet na bezpečnost pacienta i svou vlastní [8, 14, 24, 28].

Sexuální halucinace se vyskytují nejčastěji s podáním intravenózního anestetika propofolu, který navozuje sny sexuální povahy v kombinaci s gynekologickými výkony, urologickými zákroky, stomatologické výkony nebo s rouškováním pacienta. V tomto případě by neměl nikdy zůstat zdravotník s pacientem o samotě [18, 28].

Sestra se musí snažit pacienta uklidnit i opakovaně ubezpečit, že se jedná pouze o působení anestetik a nemohlo dojít k žádnému sexuálnímu obtěžování. Sestra takový stav musí řádně zaznamenat do dokumentace a informovat lékaře [28].

2. Cíle práce, hypotézy, výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

Cíl1: Zmapovat ošetrovatelskou péči po celkové anestezii z pohledu sestry.

Cíl2: Zmapovat znalost sester o pooperačních komplikacích celkové anestezie.

Cíl3: Zmapovat ošetrovatelskou péči po celkové anestezii z pohledu pacienta.

2.2 Hypotézy k cíli 1 a k cíli 2

Cíl 1.

H1. Sestry poskytují ošetrovatelskou péči po CA ošetrovatelským procesem.

H2. Sestry mají ošetrovatelský standard k péči o pacienta po CA.

H3. Sestry mají dostatek času k poskytování ošetrovatelské péče po CA.

Cíl 2.

H1. Sestry mají základní vědomosti o komplikacích celkové anestezie.

H2. Sestry získávají znalosti o komplikacích celkové anestezie samostudiem.

2.3 Výzkumné otázky k cíli 3

VO1. Jak pacienti po celkové anestezii vnímají ošetrovatelskou péči?

VO2. Jak pacienti po celkové anestezii spolupracují s ošetrujícím týmem?

3. Metodika

3.1 Metodika kvalitativního a kvantitativního výzkumu

Ke zpracování praktické části této bakalářské práce byly použity výsledky šetření z kvalitativního a kvantitativního výzkumu.

Kvalitativní výzkum byl prováděn u pacientů po celkové anestezii. Pro tento druh výzkumu byla zvolena metoda dotazování technikou individuálního, nestandardizovaného rozhovoru. K zaznamenání rozhovorů s respondenty byl použit diktafon. Rozhovory probíhaly na standardních oddělení chirurgických oborů (gynekologie, ortopedie a chirurgie). Každý rozhovor trval přibližně 30 – 40 minut. Zkoumaný vzorek tvořilo pět náhodně vybraných pacientů, kteří absolvovali ošetrovatelskou péči po celkové anestezii. Třemi respondenty byly ženy a dva respondenti byli muži. Věk respondentů se pohyboval v rozmezí 39 – 68 let. Tři respondenti byli přeloženi po operačním výkonu k zotavení po CA na standardní oddělení a dva na JIP. Ke zmapování ošetrovatelské péče po CA z pohledu pacienta se okruhy otázek týkaly identifikace pacienta, pocitů pacienta po celkové anestezii, průběhu ošetrovatelské péče z pohledu pacienta a další okruhy otázek byly zaměřeny na otázky týkající se spolupráce pacienta s ošetřujícím týmem a na názory pacienta na poskytnutou ošetrovatelskou péči po CA. Rozhovory z této výzkumné skupiny byly zpracovány do jednotlivých kazuistik. Získané údaje z rozhovorů byly zpracovány do přehledných tabulek.

Kvantitativní výzkum byl prováděn u sester poskytující ošetrovatelskou péči po celkové anestezii. K tomuto výzkumnému šetření byla zvolena metoda dotazování pomocí techniky dotazníku (viz příloha Dotazník). Výzkumný soubor tvořily sestry z chirurgických oborů (gynekologie, ortopedie a chirurgie, urologie) pracující na standardním oddělení nebo na JIP nemocnice Písek, Strakonice a České Budějovice. Dotazníky byly anonymní, rozdáno bylo celkem 130 dotazníků a ke grafickému zpracování bylo použito 93 dotazníků. Dotazník obsahoval 34 otázek, které sloužily ke zmapování ošetrovatelské péče po celkové anestezii a znalostí sester o komplikacích po celkové anestezii.

Výzkum probíhal během měsíce února a března 2011 se souhlasem hlavních sester zmiňovaných zdravotnických zařízení.

4. Výsledky

4.1 Rozhovory s pacienty

Rozhovory s vybranými pěti pacienty byly zpracovány do kazuistik.

4.1.1 Kazuistika 1

Respondent pacientka 1, věk 56 let, pracuje jako prodavačka ve vlastním obchodu. Nyní je hospitalizována na gynekologickém oddělení a paní je první den po operačním výkonu (TVT). Hospitalizovaná je podruhé, ale celkovou anestezii absolvovala poprvé. Výkon byl prováděn jako léčba stresové inkontinence a v celkové anestezii trval 60 minut.

Úvodem rozhovoru jsem se pacientce znovu představila a vysvětlila jsem jí k jakému účelu rozhovor použiji a že je zcela anonymní. Dále jsem paní požádala o souhlas s rozhovorem a s nahráváním našeho rozhovoru na diktafon. Pacientka souhlasila s úsměvem. Rozhovor byl proveden ještě ten večer po celkové anestezii, po domluvené schůzce z předešlého dne. Rozhovor byl veden na gynekologickém oddělení na jejím pokoji, kde byla pacientka sama. Pacientka při rozhovoru seděla na lůžku a já jsem seděla naproti ní na židli s diktafonem v ruce.

První část rozhovoru se týkala pocitů a dojmů pacientky po celkové anestezii. Pacientka se po celkové anestezii cítila celkem dobře, zimnici nepocítovala ani nezvracela. Poprvé vstala z lůžka až odpoledne, aby se došla vymočit na toaletu. Na toaletu jí doprovodila sestra. Když paní vstala z lůžka, pocítila nevolnost, ale jakmile si znovu lehla, bylo jí lépe. „*Sestřička mě rychle dovedla zpět do postele, abych si lehla.*“ „*Sestřička mi nabízela misku na zvracení, ale já jsem ji nechtěla.*“ Na nevolnost žádný lék pacientka nedostala, nevolnost odezněla po chvíli. Potíže s močením pacientka neměla, paní měla zavedený močový katétr, který sestra odstranila asi tři hodiny po výkonu. Při prvním spontánním močení, již na toaletě, si paní vzpomíná na nepříjemné pálení v močové trubici. Časté kontroly jejího stavu, měření tlaku ani jiné výkony ošetrovatelské péče pacientku nijak neobtěžovaly. Ošetřující sestra na pacientku

působila příjemným a klidným dojmem a s žádným úkonem nechvátala. Pacientka neměla ze sestry dojem, že by neměla na ošetrovatelskou péči dostatek času. Celkově ošetrovatelskou péčí pacientka vnímala dobře. „*Sestřičky se o mě staraly skvěle.*“

Druhá část rozhovoru se více týkala ošetrovatelské péče o pacientku. Paní si přesně nepamatuje na období, v krátkém čase po celkové anestezii. Když se vrátila z operačního sálu zpět na pokoj, vybavuje si jen, že se jí sestra ptala, jestli cítí nevolnost. Později se sestra pacientky ptala, zda se vymočila, ale neptala se pacientky na možné potíže při močení. Sestra přišla vždy ihned, když na ni pacientka zazvonila, například když pacientka potřebovala napojit permanentní katétr na sběrný sáček moči, který se jí odpojil při otáčení na bok. Po celkové anestezii sestry kontrolovaly pacientku dle jejích slov: „*Každou chvíli.*“ Sestra kontrolovala pacientce tlak, puls a teplotu. Sestra upravovala lůžko pacientce až večer.

Další otázky byly zaměřeny na spolupráci pacientky s ošetřujícím týmem. Sestra podala pacientce informace o tom, co má dělat, když bude potřebovat sestru a ukázala pacientce, kde je signalizační zařízení a jak jím lze sestru přivolat. Sestra paní upozornila, aby zatím opravdu nic nejedla, nepila a rozhodně sama nevstávala, protože by se jí udělalo nevolno. Paní informovala sestru o tom, že se jí udělalo špatně, ale neřekla sestře, že měla při prvním močení nepříjemné pálení v močové trubici. Na otázku jak se pacientce spolupracuje s ošetřujícím týmem, paní odpověděla: „*Spolupracuje se mi s nimi velice dobře, sestry jsou hodné a lékař, který prováděl můj výkon, se na mě byl hned odpoledne podívat a ptal se mě, jak mi je.*“

Závěrem rozhovoru se otázky zaměřily na vlastní názory pacientky na poskytnutou ošetrovatelskou péči po celkové anestezii. Pacientka byla spokojena se sesterskou péčí. Na otázku, týkající se návrhu na nějaké zlepšení v ošetrovatelské péči po celkové anestezii, paní odpověděla: „*Nic mě nenapadá, co by se dalo zlepšit nebo se mělo dělat jinak, se vším jsem byla spokojená a jsou tady příjemní lidé a myslím si, že to je důležité.*“

4.1.2 Kazuistika 2

Respondent pacient 2, věk 68 let, nepracující důchodce. V současnosti je hospitalizován na chirurgickém oddělení. Pacient podstoupil operační výkon, při kterém mu chirurgové odstranili laparoskopicky žlučník. Operační zákrok byl proveden v celkové anestezii a trval 180 minut. Pacient byl po operaci předán do péče sester na chirurgické jednotce intenzivní péče, kde byl skoro 24 hodin. Dnes dopoledne byl přeložen z jednotky intenzivní péče na pokoj na standardním chirurgickém oddělení. Pán prodělal celkovou anestezii již podruhé v životě.

Rozhovor jsem získala od pána večer, první den po celkové anestezii. V úvodu jsem pacienta seznámila s tématem a s účelem našeho rozhovoru. Ubezpečila jsem pána o naprosté jeho anonymitě při vyhodnocení výsledků. Pacient souhlasil s rozhovorem i s jeho nahráváním na diktafon. Rozhovor byl proveden na chirurgickém oddělení na pacientově pokoji, kde pacient zůstal sám, protože ostatní pacienti se odešli dívat na televizi na denní místnost. Při rozhovoru jsme seděli spolu u stolu a diktafon byl nainstalován uprostřed stolu, aby na něj pacient viděl.

V první části našeho rozhovoru jsem se pacienta ptala na jeho pocity a potíže po celkové anestezii a jeho pohledu na různé ošetrovatelské výkony. Pacientovi po celkové anestezii nebylo moc dobře. „*Pamatuji si, že mi byla pěkná zima.*“ „*Špatně mi bylo až později, když jsem se trochu napil, ale nezvracel jsem.*“ Pacienta trápil po probuzení fakt, že se musí vymočit do močové lahve, ale po pár hodinách se vymočil do močové lahve bez obtíží. Další otázky směřovaly k pohledu pacienta na časté kontroly jeho stavu. „*Vnímal jsem, že mně sestry něco namotávají na ruku a dávají něco na prst a kolem mě to začalo houkat, to byl asi ten můj monitor.*“ „*Přes tu manžetu, namotanou na mé ruce, se mi měřil tlak skoro pořád, bylo to nepříjemný a všude jsem měl nějaké dráty, že jsem se ani nemohl otočit na bok.*“ „*Sestry kolem mě pořád chodily, kontrolovaly, jestli jsem vzhůru nebo něco dělaly a vyměňovaly buď u mě, nebo vedle u pána, ale to mně nevadilo.*“ Pacienta jsem se zeptala, jak na něj sestry působily. Sestry na pana působily dojmem, že mají stále co na práci. „*Na té JIP se mi moc nelíbilo,*

nebylo tam skoro žádné soukromí, ale sestry byly hodné, jen jedna byla taková odměřená asi měla hodně práce.“ „K péči sester nemám asi žádné výhrady.“

Následující část rozhovoru byla zaměřena na různé intervence sestry při ošetrovatelské péči o pána. Po skončení operačního výkonu a probuzení z anestezie, byl pacient převezen na chirurgickou JIP, kde se měl zotavit po anestezii. Pán si vzpomíná, že ho sestry připojily na monitor, podaly mu informace o pooperačním režimu a snažily se mu vše vysvětlit. *„Sestry mi řekly, že mi na ruku namotají nějakou manžetu a bude se mi tam měřit pravidelně tlak a na prstě budu mít takový kolíček a ten mi bude ukazovat kyslík v krvi a na prsou jsem měl nalepené nějaké nálepky s dráty, ke sledování mého srdce“ „ Řekly mi taky, že se můžu napít až za dvě hodiny a že nesmím vstávat.“ „Sestra se mě ptala, jestli je mi zima, špatně a jestli mě bolí břicho.“* Pacient dále podotkl, že když něco potřeboval, tak sestra přišla skoro hned. Když bylo pacientovi zima, dala mu sestra ještě jednu deku. Pacientovu mírnou potíž se vymočít do močové lahve sestra vyřešila puštěním vody v umyvadle a jeho pozdější nevolnost řešila emitní miskou u lůžka a injekcí proti nevolnosti a zvracení. Lůžko sestra pacientovi upravila až večer, vyměnila podložku za čistou.

Další směr rozhovoru byl zaměřen na spolupráci pána s ošetřujícím týmem. Pacient získal od sestry potřebné informace, týkající se režimu po celkové anestezii. Sestra pacienta poučila o přísných omezeních, které se týkaly vstávání z lůžka a příjmu tekutin v časném období po celkové anestezii. Pacient o svých potížích v oblasti tepelného komfortu, nevolnosti a močení vždy uvědomil sestru, která pak patřičně zasáhla. Pána jsem se zeptala, jak se mu spolupracuje s ošetřujícím týmem. *„No, je to tady lepší, než když jsem byl na operaci před lety jinde, více se mnou sestry i lékaři mluví a všechno mi řeknou a na všechno se mě zeptají, takže se mi spolupracuje s nimi v celku dobře.“*

Závěrem jsem se pána ptala na jeho názor na poskytnutou ošetrovatelskou péči po celkové anestezii. Pacient pohlížel sesterské výkony v rámci ošetrovatelské péče o něj, jako na nezbytnou součást jeho hospitalizace, která se musí přijímat bez výhrad. *„S péčí jsem docela spokojen a na to, jestli by se mělo něco zlepšit v péči, na to odpovědět nedokážu.“*

4.1.3 Kazuistika 3

Respondent pacientka 3, věk 39 let, zaměstnána jako sekretářka. V současné době je druhý den po artroskopii ramenního kloubu vpravo. Pacientka je hospitalizována na ortopedickém standardním oddělení, na třílůžkovém pokoji s dalšími třemi pacientkami. Paní celkovou anestezii podstoupila poprvé v životě a je to také její první hospitalizace. Operační výkon v celkové anestezii trval 60 minut a pacientka po probuzení z anestezie byla přeložena ihned na oddělení na svůj pokoj.

Nejprve jsem se paní představila a seznámila jsem jí s předmětem mé návštěvy. Pacientka souhlasila s rozhovorem a přesunuly jsme se na denní místnost na oddělení, kde jsme měly soukromí. Pacientka souhlasila i s nahráváním celého rozhovoru na diktafon a znovu jsem jí ubezpečila v tom, že bude zachována její naprostá anonymita v prezentaci zjištěných poznatků z rozhovoru.

Paní bylo po probuzení špatně, pociťovala nauzeu, cítila se unaveně, ale zima jí nebyla. Pacientka pocítila potřebu vymočit se asi 3 hodiny po výkonu, vymočila se do podložní mísy bez potíží. Na mou otázku jak vnímala časté kontroly svých fyziologických funkcí od ošetřující sestry, paní odpověděla: *„Měření tlaku mi nevadilo, ani si to moc nepamatuji, je dobře, že nás po operaci pravidelně sestry sledují, mají nás tak pod kontrolou.“* Další sesterské výkony ošetrovatelské péče, zahrnující aplikaci léků nebo úpravu lůžka vnímala pacientka pozitivně. Dále jsem se paní zeptala, jakým dojmem na ní sestra působila. Pacientka odpověděla: *„Sestřička byla hodná a povídavá, všechno se mi snažila vysvětlit.“*

Další část rozhovoru byla více zaměřena na zmapování intervencí sestry při ošetrovatelské péči o pacientku. Pacientka si vzpomíná, že jí sestra měřila tlak digitálním tonometrem několikrát za hodinu a při měření tlaku se jí sestra ptala na bolest, nevolnost a jestli jí není zima. *„Sestřička mi taky řekla, že ještě nesmím nic pít ani jíst, že až budu moci, tak mi pití nalije.“* *„Taky mi ukázala zvoneček a řekla, abych zazvonila, když budu něco potřebovat.“* Paní jsem se zeptala na to, jaká opatření sestra provedla, když zjistila, že je paní nevolno nebo když potřebovala na toaletu. *„Sestřička mi nejdřív dala k posteli misku a ubrousky, kdybych zvracela, a pak jsem od ní dostala*

injekci proti zvracení.“ „Když jsem potřebovala na WC, tak mi sestra řekla, že ještě nemůžu vstávat a přinesla mi mísu.“ „Na té míse to nebylo vůbec příjemné.“ „Odpoledne jsem už vstávat mohla, takže mě na záchod doprovodil manžel.“ Když byla pacientka na toaletě, sestra jí mezitím upravila lůžko a vyměnila podložku a povlak na polštář za čistý. „Pak jsem si lehla do čistého, ten polštář jsem umazala tím obvazem na rameni.“

Následující otázky se týkaly spolupráce pacientky s ošetřujícím týmem. Sestra paní podala informace o nutných omezeních po celkové anestezii. Pacientka se držela doporučení sestry. Z lůžka sama nevstávala, když potřebovala s něčím pomoci, přivolala vždy zvonkem sestru. Sama nepila, až když jí to sestra dovolila, tak se po douškách napila. Paní uvědomila sestru o své nevolnosti, ale nesdělila jí, že je unavená. Pacientce jsem položila otázku, týkající se jejího dojmu ze spolupráce se sestrami a lékaři. *„Sestry po chvílce hned přišly, když jsem zazvonila, většina z nich se tvářila mile a měly se mnou trpělivost.“ „No a pan doktor, co mě operoval, se na mě přišel podívat.“ „Je velice sympatický a příjemný.“ „Takže spolupráci vidím jako velice dobrou, nemůžu si na nic stěžovat.“*

V závěrečné části našeho rozhovoru jsem se pacientky ptala na její názor na poskytovanou ošetrovatelskou péči po celkové anestezii. Pacientka byla s poskytnutou sesterskou péčí spokojena. K žádnému ošetrovatelskému výkonu nemá výhrady ani nemá žádné připomínky, ke zlepšení sesterské péče. *„Jestli bude péče o lidi po operaci vypadat stále stejně, tak se nebudu aspoň bát, kdybych se sem musela vrátit.“*

4.1.4 Kazuistika 4

Respondent pacient 4, věk 48 let, je podnikatel a zároveň ředitel vlastní firmy. V současnosti je také pacientem na standardním chirurgickém oddělení. Pán podstoupil v celkové anestezii laparoskopickou operaci tříselné kýly vlevo. Celý operační výkon trval 120 minut. Pacient již v minulosti podstoupil několik operačních zákroků, ale až nyní byl při výkonu v celkové anestezii.

