



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Ústav ošetřovatelství, porodní asistence a neodkladné péče

Bakalářská práce

Endoskopické endonazální operace nosního nitra
a vedlejších nosních dutin z pohledu pacienta

Vypracoval: Jiřina Furtáková
Vedoucí práce: Mgr. Alena Polanová

České Budějovice 2016

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci: Endoskopické endonazální operace nosního nitra a vedlejších nosních dutin z pohledu pacienta“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich 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 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.

V Českých Budějovicích

.....

Jiřina Furtáková

Poděkování

Děkuji především paní Mgr. Aleně Polanové za její vstřícný přístup, trpělivost, poskytování cenných rad a za čas, který mi při zpracování bakalářské práce s ochotou věnovala.

Abstrakt

Současný stav

Nemoci dýchacích cest patří k nejčastějším chorobám. Závažným jevem je posun prvních projevů nemoci do raného dětského věku. Významný podíl v terapii horních dýchacích cest, spodiny lební, slzných cest a orbity představuje funkční endoskopická endonazální chirurgie. Cílem endoskopické endonazální chirurgie (endoscopic endonasal surgery, EES) je zlepšení kvality života nemocných.

Po operaci se mohou přechodně vyskytnout komplikace. Jedná se zejména o masivní krvácení z nosního nitra, do očnice, poranění orbity a zrakového nervu, penetrace do nitrolebí s následnou likvorovou píštělí a event. meningitidou či mozkovým abscesem. Po operaci je pacient informován o režimových opatřeních, které předává lékař se sestrou. Role sestry je spolu s lékařem důkladně podat pacientovi informace o režimových opatřeních. Pochopení a dodržení těchto informací napomáhá ke zlepšení kvality života ze strany pacienta po EES operaci.

Tato bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a empirickou. Teoretická část je zaměřena na problematiku endoskopické endonazální chirurgie, na předoperační a pooperační péči o pacienty. Dále pak na potřeby pacientů, kteří tuto operaci podstupují a na režimová opatření po propuštění do domácí péče.

Cílem práce bylo: 1. Zjistit nejčastější obavy, které má pacient v souvislosti s operací. 2. Zjistit oblasti nesaturovaných potřeb pacientka hospitalizace v pooperačním období. 3. Zjistit názor operovaných nemocných na poskytovanou ošetrovatelskou péči. K těmto cílům byly stanoveny čtyři výzkumné otázky: 1. Jaké jsou nejčastější obavy pacienta před a po operaci? 2. Jaké mají pacienti nejčastější potřeby v pooperačním období? 3. Jaké potřeby zůstaly neuspokojeny? 4. V čem vidí pacienti největší problém z hlediska ošetrovatelské péče?

Ke zpracování bakalářské práce bylo použito kvalitativní výzkumné šetření. Metoda a technika sběru dat byl polostrukturovaný rozhovor. Výzkumné šetření bylo realizováno u respondentů v nemocnici na konci hospitalizace. Rozhovory probíhaly anonymně za ústního souhlasu každého respondenta v časovém období od 26. 2. do 30. 3. 2016.

Ke sběru dat byl použit polostrukturovaný rozhovor, který byl uskutečněn s oslovenými respondenty po EES operaci a obsahoval 16 základních otázek (viz příloha 3). Zaznamenané rozhovory jsou na CD (příloha 4). Stanovené otázky se v průběhu rozhovoru rozšiřovaly o doplňující dle odpovědí respondentů. Výsledky

jednotlivých rozhovorů byly zpracovány do kategorizačních skupin. Zpracování rozhovorů bylo provedeno metodou „tužka a papír“. Odpovědi z kvalitativního šetření byly uspořádány do kategorizačních skupin a následně uspořádány (Švaříček, 2014).

Podle výsledků bylo překvapivě zjištěno, že největší obavou před operací, není operace samotná, nýbrž jsou to obavy z průběhu celkové anestezie, z pooperačního krvácení, bolesti a z konečného výsledku operace. Po operaci se pocity respondentů změnily z obav na úlevu, že mají zákrok za sebou a nyní již pouze musejí doufat v kladný výsledek operace, neboť pooperační hojení sliznice dutiny nosní je dlouhodobé. Nejčastější potřeby po operaci bylo zejména volné dýchání nosem a s tím související dostatek spánku a odpočinku, dále pak být bez bolesti a návrat ke zdraví. Dále vyplynulo, že se oslovení respondenti shodli převážně na tom, že jim nejvíce chyběla lékařská vizita. Při hlubším rozhovoru se však ukázalo, že neuspokojená potřeba byla i to, že nebyli dostatečně monitorováni bezprostředně po operaci.

Při zjišťování názoru na celkovou poskytnutou péči se ukázalo, že všichni oslovení respondenti byly s celkovou ošetrovatelskou péčí spokojeni. Pět ze šesti respondentů by tuto operaci v případě nutnosti podstoupilo znovu. Závěrem lze říci, že tato bakalářská práce byla napsaná tak, aby shrnula základní problematiku péče o nemocné endoskopickými endonazálními operacemi.

Cílem této bakalářské práce bylo mimo jiné i to, že vznikl ucelený přehled o obtížích pacientů s touto problematikou. Výsledky bakalářské práce by mohly sloužit ke zkvalitnění a zefektivnění ošetrovatelské péče o pacienty před a po endoskopických endonazálních výkonech nebo jako studijní materiál pro začínající sestry otorinolaryngologických pracovišť. Dále je tato bakalářská práce nástinem uvedené problematiky pro ty, kteří se rozhodnou studovat perioperační péči o pacienty.

Klíčová slova: endoskopická endonazální chirurgie; ošetrovatelská péče; pacient; sestra

Abstract

Current state

Respiratory diseases belong to the most common medical affections. Their first symptoms are now being shifted to the early infancy. Functional endoscopic endonasal surgery represents an important option in the treatment of upper airways, skull basis, lacrimal ducts and orbital affections. The aim of endoscopic endonasal surgery (EES) is the improvement of patient's quality of life.

There may be some transient postoperative complications. These include especially massive intranasal and intraorbital hemorrhage, optical nerve and orbital injury, intracranial penetration with subsequent liquor fistula or eventually meningitis and cerebral abscess. Postoperatively, patients are informed about the regime measures by the nurse and doctor. The role of the nurse is, in cooperation with doctor, to deliver all the precise and relevant information to the patient. Full understanding and adequate adherence to these instructions has the potential to improve patient's quality of life after EES.

This bachelor's dissertation is divided into theoretical and empirical section. Theoretical part focuses on the issues of endoscopic endonasal surgery, including preoperative and postoperative care. Further on, it explores the needs of patients undergoing this type of surgery with special attention to regime measures after hospital discharge to home care.

The aim of the study was: 1. To identify the most common concerns that patient experiences in association with surgery. 2. To explore the unsaturated and unfulfilled needs of the patients in postoperative period. 3. To gather and explore patient's opinions on nursing care. To investigate these aims four research questions were stated: 1. What are the most common preoperative concerns of the patients? 2. What are the patient's most common needs in the postoperative period? 3. What are the patient's unfulfilled needs? 4. What are the major problems in nursing care from patient's point of view?

Qualitative research investigation was used in this dissertation work. Semi-structured interview was chosen as a method for data collection. The research investigation was conducted with hospital respondents at the end of hospital stay. All the interviews were anonymous, preceded by oral consent of the respondent, and were conducted in time period from 26. 2. to 30. 3. 2016.

A semi-structured interview was used for data collection. It was conducted with respondents after EES and consisted of 16 basic questions (see additional 3). There were more detailed questions added according to the respondent's answers during the interview. The results of individual interviews were categorized into groups. Interview assessment was conducted by using a „Pencil and paper“ method. The answers from qualitative investigation were divided into the categorization groups and subsequently sorted. (Švaříček, 2014).

According to the study results, it was surprisingly found that the greatest patient's concern before surgery is not surgery itself, but concerns about general anesthesia, postoperative bleeding, pain and final operative result. After the operation, patients' concerns were transformed into relief that the operation is finally over and that they must only await the optimal result of surgery, because there is a long postoperative healing of nasal mucosa. The most common expected benefits after surgery were especially free, unobstructed nasal respiration and associated sleep and rest sufficiency, pain-free status and return to normal health. Also, most of the respondents noted the lack of doctor's daily ward round. After more detailed analysis it was obvious that this unfulfilled need was caused by the insufficient monitoring right after the operation. However, there was high overall satisfaction with nursing care of most of the respondents. Five out of six patients would undergo the same surgery again.

In conclusion, this dissertation project explored the basic issues of EES. The aim of this work was to create a basic data source of the patient's problems and issues after ESS. The results of this bachelor's dissertation could be used to improve and make nursing care of ESS

Patients more effective. It may also serve as a study material for novice nurses of ear-nose-throat clinics and also be a guide for further researchers.