S pacientem jsem si domluvila schůzku den před výkonem a seznámila jsem pána s účelem mého plánovaného rozhovoru s ním. Pacient souhlasil a druhý operační den jsem pána navštívila znovu, tentokrát již s diktafonem. Úvodem jsem pacienta ubezpečila, že jeho odpovědi na otázky budu prezentovat jen se zachováním jeho anonymity a pán souhlasil s nahráváním při rozhovoru. Rozhovor byl veden na pokoji, v době kdy tam ostatní pacienti nebyli, aby bylo zachováno soukromí pacienta.

Nejprve jsem se pána ptala na jeho pocity spojené s časným obdobím po celkové anestezii. Pacient se v tomto čase cítil unavený, zima mu nebyla ani nezvracel, ale pociťoval nepříjemné sucho v ústech. *„Že bych se cítil odpočatý, tak to moc ne.“* *„V noci jsem skoro nespál, tak jsem čekal, že se trochu vyspím po operaci, ale to byl spíše jen polospánek a taky to nepříjemný sucho v ústech, to bylo strašný a napít se nemůžete.“* Pacienta jsem se dotázala, jestli měl nějaké potíže se po výkonu vymočít a pán odpověděl: *„Měl jsem problém se vymočít do bažanta.“* Pacienta jsem se také ptala, jak vnímal časté sesterské kontroly jeho stavu po celkové anestezii. *„Myslím, že mi sestra měřila několikrát tlak, když jsem ještě pospával, takže si to moc nepamatuji.“* *„Doufal jsem, že se potom víc prospím, ale sestry na pokoj chodily skoro stále. Buď sestra kontrolovala mně, nebo ostatní.“* *„To měření tlaku moc příjemný není, člověk bych chtěl spát a ruší ho to, ale holt se to v dnešní době asi dělat jinak nedá.“* Další výkony, které u něj sestra prováděla, jako je aplikace léků a úprava lůžka, pacient nijak komentoval pozitivně. Ošetřující sestra na pána působila velmi sebejistě a profesionálně.

Navazující část rozhovoru, byla zaměřena více na ošetrovatelskou péči a reakce sestry na nějakou nastalou komplikaci u pacienta po celkové anestezii. Na dotaz, jestli sestra zjišťovala, jak se cítí po anestezii, pán odpověděl: *„Když jsem asi přijel zpátky na pokoj, tak mě sestra vzbudila, když se mě ptala, jak mi je, jestli mi není špatně a jestli mě bolí břicho.“* *„Řekl jsem jí, že mám strašně sucho v puse a jestli se můžu trochu napít, ale zakázala mi to, že prý se budu moci napít až tak za dvě hodiny.“* *„Tak mi aspoň otřela rty vlhkým ubrouskem a dala mi ho k ruce.“* Sestra pacientovi ukázala signalizační zařízení, položila ho na pacientův stoleček u lůžka a odešla. Sestra pacienta kontrolovala několikrát za hodinu a měřila mu tlak. Asi za dvě hodiny mu přinesla čaj,

aby se mohl trochu napít. „*Pak přišla sestra znovu a přinesla mi bažanta, abych se do něj vymočil, že se mi už určitě musí chtít.*“ „*Tak jsem si ho teda vzal a zkusil jsem to, ale nějak to nešlo.*“ „*Zazvonil jsem na sestru, za chvíli přišla, řekl jsem jí, že jsem se nevymočil, že to nejde.*“ „*Povídala, abych to zkoušel znovu.*“ Sestra přišla za pacientem asi za další hodiny, ale pacient se stále nevymočil. Sestra pustila v umyvadle vodu a pánovi řekla, aby se soustředil na tu vodu, že se mu za chvíli bude určitě chtít. „*Na mě to teda nepůsobilo, nebo jestli to bylo tím, že jsem ležel.*“ „*Sestra za chvíli přivezla vozík, pomohla mi na něj a odvezla mě do koupelny, tam mi dala bažanta, řekla, abych z toho vozíku nevstával, a že počká za dveřmi, abych pak zavolaal.*“ Pánovi se na koupelně podařilo vymočit do močové lahve, pálení ani jiné potíže při močení neměl. Když ho sestra přivezla zpět na pokoj, lůžko mu nijak neupravovala, jen mu pomohla se uložit a odešla.

Další otázky na respondenta, se týkaly jeho vlastní spolupráce s ošetřujícím týmem. Sestra pacientovi podala nutné informace o režimu v časném období po celkové anestezii, informace se týkaly klidu na lůžku, zákazu vstávání z lůžka bez sestry a zákazu příjmu per os minimálně dvě hodiny po anestezii. Sestra ukázala pacientovi signalizační zařízení se slovy: „*Jestli budete něco potřebovat, tak zmáčkněte tlačítko se sestřičkou a já hned přijdu.*“ Pacient informoval sestru jen o tom, že má sucho v ústech. Pacient neřekl sestře, že je unavený. „*Ta únava je asi normální, tak to přeci nebudu hlásit sestře.*“ Pána jsem se zeptala, jaký má dojem ze spolupráce se sestrami a lékaři. „*Doktora jsem viděl druhý den ráno o vizitě, všechny mé otázky zodpověděl, ale byl nějaký rozběhaný, asi neměl čas se semnou moc vybavovat.*“ „*Sestry tady jsou stále, takže když jsem něco potřeboval, tak jsem zazvonil nebo odpoledne jsem už zašel na sesternu.*“ „*Sestry byly příjemné, některé míň, jiné víc, ale vždy se snažily vyhovět, někdy hned, někdy později.*“ „*Tady je spolupráce dobrá, na všem se už můžete s doktorem a se sestrou domluvit.*“

Závěrem jsem se pacienta ptala, jakým dojmem na něj působí poskytovaná ošetrovatelská péče po celkové anestezii. Pacient ohodnotil ošetrovatelskou péči jako velice dobrou. „*Myslím si, že dobrá spolupráce se odráží i v péči.*“ „*S péčí jsem byl*

spokojen.“ Pacient byl s ošetrovatelskou péčí spokojen, jen ho obtěžovalo časté měření tlaku po operaci.

4.1.5 Kazuistika 5

Respondent pacientka 5, věk 47 let, pracuje jako úřednice. V současné době je hospitalizována na gynekologickém oddělení. Pacientka je po operačním výkonu (LAVH) provedeném v celkové anestezii. Operace spolu s celkovou anestézií trvala 100 minut. Po výkonu byla pacientka převezena ze sálu na gynekologickou JIP, kde byla 24 hodin. Paní v minulosti podstoupila již jeden gynekologický výkon v celkové anestezii a v nemocnici je jako pacient již potřetí.

Pacientku jsem navštívila v předvečer operace, představila jsem se a požádala jí o rozhovor. Seznámila jsem jí s podstatou našeho rozhovoru. Pacientka souhlasila a domluvily jsme si schůzku na druhý den po operaci. Paní souhlasila s nahráváním celého rozhovoru za předpokladu, že bude rozhovor zachován v anonymitě, ubezpečila jsem jí, že vše je naprosto anonymní, poděkovala jsem jí za důvěru a přistoupily jsme k vlastnímu rozhovoru, který byl veden na denní místnosti pro pacienty, kde jsme byly o samotě.

V úvodní části rozhovoru jsem se paní ptala na její pocity a stav po celkové anestezii. *„Jak jste se po anestezii cítila?“* Pacientka odpověděla: *„Bylo mi nevolno, trochu mě pánilo v krku a vadila mi ta maska s kyslíkem na obličeji, hrozně jsem se pod ní potila.“* Paní měla po výkonu zavedený permanentní močový katétr až do druhého pooperačního dne ráno. Pacientka se spontánně vymočila na toaletě, asi dvě hodiny po vyndání močového katétru. Při močení pociťovala nepříjemné pálení v močové trubici. Na otázku, jak paní vnímala časté kontroly jejího stavu po anestezii a připojení na monitor, mi odpověděla: *„Chtělo se mi ještě spát, ale na ruce se mi snad každých deset minut měřil tlak, takže jsem spát nemohla.“* *„ale víc mě vadilo to nepříjemné nafukování té manžety než to, že nemůžu spát.“* *„Jinak to, že mi setra kontrolovala to dýchání, to je dobře.“* *„Připojení na monitor mě nijak nevadilo.“* Další ošetrovatelské výkony, které u ní sestra prováděla, zahrnující večerní koupel, úpravu lůžka nebo

aplikaci léků, okomentovala paní kladně: „*Sestry jsou velice pečlivé, chtějí nás mít jako ze škatulky.*“ Na další otázku, která se týkala dojmu ošetřující sestry na pacientku, paní odpověděla: „*Sestřička byla velice trpělivá a příjemná.*“

Následující oblast rozhovoru, byla zaměřena na počínání sestry v průběhu ošetrovatelské péče o pacientku po celkové anestezii. Po příjezdu ze sálu na JIP, sestra pacientce dala na obličej kyslíkovou masku a napojila jí na monitor u lůžka. Sestra u paní sledovala na monitoru EKG křivku, saturaci kyslíku v krvi, tělesnou teplotu a naměřené hodnoty tlaku. Pacientky jsem se zeptala, jestli se jí sestra ptala na to, jak se cítí. „*Moc si to nepamatuji, ale myslím si, že se mě sestra ptala, jak mi je, když jsem se vrátila zpět na oddělení.*“ Dále jsem se paní ptala, jak často jí sestra kontrolovala. „*Nevím, jak často mě sestra kontrolovala, ale vybavuji si, jak říkala pořád, abych už nespala a pořádně dýchala.*“ „*Když jsem se víc probrala, tak mě bylo na zvracení, nevím, jestli to nebylo z té masky.*“ „*Prosila jsem sestru, ať mi jí sundá, že mi je špatně, ale řekla, že jí ještě chvíli musím mít.*“ „*Taky řekla, že až přijde doktor, že se s ním na tom domluví.*“ „*Pak mi přinesla misku, kdybych zvracela a dala injekci proti zvracení.*“ Pacientka nezvracela, nauzea jí po injekci odezněla. Kyslíkovou masku pacientce sestra sundala asi za hodinu. Sestra upravila paní lůžko a vyměnila podložku, až když pacientka prováděla večerní hygienu.

Další otázky v rozhovoru se týkaly vlastní spolupráce pacienta s ošetřujícím týmem. Sestra poučila pacientku o tom, že nesmí nějakou dobu po výkonu pít, aby nezvracela a ukázala jí, jak zvonkem přivolá sestru. Dále sestra poučila pacientku o jejím zavedeném permanentním močovém katétru a o klidovém režimu. Paní sdělila sestře, že má nauzeu a vadí jí kyslíková maska na obličej. Pacientka neinformovala sestru o bolesti v krku ani o nepříjemném pocitu, při častém nafukování manžety ke měření tlaku. Pacientka neřekla sestře, že měla při prvním spontánním močením dysurii (potíže při močení). „*Poprvé to sice trochu pálilo, ale při druhém močení už skoro ne, tak jsem to považovala za nepodstatné, abych tím obtěžovala sestru.*“ Paní jsem položila další otázku: „*A jak se vám spolupracovalo po operaci se sestrami a lékaři?*“ Paní odpověděla: „*Spolupracovalo se mi s nimi skvěle.*“ „*Pan doktor se na mě přišel odpoledne podívat a řekl mi, jak operace probíhala a jak to dopadlo.*“ „*Sestry mě*


o všem poučily a byly na mě hodné.“ „Všichni tady jsou příjemní.“ „Jsem tady spokojená.“

V závěrečné části rozhovoru jsem se pacientky ptala, jak celkově vnímá poskytovanou ošetrovatelsko péči v období po celkové anestezii. Pacientka vnímala ošetrovatelskou péči jako velice pečlivou, důležitou a bezchybnou. *„S péčí od sester jsem spokojena, nemá chybu.“ „Je důležité, že se o pacienty, tak pěkně starají.“*

4.2 Tabulky s výsledky z rozhovorů s pacienty

Tabulka 1 Potíže po celkové anestezii, které pacienti pocítovali

Potíže pacientů po CA	Pacient 1	Pacient 2	Pacient 3	Pacient 4	Pacient 5	Celkem
nevolnost	+	+	+		+	4
pálení v krku					+	1
potíže s vymočením		+		+		2
potíže při močení	+				+	2
sucho v ústech				+		1
únava			+	+		2
zimnice		+				1
zvracení						0

 znázorněné potíže pacienta po CA

Celkem 5 pacientů odpovídalo na otázky, týkající se jejich stavu po celkové anestezii. 1 pacient odpověděl, že pocítoval pálení v krku a 4 pacienti udávali nevolnost. 2 pacienti popsali nepříjemné potíže při močení a 2 měli potíže po anestezii se poprvé vymočit. 2 pacienti se cítili unaveně a 1 sdělil, že měl zimnici. Žádný z dotazovaných pacientů nezvracel.

Tabulka 2 Intervence sestry na zjištěné potíže u jednotlivých pacientů po CA

Potíže pacientů po CA	Intervence sestry
nevolnost u pacienta 1	emitní miska k lůžku a uložení pacienta zpět do lůžka
nevolnost u pacienta 2, 3 a 5	emitní miska k lůžku a injekce proti nevolnosti a zvracení
potíže s vymočením u pacienta 2	psych. stimulace puštěním vody v umyvadle
potíže s vymočením u pacienta 4	zajištění polohy v sedě a soukromí odvezením na toaletu
sucho v ústech u pacienta 4	otření rtů vlhkým ubrouskem a vlhký ubrousek k ruce pacienta
zimnice u pacienta 2	druhá přikrývka

Z celkového počtu 5 pacientů, pociťoval nevolnost pacient 1, 2, 3 a 5. Sestra všem přinesla emitní misku k lůžku. Pacientovi 1 se udělalo nevolno, když vstal z lůžka a sestra ho ihned uložila zpět do lůžka. Sestra aplikovala injekci proti nevolnosti a zvracení pacientům 2, 3 a 5. S potíží vymočit se po celkové anestezii, se potýkal pacient 2 a 4. Pacienta 2 sestra psychicky stimulovala puštěním vody v umyvadle a pacientovi 4 sestra zajistila přirozenou polohu při močení (v sedě) a soukromí, odvezením pacienta na toaletu. Sucho v ústech udával pacient 4 a sestra mu otřela rty vlhkým ubrouskem a dala mu jej k ruce. Pacient 2 měl zimnici a sestra mu dala 2 přikrývku.

Tabulka 3 Pocity pacientů při monitoraci jejich stavu po CA

Pocity pacientů po CA	Pacient 1	Pacient 2	Pacient 3	Pacient 4	Pacient 5	Celkem
při kontrolách jejich stavu po CA	+	+	+	-	+	+4 -1
při častém měření tlaku	+	-	+	-	-	+2 -3
v době připojení na monitor	neměl monitor	-	neměl monitor	neměl monitor	+	+1 -1
v době s O₂ maskou na obličeji	neměl masku	neměl masku	neměl masku	neměl masku	-	-1

+ pozitivní pocity pacienta po CA **-** negativní pocity pacienta po CA

Z celkového počtu 5 pacientů, udávali 4, že je časté kontroly jejich stavu nerušily a 1 pacient uvedl, že mu kontroly vadily. Při častém měření tlaku měli 3 pacienti negativní pocity a 1 pacienta to nijak neobtěžovalo. 2 pacienti byli připojeni na monitor a 1 připojení obtěžovalo. 1 pacient měl kyslíkovou masku na obličeji, která mu vadila.

Tabulka 4 Potíže, které pacienti sestře nesdělili

Potíže	Pacient 1	Pacient 2	Pacient 3	Pacient 4	Pacient 5	Celkem
únava	neměl	neměl	×	×	neměl	2
pálení při močení	×	neměl	neměl	neměl	×	2

× potíže, které pacienti sestře nesdělili

Z 5ti pacientů, 4 nepokládali za nutné informovat sestru o všech svých nepříjemných pocitech a potížích. 2 pacienti neřekli sestře o své únavě a další 2 nesdělili sestře, že měli pálení v močové trubici při močení.

Tabulka 6 Dodržování režimu po CA na doporučení sestry

Doporučení sestry	Pacient 1	Pacient 2	Pacient 3	Pacient 4	Pacient 5	Celkem
nevstávat prvně sám z lůžka po CA	×	×	×	×	×	5
nepřijímat ústy nic 2 hodiny po CA	×	×	×	×	×	5
použít signalizaci k přivolání sestry, když bude potřeba	×	×	×	×	×	5

× dodržení doporučení k režimu po CA

Všech 5 dotazovaných pacientů se řídilo doporučeními sestry, která se týkala režimu v časném období po CA. Všichni pacienti vstali poprvé z lůžka až se sestrou a žádný z 5ti pacientů nepřijímal nic ústy 2 hodiny po CA. Všech 5 pacientů použilo signalizační zařízení, když potřebovali přivolat sestru.

Tabulka 5 Reakce pacientů na různé výkony ošetrovatelské péče

Ošetrovatelské výkony	Pacient 1	Pacient 2	Pacient 3	Pacient 4	Pacient 5	Celkem
úprava lůžka	+	+	+	+	+	+ 5
aplikace léků	+	+	+	+	+	+ 5
pomoc při hygieně	×	×	×	×	+	+ 1

+ kladné reakce pacienta × pacient pomoc při hygieně nepotřeboval

Na různé ošetrovatelské výkony, které zahrnovaly úpravu lůžka, aplikaci léků reagovalo všech 5 pacientů pozitivně. Pomoc při hygieně potřeboval jen 1 pacient a ten jí vnímal kladně.