Key words: endoscopic; endonasal surgery; nursing care; patient; nurse

Obsah

Úvod.....	10
1 Současný stav.....	11
1.1 Anatomie a funkce horních dýchacích cest	11
1.1.1 Anatomie.....	11
1.1.2 Funkce horních dýchacích cest.....	13
1.2 Vyšetřovací metody před endoskopickou endonazální operací.....	14
1.2.1 Endoskopické vyšetření nosu a vedlejších nosních dutin a úloha sestry. 14	
1.2.2 Zobrazovací metody nosu a vedlejších nosních dutin a úloha sestry	14
1.3 Endoskopická endonazální chirurgie	15
1.3.1 Princip.....	15
1.3.2 Indikace k operaci.....	17
1.3.3 Druhy operací	17
1.3.4 Pooperační komplikace a úloha sestry.....	18
1.3.5 Pooperační hojení	19
1.3.6 Výsledky operací	20
1.4 Předoperační ošetrovatelská péče a vyšetření.....	20
1.5 Pooperační ošetrovatelská péče	21
1.6 Potřeby nemocných v perioperačním období	23
1.7 Komunikace s pacientem v perioperačním období.....	24
1.8 Doporučení pro pacienty po propuštění do domácí péče	25
2 Cíle práce a výzkumné otázky	26
2.1 Cíle práce	26
2.2 Výzkumné otázky	26
3 Metodika	27
3.1 Použitá metoda	27
3.2 Rozhovor	27
3.3 Charakteristika výzkumného souboru	27
4 Výsledky	29
4.1 Kategorizace výsledků z rozhovorů s pacienty po EES operaci.....	29
4.1.1 Kategorizační skupiny	29
4.2 Obavy respondentů před operací	29
4.3 Informovanost respondentů	30
4.4 Informovanost o předoperačním režimu.....	30
4.5 Informovanost o denním režimu oddělení.....	31

4.6 Informovanost o délce a průběhu hospitalizace	31
4.7 Představy o operačním výkonu.....	32
4.8 Představy o pooperačním stavu	32
4.9 Pocity po operaci	33
4.10 Nejčastější potíže po operaci	33
4.11 Bolest	34
4.12 Spánek	35
4.13. Dýchání.....	35
4.13 Neuspokojené potřeby respondentů po operaci.....	36
4.14 Informovanost respondentů po operaci	37
4.15 Informace o režimových opatřeních	37
4.16 Péče o dutinu nosní.....	38
4.17 Následné kontroly u lékaře	39
4.18 Spokojenost pacientů s informacemi při propuštění.....	39
4.19 Hodnocení celkové poskytnuté péče	39
4.20 Opětovné podstoupení EES operace.....	40
5 Diskuze	41
6 Závěr	52
7 Seznam použitých zdrojů.....	54
8 Seznam příloh	57
9 Seznam zkratk	58
Příloha 1 Přehled komplikací FESS.....	59
Příloha 2 Informovaný souhlas	60
Příloha 3 Otázky k rozhovorům.....	64
Příloha 4 Záznam rozhovorů na CD	65

Úvod

Nemoci dýchacích cest patří k nejčastějším chorobám. V posledních desetiletích narůstá jejich počet na celém světě. Stejně závažným jevem je posun prvních projevů nemoci do raného dětského věku. Určitou formou rýmy a kataru nosohltanu prodělá zpravidla každý člověk, záněty vedlejších nosních dutin postihují 5 až 14 % a alergické rýmy až 25 % populace (Kuchyňková 2003).

Významný podíl v terapii horních dýchacích cest, spodiny lební, slzných cest a orbity představuje funkční endoskopická endonazální chirurgie. Hranice této novodobé miniinvazivní operační metody přesahují v současnosti rozsah oboru otorinolaryngologie a stávají se významnou operační metodou v neurochirurgii, stomatochirurgii a oftalmologii. Nosní dutina, paranasální dutiny či nosohltan jsou endoskopickou přístupovou cestou pro operace lební spodiny, hypofýzy a dalších partií mozku či horního oddílu páteře (Fokkens, 2007).

Tato bakalářská práce je zaměřena na ošetrovatelskou péči o pacienty podstupující endoskopickou endonazální operaci. Cílem bylo zjistit, jak pacienti vnímají ošetrovatelskou péči před operací, po ní a zda jsou uspokojeny jejich potřeby v perioperační péči.

1 Současný stav

Záněty, úrazy, nádory a další choroby horních dýchacích cest jsou závažným a narůstajícím zdravotním problémem s rozsáhlými ekonomickými důsledky pro společnost i ve vyspělých zemích. Chronická rinosinusitida je jedním z nejčastějších chronických onemocnění v těchto oblastech. Zánětlivé choroby dýchacího systému jsou ve více než 40 % případů příčinou krátkodobé pracovní neschopnosti. Nejedná se většinou o závažné nemoci, ale svojí povahou a často dlouhodobým trváním výrazně zasahují do naší životní pohody, ovlivňují náš spánek i pracovní aktivity.

Proto postupně vznikala funkční endoskopická endonazální chirurgie. Vznikala od konce 19. století vzhledem k potřebě lepší vizualizace a přístupu do nosního nitra a vedlejších nosních dutin. První endoskopy a instrumentarium byly převzaty z urologických cystoskopů a štípáků. Postupným vývojem, zdokonalováním techniky a zejména pochopením problematiky fyziologie a patologie horních dýchacích cest se vyvíjela tato nová mikroinvasivní funkční endonazální chirurgie. Nahradila tak klasické a zevním přístupem prováděné operační metody, jež byly zatíženy řadou trvalých komplikací, nevyhovovaly z fyziologického hlediska, a proto jejich výsledky i léčba nemocných nebyly příznivé (Fokkens, 2012).

Nové poznatky základního výzkumu přispěly k lepšímu porozumění řady chorobných dějů až na úrovni molekulární biologie. Evropská rinologická společnost (ERS) předložila na podkladě těchto nových poznatků a přehodnocení dosavadních léčebných standardů již 4. vydání Evropského doporučeného postupu v diagnostice a terapii rinosinusitidy a nosních polypů se zkratkou EPOS 2012 (European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps), publikovaného v časopise *Rhinology*. Tento materiál je prezentován na podkladech medicíny založené na důkazech (evidence-based medicine), obsahuje řadu citací z posledních let a shrnuje řadu meta-analýz (Fokkens, 2007).

1.1 Anatomie a funkce horních dýchacích cest

1.1.1 Anatomie

Dýchací (respirační) cesty se rozdělují na horní a dolní, úzce spolu souvisejí a tvoří funkční celek. Horní dýchací cesty (HCD) zahrnují nosní dutinu (cavum nasi), vedlejší nosní dutiny (paranazální siny) a nosohltan (nasopharynx). K dolním dýchacím cestám řadíme hrtan (larynx), průdušnici (tracheu), průdušky (bronchy) a plíce (pulmones).

Následně popíši nosní dutinu. Tvar nosu i nosní přepážky (septum nasi) je podmíněn rodově a rasově. V přední části se nos skládá z nosních křídel a přepážky, které jsou z chrupavky. Zadní část je kostěná a připojuje se ke kostře obličeje a lební spodiny. Vchod do nosní dutiny se nazývá nozdry, zadní část ústící do nosohlтанu jsou otvory zvané choany. V přední části nosní přepážky je cévní pletěň (locus Kieselbachi), z níž vzniká nejčastější krvácení z nosu (epistaxe). Zevní stěna nosní dutiny obsahuje kostěné skořepky (lastury) dolní, střední a horní. Slouží ke zvětšení plochy nosní sliznice (Čihák, 2011).

Na zevní stěně nosní dutiny také ústí přední vedlejší nosní dutiny (čelistní, čichové a čelní) ve štěrbině, kterou nazýváme ostiomeatální jednotka. Její zúžení či uzávěr vedou k rozvoji sinusitidy. Proto je tato oblast nejčastěji ošetřována endoskopickými endonazálními výkony. Při spodině zevní nosní stěny ústí slzný kanálek, který odvádí slzy. Při těžších formách rinosinusitid dochází k zánětlivému zúžení slzovodu a k slzení event. přestupu zánětu do slzných cest. Čichový orgán (čivé buňky ve sliznici) je v horní části nosní dutiny, ve vrcholu její pyramidy. Tato oblast je nepřístupná chirurgickému zásahu, a proto nelze operačními výkony zlepšit čich (Vodička, 2012).

Nedílnou součástí horních dýchacích cest jsou vedlejší nosní dutiny (VDN, paranazální siny). Tvoří je čichové (etmoidální) dutiny, které se skládají ze soustavy drobných sklípků v počtu 8 až 12. Čichové sklepy mají klíčovou roli ve fyziologii i při nemocích horních dýchacích cest. V čichových dutinách vzniká nejčastěji zánět, a ten se pak šíří do ostatních velkých dutin. Je to proto, že čichové sklípky vývojově vznikají jako první a z nich se vytvářejí (pneumatizují) ostatní velké dutiny: čelistní (maxilární) dutina, čelní (frontální) dutina a klínová (sfenoidální) dutina (Dauber, 2007).

Všechny paranazální siny mají úzký vztah k očnici a kromě čelistní dutiny také k lební spodině. To je významné pro šíření zánětů. Spodina čelistní dutiny sousedí s horními zuby, a proto může vzniknout její zánět při zubní infekci. Přední dutiny (přední čichové, čelistní a čelní) ústí na zevní nosní stěně v tzv. ostiomeatální jednotce. Jsou nejčastěji postiženy záněty. Do zadní části nosního nitra ústí zadní čichové dutiny a klínová dutina. Sliznice VDN má podobné vlastnosti jako nosní sliznice, jen je tenčí. Proto je také při infekcích HCD, tedy i při pouhé rýmě, více či méně postižena i sliznice dutin. A naopak při zánětech VDN je zánětlivě změněna i nosní sliznice (Vokurka, 2008).

Další součástí dýchacích cest je nosohlтан. Do nosohlтанu se otevírá choanami nosní dutina. Do boční stěny ústí sluchová (Eustachova) trubice, která spojuje nosohlтан se středoušní dutinou. Slouží k vyrovnávání atmosférického tlaku ve středním uchu a tak umožňuje normální pohyb sluchových kůstek a tím slyšení. Její uzávěr, například u dětí

zvětšenou nosohltanovou mandlí (adenoidní vegetací) způsobuje poruchy sluchu a záněty středního ucha (mezotitidy). Nosohltan přechází v hltan, který je spojen s ústní dutinou. Níže přechází hltan v polykací cesty a hraničí s dolními dýchacími cestami prostřednictvím vchodu do hrtanu (Jakubíková, 2012).

1.1.2 Funkce horních dýchacích cest

Horní dýchací cesty představují důležitou a nezastupitelnou fyziologickou jednotku představují „spojené nádoby“ s dolními dýchacími cestami, které se navzájem ovlivňují. Horní dýchací cesty plní několik základních navzájem propojených funkcí. Jedná se zejména o následující funkce: dýchání, oteplování a zvlhčování vdechovaného vzduchu. Dále dýchací cesty zajišťují čisticí funkci (částečné vychytání prachových částic), obrannou funkci, čich a reflexní obrannou činnost (kýchání, kašel). Rezonanční funkce ovlivňuje hlas, například huhňání při ucpaném nosu. Funkce VDN je realizována prostřednictvím vývodů neboli ostií dutin, která zajišťují přístup vzduchu ke sliznici, čili ventilaci. Přístup vzduchu ke sliznici dýchacích cest je jednou z podmínek její normální činnosti. Vývody také umožňují drenáž – transport sekretů směrem z dutiny do nosního nitra. Na sliznici dýchacích cest jsou drobné řasinky, které posunují vdechované nečistoty i vlastní sekret z nosní dutiny do nosohltanu (připomínají pásový dopravník). Odtud je sekret dále posunován do hltanu a obdobně je transportován z průdušek směrem vzhůru přes hrtan do hltanu. Tam je sekret buď spolýkán anebo vyloučen zevně ústy (Markalous, 2009).

V podslizniční vrstvě jsou četné žlázy, které vyměšují značné množství sekretu (přibližně 0,3 litru za den u dospělého člověka). Tekutý slizniční výměšek (sekret) je buď řídký – serózní nebo hustý – mucinózní. Zajišťuje optimální prostředí pro kmitavý pohyb řasinek. Sliznice dále produkuje lysozym – látku s obranným účinkem, která ničí škodlivé bakterie. Vlhkost a bohaté prokrvení sliznice umožňují, aby se vdechovaný vzduch v nosní dutině oteplel a zvlhčoval. Původ VDN není zcela jasný. Pravděpodobně jsou pozůstatkem z vývoje živočichů, u kterých byl původně čich jedním z nejdůležitějších smyslů, a proto byla čichová oblast velmi rozsáhlá. Dutiny se podílejí na utváření kostry a tvaru obličeje, odlehčují hmotu obličeje, mají vliv na rezonanci a částečně tepelně izolují očníci. Přibližně lze shrnout, že nosní dutina, paranasální siny a střední ucho jsou „spojené nádoby“. Jsou spjaty jak anatomicky – přecházejí v sebe, tak i funkčně, včetně reflexní nervové činnosti. Infekce, alergické změny, ale i nádory mohou na sebe vzájemně přecházet z jednotlivých oddílů a ovlivňovat se (Sičák, 2006).

1.2 Vyšetřovací metody před endoskopickou endonazální operací

1.2.1 Endoskopické vyšetření nosu a vedlejších nosních dutin a úloha sestry

Endoskopicky lze velmi dobře prohlédnout nosní nitro včetně štěrbinovitého vyústění vedlejších nosních dutin (ostiomeatální jednotky). Dobře se znázorní také nosohltan a ústí sluchových trubic. Užívají se pevné (rigidní) optické tubusy s různým pohledovým úhlem, které mají průměr od 2 do 4 milimetrů a vsunují se do nosního průduchu. Endoskopický obraz je sledován přímo okem, nebo přenášen na televizní monitor, či lépe zpracován digitálně. Před vyšetřením lékař nemocnému vysvětlí postup a provede se znečlivění sprejem a anemizaci nosní sliznice a nosohltanu. Technicky správně a šetrně provedená endoskopie není bolestivá.

Endoskopické vyšetření vedlejších nosních dutin se nazývá sinoskopie. Aby byla dutina přístupná endoskopickému pohledu, vytváří se její kostěnou stěnou otvor pro zavedení endoskopu nebo se rozšíří přirozené ústí dutiny do nosního nitra. Proto je důvodů (indikací) k sinoskopii v současnosti málo, jde zpravidla o diagnostické vyšetření při podezření na nádor. Sinoskopie je součástí chirurgického ošetřování paranasálních dutin. Po operaci VDN trvale široce zejí do nosního nitra a endoskopicky se dlouhodobě kontrolují a případně ošetřují (Uchytíl, 2002).

Úloha sestry při endoskopickém vyšetření je důležitá, protože část pacientů toto vyšetření obtížně akceptuje. Sestra podporuje nemocného psychologicky, a dále ho uvádí do polohy určené lékařem. Vyšetřuje se v poloze vsedě, vhodnější je ale pro pacienta poloha vleže z hlediska jeho komfortu, a také pro snadnější vyšetřování lékařem. Sestra připravuje a sterilizuje endoskopy, odsavače a další instrumenty k vyšetřování a případně pomáhá fixovat pacientovu hlavu během vlastní endoskopie. V některých případech předem připravuje anemizační a místně anestetizující roztok (např. Sanorin s Mezokainem) na vatové smotky zaváděné do nosní dutiny na 10 minut před vyšetřením (Astl, 2012).

1.2.2 Zobrazovací metody nosu a vedlejších nosních dutin a úloha sestry

Na předním místě stojí výpočetní tomografie (CT). Jedná se o rentgenologické vyšetření, založené na zobrazování příslušné oblasti těla ve vrstvách. Počítačem se pak vyhodnocují drobné rozdíly v pohlcování rentgenového záření mezi jednotlivými kousky tkáně a orgánů. Výsledný obraz je podobný řezu obdobnou částí těla s dobře viditelnými normálními i chorobnými strukturami. Na snímcích CT se zobrazuje vzduch v dutinách černě, kost je bělavá a měkké tkáně mají různý odstín šedi. Pro pacienta je CT šetrné

a nebolestivé vyšetření, kterým lze získat mnoho cenných údajů. CT zobrazí na rozdíl od rentgenového snímku jemné struktury v oblasti vývodů vedlejších nosních dutin a tak nám napoví i o možných poruchách jejich drenáže a ventilace a o možných příčinách nemoci. Podle nálezu CT se pak plánuje spolu s ostatními klinickými vyšetřeními optimální léčba. Radiační zátěž při vyšetření CT je přibližně stejná jako pro zhotovení konvenčního rentgenového snímku. Těhotné a děti se snímkují jen v nezbytných případech. Indikací vyšetření CT jsou všechny chronické, komplikované a nejasné stavy (Charvát, 2006).

Najdokonalejší zobrazovací metoda je v současnosti magnetická rezonance (MR). Na rozdíl od CT se nepoužívá rentgenové záření. MR umožňuje ještě lepší rozlišení tkání a jejich chorobných procesů než CT. Vyšetřování MR je velmi cenné pro schopnost zobrazovat především měkké tkáně, na rozdíl od CT, při které je lépe znázorněna kost. Indikace vyšetření MR jsou výběrové, avšak indikace se v současnosti rozšiřují v závislosti na zlepšení dostupnosti i v okresních regionech, a to zejména za účelem omezení radiační zátěže populace. Proto vyšetření MR již v současnosti nahrazuje CT a tento trend se bude stále více prohlubovat. Zobrazování MR se využívá zejména při podezření na zánětlivé komplikace, nádory a jiné závažné choroby. Role sestry u těchto vyšetřovacích metod spočívá zejména v informování pacienta. Sestra ho informuje zejména o nutnosti být v klidu a nehýbat se. Je-li to nutné, dá lékař pacientovi vyplnit souhlas s intravenózní aplikací kontrastní látky (Markalous, 2002).