Tabulka 7 Jak pacienti vidí poskytnutou ošetrovatelskou péči po CA

Pacient	vyjádření k ošetrovatelské péči po CA
1	s veškerou ošetrovatelskou péčí byla spokojena
2	s ošetrovatelskou péčí byl docela spokojen
3	s ošetrovatelskou péčí byla bez výhrad spokojena, cítila se bezpečně
4	ošetrovatelská péče byla velice dobrá
5	ošetrovatelská péče byla velice pečlivá, důležitá a bezchybná

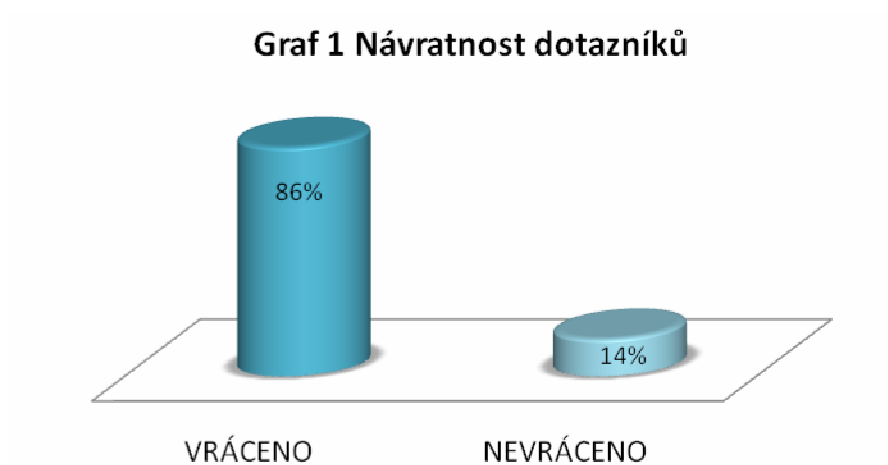
Všech 5 dotazovaných pacientů se vyjádřilo k poskytnuté ošetrovatelské péči po celkové anestezii. Všichni pacienti ji ohodnotili kladně.

Tabulka 8 Jaký mají pacienti po CA pohled na spolupráci se sestrami a lékaři

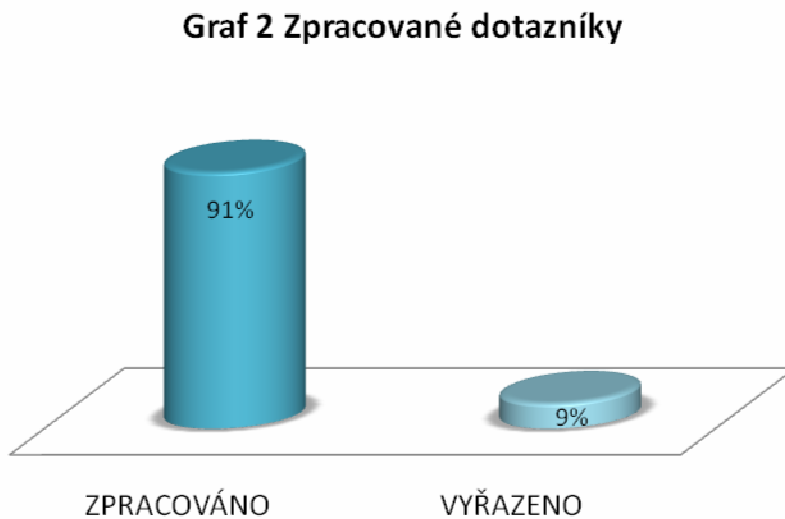
Pacient	vyjádření pacienta po CA ke spolupráci s lékaři a sestrami
1	spolupracovalo se mu s nimi velice dobře
2	spolupracovalo se mu s nimi v celku dobře
3	spolupráci vidí jako velice dobrou, nemůže si na nic stěžovat
4	spolupráce dobrá
5	spolupracovalo se mu s nimi skvěle

Všichni z 5ti dotazovaných pacientů vyjádřilo svůj názor na spolupráci se sestrami a lékaři. Všech 5 pacientů vidělo spolupráci jako dobrou.

4.3 Grafické vyhodnocení výsledků z dotazníků pro sestry

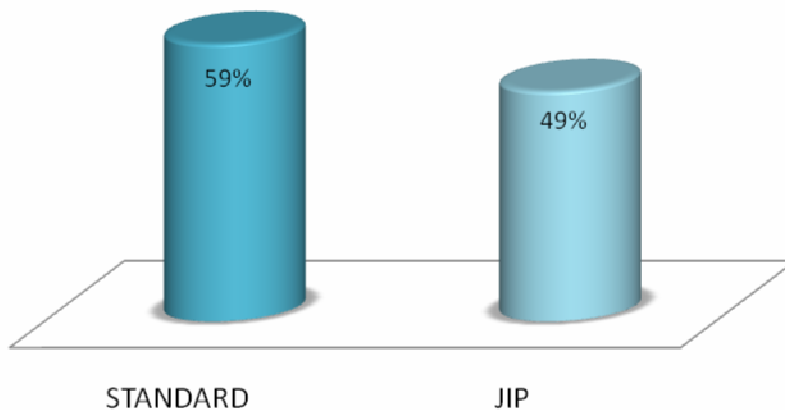


Z celkového počtu 130 (100%) rozdaných dotazníků bylo vráceno 112 (95%) a nevráceno bylo 18 (14%) dotazníků.



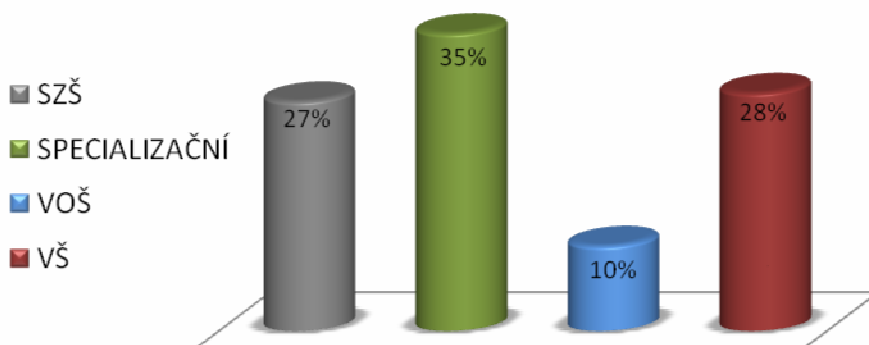
Z vrácených 112 (100%) dotazníků bylo zpracováno 93 (91%) a vyřazeno 9 (9%) dotazníků.

Graf 3 Pracoviště sester



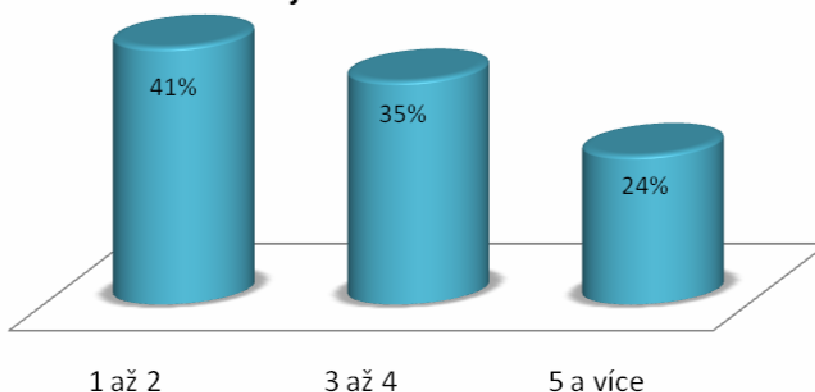
Graf k otázce č. 1 (příloha 7: Dotazník). Ze zpracovaných 93 (100%) dotazníků bylo 38 (41%) dotazníků vyplněno sestrami, které pracují na chirurgické JIP (jednotce intenzivní péče) a 55 (59%) dotazníků vyplnily sestry, pracující na standardních chirurgických odděleních.

Graf 4 Nejvyšší dosažené vzdělání sester



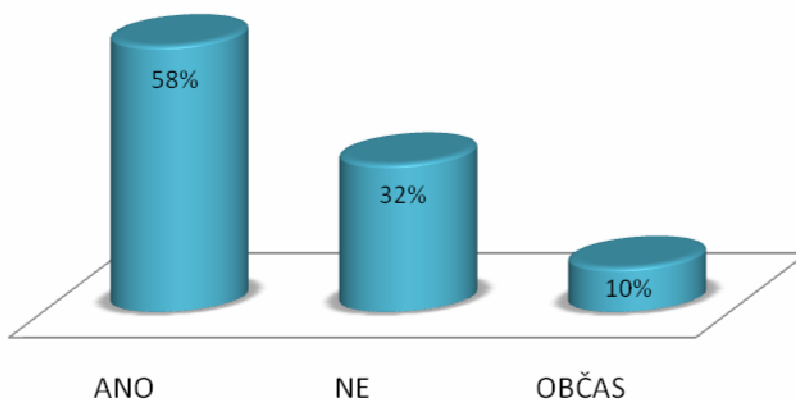
Graf k otázce č. 3 (příloha 7: Dotazník). Z celkového počtu 93 (100%) sester má 25 (27%) sester středoškolské odborné vzdělání, 33 (35%) sester specializační, 9 (10%) sester vyšší odborné (Dis.) a 26 (28%) sester je vysokoškolsky vzděláno.

Graf 5 Počet pacientů po CA, o které pečuje jedna sestra



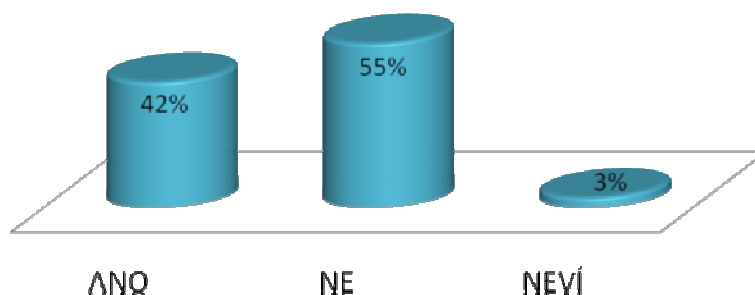
Graf k otázce č. 4 (příloha 7: Dotazník). Na otázku o kolik pacientů po CA pečuje 1 sestra odpovědělo 38 (41%) sester, že pečuje o 1 – 2 pacienty, 33 (35%) sester pečuje o 3 – 4 pacienty a 22 (24%) sester pečuje o 5 – více pacientů po CA.

Graf 6 Cítí se sestry psychicky nebo fyzicky přetěžovány?



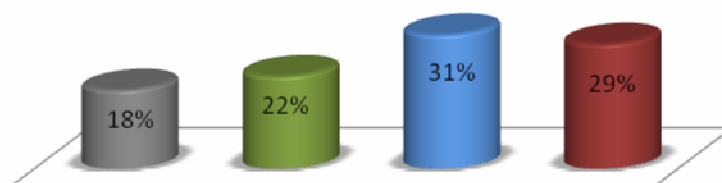
Graf k otázce č. 5 (příloha 7: Dotazník). Zda se při své práci cítí psychicky nebo fyzicky přetěžovány uvedlo ANO 54 (58%) sester, NE odpovědělo 30 (32%) sester a OBČAS uvedlo 9 (10%) sester.

Graf 7 Mají sestry dostatek času na ošetrovatelskou péči o pacienta po CA?



Graf k otázce č. 6 (příloha 7: Dotazník). Na dotaz jestli sestry mají dostatek času na ošetrovatelskou péči o pacienta po CA odpovědělo 39 (42%) sester ANO, 51 (55%) sester NE a 3 (3%) sestry NEVÍ.

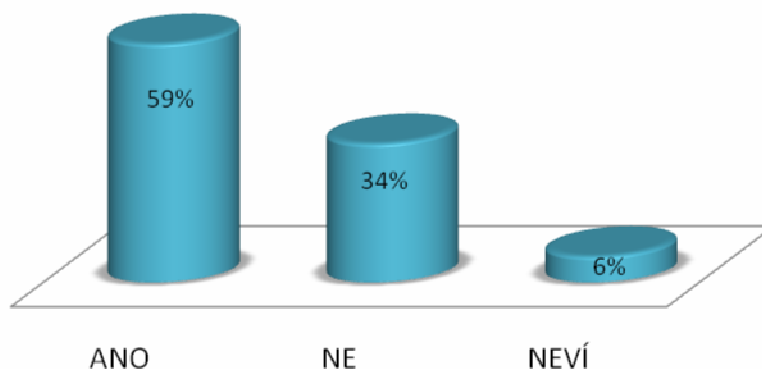
Graf 8 Jak často sestry sledují FF pacienta v časném období po CA?



- á 15 minut po 2 hodiny
- kontinuálně
- á 30 minut po 2 hodiny
- v jiném časovém rozmezí dle ordinace anesteziologa

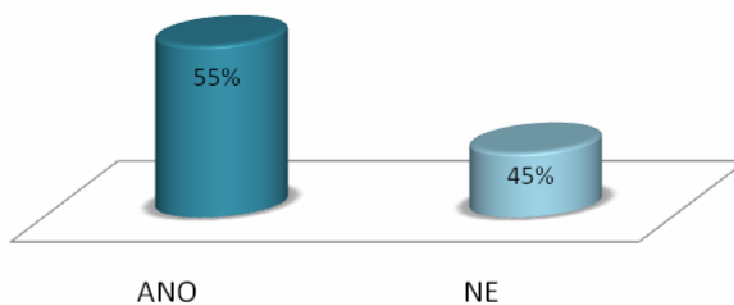
Graf k otázce č. 7 (příloha 7: Dotazník). Z celkového počtu 93 (100%) sester, sleduje fyziologické funkce (FF) pacienta á 15 minut v prvních 2 hodinách po CA 17 (18%) sester, kontinuálně sleduje 20 (22%) sester (sestry z JIP), á 30 minut v prvních 2 hodinách sleduje 29 (31%) sester a v jiném časovém rozmezí dle ordinace anesteziologa sleduje FF 27 (29%) dotazovaných sester.

Graf 9 Mají sestry standard ošetrovatelské péče o pacienta po CA?



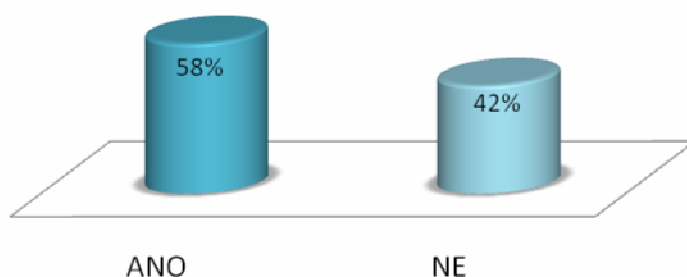
Graf k otázce č. 8 (příloha 7: Dotazník). Ošetrovatelský standard péče o pacienta po CA má k dispozici 55 (59%) sester, 32 (34%) sester tento standard nemá k dispozici a 6 (6%) neví, zda tento standard mají na oddělení.

Graf 10 Slouží standard ošetrovatelské péče po CA sestrám jako pomůcka v ošetrovatelském procesu?



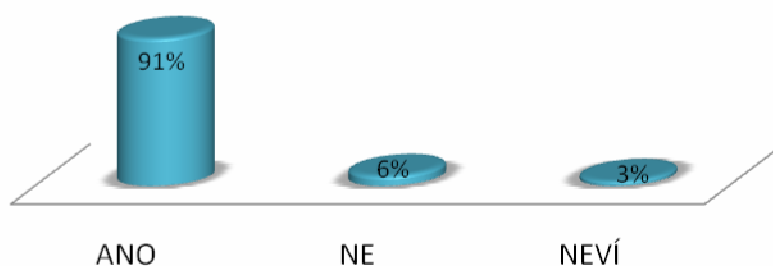
Graf k otázce č. 9 (příloha 7: Dotazník). Na otázku, slouží-li standard ošetrovatelské péče po CA sestrám jako pomůcka v ošetrovatelském procesu, odpovídalo 55 (100%) sester, které mají k dispozici ošetrovatelský standard péče po CA. Odpověď ANO uvedlo 30 (55%) sester a NE odpovědělo 25 (45%) sester.

**Graf 11 Je standard ošetrovateľskej péče po CA
svým obsahom dostatečný?**



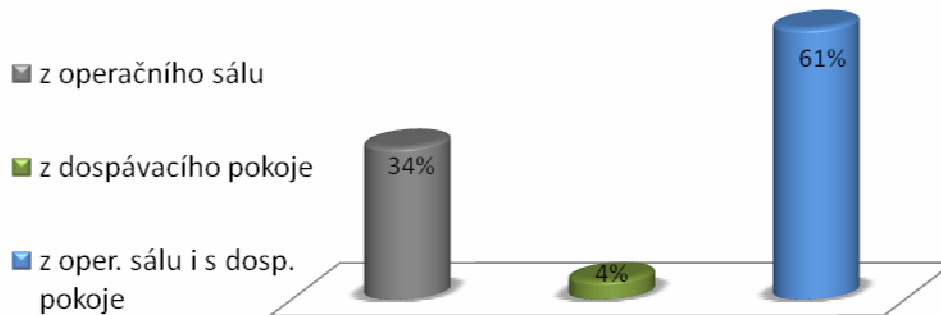
Graf k otázke č. 10 (příloha 7: Dotazník). Na dotaz, zda-li je standard ošetrovateľskej péče po CA svým obsahom dostatečný, odpovídaly sestry, ktoré majú k dispozíci tento ošetrovateľský standard. Z celkového počtu 55 (100%) sester, uvedlo 32 (58%) sester ANO a 23 (42%) sester odpovedělo, že NE.

**Graf 12 Chtějí sestry standard ošetrovateľskej péče po
CA jako pomůcku v ošetrovateľském procesu?**



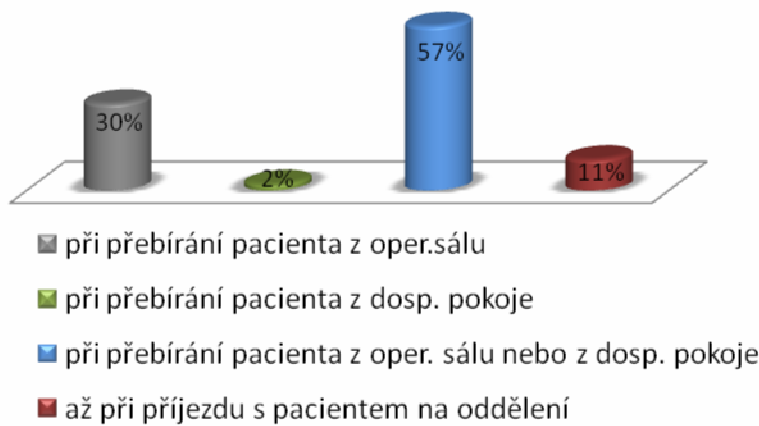
Graf k otázce č. 11 (příloha 7: Dotazník). Na otázku, jestli by sestry uvítaly standard ošetrovateľskej péče po CA, odpovídalo celkem 32 (100%) sester, které nemají k dispozíci tento ošetrovateľský standard. ANO odpovedělo 29 (91%) sester, odpovedě NE označily 2 (6%) sestry a 1 (3%) uvedla, že NEVÍ.

Graf 13 Odkud si sestry přebírají do péče pacienty po CA



Graf k otázce č. 12 (příloha 7: Dotazník). Z celkového počtu 93 (100%) sester si 32 (34%) sester přebírá pacienta po CA přímo z operačního sálu, 4 (4%) sestry přebírají pacienta po CA z dospávacího pokoje a 57 (61%) sester přebírá pacienta po CA z operačního sálu i z dospávacího pokoje.

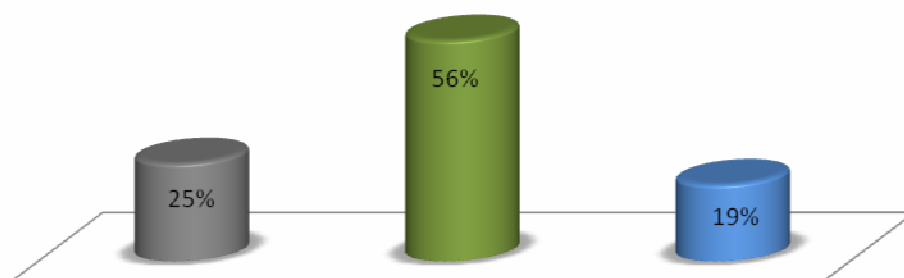
Graf 14 Kdy sestry poprvé hodnotí celkový stav pacienta po CA



Graf k otázce č 13 (příloha 7: Dotazník). Na otázku, kdy sestry poprvé hodnotí celkový stav pacienta po CA, odpovědělo celkem 93 (100%) sester, z toho 28 (30%) sester uvedlo odpověď – při přebírání pacienta z operačního sálu a 2 (2%) sestry

odpověděly, že při přebírání pacienta z dospávacího pokoje. Dalších 53 (57%) sester označilo odpověď – při přebírání pacienta z operačního sálu nebo s dospávacího pokoje a 10 (11%) sester odpovědělo, že při příjezdu s pacientem na oddělení.

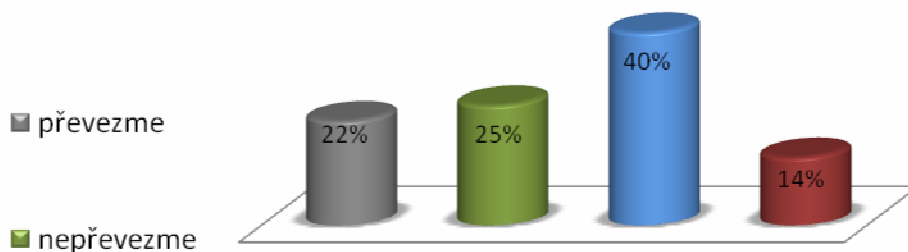
Graf 15 PORC (pooperační reziduální kurarizace) dle sester



- je stav, kdy po ukončení CA doznívá anestezie a pacienta nelze probudit slovním ani bolestivým podnětem
- je stav, kdy po ukončení CA doznívá myorelaxace a svalová síla není ještě obnovena na úroveň v předoperačním období (SPRÁVNÁ ODPOVĚĎ)
- neví

Graf k otázce č. 14 (příloha 7: Dotazník). Z celkového počtu 93 (100%) sester, odpovědělo 23 (25%) sester, že PORC je stav, kdy po ukončení CA doznívá anestezie a pacienta nelze probudit slovním ani bolestivým podnětem, 52 (56 %) sester označilo správnou odpověď, že jde o stav, kdy po ukončení CA doznívá myorelaxace a svalová síla není ještě obnovena na úroveň v předoperačním období a 18 (19%) sester uvedlo, že neví.

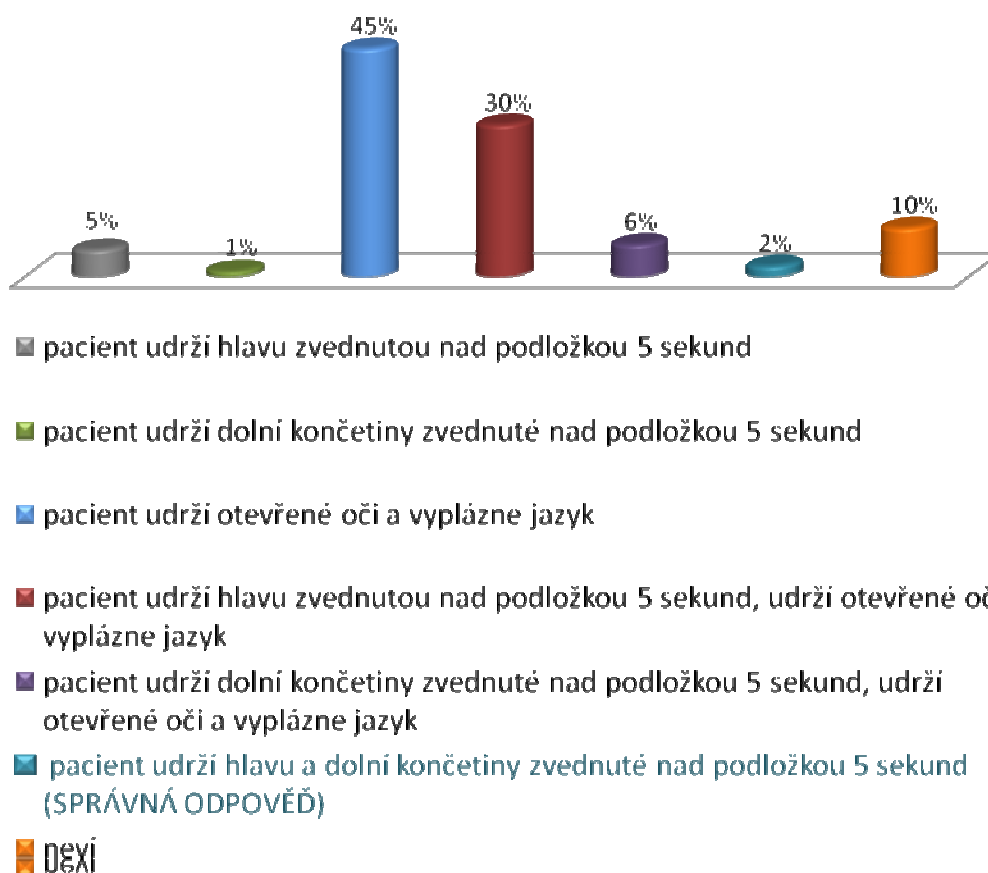
**Graf 16 Přebírají si sestry do péče pacienta s se
známkami PORC?**



- Převzme se souhlasem anesteziologa
- Pacienta si nepřevzme a konzultuje s anesteziologem možnost překladi pacienta na dosp. pokoj nebo zpět na sál až do odeznění PORC.

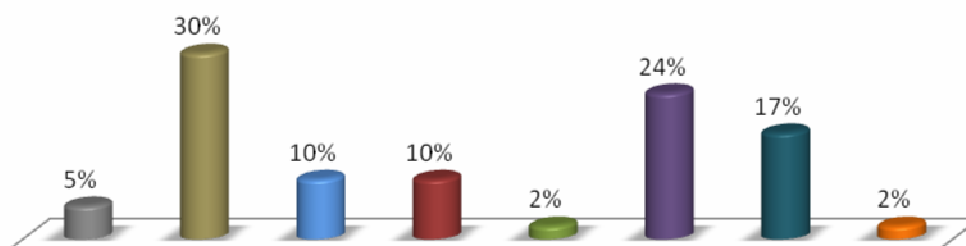
Graf k otázce č. 15 (příloha 7: Dotazník). Na otázku, zda-li sestry přebírají pacienta po CA se známkami PORC, odpovídalo celkem 93 (100% sester). 20 (22%) sester odpovědělo, že si takového pacienta převzme a 23 (25%) odpovědělo, že se známkami PORC si pacienta nepřevzme. 37 (40%) sester označilo odpověď – pacienta si nepřevzmu a konzultuji s anesteziologem možnost překladi pacienta na dosp. pokoj nebo zpět na sál až do odeznění PORC a 13 (14%) sester uvedlo, že si pacienta se známkami PORC převzme až po výslovném souhlasu anesteziologa.

Graf 17 Spolehlivé testy dostatečné dekurarizace dle sester



Graf k otázce č. 16 (příloha 7: Dotazník). Zde měly sestry možnost označit více odpovědí. Celkem 93 (100%) sester odpovídalo na otázku, jaké jsou spolehlivé testy dostatečné dekurarizace, z toho 5 (5%) sester uvedlo, když pacient udrží hlavu zvednutou nad podložkou 5 sekund a 1 (1%) sestra odpověděla, když pacient udrží dolní končetiny zvednuté nad podložkou 5 sekund. Dalších 42 (45%) sester označilo odpověď – pacient udrží otevřené oči a vyplázne jazyk, 28 (30%) sester uvedlo, když pacient udrží hlavu zvednutou nad podložkou 5 sekund, udrží otevřené oči a vyplázne jazyk, 6 (6%) sester odpovědělo, že pacient udrží dolní končetiny zvednuté nad podložkou 5 sekund, udrží otevřené oči a vyplázne jazyk. Jen 2 (2%) sestry odpověděly správně – pacient udrží hlavu a dolní končetiny zvednuté nad podložkou 5 sekund a 9 (10%) sester odpovědělo neví.

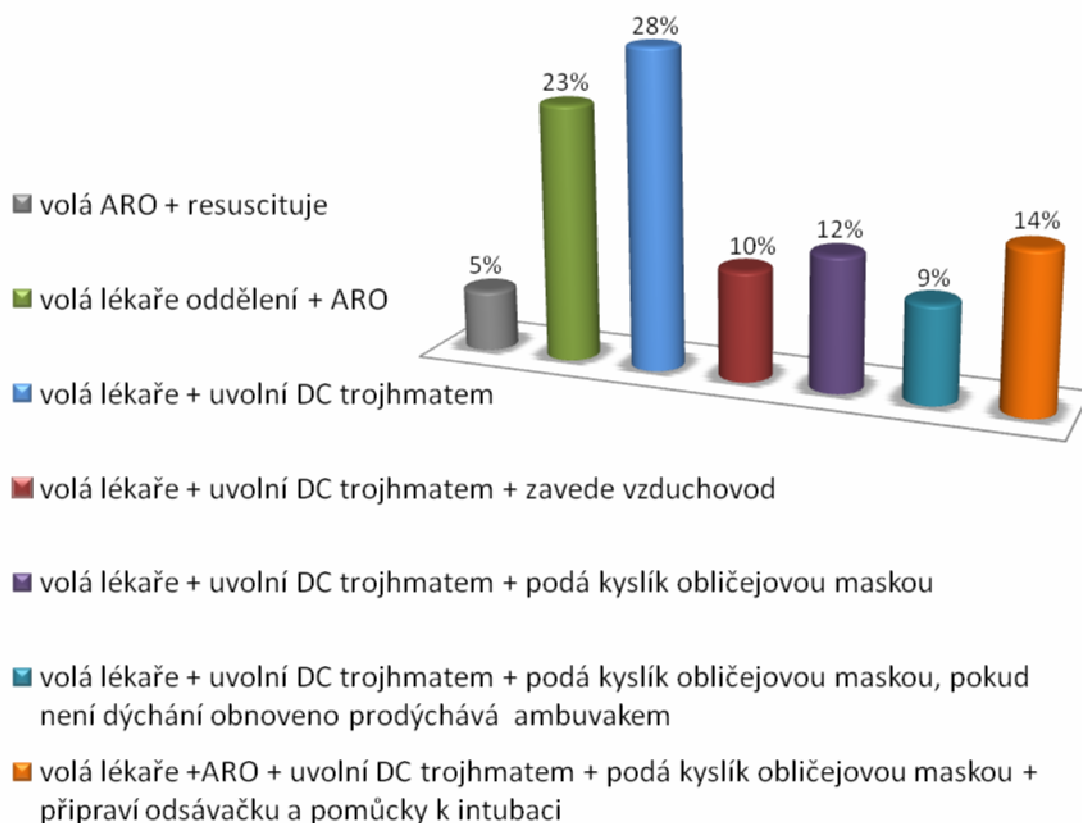
Graf 18 Znamky laryngospasmu dle sester



- cyanóza, tachykardie, hypertenze
- stridor nebo krákoravé zvuky při dýchání
- pacient se nemůže nadechnout ani vydechnout
- cyanóza, tachykardie, hypertenze, stridor nebo krákoravé zvuky při dýchání
- cyanóza, tachykardie, hypertenze a pacient se nemůže nadechnout ani vydechnout
- stridor nebo krákoravé zvuky při dýchání a pacient se nemůže nadechnout ani vydechnout
- cyanóza, tachykardie, hypertenze, stridor nebo krákoravé zvuky při dýchání a pacient se nemůže nadechnout ani vydechnout (SPRÁVNÁ ODPOVĚĎ)
- neví

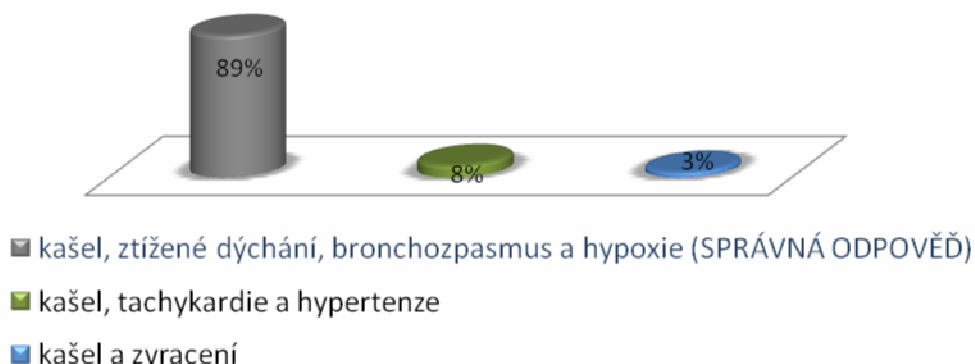
Graf k otázce č. 17 (příloha 7: Dotazník). Celkem 93 (100%) sester mělo více možností k označení známek laryngospasmu. 5 (5%) sester uvedlo, že známky laryngospasmu jsou cyanóza, tachykardie a hypertenze, 28 (30%) sester označilo odpověď – stridor nebo krákoravé zvuky při dýchání, 9 (10%) sester uvedlo, že pacient se nemůže nadechnout ani vydechnout, 9 (10%) sester označilo odpověď – cyanóza, tachykardie, hypertenze, stridor nebo krákoravé zvuky při dýchání a 2 (2%) sestry odpověděly, že známky laryngospasmu jsou cyanóza, tachykardie, hypertenze a pacient se nemůže nadechnout ani vydechnout. Dalších 22 (24%) sester uvedlo kombinaci odpovědí – stridor nebo krákoravé zvuky při dýchání a pacient se nemůže nadechnout ani vydechnout. Jen 16 (17%) sester správně označilo všechny známky laryngospasmu – cyanóza, tachykardie, hypertenze, stridor nebo krákoravé zvuky při dýchání a pacient se nemůže nadechnout ani vydechnout a 2 (2%) sestry uvedly, že neví.

Graf 19 Intervence sestry při neprůchodnosti dýchacích cest (DC) u pacienta po CA



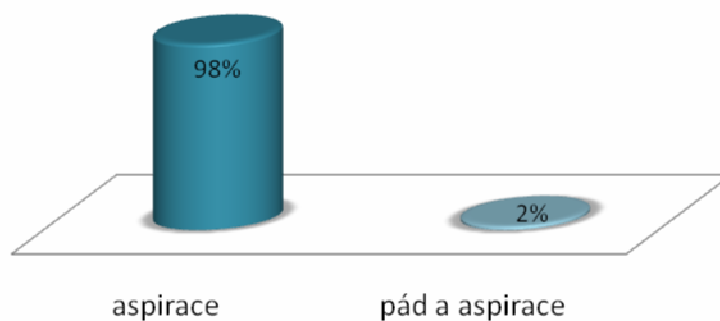
Graf k otázce č. 18 (příloha 7: Dotazník). Zde měly sestry možnost otevřené odpovědi. Celkem 93 (100%) sester uvedlo své intervence při neprůchodnosti DC u pacienta po CA. 5 (5%) sester volá ARO + resuscituje, 21 (23%) sester volá lékaře oddělení + ARO, 26 (28%) sester volá lékaře + uvolní DC trojhmatem a 9 (10%) sester volá lékaře + uvolní DC trojhmatem + zavede vzduchovod. Dalších 11 (12%) sester volá lékaře + uvolní DC trojhmatem + podá kyslík obličejovou maskou, 8 (9%) sester volá lékaře + uvolní DC trojhmatem + podá kyslík obličejovou maskou a pokud není dýchání obnoveno, tak pacienta prodýchává ambuvakem a 13 (14%) sester volá lékaře + ARO + uvolní DC trojhmatem + podá kyslík obličejovou maskou + připraví odsávačku a pomůcky k intubaci.

Graf 20 Příznaky aspirace u pacienta po CA dle sester



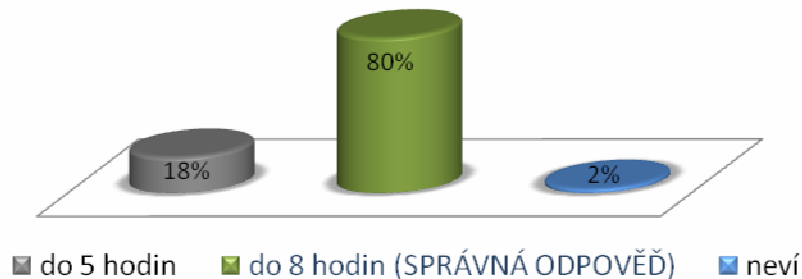
Graf k otázce č. 19 (příloha 7: Dotazník). Celkem 93 (100%) sester uvedlo příznaky aspirace u pacienta po CA, z toho 83 (89%) sester označilo správnou odpověď – kašel, ztížené dýchání, bronchozpasmus a hypoxie, 7 (8%) sester označilo odpověď – kašel, tachykardie a hypertenze a 3 (3%) sestry uvedly, když pacient kašle a zvrací.

Graf 21 Riziko ohrožení pro pacienta s PONV



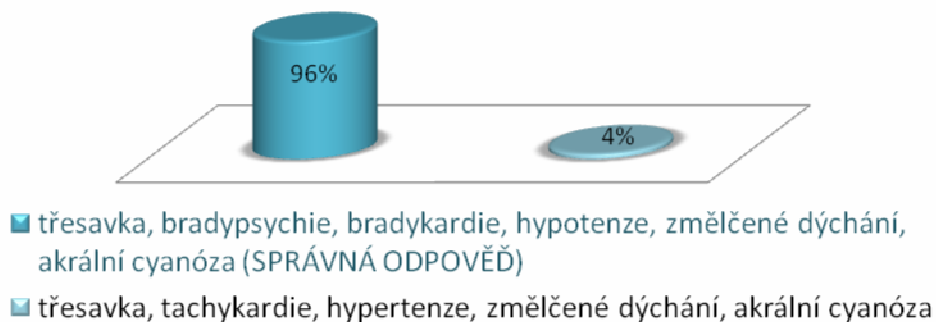
Graf k otázce č. 20 (příloha 7: Dotazník). Z celkového počtu 93 (100%) sester, odpovědělo 91 (98%) sester, že pacient s PONV je ohrožen rizikem aspirace a 2 (2%) sestry uvedly jako riziko pad a aspirace.