1.3 Endoskopická endonazální chirurgie

1.3.1 Princip

Funkční endoskopická endonazální chirurgie je metoda, při níž se místo klasické operace se zevním otevřením určité oblasti užívá endoskopických metod, kdy se endoskop zavádí nosní dutinou (endonazálně) nebo ústní dutinou. Funkční endoskopická endonazální chirurgie (functional endonasal sinus surgery, FESS) nebo endoskopická endonazální chirurgie (endoscopic endonasal surgery, EES) jsou nové léčebné postupy v rámci komplexní péče o nemocné s postižením horních dýchacích cest. Tak jako mikroskop v otolaryngologii, tak také endoskop (nebo mikroskop) v rinologii znamenal vyřešení jak problematiky sanace, tak zejména funkčního – fyziologického operování (Lipina, 2014).

Metoda vznikala v 80. letech minulého století na základě nových poznatků v patofyziologii, technického pokroku (CT, endoskop) a na podkladě negativních zkušeností s operacemi VDN ze zevního přístupu. Operace zevní cestou nerespektují fyziologické principy a jsou provázeny pro svůj destruktivní charakter vysokým podílem iatrogenních komplikací. Jsou proto v současnosti pro většinu indikací nahrazeny ESS.

Operační řešení metodami endoskopické chirurgie vyžadují vyjma nejčastější indikace rinosinitid a hypertrofie adenoidní vegetace, také nádory lební spodiny (přibližně u 5 % populace se vyskytují nezlobné, ale i zhoubné tumory nosního nitra a paranasálních dutin), choroby slzných cest, očníce a některé úrazy (Sameš, 2015).

Endoskopická endonazální chirurgie má oproti klasickým operacím řadu výhod, a to zejména nezatěžuje tolik nemocného, je šetrnější, funkční a fyziologická. Dále zkracuje dobu nemoci i hospitalizace. Omezuje zvláště pozdní komplikace. Přináší lepší léčebné výsledky než otevřené klasické operace. Rozšiřuje spektrum operací na okolní anatomické struktury: očníci, lební spodinu, mozek a horní část krční páteře. Tato metoda nahradila (až na výjimky) dříve prováděnou klasickou chirurgii, která nerespektovala fyziologické principy, odstraňovala zdravou kost i obnovy schopnou sliznici z dutin. Byla proto provázena vysokým podílem léčebných neúspěchů a zvláště pozdních komplikací. Jednalo se zejména o poruchy dentice a vývoje obličejového skeletu u dětí, dále o bolesti tváří a čelní oblasti, otoky, recidivy zánětů s tvorbou mukopyokél aj. (Markalous, 2009).

FEES vychází ze tří základních poznatků. První z nich je, že zánětlivě změněná sliznice nosu a vedlejších nosních dutin je schopna regenerace a zhojení, a proto se musí maximálně šetřit. Druhý poznatek vychází z regenerace sliznice, jejího obnovení, přiměřené samočisticí funkce (drenáže) a ventilace dutin. Třetí klíčovou oblastí a centrem chorobných změn při zánětech jsou čichové sklípky, které jsou uloženy okolo vývodů velkých dutin – čelistní, čelní a klínové. Metodou endoskopické chirurgie se odstraňují při sinusitidách právě zánětem zasažené celé čichové sklepy, které nelze jednotlivě ošetřit. Stávají se tak součástí nosní dutiny. Tím se uvolní vývody velkých dutin. Rozšíření vývodů těchto velkých dutin se provádí při jejich zúžení nebo uzávěru a také při potřebě endoskopického ošetření (odstranění velkých polypů, cyst aj.) nitra dutin. Výhodou je, že nejen nosní dutina, ale i VDN jsou po této funkční operaci dlouhodobě přístupné endoskopickým kontrolám a ošetřování (Komínek, 2003).

1.3.2 Indikace k operaci

Anamnéza, endoskopie a výpočetní tomografie nebo MR paranazálních dutin mají nezastupitelnou roli při diagnostice nemocí horních dýchacích cest, při indikaci operace i v endoskopickém sledování před a po operaci. Operuje se až při neúspěchu komplexní týmové léčebné a preventivní péče. U strukturálních poruch (různé druhy nosní neprůchodnosti, uzávěry vyústění vedlejších nosních dutin) jde o léčbu příčinnou – kauzální, a zhojení je téměř ve 100 %. Naopak operace pro nosní polypy, vazomotorické a alergické rýmy mají podpůrný – symptomatický charakter a jsou významnou součástí celkové léčby. Jejich efekt je ovšem menší. Endoskopická chirurgie umožňuje operace u dětí, kde se s ohledem na vývoj obličejových kostí a chrup neprovádí klasická chirurgie (Plzák, 2012).

Odstranění nosohltanové mandle (adenotomie) patří mezi nejběžnější a nejstarší chirurgické výkony (v ČR se ročně provádí přibližně 28 000 adenotomií). Na rozdíl od klasické operace, při níž se adenotomie provádí naslepo, představuje endoskopická operace výkon kontrolovaný na monitoru. V dlouhodobém sledování po endoskopické adenotomii bylo prokázáno snížení počtu pooperačních komplikací (zvláště krvácení), zamezení opětovného dorůstání adenoidní vegetace (na rozdíl od klasické naslepo prováděné adenotomie, při níž zůstávají zbytky tkáně), zlepšení výsledků léčby chronických rým, sinusitid a zánětů středního ucha (Šlapák, 2013).

Indikace EES z oblasti horních dýchacích cest jsou nosní neprůchodnost (deformace nosní přepážky, anomálie lastur, atrézie choan), infekční i alergické rinosinusitidy včetně nosní polypózy, uzávěr vývodů paranazálních dutin, cysty, mukokély, hypertrofie adenoidní vegetace, recidivující a/nebo masivní epistaxe, některé bolestivé stavy, cizí tělesa a některé úrazy a nádory. Indikace přesahující rámec rinologie zahrnují: neprůchodnost slzných cest, operace abscesů očnice, dekomprese orbity a zrakového nervu, ošetření meningokél a meningoencefalokél, uzávěr píštělí lební spodiny, některé nádory lební spodiny (hypofýza, kavernózní splav a přilehlé struktury), vybraná onemocnění horní části krční páteře (Cornet, 2012).

1.3.3 Druhy operací

Aktivní spolupráce pacienta je podmíněna, mimo jiné, i jeho znalostí druhu operace, kterou podstupuje. Tím se také lépe rozptýlí obavy a nejistota nemocných před výkony. Přehled názvosloví nejčastějších operací FESS:

Septoplastika (dříve resekce nosní přepážky) je úprava deformované, zakřivené nosní přepážky, která ucpává nosní dutinu. Někdy se provádí jen snesení velkých hřebenů (kristotomie) a trnů (spinotomie) jinak rovné nosní přepážky.

Turbinoplastika znamená podslizniční diatermokoagulaci nebo snesení části zbytnělé sliznice dolních a někdy i středních nosních skořep. Ty jsou hlavně odpovědné za ucpávání nosu a tvorbu hojné rýmy. Po výkonu se zlepší nosní průchodnost a současně se lastura při hojení částečně zajizví. Pak se skořepa nemůže již tolik překrývat a zvětšovat svůj objem a omezí se také nosní sekrece.

Polypektomie je odstranění polypů. *Adenotomie* je snesení zvětšené nosohltanové mandle u dětí.

Následující výkony rozšiřují vývody vedlejších nosních dutin a trvale je široce propojují s nosní dutinou. Tím se zajistí dostatečná ventilace a drenáž VDN. V případě potřeby jsou touto cestou dutiny ošetřovány. *Supraturbinální* (nad dolní nosní skořepou) *antrostomie* je rozšíření vývodu čelistní dutiny. Punkce čelistních dutin se již nemusí provádět. *Infundibulotomie* zahrnuje supraturbinální antrostomii a „pootevření části přilehlých čichových sklípků“. *Etmoidektomie* znamená odstranění všech sklípků čichových dutin a jejich propojení s nosní dutinou, které usnadní drenáž ostatních vedlejších nosních dutin. *Frontální sinotomie* je rozšíření vývodu čelní dutiny. *Sfenoidotomie* je rozšíření vývodu klínové dutiny. Při *pansinusoperaci* (nazalizaci VDN) se rozšíří vývody a ošetří všechny VDN během jednoho operačního výkonu. Je nejčastějším typem operace při difúzní nosní polypóze (Seyring, 2012).

1.3.4 Pooperační komplikace a úloha sestry

Sestra je velmi často první, kdo operační, zejména časné pooperační komplikace zjistí a rozpozná. Proto musí tyto stavy v základech znát a umět se rychle rozhodovat, jak je řešit včetně první pomoci a přivolání lékaře. Výskyt velkých, neboli závažných i život ohrožujících komplikací se uvádí na renomovaných pracovištích od 0,1 do 0,5 %. Jedná se zejména o masivní krvácení z nosního nitra, do očnice, poranění orbity a zrakového nervu, penetrace do nitrolebí s následnou likvorovou píštělí a event. meningitidou či mozkovým abscesem. Na tuto komplikaci sestru upozorní prosakování likvoru přes přední nosní tamponádu, nebo zatékání likvoru do nosohltanu. Později po odstranění přední nosní tamponády likvor vytéká volně nosem. Sestra proto pacienta uvede do polosedu, podá mu emitní misku a buničitou vatu na otírání nosu a poučí ho, aby se nepředkláňel, nesmrkal a při pocitu, že mu likvor zatéká do krku, vše plival do emitní

misky. Poté přivolá lékaře. Tato komplikace vyžaduje urgentní, zpravidla chirurgické ošetření. Incidence malých, nezávažných komplikací se pohybuje okolo 10 až 15 %. Tyto zahrnují drobná krvácení zvládnutelná konzervativně, srůsty v nosním nitru omezující dýchání, recidivy zánětu, neprůchodnost slzných cest aj. Vznikají zpravidla jako důsledek drobných chirurgických poruch nebo jako poruchy hojení. Proto i zde je nezbytná včasná diagnostika a úprava léčby (Sičák, 2006).