Graf 22 Do jaké doby, by mělo být obnoveno močení u pacienta po CA?



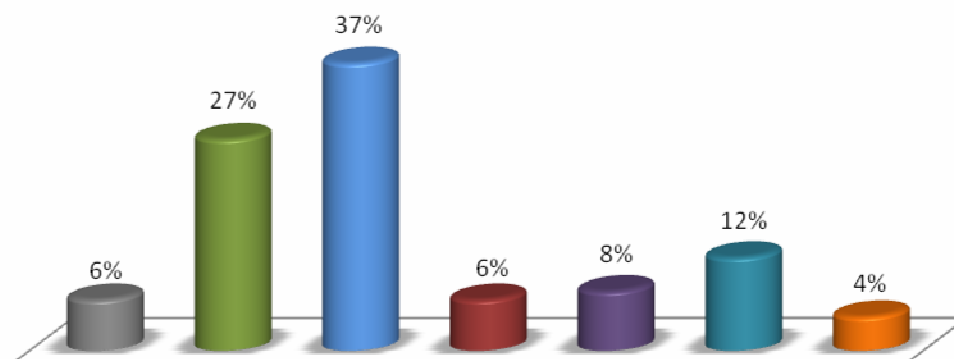
Graf k otázce č. 24 (příloha 7: Dotazník). Celkem 93 (100%) sester odpovídalo na otázku, do jaké doby, by mělo být obnoveno močení u pacienta po CA a 17 (18%) sester uvedlo do 5 hodin, 74 (80%) sester odpovědělo správně do 8 hodin a 2 (2%) sestry odpověděly, že neví.

Graf 23 Příznaky podchlazení po CA



Graf k otázce č. 21 (příloha 7: Dotazník). Příznaky podchlazení po CA uvedlo celkem 93 (100%) sester, z toho 89 (96%) sester odpovědělo správně – třesavka, bradypsychie, bradykardie, hypotenze, změlčené dýchání, akrální cyanóza a 4 (4%) sestry označily odpověď – třesavka, tachykardie, hypertenze, změlčené dýchání, akrální cyanóza.

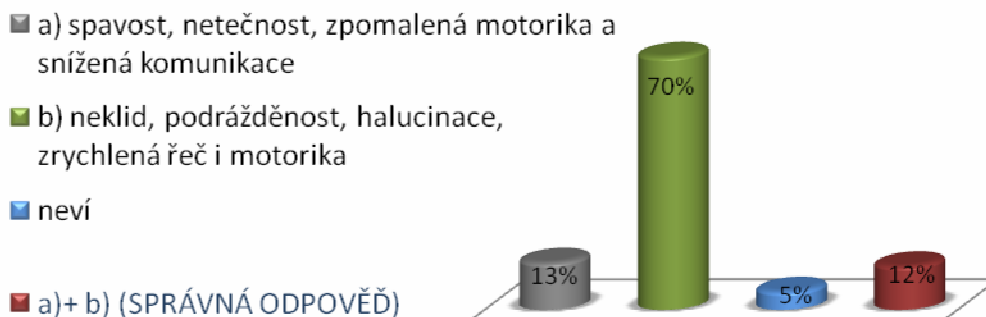
Graf 24 Prostředky k zahřívání pacienta po CA



- termofolie a podávání ohřátých infúzí
- více přikrývek
- více přikrývek, termofolie a podávání ohřátých infúzí
- vyhřívané podložky a více přikrývek
- vyhřívané podložky, více přikrývek, termofolie a podávání ohřátých infúzí
- termofolie a více přikrývek
- více přikrývek a ohřáté gelové polštářky

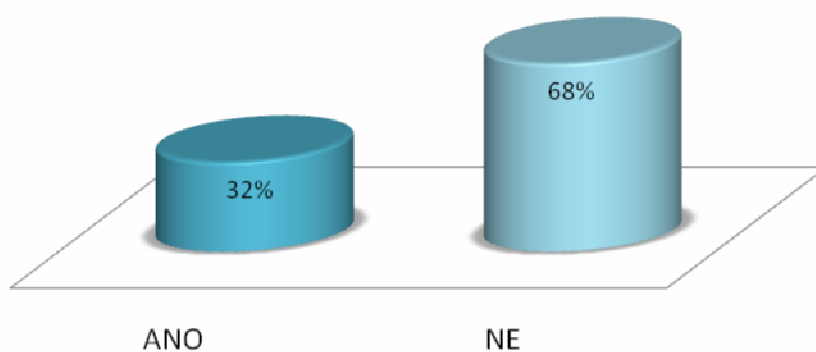
Graf k otázce č. 22 (příloha 7: Dotazník). Sestry měly více možností k odpovědi na otázku. Celkem 93 (100%) sester odpovědělo, jakými prostředky zahřívají pacienta po CA, z toho 6 (6%) sester používá termofolie a podává ohřáté infúze, 25 (27%) sester používá více přikrývek, 34 (37%) sester zahřívá pacienta pomocí více přikrývek, termofolií a podáváním ohřátých infúzí, 6 (6%) sester používá vyhřívané podložky a více přikrývek a 7 (8%) sester využívá k zahřívání pacienta vyhřívané podložky, více přikrývek, termofolie a podávání ohřátých infúzí. Dalších 11 (12%) sester zahřívá pacienta pomocí termofolie a více přikrývek a 4 (4%) sestry používají k zahřívání pacienta po CA více přikrývek a ohřáté gelové polštářky.

Graf 25 Příznaky deliria po CA



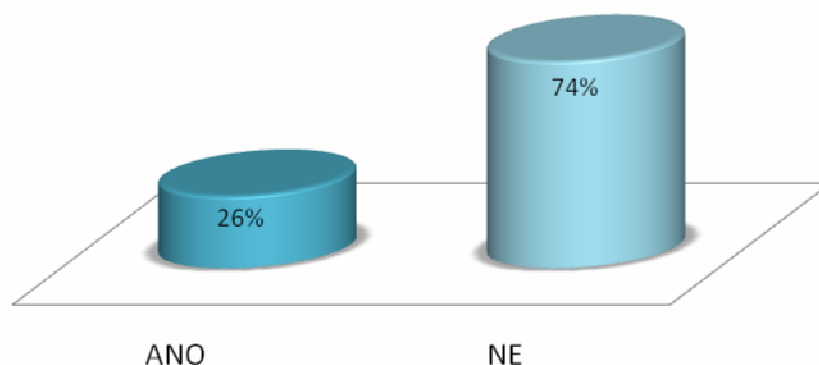
Graf k otázce č. 22 (příloha 7: Dotazník). Sestry měly na odpověď více možností. Z celkového počtu 93 (100%) sester, odpovědělo 12 (13%) sester, že příznaky deliria po CA jsou a) spavost, netečnost, zpomalená motorika a snížená komunikace, 65 (70%) sester označilo odpověď b) neklid, podrážděnost, halucinace, zrychlená řeč i motorika, 5 (5%) sester odpovědělo neví a 11 (12%) sester označilo správně odpovědi a) + b).

Graf 26 Účast sester na vzdělávací akci na téma CA



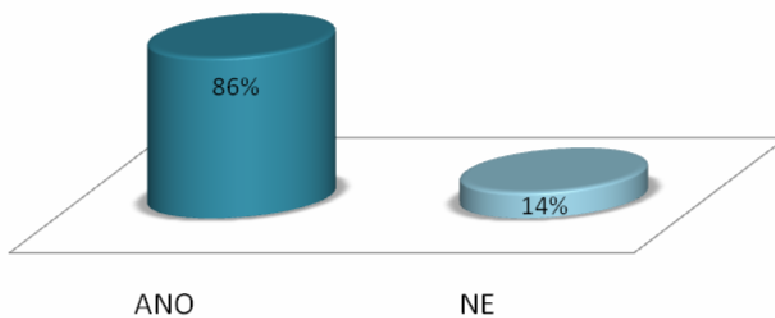
Graf k otázce č. 25 (příloha 7: Dotazník). Z celkového počtu 93 (100%) sester se 30 (32%) sester zúčastnilo nějaké vzdělávací akce na téma CA a 63 (68%) sester nikdy neabsolvovalo vzdělávací akci na téma CA.

Graf 27 Četly sestry literaturu o CA?



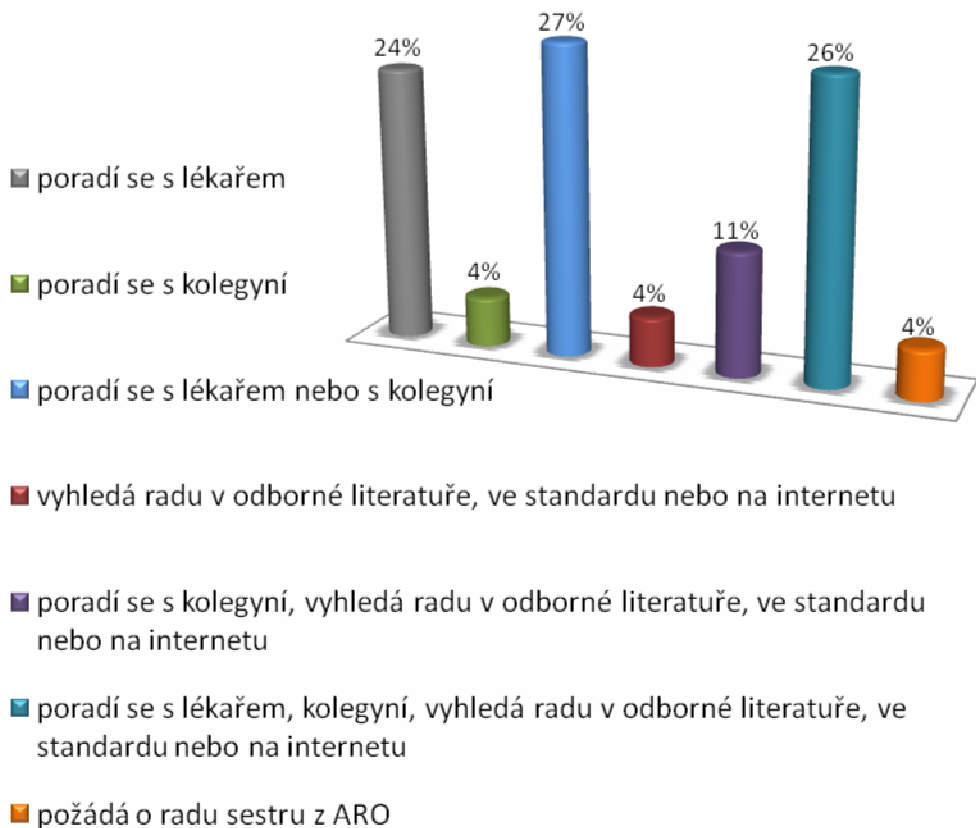
Graf k otázce č. 28 (příloha 7: Dotazník). Z celkového počtu 93 (100%) sester, uvedlo 24 (26%) sester, že četlo literaturu na téma CA a 69 (74%) sester odpovědělo, že nikdy nečetlo literaturu s tématem CA.

Graf 28 Mají sestry umožněno používat internet?



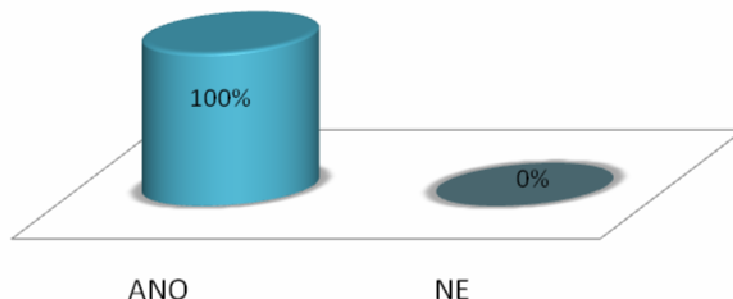
Graf k otázce č. 30 (příloha 7: Dotazník). Z celkového počtu 93 (100%) sester, odpovědělo 80 (86%) sester ANO, že mají možnost používat ke své práci internet a 13 (14%) sester uvedlo NE, že nemají možnost používat ke své práci internet.

Graf 29 Jednání sestry, pokud potřebuje radu při ošetrovatelské péči o pacienta po CA



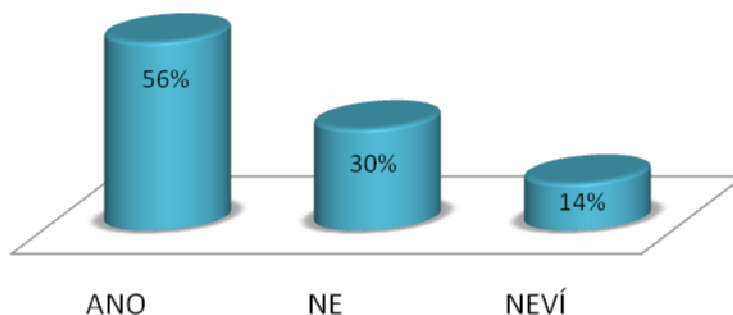
Graf k otázce č. 29 (příloha 7: Dotazník). Sestry měly možnost více odpovědí. Na otázku, jak se sestra zachová, pokud potřebuje radu při ošetrovatelské péči o pacienta po CA, odpovídalo celkem 93 (100%) sester. Z celkového počtu se 22 (24%) sester poradí s lékařem, 4 (4%) sestry se poradí s kolegyní, 25 (27%) sester se poradí s lékařem nebo s kolegyní a 4 (4%) sestry vyhledávají radu v odborné literatuře, standardu nebo na internetu. Dalších 10 (11%) sester zvolilo možnosti, že se poradí s kolegyní nebo vyhledají radu v odborné literatuře, standardu nebo na internetu, 24 (26%) sester uvedlo, že se poradí s lékařem, kolegyní, vyhledá radu v odborné literatuře, standardu nebo na internetu a 4 (4%) sestry by požádalo o radu sestru z ARO.

Graf 30 Stanovují sestry u pacienta po CA ošetrovatelský plán?



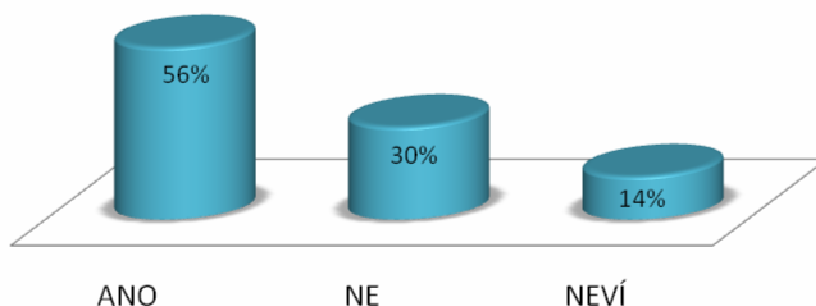
Graf k otázce č. 31 (příloha 7: Dotazník). Celkem 93 (100%) sester odpovídalo na otázku, zda-li stanovují u pacienta po CA ošetrovatelský plán a všech 93 (100%) sester odpovědělo ANO stanovujeme.

Graf 31 Je důležitý ošetrovatelský plán při péči o pacienta po CA?



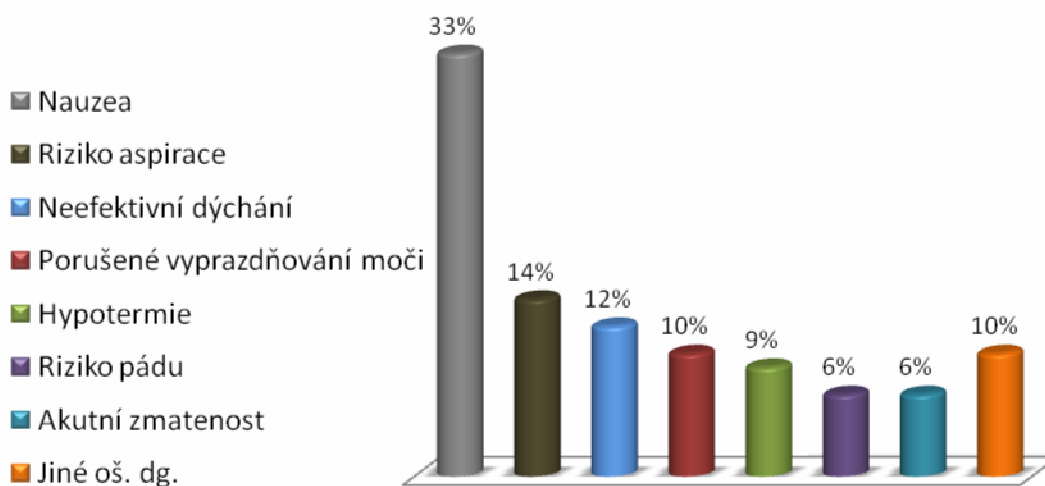
Graf k otázce č. 33 (příloha 7: Dotazník). Na otázku, jestli je důležitý ošetrovatelský plán při péči o pacienta po CA, odpovědělo celkem 93 (100%) sester. Z celkového počtu dotázaných sester, odpovědělo 52 (56%) ANO, 28 (30%) sester uvedlo, že NE a 13 (14%) sester odpovědělo, že NEVÍ, jestli je důležitý ošetrovatelský plán při péči o pacienta po CA.

Graf 32 Zaručuje ošetrovatelský proces kvalitní ošetrovatelskou péčí po CA?



Graf k otázce č. 34 (příloha 7: Dotazník). Na otázku jestli zaručuje ošetrovatelský proces kvalitní ošetrovatelskou péčí, odpovídalo celkem 93 (100%) sester. Odpověď ANO uvedlo 52 (56%) sester, odpověď NE uvedlo 28 (30%) sester a 13 (14%) sester uvedlo, že neví jestli zaručuje ošetrovatelský proces kvalitní ošetrovatelskou péčí.

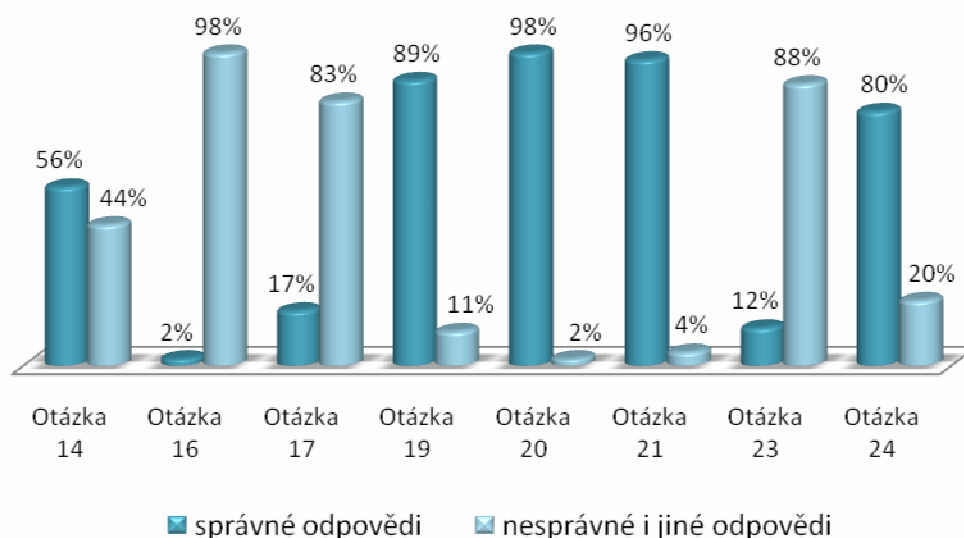
Graf 33 Nejčastější ošetrovatelské dg. u pacienta po CA



Graf k otázce č. 32 (příloha 7: Dotazník). Celkový počet 93 (100%) sester mělo možnost otevřeně odpovědět, jaké mají nejčastější ošetrovatelské diagnózy u pacientů

po CA. Ošetrovatelskou diagnózu nauzea uvedlo 31 (33%) sester, riziko aspirace uvedlo 13 (14%) sester, neefektivní dýchání uvedlo 11 (12%) sester a porušené vyprazdňování moči uvedlo 9 (10%) sester. Dalších 8 (9%) sester uvedlo ošetrovatelskou diagnózu hypotermie, 6 (6%) sester uvedlo riziko pádu a 6 (6%) sester uvedlo akutní zmatenost. Jinou ošetrovatelskou diagnózu [nespecifikovaný deficit sebezpečí (riziko zvracení a porucha vědomí – není v klasifikaci NANDA)] uvedlo 9 (10%) sester.

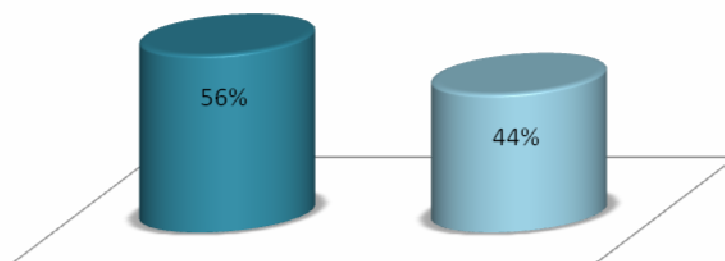
Graf 34 Zmapování znalostí sester o komplikacích po CA



Na otázky, které se týkaly znalostí sester o komplikacích po CA (příloha 7: Dotazník), odpovídalo celkem 93 (100%) sester. Na otázku č. 14, co je to PORC, odpovědělo správně 52 (56%) sester a nesprávně odpovědělo 41 (44%) sester. Na otázku č.16, jaké jsou spolehlivé testy dostatečné dekurarizace, uvedly správnou odpověď 2 (2%) sestry a nesprávnou odpověď uvedlo 91 (98%) sester. Na otázku č. 17, jaké jsou známky laryngospasmu, odpovědělo správně 16 (17%) sester a nesprávně odpovědělo 77 (83%) sester. U otázky č.19 jaké jsou příznaky aspirace u pacienta po CA, označilo správnou odpověď 83 (89%) sester a nesprávnou odpověď označilo 10 (11%) sester. Na otázku č. 20, jakým rizikem je ohrožen pacient s PONV, uvedlo správnou odpověď 91 (98%) sester a jinou odpověď uvedly 2 (2%) sestry. U otázky č.

21, jaké jsou příznaky podchlazení po CA, označilo správnou odpověď 89 (96%) sester a nesprávnou odpověď označily 4 (4%) sestry. Na otázku č. 23, jaké příznaky jsou charakteristické pro delirium po CA, odpovědělo správně 11 (12%) sester a nesprávně odpovědělo 82 (88%) sester. Na otázku č. 24, do jaké doby, by mělo být obnoveno močení u pacienta po CA, uvedlo správnou odpověď 74 (80%) sester a nesprávnou odpověď uvedlo 19 (20%) sester.

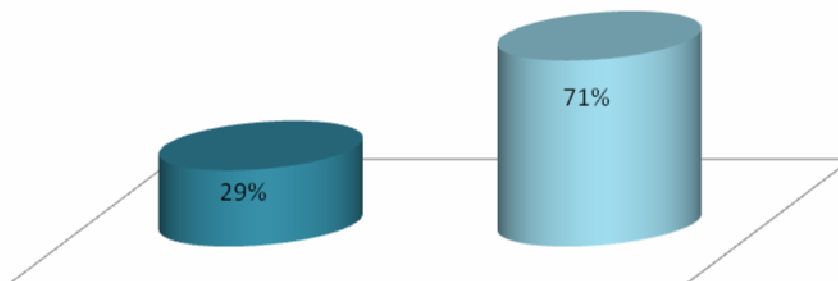
Graf 35 Sestry mají základní vědomosti o komplikacích po CA



- správné odpovědi (Otázky - 14, 16, 17, 19, 20, 21, 23, 24)
- nesprávné odpovědi (Otázky - 14, 16, 17, 19, 20, 21, 23, 24)

Celkem bylo 744 (100%) odpovědí na otázky (číslo 14, 16, 17, 19, 20, 21, 23, 24), které souvisejí se znalostmi o komplikacích po CA. Správných odpovědí bylo 418 (56%) a nesprávných odpovědí bylo 326 (44%).

Graf 36 Porovnání počtu odpovědí sester na otázky, týkající se získávání znalostí o komplikacích po CA samostudiem



- sestry, které četly literaturu o CA a absolvovaly vzdělávací akci na téma CA
- sestry, které nečetly literaturu o CA a neabsolvovaly vzdělávací akci na téma CA

Z celkového počtu 186 (100%) odpovědí, na otázky, které se týkaly získávání znalostí o komplikacích po CA samostudiem, bylo 54 (29%) odpovědí, že sestry četly literaturu o CA nebo absolvovaly vzdělávací akci na téma CA a 132 (71%) odpovědí bylo, že sestry nečetly literaturu o CA a neabsolvovaly vzdělávací akci na téma CA.

5. Diskuse

Zotavovací období po celkové anestezii je pro pacienta velice zatěžující a náročné je i pro sestru, jelikož přináší specifické požadavky na ošetrovatelskou péči o pacienta po celkové anestezii. Výzkumná práce je zaměřena na zmapování ošetrovatelské péče po CA z pohledu pacienta i sestry a na znalosti sester o komplikacích po celkové anestezii.

Mapování ošetrovatelské péče po celkové anestezii z pohledu pacienta přineslo mnoho důležitých poznatků, výsledky rozhovorů s pacienty (kapitola 4.2 Tabulky s výsledky z rozhovorů s pacienty) poskytly informace o nejčastějších potížích pacientů po CA (Tabulka 1 Potíže po celkové anestezii, které pacienti pociťovali). Z těchto uvedených potíží vyplývají pro sestru ošetrovatelské diagnózy, důležité pro stanovení ošetrovatelského plánu u pacientů po celkové anestezii. O některých svých problémech pacienti sestru informovali, ale některé své potíže pacienti nepovažovali za nutné sestře sdělit (Tabulka 4 Potíže, které pacienti sestře nesdělili). Z tohoto zjištěného výsledku je zřejmé, že by sestra měla být při ošetrovatelské péči u pacienta po CA více aktivní a ptát se pacienta např. na potíže spojené s únavou nebo problémy s močením a nespolehat se, že jí pacient všechna svá trápení sdělí.

Z dalšího mapování ošetrovatelské péče po CA vyplynulo, že sestra vždy ihned zasáhla patřičnými intervencemi při řešení různého diskomfortu, který pacient udával (Tabulka 2 Intervence sestry na zjištěné potíže u jednotlivých pacientů po CA).

Výzkumné šetření dále odhaluje, jak pacienti po celkové anestezii vnímají ošetrovatelskou péči a spolupracují s ošetřujícím týmem. Bylo zjištěno, že jediné negativum na ošetrovatelské péči viděli pacienti v souvislosti s nasazenou kyslíkovou maskou a s častými kontrolami jejich fyziologických funkcí (Tabulka 3 Pocity pacientů při monitoraci jejich stavu po CA). Zde pacienty obtěžovalo časté měření krevního tlaku a kabely, kterými byly připojeni na monitor. Tento problém se v současnosti nedá nijak vyřešit, jelikož častá kontrola vitálních funkcí pacienta je důležitá pro jeho bezpečnost v zotavovacím období po celkové anestezii (kapitola 1.4 Průběh celkové anestezie a zotavovací období). Pacienti vnímali kladně ošetrovatelskou péči i další ošetrovatelské

výkony (Tabulka 5 Reakce pacientů na různé výkony ošetrovatelské péče). Výzkum ukazuje další pozitiva z pohledu pacienta na ošetrovatelskou péči po celkové anestezii. Pacienti uvedli, že jsou s poskytovanou ošetrovatelskou péčí spokojeni, pohlížejí na ni jako na bezpečnou, dobrou, pečlivou, důležitou a bezchybnou (Tabulka 7 Jak pacienti vidí poskytnutou ošetrovatelskou péči po CA). Výzkumná otázka je zodpovězena. Dle Farkašové (7), lze za kvalitní péči považovat takovou péči, která je pacientem pozitivně přijímána.

Pacienti se také vyjadřovali k otázkám spolupráce s lékaři a sestrami. Šamánková (24) uvádí, že ošetrovatelský proces, umožňuje pacientovi se ošetrovatelské péči podílet a právě možnost podílet se na ošetrovatelské péči, je pro pacienta největším komfortem. To potvrzují slova pacienta 4: „*Tady je spolupráce dobrá, na všem se už můžete s doktorem a se sestrou domluvit.*“

Pozitivním zjištěním je, že sestry poučily pacienty o režimu po CA a pacienti se řídili radami a doporučeními sester k režimu po celkové anestezii (Tabulka 6 Dodržování režimu po CA na doporučení sestry). Sestrou provedená edukace a pacientem dodržovaná režimová opatření po CA, minimalizovala vznik komplikací po celkové anestezii. Pacienti spolupracují s ošetrovácím týmem velice dobře a dotazování pacienti také odpovídali, že se jim spolupracovalo s ošetrovácím týmem velice dobře, vcelku dobře nebo skvěle (Tabulka 8 Jaký mají pacienti po CA pohled na spolupráci se sestrami a lékaři). Další výzkumná otázka zodpovězena.

Grafické vyhodnocení zpracovaných dotazníků (kapitola 4.3 Grafické vyhodnocení výsledků z dotazníků pro sestry), bylo důležité pro zmapování ošetrovatelské péče po celkové anestezii z pohledu sester. Výzkumné šetření bylo provedeno u sester ze standardní části chirurgických oddělení i z JIP v souvislosti s Černého (5) publikovanými výsledky dotazníkové studie Anestezie v České republice 2010, která je uvedena v kapitole 1.4 Průběh celkové anestezie a zotavovací období. Při výzkumném šetření jsme zjistili, že 38% sester si pacienta přebírá přímo z operačního sálu a 61 % sester také z operačního sálu, ale někdy i z dospávacího pokoje. Jen 4% sester uvedlo, že si pacienta po CA přebírá výhradně z dospávacího pokoje (Graf 13

Odkud si sestry přebírají do péče pacienty po CA). Tento výsledek jen podporuje zmíněnou dotazníkovou studii Černého (5).

Z počtu 130 rozdaných dotazníků bylo vráceno 112. Otázkou zůstává, proč je tomu tak, že by sestry při své náročné práci neměly čas? Provedené šetření ukazuje, že sestry nemají dostatek času na ošetrovatelskou péči o pacienta po celkové anestezii. Graf 5 znázorňuje, o kolik pacientů po CA pečuje jedna sestra, 41% sester uvedlo počet pacientů 1 – 2, zbylých 69% sester pečuje o 3, 4, 5 – více pacientů po celkové anestezii. Ošetrovatelská péče o více než 2 pacienty po CA se zdá být pro sestru vysilující. V grafu 6 je uvedeno, že 58 % sester se cítí psychicky nebo fyzicky přetěžovány a podle grafu 7 uvedlo 55% sester, že nemá dostatek času na ošetrovatelskou péči o pacienta po CA. Takový výsledek je opravdu alarmující a hypotéza je vyvrácena. Je jasné, že přetěžovaná sestra nemůže poskytovat pacientovi bezpečnou a komfortní ošetrovatelskou péči po celkové anestezii.

Šamánková (24) uvádí, dle standardu sestra sleduje a hodnotí celkový stav pacienta každých 15 minut v prvních dvou hodinách (kapitola 1.5 Ošetrovatelský proces u pacienta po celkové anestezii), ale výzkum odhalil, že tomu tak standardně není. Graf 8 ukazuje, že dle standardu sleduje fyziologické funkce (FF) pacienta po CA á 15 minut v prvních 2 hodinách jen 18% sester. Ostatních 82% sester (sestry z JIP) monitoruje pacienta kontinuálně, á 30 minut v prvních 2 hodinách nebo v jiném časovém rozmezí dle ordinace anesteziologa. Výsledky výzkumu potvrzují hypotézu, že sestry mají k dispozici standard ošetrovatelské péče o pacienta po celkové anestezii, ale je zarážející, že standard této péče má k dispozici jen 59% sester, jak je uvedeno v grafu 9. Farkašová (7) uvádí, že sestra hodnotí výsledky ošetrovatelského plánu, posuzuje kvalitu péče a porovnává se stanovenými normami, se standardy ošetrovatelské péče. Podle čeho zbylých 41% sester může hodnotit výsledky ošetrovatelského plánu a posuzovat kvalitu péče, pokud nemá standard konkrétní ošetrovatelské péče? (kapitola 1.5 Ošetrovatelský proces u pacienta po celkové anestezii) Výzkum dále odhaluje využití standardu ošetrovatelské péče o pacienta po celkové anestezii sestrami, jenž mají tento standard k dispozici, využívá ho 55% sester. Proč jen takový počet? Možná, né pro všechny sestry je tento standard svým obsahem dostatečný. Z grafu 11 vyplývá,

že pro 42% sester standard péče, který mají k dispozici, není svým obsahem dostatečný. U sester, které nemají k dispozici standard ošetrovateľské péče o pacienta po CA, bylo zjištěno, že sestry chtějí takový standard jako pomůcku v ošetrovateľském procese.

Při mapování základních vědomostí sester o komplikacích po celkové anestezii, bylo zjištěno mnoho zajímavých poznatků. Dle grafu 14, celkový stav pacienta po CA poprvé hodnotí 89% sester při přebírání pacienta z operačního sálu nebo z dospávacího pokoje, což je logický a správný postup. Je s podivem, že 11% sester uvedlo, že celkový stav pacienta po CA poprvé hodnotí až při příjezdu s pacientem na oddělení. Lze polemizovat, zda takto sestry mohou jednat z důvodu, že nemají standard ošetrovateľské péče k dispozici, nebo jeho obsah neznají, nebo není-li standard péče svým obsahem pro sestry dostatečný. V každém případě takové jednání sestry přímo ohrožuje pacienta.

Znalost definice a známk PORC [kapitola 1.6.3 Sestra a pooperační reziduální kurarizace (PORC)] je velice důležitá pro sestry, které si přebírají pacienty ihned po probuzení z anestezie. Jen 56% sester znalo odpověď na otázku, co je to PORC a 36% sester si převezme pacienta do péče i se známkami PORC a jen 2% sester zná spolehlivé testy PORC. Takový výsledek výzkumného šetření je velice alarmující. Z tohoto zjištění vyplývá, co by měl obsahovat každý standard ošetrovateľské péče o pacienta po CA. Adamus (1, 2) uvádí, že sestra musí znát spolehlivé testy dostatečné dekurarizace, aby si mohla pacienta převzít z operačního sálu nebo dospávacího pokoje a zjistili jsme, že sestry neznají spolehlivé testy dostatečné dekurarizace.

Další důležité znalosti, kterými musí disponovat sestry pečující o pacienta po celkové anestezii, se týkají udržení průchodnosti dýchacích cest. Neprůchodnost dýchacích cest snadno způsobí zapadnutí kořene jazyka nebo laryngospasmus. Sestra musí znát vhodné intervence k řešení této komplikace (kapitola 1.6.1 Sestra a zapadnutí kořene jazyka a kapitola 1.6.2 Sestra a laryngospasmus). Dle grafu 18 uvedlo správně všechny příznaky laryngospasmu jen 17% sester. Při řešení neprůchodnosti dýchacích cest u pacienta po CA bylo zjištěno mnoho intervencí (Graf 19 Intervence sestry při neprůchodnosti dýchacích cest u pacienta po CA), které se shodují s intervencemi uvedenými Larsnem (14) a Kolektivem autorů Sestra a urgentní stavy (12). Větší procento sester zasahuje vhodnými intervencemi při neprůchodnosti DC pacienta, volá

lékaře, snaží se uvolnit DC trojmatem (Příloha 1), zavede vzduchovod, podá kyslík obličejovou maskou, pokud dýchání není obnoveno, tak prodýchává pacienta ambuvakem (Příloha 3), připraví pomůcky k intubaci (Příloha 4) a odsávačku. Nicméně 23% sester pouze zavolá lékaře oddělení a ARO. Proč tomu tak je? Snad nedostatkem informací ze standardu ošetrovatelské péče po CA nebo jeho nedostupností pro sestry.

Při dalším zjišťování vědomostí o komplikacích související s podáním CA, projevíly sestry větší znalosti. Sestry znaly příznaky aspirace u pacienta po CA. Sestry znaly, jakým rizikem je ohrožen pacient s PONV. Sestry věděly, do jaké doby musí být obnoveno spontánní močení u pacienta po CA a správně uvedly, příznaky podchlazení u pacienta po CA. 100% sester zahřívá pacienta po CA všemi dostupnými prostředky a nejčastěji sestry využívají k zahřívání pacienta více přikrývek, termofólie a podání ohřátých infúzí (Graf 24 Prostředky k zahřívání pacienta po CA). Zajímavý poznatek je, který se týká deliria po CA. Jen 12% sester správně zařadilo mezi příznaky deliria po CA příznaky hypoaktivní i hyperaktivní formy deliria (kapitola 1.6.13 Sestra a pooperační delirium a pooperační sexuální halucinace) a 70% sester označilo jen příznaky – neklid, podrážděnost, halucinace, zrychlená řeč i motorika. Při následném sečtení správných a nesprávných odpovědí se ukázalo, že sestry mají základní vědomosti o komplikacích celkové anestezie a hypotéza byla potvrzena. Základní vědomosti sester o komplikacích po CA pomáhají sestře rozpoznat určující znaky a související faktory zjištěných potíží (komplikací) u pacienta a tyto vědomosti vedou ke správnému stanovení ošetrovatelských diagnóz, cílů a intervencí v ošetrovatelském procesu o pacienta po celkové anestezii.