Jednou z možných příčin pooperačního krvácení z nosu je i vysoký krevní tlak, který sestra monitoruje v intervalech dle ordinace lékaře. Péče sestry o pacienta s krvácením z nosu spočívá v poučení pacienta, aby i přes přední nosní tamponádu stiskl obě nosní křídla nosu proti nosní přepážce. Současně podá pacientovi emitní misku a buničinu. Takto pacient tiskne nos minimálně 15 minut. Současně se zahájením stisku nosu doporučí sestra pacientovi předklonit hlavu a posadí jej. Pacient nesmí polykat krev. Do zátylku vloží sestra chladivý obklad. Dále sestra aplikuje, dle ordinace lékaře, nitrožilně léky na zástavu krvácení. Pokud nedojde k zastavení krvácení do patnácti minut, musí být pacient ošetřen chirurgicky (Astl, 2012). Přehled komplikací FESS je uveden v příloze 1 (Fokkens, 2007).

1.3.5 Pooperační hojení

Hojení sliznice dýchacích cest po operaci probíhá v několika fázích. První fází hojení sliznice je fáze krvácivá se strupy, která trvá 10 až 15 dnů. Projevuje se smrkáváním menších krevních sraženin, občasným drobným krvácením (několik kapek krve) a tvorbou krevních strupů (krust). Nosní dýchání bývá mírně omezeno. Druhá fáze je fáze otoků a trvá 30 až 50 dnů. Je charakterizována „bochanovitými“ otoky sliznice a zadržením husté rýmy v dutinách, která je občas vysmrkána v chuchvalcích. Třetí je fáze mezenchymální přestavby, jež trvá 3 až 3,5 měsíce. Sliznice postupně regeneruje, obnovují se transport hlenu řasinkami a ostatní funkce. Zmírňuje se tvorba husté rýmy a krust. Pacient se již cítí zdrav. Čtvrtá fáze je jizvení, nastupuje po 3 měsících a trvá 1 rok. Dochází k definitivním hojivým pochodům. Pokud se neobnovují polypy nebo infekce či alergické obtíže, je pacient bez obtíží. Uvedené dělení regeneračního procesu sliznice po FESS umožňuje rozpoznat časné poruchy hojení i zvolit optimální formu ošetřování (Markalous, 2009).

1.3.6 Výsledky operací

Před operací musí pacient znát pravděpodobný výsledek operace na podkladě rozhovoru s lékařem a přečtení informovaného souhlasu. Hodnocení operačního efektu vychází ze subjektivního pohledu nemocného a z objektivního nálezu při pooperační endoskopii, z klinických funkčních i laboratorních vyšetření. Výsledek závisí nejen na vlastním operačním zásahu, ale také na předoperační a pooperační konzervativní léčbě a na celkovém zdravotním stavu pacienta. Vzhledem ke snaze o standardizaci hodnocení výsledků operací se užívají různé metody. Například bolest lze velmi snadno hodnotit pomocí vizuální analogové škály (VAS). Česká verze dotazníku k hodnocení kvality života při sinusitidách se nazývá zkratkou MARS (Měření Akutní Rino Sinusitidy, Schalek, 2014).

Výsledky jsou ovlivněny také tím, že většina nemocných trpí řadu let chronickým onemocněním dýchacích cest, které není vyléčitelné. Výsledky FESS mohou záviset i na případném zhoršení celkového zdravotního stavu nemocných. Část pacientů se po operaci již neléčí a navzdory doporučení nedochází již ke kontrolám a mohou se proto u nich rozvinout komplikace či recidivy zánětů a polypů, které by jinak byly zvládnutelné konzervativními metodami léčby. Opakovaným operacím lze proto většinou předejít, jestliže pacienti pokračují v doporučené konzervativní léčbě (Hahn, 2006).

1.4 Předoperační ošetrovatelská péče a vyšetření

Předoperační péče začíná již tím, že se pacient rozhodne podstoupit EES operaci. Vede ho k tomu zejména zhoršená nosní průchodnost, popřípadě ucpaný nos, bolest hlavy, opakované záněty VDN. Hlavním cílem předoperační ošetrovatelské péče je připravit pacienta po stránce fyzické i psychické na operační výkon. Před EES operací je příprava všeobecná. Sestra odebere pacientovi krev na vyšetření (biochemie, krevní obraz s diferencíálem a Quick), moči a provede EKG (elektrokardiografie). Výsledky předoperačních vyšetření by neměly být starší tři týdnů (Astl, 2012).

Sestra hodnotí fyzický i psychický stav pacienta, vysvětlí nutnost předoperační přípravy, v rámci kompetencí dovysvětlí pacientovi léčebné postupy, které jsou uvedeny v souhlasu s operací, plní ordinace lékaře a vhodnou komunikací s pacientem zmírňuje jeho obavy z operace a nezapomene dát pacientovi prostor na případné dotazy. Dále pacienta upozorní na nutnost dýchání ústy po operaci a na péči o dutinu nosní. Zásady péče o dutinu nosní jsou popsány v následující kapitole. Sestra dle zvyklosti oddělení

zajistí lačnění pacienta, v rámci prevence tromboembolické nemoci provede bandáž dolních končetin, popřípadě pomůže obléci elastické punčochy. Dále aplikuje dle ordinace lékaře nízkomolekulární hepariny, zdůvodní potřebu odstranění veškerých šperků, protetických pomůcek, zubní náhrady, odlíčení a odlakování nehtů. Součástí předoperační přípravy je příprava anesteziologická, kdy pacienta navštíví anesteziolog a seznámí ho se všemi okolnostmi anestezie. Pacient vyplní a podepíše informovaný souhlas s anestézií a souhlas s operačním výkonem (příloha 2). Sestra dle ordinace lékaře pravidelně monitoruje fyziologické funkce, zajistí potřebnou dokumentaci k operačnímu výkonu, dle ordinace anesteziologa aplikuje premedikaci a zajistí převoz a předání pacienta na operační sál (Astl, 2012).

1.5 Pooperační ošetrovatelská péče

Pooperační fáze začíná probuzením pacienta z celkové anestezie. Pacient je uložen na pooperační pokoj nebo na jednotku intenzivní péče. Na pooperačním pokoji je uložen minimálně dvě hodiny nebo do stabilizace stavu. V pooperačním období je ošetrovatelská péče zaměřena na zotavení z anestezie, kdy sestra sleduje stav vědomí a kardiovaskulární funkce pacienta. Hodnotí a zapisuje frekvenci, náplň a pravidelnost tepu, hodnoty systolického a diastolického krevního tlaku, prokrvení periferie. Dále sleduje frekvenci a pravidelnost dýchání, polohu pacienta a rovnováhu v příjmu a výdeji tekutin, monitoruje první vyprázdnění močového měchýře, které by se mělo dostavit do 6 hodin po výkonu. Hodnotí psychický stav pacienta a podle lékaře plní ordinace a povzbuzuje pacienta k pohybu v lůžku. Sleduje operační ránu včetně krytí, kanyly a drény (Mikšová, 2006).

Důležité je hodnocení bolesti pomocí VAS (vizuální analogová stupnice) od jedničky do desítky. Čím větší je intenzita bolesti, tím je vyšší číslo na stupnici. Bolest je subjektivní pocit. Pokud pacient tvrdí, že má bolest, je nutné mu věřit. Bolest by měla být vždy tlumena, může být různého charakteru, intenzity a délky. Sestra vždy informuje lékaře o bolesti a její intenzitě a podle jeho ordinace podá analgetika. Dostatečná úleva od bolesti je nutná pro to, aby se pacient cítil pokud možno tělesně i psychicky dobře a mohl se zpočátku pohybovat na lůžku. Sestra by měla vědět, že adekvátní úleva od bolesti zrychluje rekonvalescenci, povzbuzuje časnou mobilizaci, a tak snižuje riziko pooperačních komplikací (Hakl, 2013).

Pacienty po operaci metodou EES uloží sestra tak, aby hlava a horní část trupu byla zdvižena v úhlu 30 – 45 stupňů s podloženou hlavou. Pacient má přední nosní tamponádu,

kteřou sestra kryje prakovým obvazem a při prokrvácení jej mění. Sestra poučí pacienta, aby dýchal ústy, nepolykal krev a nesmrkal. Dále hodnotí fyziologické funkce k odhalení krvácení nebo zhoršení stavu pacienta. Nejdříve za dvě hodiny po výkonu podává tekutiny. Zpravidla večer po operaci je pacientům dovolena chůze a dostanou normální stravu. Sestra poučí pacienta, aby se nesprchoval v teplé vodě a nepředkláněl se, neboť by mohlo dojít ke krvácení z operační rány.