Zjišťovali jsme zda sestry získávají znalosti o komplikacích celkové anestezie samostudiem a vyvrátili jsme hypotézu, že sestry získávají znalosti o komplikacích celkové anestezie samostudiem. Jen 32% sester se zúčastnilo vzdělávací akce na téma celkové anestezie a 26% sester četlo literaturu o celkové anestezii. Výzkumným šetřením jsme také zjistili, jak se sestra zachová pokud potřebuje radu při péči o pacienta po celkové anestezii. Je zajímavé, že většina dotazovaných sester se poradí s lékařem nebo s kolegyní a jen 4% sester vyhledá radu v odborné literatuře, standardu nebo na internetu a další 4% sester požádá o radu sestru z ARO.

Výzkumné šetření nám pomohlo potvrdit tuto skutečnost, 100% sester stanovuje u pacientů ošetrovatelský plán. Šamánková (24) uvádí, ošetrovatelský proces umožňuje sestře metodicky plánovat a poskytovat pacientovi kvalitní ošetrovatelskou péči a zabezpečuje nepřetržitou ošetrovatelskou péči. Výzkumným šetřením jsme zjistili, že jen pro 56% sester je důležitý ošetrovatelský plán při péči o pacienta po CA, pro 30% sester není důležitý a 14% sester neví, zda-li je ošetrovatelský plán důležitý a jen 56% sester je přesvědčeno, že ošetrovatelský proces zaručuje kvalitní ošetrovatelskou péči o pacienta po CA (Graf 32 zaručuje ošetrovatelský proces kvalitní ošetrovatelskou péči po CA?). Proč mají sestry takové stanovisko a chovají k ošetrovatelskému procesu nedůvěru? Můžeme jen polemizovat, zda-li je to pracovištěm, dosaženým vzděláním nebo délkou praxe.

Nejčastější ošetrovatelské diagnózy u pacienta po CA, které sestry uvedly spolu s dalšími výsledky výzkumu, potvrzují, že ošetrovatelská péče o pacienta po celkové anestezii je prováděná ošetrovatelským procesem. Nejvíce procent sester (33%) uvedlo ošetrovatelskou diagnózu 00134 Nauzea, dále sestry uvedly 00039 Riziko aspirace, 00032 Neefektivní dýchání, 00016 Porušené vyprazdňování moči, 00006 Hypotermie, 00155 Riziko pádu, 00128 Akutní zmatenost. Sestry uváděly ošetrovatelské diagnózy nespecifikovaný deficit sebepěče, riziko zvracení a porucha vědomí – není v klasifikaci NANDA.

Výzkumné šetření odhalilo, že ošetrovatelské diagnózy, které uvedly sestry, se shodují s nejčastějšími potížemi uvedenými pacienty (nevolnost, potíže s močením) i s příklady ošetrovatelských diagnóz (Nauzea, Hypotermie), které uvádí Marečková (19) se souvisejícím faktorem celkové anestezie.

Lze možná říci, že při ošetrovatelské péči o pacienta po celkové anestezii musí platit tyto kritéria, sestry musí disponovat dostatkem času na ošetrovatelskou péči, standardem ošetrovatelské péče a základními vědomostmi o komplikacích po CA, které mohou získávat jen samostudiem. Můžeme jen diskutovat nad tím, zda i při nedodržení těchto kritérií, sestry snadno stanoví správné ošetrovatelské diagnózy, důležité pro vypracování ošetrovatelského plánu a zajistí pacientovi kvalitní ošetrovatelskou péči po celkové anestezii.

6. Závěr

K vypracování této bakalářské práce bylo stanoveno několik cílů, hypotéz a výzkumných otázek.

Cílem 1 bylo zmapovat ošetrovatelskou péči po celkové anestezii z pohledu sestry. Výsledky výzkumného šetření pomohly tento pohled získat a splnit cíl 1. K cíli 1 byly vytvořeny 3 hypotézy. Hypotéza 1 – sestry poskytují ošetrovatelskou péči po CA ošetrovatelským procesem, byla potvrzena. Hypotéza 2 – sestry mají ošetrovatelský standard k péči o pacienta po CA, byla potvrzena. Hypotéza 3 – sestry mají dostatek času k poskytování ošetrovatelské péče po CA, byla vyvrácena.

Cíl 2 byl zaměřen na zmapování znalostí sester o pooperačních komplikacích celkové anestezie. K tomuto cíli byly stanoveny 2 hypotézy. Hypotéza 1 – sestry mají základní vědomosti o komplikacích celkové anestezie, byla potvrzena. Hypotéza 2 – sestry získávají znalosti o komplikacích celkové anestezie samostudiem, byla vyvrácena. Cíl splněn.

Cíl 3 sloužil ke zmapování ošetrovatelské péče po celkové anestezii z pohledu pacienta a byly k němu zadány 2 výzkumné otázky. Výzkumná otázka 1 – Jak pacienti po celkové anestezii vnímají ošetrovatelskou péči? Výzkumná otázka 2 – Jak pacienti po celkové anestezii spolupracují s ošetřujícím týmem? Výzkumné otázky byly zodpovězeny. Cíl 3 byl také splněn.

Výsledky výzkumné práce byly použity při zpracování ošetrovatelského standardu péče o pacienta po CA (příloha 6). Tento standard by mohl sloužit sestřím jako stručná a přehledná pomůcka při ošetrovatelské péči a zajistil by tak komfort a bezpečnost pacienta v podobě poskytování kvalitní ošetrovatelské péče po celkové anestezii.

Standard byl odeslán hlavním sestřím zdravotnických zařízení, kde výzkum probíhal, z důvodu jeho možného využití, jako standard kvality ošetrovatelské péče o pacienta po celkové anestezii. Hlavní sestra Nemocnice Písek se již vyjádřila, že tento standard bude v této nemocnici využit.

7. Seznam použitých zdrojů

1. ADAMUS, M., a kol. Pooperační reziduální kurarizace - výskyt, patofyziologie, diagnostika, terapie. JIRÁNEK, P. 2. *anesteziologické dny Vysočiny 19.- 20. 9. 2002 v Jihlavě*. 1. Příbram: MSM, 2002. 180 s. ISBN 80-902583-5-2.
2. ADAMUS, M., KOUTNÁ, J., ŽÁČKOVÁ, D. Výskyt pooperační reziduální kurarizace na dospávacím pokoji: cisatrakurium vs rukuronium. Prospektivní studie. *Anesteziologie & intenzivní medicína*. 2007, 18, 1, s. 30-34 ISSN 1214-2158.
3. BRABCOVÁ, M., BUREŠ, J. Zkušenosti s provozem dospávacího pokoje. Sborník přednášek: *13. kongres ČSARIM a 12. minářovy dny - sesterská sekce*. 1. Plzeň: Euroverlag, 2006. 256 s. ISBN 80-7177-039-6.
4. CEBULOVÁ, L., BEZLOJOVÁ, V. Problematika a zkušenosti z dospávacích pokojů. CVACHOVEC, K., DOSTÁLOVÁ, J. *Novinky v anesteziologii, intenzivní medicíně a léčbě bolesti 2001*. 1. Praha: Galén, 2001. 320 s. ISBN 80-7262-129-7.
5. ČERNÝ, Vladimír, et al. Anestezie v České republice 2010 - jednodenní prospektivní dotazníková studie. *Anesteziologie a intenzivní medicína*. 2011, 22, 1, s. 5 - 12. ISSN 1214-2158.
6. DVOŘÁKOVÁ, J. Naše zkušenosti s provozem dospávacího pokoje, postanestetické komplikace - kazuistika . JIRÁNEK, P. 3. *anesteziologické dny Vysočiny 4.- 5. 11. 2004 v Jihlavě*. 1. Příbram: MSM, 2004. 183 s. ISBN 80-902583-9-5.
7. FARKAŠOVÁ, D., a kol. Ošetrovatelství-teorie. 1. Martin: Osveta, 2006. 134 s. ISBN 80-8063-227-8.
8. GROSMANOVÁ, T.; HORÁČEK, R. Komplexní léčba pooperačních delirantních stavů na chirurgických jednotkách intenzivní péče. ZAZULA, R. a kol. *Ročenka intenzivní medicíny 2005*. 1. Praha: Galén, 2005. 303 s. ISBN 80-7262-344-3.
9. KAPOUNOVÁ, G. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1. Praha: Grada, 2007. 352 s. ISBN 978-80-247-1830-9.

10. KASAL, E., a kol. *Základy anesteziologie, resuscitace, neodkladné medicíny a intenzivní péče pro lékařské fakulty*. 1. Praha: Karolinum, 2006. 197 s. ISBN 80-246-0556-2.
11. Kolektiv autorů. *Sestra a akutní stavy od A do Z*. 1. Praha: Grada, 1999. 488 s. ISBN 80-7169-893-8.
12. Kolektiv autorů. *Sestra a urgentní stavy*. 1. Praha: Grada, 2008. 552 s. ISBN 978-80-247-2548-2.
13. KOZLOVÁ, M., ZAJÍČKOVÁ, J. Zástava dechu na dospívacím pokoji. ŠEVČÍK, P. a kol. *Novinky v anesteziologii, intenzivní medicíně a léčbě bolesti 2008: sborník článků a abstrakt 15. Národního kongresu ČSARIM Brno, 15.-18. říjen 2008*. Praha: Galén, 2008. s. 420 ISBN 978-80-7262-589-5.
14. LARSEN, R. *Anestezie: 7. Přepřacované a rozšířené vydání*. 2. Praha: Grada, 2004. 1392 s. ISBN 80-247-0476-5.
15. MÁLEK, J. Aktuální otázky v oblasti anesteziologie. JIRÁNEK, P. 3. *anesteziologické dny Vysočiny 4.- 5. 11. 2004 v Jihlavě*. 1. Příbram: MSM, 2004. 183 s. ISBN 80-902583-9-5.
16. MÁLEK, J. Celková anestezie - rozdělení. *Zdravotnické noviny*. 2001, 50, 5, s. 24-25 ISSN 0044-1996.
17. MÁLEK, J. Farmakologické prostředky užívané k celkové anestezii - 1.část: Celková anestetika. *Zdravotnické noviny*. 2001, 50, 1, s. 25 ISSN 0044-1996. 2.
18. MÁLEK, J. Farmakologické prostředky užívané k celkové anestezii - 2.část: Intravenózní, intramuskulární a rektální anestetika. *Zdravotnické noviny*. 2001, 50, 2, s. 38-39 ISSN 0044-1996.
19. MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1. Praha: Grada, 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3.
20. Nejčastěji se vyskytující komplikace po celkové anestezii z pohledu pacienta: XVI. *národní kongres ČSARIM. Anesteziologie & intenzivní medicína*. 2009, 20, 5, s. 270-271. ISSN 1214-2158.
21. NEJEDLÁ, M. *Fyzikální vyšetření pro sestry*. 1. Praha: Grada, 2006. 248+16 stran barevné přílohy ISBN 80-247-1150-8.

22. PACHL, J. ROUBÍK, K. *Základy anesteziologie a resuscitační péče dospělých i dětí*. 1. Praha: Karolinum, 2005. 374 s. ISBN 80-246-0479-5.
23. ŘEHÁČKOVÁ, Z., TŮMA, I. Co víme o kognitivních poruchách a kvalitativních poruchách vědomí po anestezii. In ŠEVČÍK, P. a kol. *Novinky v anesteziologii, intenzivní medicíně a léčbě bolesti 2008: sborník článků a abstrakt 15. Národního kongresu ČSARIM Brno, 15.-18. říjen 2008*. Praha: Galén, 2008. s. 420. ISBN 978-80-7262-589-5.
24. ŠAMÁNKOVÁ, M., a kol. *Základy ošetrovatelství*. 1. Praha: Karolinum, 2006. s. 353 ISBN 80-246-1091-4.
25. ŠEVČÍK, P. Delirium v pooperačním období a intenzivní medicíně. In JIRÁNEK, Pavel. *6. Anesteziologické dny Vysočiny 21.- 22. 10. 2010 v Jihlavě*. 1. Jihlava: EKON, 2010. s. 200. ISBN 80-902743-8-2.
26. TRACHTOVÁ, E., a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. Brno: NCO NZO, 2006, 186 s. ISBN 57-851-02.
27. ZEMANOVÁ, J. *Základy anesteziologie 1. část*. 1. Brno: NCO NZO, 2002. 149 s. ISBN 80-7013- 374-5.
28. ZEMANOVÁ, J. *Základy anesteziologie 2. část*. 1. Brno: NCO NZO, 2005. 163 s. ISBN 80-7013-430-5.
29. WORKMAN, B. A., BENNETT, C. L. *Klíčové dovednosti sester*. 1. Praha: Grada, 2006. 260 s. ISBN 80-247-1714-X.

8. Klíčová slova

Celková anestezie

Komplikace po celkové anestezii

Ošetrovatelská diagnóza

Ošetrovatelská péče

Pacient

Sestra

9. Přílohy

Příloha 1: Záklon hlavy a trojitý hmat

Příloha 2: Pomůcky k zajištění průchodnosti dýchacích cest

Příloha 3: Ambuvak

Příloha 4: Pomůcky k intubaci

Příloha 5: Intubace

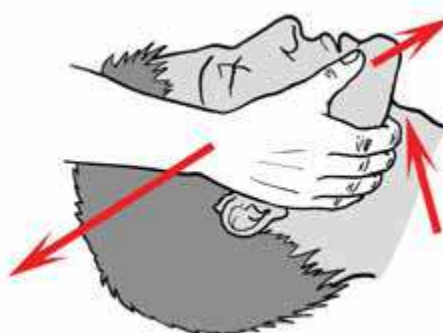
Příloha 6: Standard ošetrovatelské péče o pacienta po celkové anestezii

Příloha 7: Dotazník

Příloha 1: Záklon hlavy a trojitý hmat



Záklon hlavy s nadzvednutím šije vede k oddálení kořene jazyka od zadní stěny hltanu



Trojitý hmat (Esmarchův manévr) kombinuje předchozí postup s předsunutím dolní čelisti a otevřením úst

Příloha 2: Pomůcky k zajištění průchodnosti dýchacích cest

VZDUCHOVODY



LARYNGEÁLNÍ MASKA

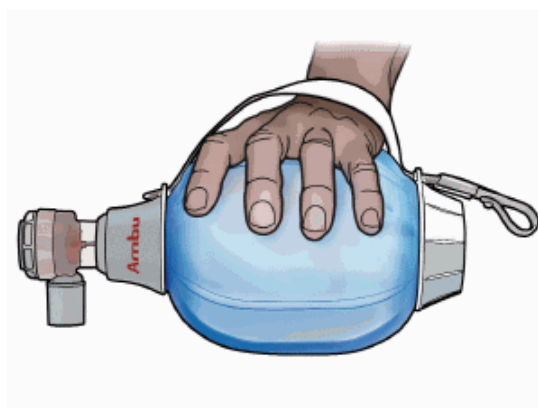


TRACHEÁLNÍ ROURKA



http://www.google.cz/search?q=INTUBACE&rls=com.microsoft:cs&oe=UTF-8&startIndex=&startPage=1&redir_esc=&um=1&ie=UTF-8&tbm=isch&source=og&sa=N&hl=cs&tab=wi&biw=1259&bih=816

Příloha 3: Ambuvak



http://www.google.cz/search?q=ambuvak&rls=com.microsoft:cs&oe=UTF-8&startIndex=&startPage=1&redir_esc=&um=1&ie=UTF-8&tbn=isch&source=og&sa=N&hl=cs&tab=wi&biw=1259&bih=816

Příloha 4: Pomůcky k intubaci



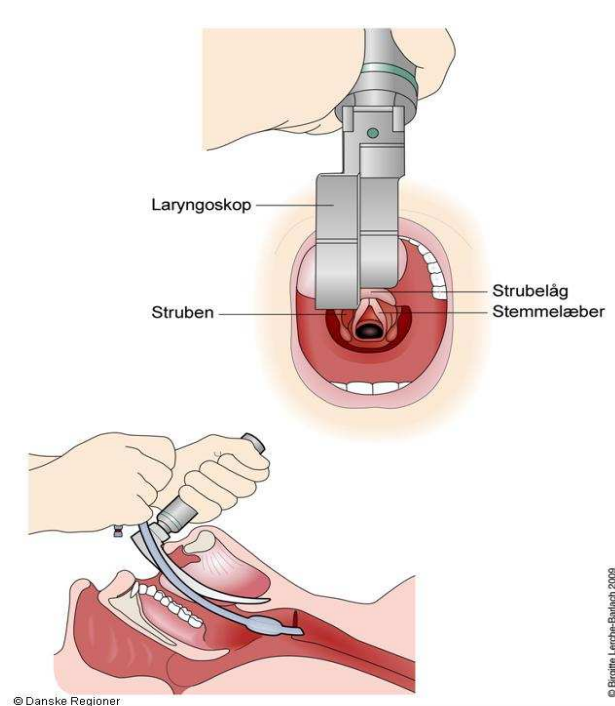
Pomůcky k intubaci

LARYNGOSKOP



http://www.google.cz/search?q=INTUBACE&rls=com.microsoft:cs&oe=UTF-8&startIndex=&startPage=1&redir_esc=&um=1&ie=UTF-8&tbn=isch&source=og&sa=N&hl=cs&tab=wi&biw=1259&bih=816

Příloha 5: Intubace



http://www.google.cz/search?q=INTUBACE&rls=com.microsoft:cs&oe=UTF-8&startIndex=&startPage=1&redir_esc=&um=1&ie=UTF-8&tbm=isch&source=og&sa=N&hl=cs&tab=wi&biw=1259&bih=816

Příloha 6: Standard ošetrovatelské péče o pacienta po celkové anestezii

Standard ošetrovatelské péče

Ošetrovatelská péče o pacienta po celkové anestezii (CA)

Úvod

Celková anestezie navozuje u pacientů řízené bezvědomí, zajistí částečnou nebo úplnou ztrátu veškerého vnímání včetně obranných reflexů a způsobí ztrátu schopnosti udržet dýchací cesty průchodné. Celkovou anestezii je během operačního výkonu zajištěn komfort pro pacienta v bezvědomí, CA odstraní vegetativní reakce na bolest, jako je tachykardie, hypertenze a pocení. Způsobeným svalovým uvolněním zajistí CA vhodné podmínky pro operační tým.

Indikace přeložení pacienta po operačním výkonu z operačního sálu

V roce 2010 byla provedena jednodenní prospektivní dotazníková studie – Anestezie v České republice 2010. Z výsledků této studie vyplývá, že poměrně vysoká část pacientů je v zotavovací fázi po anestezii uložena na standardní oddělení, což je alarmující. Neustálá monitorace životních funkcí pacienta v zotavovacím období po anestezii je jedním z důležitých požadavků na bezpečnou poanestetickou péči, její absence zvyšuje riziko vzniku komplikací v časném období po anestezii.

Sestra ze standardního oddělení nebo z JIP si pacienta převezme z operačního sálu nebo ze zotavovacího pokoje, pokud je probuditelný, orientován místem a časem, nejeví známky PORC (pooperační reziduální kurarizace – Stav, kdy po ukončení CA doznívá myorelaxace a svalová síla není ještě obnovena na úroveň v předoperačním období.), má přítomny obranné reflexy, dýchá spontánně, jeho ventilace a oxygenace je dostatečná. Pacienty, kteří nesplňují kritéria pro přeložení na standardní oddělení, si po příslušné době převezmou ze zotavovacího pokoje/sálu sestry na JIP/ARO k dalšímu monitorování a léčbě.

Kontraindikace přeložení pacienta po operačním výkonu na JIP nebo standardní odd.

- Pacienta není probuditelný
- Pacient není orientován místem a časem
- Pacient jeví známky PORC
- Pacient nemá přítomny obranné reflexy
- Pacient nedýchá spontánně
- Pacient nemá dostatečnou ventilaci a oxygenaci

Definice standardu

Ošetrovatelská péče v zotavovacím období po celkové anestezii je zaměřena na sledování celkového stavu pacienta, na znalosti sestry o komplikacích po CA a na intervence sestry při řešení komplikací po celkové anestezii.

Cíl standardu

Poskytovat kvalitní a bezpečnou ošetrovatelskou péči pacientovi po celkové anestezii.

KRITÉRIA STRUKTURY

S1 Kompetentní osoby k výkonu

Všeobecná sestra (SZŠ), diplomovaná všeobecná sestra (DiS), všeobecná sestra Bc. a Mgr., všeobecná sestra specialista v rozsahu získané specializace

S2 Pomůcky při ošetrovatelské péči po CA

- **Pomůcky k měření fyziologických funkcí** – digitální tonometr, digitální teploměr, pulzní oxymetr
- **Pomůcky k zahřívání pacienta** – přikrývky, vyhřívané podložky, termofólie, ohřáté gelové polštářky, podávání ohřátých infúzí
- **Pomůcky při zajištění průchodnosti dýchacích cest** – vzduchovod, kyslíková maska napojená na přívod kyslíku, ambuvak s maskou napojený na přívod kyslíku, pomůcky k inkubaci, odsávačka

S3 Dokumentace

Anesteziologický záznam

Dekurz

Plán ošetrovatelské péče

S4 Prostředí

Lůžko pacienta na oddělení, kde je hospitalizován (standard odd./JIP).

KRITÉRIA PROCESU

Ošetrovatelská péče

- **před převzetím pacienta ze sálu nebo z dospávacího pokoje**

P1 Sestra zkontroluje jméno pacienta a rodné číslo/ročník narození na identifikačním náramku a v dokumentaci.

P2 Sestra požádá anesteziologa s operátorem o sdělení nejdůležitějších ordinací u pacienta.

P3 Sestra zhodnotí celkový stav pacienta a provede spolehlivé testy PORC – pacient udrží hlavu zvednutou nad podložkou 5 sekund, dolní končetiny zvednuté nad podložkou 5 sekund, pacient udrží stálou sílu skusu a stisk ruky 5 sekund.

P4 Pokud pacient jeví známky PORC, sestra si pacienta nepřevzme a zkontaktuje s anesteziologem možnost převzetí pacienta až po odeznění PORC.

- **během zotavovacího období po CA již na JIP nebo standardním odd.**

P5 Sestra zopakuje u pacienta spolehlivé testy PORC.

P6 Sestra si přečte ostatní ordinace a medikace v pacientově dokumentaci a přistoupí k jejich plnění.

P7 Sestra zaznamenává hodnoty FF do dokumentace každých 15minut po 2 hodiny nebo v jiném časovém rozmezí dle ordinace anesteziologa.

P8 Sestra pacienta zahřívá dostupnými prostředky.

P9 Sestra u pacienta kontroluje stav vědomí, PCD, dýchání, odkašlávání, krevní tlak, tep, tělesnou teplotu, diurézu, bilanci tekutin, motoriku, aktivitu a projevy komplikací po CA, stanovuje ošetrovatelské diagnózy a zasahuje vhodnými intervencemi při řešení komplikací po CA

- **při neprůchodnosti DC (dýchacích cest)**

P10 Sestra volá lékaře + ARO, uvolní DC trojhrmatem + zavede vzduchovod + podá kyslík obličejovou maskou, pokud není dýchání obnoveno, prodýchává pacienta ambuvakem, připraví odsávačku a pomůcky k intubaci.

P11 Sestra v případě potřeby (nutnosti) provede trojhrmat – pomocí tahu 2 - 5 prstem obou rukou zakloní hlavu a vysune dolní čelist oba palce současně pootevřají ústa

- **Sestra zná příznaky různých komplikací po CA**

P12 Neprůchodnost DC (dýchacích cest) – stridor nebo krákoravé zvuky při dýchání, pacient se nemůže nadechnout ani vydechnout, cyanóza, tachykardie, hypertenze

P13 Aspirace – kašel, ztížené dýchání, bronchospasmus a hypoxie

P14 Hypotermie – třesavka, bradypsychie, bradykardie, hypotenze, změřčené dýchání, akrální cyanóza

P15 Delirium po CA

hyperaktivní forma – neklid, podrážděnost, halucinace, zrychlením řeč i motorika

hypoaktivní forma – spavost, netečnost, zpomalená motorika a snížená komunikace

P16 Retence moči – 8 hodin po CA bez vymočení

- **záznam do dokumentace**

P17 Sestra zapisuje záznamy související s ošetrovatelskou péčí po CA do ošetrovatelské dokumentace.

Komplikace po CA

Zapadnutí kořene jazyka

Laryngospasmus

Pooperační reziduální kurarizace (PORC)

Hypoxie

Atelektáza

Centrální útlum dýchání

Pooperační bolest v krku

Pooperační nevolnost a zvracení (PONV)

Aspirace

Změny krevního tlaku

Hypotermie

Poruchy diurézy

Pooperační delirium

Pooperační sexuální halucinace

Zvláštní upozornění – nejčastější ošetrovatelské diagnózy

Neefektivní dýchání

Porušené vyprazdňování moči

Nauzea

Hypotermie

Akutní zmatenost

Únava

Riziko aspirace

Riziko pádu

KRITÉRIA VÝSLEDKU

V1 Sestra prováděnou ošetrovatelskou péčí nepoškodila pacienta.

V2 Sestra správně prováděnou ošetrovatelskou péčí zajistila komfort pro pacienta po celkové anestezii.

Literatura

1. KASAL, E., a kol. *Základy anesteziologie, resuscitace, neodkladné medicíny a intenzivní péče pro lékařské fakulty*. 1. Praha: Karolinum, 2006. 197 s. ISBN 80-246-0556-2.
2. ČERNÝ, Vladimír, et al. Anestezie v České republice 2010 - jednodenní prospektivní dotazníková studie. *Anesteziologie a intenzivní medicína*. 2011, 22, 1, s. 5 - 12. ISSN
3. MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1. Praha: Grada, 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3.
4. ŠAMÁNKOVÁ, M., a kol. *Základy ošetrovatelství*. 1. Praha: Karolinum, 2006. s. 353 ISBN 80-246-1091-4.
5. ZEMANOVÁ, J. *Základy anesteziologie 1. část*. 1. Brno: NCO NZO, 2002. 149 s. ISBN 80-7013-374-5.

Zpracovala: Sojková Kateřina

Kontrolní kritéria k auditu Ošetrovatelská péče o pacienta po celkové anestezii

Kód	Kontrolní kritéria	Metoda hodnocení	Ano	Ne
-----	--------------------	------------------	-----	----

KRITÉRIA STRUKTURY				
S1	Prováděla ošetrovatelskou péči kompetentní osoba?	Kvalifikační požadavky sestry – v osobním spise		
S2	Byly na odd. dostupné všechny potřebné pomůcky k ošetrovatelské péči?	Kontrola pomůcek – pohledem, inventář		
S3	Připravila si sestra veškerou potřebnou dokumentaci k ošetrovatelské péči?	Kontrola ošetrovatelské/zdravotnické dokumentace - pohledem		
S4	Byla ošetrovatelská péče prováděna ve správném prostředí?	Kontrola prostředí		
KRITÉRIA PROCESU				
P1	Zkontrolovala sestra jméno pacienta a rodné číslo/ročník narození na identifikačním náramku a v dokumentaci?	Pozorování sestry		
P2	Požádala sestra anesteziologa s operátorem o sdělení nejdůležitějších ordinací u pacienta?	Pozorování sestry		
P3	Zhodnotila sestra celkový stav pacienta a provede spolehlivé testy PORC	Pozorování sestry		
P4	Převzala si sestra pacienta se známkami PORC?	Pozorování sestry		
P5	Zopakovala sestra u pacienta spolehlivé testy PORC?	Pozorování sestry		
P6	Přečetla si sestra ostatní ordinace a medikace v pacientově	Pozorování sestry		

	dokumentaci a přistoupí k jejich plnění?			
P7	V jakém časové rozmezí sestra zaznamenává hodnoty FF do dokumentace?	Dotaz/otázky pro sestru		
P8	Jakými prostředky sestry zahřívá pacienta po CA?	Dotaz/otázky pro sestru		
P9	Co vše sestra sleduje a hodnotí u pacienta po CA?	Dotaz/otázky pro sestru		
P10	Co udělá sestra při neprůchodnosti DC?	Dotaz/otázky pro sestru		
P11	Jak sestra provede trojhmat?	Dotaz/otázky pro sestru		
P12	Zná sestra příznaky neprůchodnosti DC?	Dotaz/otázky pro sestru		
P13	Zná sestra příznaky aspirace?	Dotaz/otázky pro sestru		
P14	Zná sestra příznaky hypotermie?	Dotaz/otázky pro sestru		
P15	Zná sestra příznaky deliria po CA?	Dotaz/otázky pro sestru		
P16	Zná sestra příznaky retence moči?	Dotaz/otázky pro sestru		
P17	Zapisuje sestra záznamy, související s ošetrovatelskou péčí po CA do správné dokumentace?	Dotaz/otázky pro sestru		
KRITÉRIA VÝSLEDKU				
V1	Nepoškodila sestra pacienta při prováděné ošetrovatelské péči?	Pozorování sestry		
V2	Jaký komfort zajistila sestra pro pacienta po CA?	Dotaz/otázky pro sestru		

Příloha 7: Dotazník

Vážená kolegyně, kolego,

jmenuji se Kateřina Sojková a jsem studentkou 3. ročníku Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, oboru všeobecná sestra. Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění tohoto dotazníku, který poslouží jako podklad k vypracování bakalářské práce na téma „ Ošetřovatelská péče o pacienty po celkové anestezii (CA)“. Tento dotazník je zcela anonymní a Vámi uvedené údaje budou využity výhradně k účelům mé práce. Pokud není uvedeno jinak, zvolte vždy jednu možnost odpovědi.

Za Vaši ochotu, čas a poskytnuté informace velice děkuji.

Kateřina Sojková

1. Pracujete na JIP nebo na standardním oddělení?

- a) JIP b) standardní oddělení

2. Délka vaší praxe?

- a) do 2 let b) 3 – 5 let c) 6 – 9 let d) 10 – více let

3. Vypište všechna vaše dosažená vzdělání v oboru zdravotnictví. (např. SZŠ, specializační, VŠ atd.)

.....

4. O kolik pacientů v časném období po CA průměrně pečuje jedna sestra?

- a) 1 – 2 b) 3 – 4 c) 5 – více

5. Cítíte se při vaší práci psychicky nebo fyzicky přetěžovaná?

- a) ano b) ne c) občas

6. Máte při práci dostatek času na ošetrovatelskou péči o pacienta po CA?

- a) ano b) ne c) nevím

7. Jak často sledujete FF pacienta v časném období po CA?

- a) každých 15 minut v prvních dvou hodinách
b) kontinuálně
c) každých 30 minut v prvních dvou hodinách
d) dle ordinace anesteziologa
e) jinak

(uved'te):.....

8. Máte na vašem oddělení k dispozici vypracovaný ošetrovatelský standard k péči o pacienta po CA?

- a) ano b) ne c) nevím

9. Máte-li na oddělení ošetrovatelský standard týkající se péče o pacienta po CA, slouží vám při vaší práci jako pomůcka?

- a) ano b) ne c) nevím d) nemáme standard

10. Máte-li na oddělení ošetrovatelský standard týkající se péče o pacienta po CA, je svým obsahem dostatečný?

- a) ano b) ne c) nevím d) nemáme standard

11. Nemáte-li na oddělení zmíněný standard, uvítal/a byste, kdyby tam byl a sloužil vám jako pomůcka při poskytování ošetrovatelské péče u pacienta po CA?

- a) ano b) ne c) nevím d) máme standard

12. Odkud si přebíráte pacienty v časném období po CA?

- a) přímo ze sálu b) z dospávacího pokoje c) ze sálu i s dospávacího pokoje

**13. Kdy u pacienta poprvé hodnotíte stav po CA (vědomí, dýchání, svalovou sílu)?
(více možností k odpovědi)**

- a) při převzetí ze sálu (na překládové místnosti)
b) při převzetí z dospávacího pokoje (na dospávacím pokoji)
c) na cestě zpět na oddělení
d) při příjezdu na oddělení
e) jindy (uved'te kdy).....

14. Co je to PORC (pooperační reziduální kurarizace) ?

- a) Stav, kdy po ukončení CA doznívá anestezie a pacienta nelze probudit slovním ani bolestivým podnětem.
- b) Stav, kdy po ukončení CA doznívá myorelaxace a svalová síla není ještě obnovena na úroveň v předoperačním období.
- c) Stav, kdy pacient má po CA nauzeu a zvracení.
- d) nevím

15. Přebíráte si pacienta po CA, který jeví známky PORC, co uděláte?

(neodpovídejte v případě, že jste u otázky č. 14 zaškrtnl/a odpověď d) nevím)

- a) Pacienta si převezmu
- b) Pacienta si nepřevzmu
- c) Pacienta si nepřevzmu a zkonzultuji s anesteziologem možnost překlada pacienta na dospávací pokoj nebo zpět na sál až do odeznění PORC.
- e) jiné (napíšte co uděláte).....

16. Jaké jsou spolehlivé testy dostatečné dekurarizace (odeznění účinků myorelaxace)? (více možností k odpovědi)

- a) pacient udrží hlavu zvednutou nad podložkou 5 sekund
- b) pacient udrží dolní končetiny zvednuté nad podložkou 5 sekund
- c) pacient udrží otevřené oči a vyplázne jazyk
- d) nevím
- e) jiné (uveďte).....

17. Jaké jsou známky laryngospasmu? (více možností k odpovědi)

- a) cyanóza, tachykardie, hypertenze
- b) stridor nebo krákoravé zvuky při dýchání
- c) pacient se nemůže nadechnout ani vydechnout
- d) nevím
- e) jiné (uveďte).....

18. Co uděláte při neprůchodnosti dýchacích cest u pacienta po CA?

.....

19. Jaké jsou příznaky aspirace u pacienta po CA?

- a) když pacient kašle, má ztížené dýchání, bronchospasmus a hypoxii
- b) když pacient kašle, má tachykardii a hypertenzi
- c) nevím
- d) jiné (uveďte).....

20. Jakým rizikem je ohrožen pacient s PONV (pooperační nevolnost a zvracení)?

- a) rizikem pádu
- b) rizikem aspirace
- c) rizikem zácpy
- d) nevím
- e) jiné (uveďte).....

21. Jaké jsou příznaky podchlazení po CA?

- a) třesavka, bradypsychie, bradykardie, hypotenze, změřčené dýchání, akrální cyanóza
- b) třesavka, tachykardie, hypertenze, změřčené dýchání, akrální cyanóza
- c) nevím
- d) jiné (uveďte).....

22. Jakými prostředky zahříváte pacienta po operaci?(více možností k odpovědi)

- a) pomocí vyhřívaných podložek
- b) termofolií a podáváním ohřátých infuzí
- c) pomocí více příkrývek
- d) nezahříváme
- e) jiné (uveďte).....

23. Jaké příznaky jsou charakteristické pro delirium po CA? (více možností k odpovědi)

- a) spavost, netečnost, zpomalená motorika a snížená komunikace
- b) neklid, podrážděnost, halucinace, zrychlená řeč i motorika
- c) nevím
- d) jiné (uveďte).....

24. Do jaké doby, by mělo být obnoveno močení u pacienta po CA?

- a) do 5 hodin po CA
- b) do 8 hodin po CA
- c) nevím
- d) jiné (uveďte).....

25. Absolvoval/a jste někdy přednášku nebo jinou vzdělávací akci na téma CA?

- a) ano
- b) ne

26. Máte na odd. pro vás dostupnou literaturu týkající se CA?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

27. Máte na odd. pro vás dostupnou literaturu týkající se ošetrovatelského procesu a ošetrovatelských diagnóz?

- a) ano b) ne c) nevím

28. Četl/a jste někdy literaturu o CA?

- a) ano b) ne c) nevím

29. Jak se zachováte, pokud potřebujete radu při ošetrovatelské péči o pacienta po CA? (více možností k odpovědi)

- a) poradím se s lékařem
b) poradím se s kolegyní
c) vyhledám radu v odborné literatuře, ve standardu nebo na internetu.
d) poradím si jinak (uveďte).....

30. Máte na odd. umožněno používat internet?

- a) ano b) ne c) nevím

31. Stanovujete u pacientů po CA ošetrovatelský plán (ošetrovatelské dg., cíle, intervence a hodnocení)?

- a) ano b) ne c) nevím

32. Jaké máte nejčastější ošetrovatelské dg. u pacienta po CA? (uveďte nejvíce tři)

.....
.....

33. Je důležitý ošetrovatelský plán při péči o pacienta po CA?

- a) ano b) ne c) nevím

34. Zaručuje ošetrovatelská péče, prováděná ošetrovatelským procesem (stanovením ošetrovatelského plánu), kvalitní ošetrovatelskou péči pro pacienta?

- a) ano b) ne c) nevím