Přední nosní tamponáda se zpravidla odstraňuje první až druhý pooperační den, což závisí na druhu operačního výkonu. Bezprostředně po odstranění tamponády dochází ke krvácení z nosu, které samovolně ustane zpravidla do deseti minut (Astl, 2012).

Po odstranění nosní tamponády sestra poučí pacienta o správné formě smrkání, kdy pacient neusmrkuje, ale smrká každou nosní dírku zvlášť. Při smrkání dbáme na to, aby měl vzpřímenou hlavu a používal obě ruce. Křídla nosu nesmí být stisknuta. Sekret by měl pacient odstranit dlouhým výdechem z nosu, ústa při tom musí mít zavřená. Nesmí smrkat velkou silou, neboť by došlo k obnově krvácení. Pacientům, kteří nemohou nebo neumějí smrkat (např. malé děti) by měl být sekret z nosu odsáván. Sestra s pacientem nacvičí správný postup smrkání. V nemocnici pacient smrká do papírových kapesníků, které jsou okamžitě znehodnocovány (Vytejšková, 2013).

Dále sestra poučí pacienta o správné aplikaci kapek a mastí do nosu. Poprvé nakape kapky a podá mast do nosu sama a při další aplikaci pouze kontroluje pacientův postup. Nejprve pacienta informuje o výkonu. Vysvětlí mu, v jaké poloze bude výkon probíhat a upozorní ho na případné nežádoucí pocity, například bolest a možnost zatečení kapek do úst. Sestra si nejprve připraví pomůcky, mezi které patří, masti a kapky dle ordinace lékaře, štětíčky a čtverce, emitní miska a papírové kapesníky. Před každou aplikací léku do nosu vyzve pacienta, aby se řádně vysmrkal a vyčistil si nos. Potom jej uloží do polohy na zádech se zakloněnou hlavou, nebo v sedě se zakloněnou hlavou na opačnou stranu, než bude aplikovat lék. Při aplikaci kapek do nosu, aplikuje kapátkem ordinovaný počet kapek do obou nosních otvorů a nedotýká se při tom sliznice nosu. Po aplikaci léku vyzve pacienta, aby ve stejné pozici vytrval ještě nejméně 1 minutu, aby roztok mohl působit na celém povrchu sliznice nosu. Pro podání masti použije štětíčku. Po celou dobu aplikace léku do nosu sestra s pacientem komunikuje a vše mu trpělivě vysvětluje (Vytejšková, 2015).

1.6 Potřeby nemocných v perioperačním období

V léčbě i ošetřování všech nemocných se sestra snaží uspokojit potřeby, které jsou limitovány samotným onemocněním. Potřeby pacienta se mění v průběhu choroby, některé mizí a jiné se naléhavě nově objevují. Způsob naplňování potřeb je většinou ovlivňován individuálními vlastnostmi jedince, sociálním prostředím, pocitem zdraví nebo nemoci a okolnostmi vzniku choroby (Plevová, 2011).

„Lidská potřeba je charakterizovaná dynamickou silou, která vzniká z pocitu nedostatku nebo přebytku, touhou něčeho dosáhnout v oblasti biologické, psychologické, sociální nebo duchovní. Naplnění potřeb směřuje k vyrovnaní a obnovení změněné rovnováhy organismu homeostázy. Potřeby jsou nutné, užitečné, velmi úzce souvisí se zachováním a s kvalitou našeho života“ (Šamánková, 2011, str. 12).

Mezi nejčastější potřeby, které má pacient po EES v raném pooperačním období, patří zvláště potřeba být bez bolesti, potřeba volného dýchání nosní dutinou, a s touto potřebou úzce související potřeba dostatečného spánku a odpočinku. Pacient je až do odstranění přední nosní tamponády odkázán na dýchání ústy, s čímž souvisí vysychání sliznice dutiny ústní a časté nucení se napít. Nejdůležitější potřebou se pro tyto pacienty stává volné dýchání nosní dutinou (Astl, 2012).

Při uspokojování potřeby pacienta být bez bolesti se sestra zaměří na faktory, které jsou již popsány v kapitole pooperační ošetrovatelská péče. Důležité je sledovat i přidružené symptomy jako je nauzea, zvracení a dechová nedostatečnost před bolestí nebo během ní. U akutní pooperační bolesti je brána bolest jako senzorický vjem, signalizující poškození tkáně. Pacient postižený akutní pooperační bolestí je motoricky neklidný, někdy i hlasitě křičí a volá o pomoc. Existuje několik faktorů, které se podílejí na tom, jak bude bolest vnímána pacientem. Patří mezi ně například osobnost člověka, nálada, věk, nemoc, chlad či teplo, nebo výchova a etnografické vlivy. Pacienty po EES bolí především hlava a horní čelist včetně zubů. Někdy bolest vystřeluje do obou uší a do krční páteře. Pacienti potřebují tuto bolest dostat pod kontrolu a zlepšit tak svou pooperační pohodu. Sestra pravidelně nabízí pacientovi analgetika dle ordinace lékaře a kontroluje jejich účinnost, dává po domluvě s pacientem studené obklady na hlavu, nabízí dostatek tekutin a pomáhá pacientovi zvládat běžné denní aktivity. Dále pak nemocnému vysvětlí příčinu bolesti, uzná její přítomnost a psychologicky ho podporuje (Trachtová, 2013).

Mezi další potřeby pacientů po operaci patří potřeba volného dýchání nosní dutinou. Tato potřeba patří mezi základní biologické potřeby, protože bez dýchání není život. Pacienti mají po operaci přední nosní tamponádu, a proto musejí dýchat ústy. Efektivita dýchání závisí na funkci dýchacího ústrojí, jehož část je v tomto případě po operaci. Sestra pomáhá pacientům především tím, že pravidelně větrá pokoj a nepřetápí ho, nabízí často tekutiny k zvlhčení sliznice ústní dutiny, doporučí vyvarovat se tísnivému oděvu a uloží pacienta do zvýšené polohy (Trachtová, 2013).

Pacienti, kteří podstupují operaci metodou EES, mají častý problém se spánkem. Důvodem je přední nosní tamponáda, která ztěžuje dýchání a kvůli které musí dýchat ústy. Nemocný potřebuje více energie na zvládnání denních aktivit, týkajících se sebepečce, na návrat k normálnímu zdravotnímu stavu. Zvýšené nároky na kvantitu a kvalitu spánku je nutné respektovat, protože spánek má pro organismus ochranný a regenerační význam. Sestra se proto zaměří na to, kolik hodin pacient potřebuje ke spánku a co k dobrému odpočinku a spánku potřebuje. Snaží se pro pacienta vytvořit co nejkvalitnější prostředí. Ke zmírnění rušivého prostředí napomáhá zavření dveří, ztlumení světla, zatmění pomocí závěsů nebo žaluzií, umístění nemocného na pokoj s vhodnými pacienty a úprava lůžka před spánkem. Dále doporučí pacientovi pohodlné noční oblečení, před spaním nepít nápoje obsahující kofein a vyloučit stimulující aktivitu před spaním. Dle ordinace lékaře podá léky na podporu spánku a sleduje jejich účinnost. Výsvětlování, pomoc a psychická podpora jsou nezbytné zejména u úzkostlivého a bojácného pacienta (Trachtová, 2013).

1.7 Komunikace s pacientem v perioperačním období

Komunikace provází pacienta po celou dobu hospitalizace, a proto komunikační dovednosti sestry mohou zpříjemnit a zkvalitnit poskytovanou péči a naopak. K navození pocitu jistoty a bezpečí je ještě víc nutné seznámit pacienta s prostředím, denním režimem a tím, jak si sám (pokud chce, může a umí) bude zajišťovat základní potřeby nebo jak mu je bude zajišťovat sestra. Při sdělování informací by operatér i sestra měli klást důraz na jasnost, stručnost a srozumitelnost. V případě nejasností, by měl mít pacient možnost klást sestře i operatérovi doplňující otázky. Sestra i operatér by měli pacientovi vysvětlit danou problematiku natolik dostatečně, aby byla pochopena. Sestra zjišťuje, zda se pacient v této situaci ocitl poprvé, objasňuje, vysvětluje, upozorňuje ho na jednotlivé prvky, kroky, zásady, které má dodržet, co se od něj očekává ve smyslu spolupráce, co může očekávat on sám od poskytnuté péče a po vyšetřeních, jak se může a bude cítit (Tóthová, 2014).

Komunikaci má dvě složky – verbální a neverbální. Verbální komunikací rozumíme dorozumívání se pomocí slov popřípadě jinými znakovými symboly. Význam komunikovaného dotváří neverbální složka komunikace, která je nejjednodušeji definována jako řeč těla. V případě pacienta je zřejmé, že jeho aktuální stav ovlivňuje možnost dobře komunikovat, porozumět situaci či významu sdělení. Pacient a setra jsou ve vzájemném vztahu a komunikací podporují ošetrovatelskou péči. Při komunikaci v nemocnici jde především o vybudování vztahu mezi pacientem a ošetřujícím personálem (Venglářová, 2006).

1.8 Doporučení pro pacienty po propuštění do domácí péče

Při propuštění pacienta do domácí péče hrají nezastupitelnou roli lékař i sestra. Pacient obdrží od lékaře propouštěcí zprávu obsahující doporučení, jak má postupovat v pooperačním období, kdy se má dostavit na pooperační kontroly a jak se má zachovat při komplikacích.

Sestra i lékař poučí pacienta o nutnosti dodržování pooperačního režimu a to zejména v následujících oblastech. Pacient by měl dodržovat fyzický klid po operaci nejméně 10 dnů. Po deseti dnech může mít střední fyzickou zátěž, následně může být bez omezení, včetně plavání, sauny aj. Sestra dále poučí pacienta o tom, jak bude dlouhodobě pečovat o nosní a ústní dutinu (viz kapitola 1.5 Pooperační ošetrovatelská péče). Vysvětlí pacientovi, že za obecně nevhodné se pro pacienty s onemocněním dýchacích cest považuje pobyt v prostředí se zvýšenou prašností nebo vlhkostí, s nízkou teplotou, styk s chemikáliemi aj. Sestra pacientovi doporučí vhodné pohybové a sportovní aktivity, zejména pobyt ve volné přírodě a to celoročně, například procházky, jízda na kole či plavání. Pacienti by měli být opatrní při provozování pohybových aktivit v uzavřených prostorech, tělocvičnách nebo doma. Sestra nemocnému vysvětlí, že mnohdy v takových prostředích nevyhovují klimatické podmínky, zvláště sucho a velké horko, především v topné sezoně. Dále sestra pacientovi doporučí jako preventivní opatření před zhoršením dýchacích obtíží zvlhčovače a čističky vzduchu v uzavřených prostorech, které jsou vhodné zejména v zimních měsících, kdy se topí a vysoušejí se byty. Nezastupitelnou roli v těchto preventivních opatřeních hraje také pravidelné a dostatečné větrání v uzavřených prostorech. Úlohou sestry je s pacientem všechna doporučení znovu projít, eventuálně zopakovat a ujistit se, že všem informacím před propuštěním rozuměl (Markalous, 2002).

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

Cíl 1 Zjistit nejčastější obavy, které má pacient v souvislosti s operací

Cíl 2 Zjistit oblasti nesaturovaných potřeb pacienta za hospitalizace v pooperačním období

Cíl 3 Zjistit názor operovaných nemocných na poskytovanou ošetrovatelskou péči

2.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka 1: Jaké jsou nejčastější obavy pacienta před a po operaci?

Výzkumná otázka 2: Jaké mají pacienti nejčastější potřeby v pooperačním období?

Výzkumná otázka 3: Jaké potřeby zůstaly neuspokojeny?

Výzkumná otázka 4: V čem vidí pacienti největší problém z hlediska ošetrovatelské péče?

3 Metodika

3.1 Použitá metoda

Ke zpracování bakalářské práce byla použita metoda kvalitativního výzkumného šetření. Metody a techniky sběru dat, jež byly použity v práci, jsou polostrukturované rozhovory. Výzkumné šetření bylo realizováno s pacienty v nemocničním prostředí. Výzkumné šetření bylo anonymní, rozhovory probíhaly se souhlasem dotazovaných respondentů. Souhlas s výzkumným šetřením, který dala hlavní sestra nemocnice, vzhledem k zachování anonymity není součástí příloh. Je proto k nahlédnutí u autora práce. Rozhovory s respondenty probíhaly od 26. 2. do 30. 3. 2016.

3.2 Rozhovor

Ke sběru dat byl použit polostrukturovaný rozhovor, který obsahoval 16 otázek (příloha 3), které byly položeny dotazovaným respondentům. Stanovené otázky se v průběhu rozhovoru rozšiřovaly o doplňující, které vycházely z rozhovoru s respondentem. Všechny rozhovory byly zaznamenány písemně a poté přepsány do elektronické podoby (příloha 4). Zpracování rozhovorů bylo provedeno metodou „tužka a papír“. Odpovědi z kvalitativního šetření byly uspořádány do kategorizačních skupin a následně uspořádány (Švaříček, 2014).

3.3 Charakteristika výzkumného souboru

Kvalitativní šetření probíhalo s pacienty po operaci metodou EES. Rozhovory byly prováděny na konci hospitalizace. Bylo osloveno celkem 9 respondentů. Kvalitativního šetření se zúčastnilo 6 respondentů. Tři respondenti se rozhovoru nezúčastnili z důvodu nedostatku času. Veškeré rozhovory probíhaly s ústním souhlasem respondentů.

Respondent 1 byla 35letá žena, povoláním prodavačka. Operace jí byla provedena pro akutní sinusitidu. Před operací jí trápila bolest hlavy zejména v předklonu, zvýšená teplota, dále pak zhoršující se rýma trvající přibližně 3 týdny. Toto vedlo ke zhoršení celkové výkonnosti a následné pracovní neschopnosti.

Respondent 2 byl 40letý muž, povoláním stavbyvedoucí s vysokoškolským vzděláním. Operaci metodou EES podstoupil pro zhoršené dýchání nosem, které bylo způsobeno vybočení nosní přepážky. Operace byla plánovaná. Před operací ho nejvíce obtěžovala špatná nosní průchodnost a následné chrápání, které rušilo celou rodinu. Tuto operaci několik let odkládal, neboť se bál. Nyní doufá, že bude spokojen on i jeho

manželka.

Třetí respondentkou byla 50letá žena povoláním sálová sestra. EES podstoupila již podruhé pro oboustranné nosní polypy. Před operací ji nejvíce trápila zhoršující se nosní průchodnost. Výkon byl plánovaný. Po zkušenostech z první operace tu druhou odkládala několik let, neboť se bála přední nosní tamponády a pooperačního krvácení, které měla po prvním zákroku. Jelikož jí první operace přinesla velkou úlevu, nakonec se rozhodla podstoupit ji i podruhé.

Respondent 4 byl 25letý student vysoké školy. Operace byla plánovaná. EES podstoupil pro vybočenou nosní přepážku a nosní polypy. Před zákrokem jej nejvíce trápila zhoršující se nosní průchodnost, která nereagovala na místní léčbu.

Respondent 5 byla 40letá žena se středoškolským vzděláním. Operaci metodou EES podstoupila pro pouřazovou zlomeninu nosní přepážky a nosních skořep. K úrazu došlo při automobilové nehodě, vlivem „vystřelení erbegů“. Operace byla akutní, nebyla plánovaná. Před výkonem ji nejvíce trápila viditelná deformace nosu, a tím způsobená nosní neprůchodnost.

Respondent 6 byl 50letý muž, povoláním kuchař. Operace byla plánovaná. EES podstoupil pro nosní polypy oboustranně. Následkem neléčení tohoto stavu se u něho postupně rozvinulo průduškové astma. Před operací jej nejvíce trápila zhoršená nosní průchodnost, která mu vadila hlavně v noci a chronická rýma, která ho rozvojem nemoci začala trápit postupně celoročně.

4 Výsledky

4.1 Kategorizace výsledků z rozhovorů s pacienty po EES operaci

4.1.1 Kategorizační skupiny

1. Obavy respondentů před operací
2. Informovanost respondentů
 - 2.1. Informovanost o předoperačním režimu
 - 2.2. Informovanost o denním režimu oddělení
 - 2.3. Informovanost o délce a průběhu hospitalizace
3. Představy o operačním výkonu
4. Představy o pooperačním stavu
5. Pocity po operaci
6. Nejčastější potíže po operaci
 - 6.1. Bolest
 - 6.2. Spánek
 - 6.3. Dýchání
7. Neuspokojené potřeby po operaci
8. Informovanost respondentů po operaci
 - 8.1. Informace o režimových opatřeních
 - 8.2. Péče o dutinu nosní
 - 8.3. Následné kontroly u lékaře
 - 8.4. Spokojenost respondentů s informacemi při propuštění
9. Hodnocení celkové poskytnuté péče
10. Opětné podstoupení EES operace

4.2 Obavy respondentů před operací

Na otázku, jaké obavy, měli pacienti před operací, odpověděli respondenti 1, 2, a 5 shodně, že největší obavy měli z celkové anestezie. Respondentka 1 řekla: „*Bála jsem se, že mě na operačním sále svlečou, budou mě okukovat a že mi tam bude zima, protože já mám ráda teplo.*“ Zimy na operačním sále se obávala i respondentka 5. Respondenti 2, 4, a 5 se obávali nepodařeného výsledku operace. Respondent 2 řekl: „*Strašně dlouho jsem se rozmýšlel, zda na tu operaci jít či nejít, protože jsem se obával výsledku.*“ Respondenti 3 a 6 se obávali pooperačního krvácení. Respondentka 3 uvedla: „*Operaci jsem brala*

jako nutnost, a protože pracuju v oboru a už jsem na ní byla podruhé, tak jsem se bála minimálně. To jsem spíš měla strach, že budu po operaci krvácet z nosu přes tamponádu.“ Respondent 4 uvedl, že se nebál, ale při hlubším rozhovoru se ukázalo, že se obával špatného výsledku operace, který by vedl ke špatné nosní průchodnosti. Respondent 6 se oproti tomu těšil, že bude po zhojení moci dýchat nosem, což před operací nemohl. Řekl: „Já jsem se bál i těšil. Bál jsem se, že budu po operaci krvácet a bude mě to bolet. A těšil jsem se, že až budu mít po operaci, tak budu moct krásně dýchat nosem.“

Nejčastějšími problémy před operací u všech respondentů bylo zhoršené dýchání nosem, či jeho úplná neprůchodnost. Respondentky 1 a 5 trpěly svými potížemi krátkodobě. Respondenti 2, 3, 4 a 6 trpěli zhoršenou nosní průchodností dlouhodobě, někteří několik let. Respondentka 3 podstoupila tuto operaci pro nárůst potíží již podruhé.

Před operací se respondenti nejvíce obávali celkové anestezie, pooperačního krvácení, bolesti i výsledku operace.

4.3 Informovanost respondentů

Tato kategorie je rozdělena na tři podkategorie, které jsou zaměřeny na informovanost respondentů. První podkategorie má název *Informovanost o předoperačním režimu*. Druhá se jmenuje *Informovanost o denním režimu oddělení*. Třetí nese název *Informovanost o délce a průběhu hospitalizace*.

4.4 Informovanost o předoperačním režimu

Na otázku, jaké dostali informace o předoperačním režimu, odpověděli respondenti 1, 4 a 5 stejně, že nemají jíst, pít a nekouřit. Respondent 4 uvedl: „*V den operace jsem musel být nalačno a zakázali mi kouřit, ale já nekouřím, takže mi to bylo jedno.*“ Respondent 2 řekl: „*Ptal jsem se na všechno již, když jsem se telefonicky objednával k operaci. Když jsem proto nastupoval, již jsem věděl, co mě čeká a nemine.*“ Stejně tak vše věděla i respondentka 3, která vše znala, neboť pracuje ve zdravotnictví. Respondent 6 se dostavil na příjem nalačno, neboť byl dopředu seznámen s možností operace v den příjmu, což záleželo na délce operačního programu daný den. Nakonec se operace odložila na druhý den. Přímou řekl: „*Dopředu jsem věděl, že mám raději přijít nalačno, kdyby se stihla operace ještě v den příjmu.*“

Respondenty informoval o předoperačním režimu lékař i sestry. Akutně operovaní respondenti byli poučeni ihned při příjmu v den operace, plánovaní respondenti obdrželi informace na oddělení den před operací.

4.5 Informovanost o denním režimu oddělení

Na otázku, jaké získali informace o režimu oddělení, respondentka 1 odpověděla: *„Jestli mě informovali, tak si na to nepamatuju, ale po operaci na chodbě jsem si přečetla nástěnku s domácím řádem a ještě práva pacientů.“* Respondenti 2, 3, 4, 5 a 6 uvedli, že je sestřičky provedly po oddělení a vše jim ukázaly. Respondent 2 řekl: *„Nejprve mě přijmula paní sekretářka a potom mě sestřičky odvedly na pokoj a cestou mi ukázaly kde co je. Byl jsem spokojen, neboť jsem měl na pokoji i své sociální zařízení.“* Respondenti 3 a 5 si navíc přečetli domácí řád a práva pacientů. Respondenti 4 a 6 navíc uvedli, že o ničem jiném je nikdo neinformoval. Respondent 6 řekl: *„Sestry mi ukázaly, kde co na oddělení je, ale jinak mě o ničem takovém neinformovaly.“*

O denním režimu oddělení respondenty informovaly sestry, informace doplnily o práva pacientů a domácí řád oddělení.

4.6 Informovanost o délce a průběhu hospitalizace

Na otázku, jaké dostali informace o délce a průběhu hospitalizace, respondentka 1 uvedla, že si pamatovala jenom to, že půjde za pár dní domů. Respondenti 2 a 6 se shodli, že půjdou domů za čtyři až pět dnů a, že se vše řídí operačním nálezem, včetně vyndání nosní tamponády. Respondentka 3 opět vše věděla, neboť to byla její revizní operace. Řekla: *„V podstatě jsem všechno věděla, takže pochopili, že mě moc informovat nemusejí. Mě hlavně zajímalo, kdy mi primář vyndá tamponádu. Moc mě teda nepotěšil, protože mi jí nechal dva dny, ale to se nedalo nic dělat.“* Respondent 4 uvedl: *„Když mě přijímal doktor, řekl mi, že je to asi na čtyři dny a dneska jdu domů a je to čtvrtý den.“* Dále mu lékař podal informaci, že nosní tamponádu vyndá druhý den po operaci. Respondentka 5 šla na operaci akutně pro zlomeninu nosních kostí a uvedla: *„Ptala jsem se na to už u příjmu a doktor mi řekl, že půjdu hned ten den příjmu na sál, druhý den mi vyndají tamponádu a večer domů, když se nic nestane.“*

Respondenty nejvíce zajímala délka hospitalizace a doba, po kterou budou mít přední nosní tamponádu. Respondent 6 uvedl: *„Druhý nebo třetí den mi vyndají tampony z nosu, to se prý řídí rozsahem operačního zákroku a ten se pozná až u operace.“*

Informace všem respondentům podávali lékaři u příjmu. Respondent 2 navíc uvedl, že s ním na operačním sále mluvil anesteziolog. Respondenty 3 a 6 informoval primář oddělení, zbylí respondenti lékaře nijak blíž necharakterizovali.

4.7 Představy o operačním výkonu

Tato kategorie se zabývá představami respondentů o operačním výkonu. Představy všech respondentů se lišily. Respondentka 1 uvedla, že vzhledem k akutnosti výkonu představu raději žádnou neměla, aby na to nemusela myslet. Respondent 2 se na operační výkon připravil pomocí odborné literatury. Řekl: *„Prošel jsem si dopředu odbornou literaturu a představu jsem měl vcelku jasnou, o čemž mě ujistil i lékař, který mi popsal postup operace.“* Respondentka 3 vzhledem k tomu, že pracuje jako sálová sestra, celý postup operace viděla opakovaně, a proto její představa byla jasná. Respondent 4 vypověděl: *„Můj doktor, který mě objednal k operaci, mi vysvětlil, že se to dělá vnitřkem nosu, potom se to bude nějakou dobu hojit a může to krváčet. Jinak jsem nic nepotřeboval vědět.“* Respondentka 5 o operačním výkonu moc nepřemýšlela. Od lékaře se dozvěděla, že jí nos srovnají a zatamponují. Respondent 6 uvedl: *„Než mi to popsal lékař, tak jsem věděl, že budou operovat nosem a nebudu mít nikde žádnou jizvu. Jinak mi lékař řekl, že mi vyndají polypy, aby se mi zlepšilo dýchání nosem.“* Následně si přečetl souhlas s operací a vše již nechal na lékařích.

4.8 Představy o pooperačním stavu

Na otázku, jaké byly Vaše představy o pooperačním stavu, si respondenti 1, 3, 4, a 5 představovali, že budou s největší pravděpodobností zvracet. Respondent 4 uvedl: *„Taky jsem si myslel, že budu zvracet, ale nezvracel jsem. Jenom jsem měl pořád pocit, že zvracet budu.“* Respondentka 5 řekla: *„Bála jsem se, abych nezvracela, ale bylo mi celkem dobře.“*

Dále se představy respondentů týkaly pooperační bolesti. Bolesti se obávali respondenti 2, 3, 4, 5 a 6. Respondent 2 se navíc obával toho, že nebude moci dýchat nosem. Uvedl: *„Dovedl jsem si představit, že mě to asi bude bolet a nebudu moct dýchat, ale to jsem nemohl ani před tím.“* ... *„Bylo to daleko horší, než jsem myslel. Troufám si říci, že toto jsem nečekal.“* Podobnou představu měla i respondentka 3, která řekla: *„Myslela jsem si, že představu mám, takže jsem byla připravená na bolest i na ucpaný nos.“* Respondentovi 6 vše popsal kamarád, který také podstoupil podobnou operaci.

Následně pak vypověděl: „*Na této operaci byl už můj kamarád a všechno mi barvitě vyličil. Popisoval hodně krve a velkou bolest. A nějak tak jsem si to představoval a tak to taky bylo.*“

Dále si respondenti 4 a 5 představovali, že nějakou dobu po operaci stráví na oddělení JIP nebo na pooperačním pokoji. Respondentka 5 uvedla: „*Taky jsem si myslela, že budu chvilku ležet někde na pooperačním pokoji, ale hned co jsem se probudila, mě sanitář odvezl na můj pokoj.*“ S respondentem 4 toto vyplynulo až po delším rozhovoru. Řekl: „*Ještě jsem si představoval, že musím být po operaci na jipce a přitom jsem se vrátil na svůj pokoj. Asi to není tak závažná operace.*“

Nejčastější představy respondentů o pooperačním stavu se zabývaly zvracením, bolestí, nosní neprůchodností a již zmíněnou a nepotvrzenou představou pooperačního pobytu na „jipce“.

4.9 Pocity po operaci

Na otázku, jaké jste měl po operaci pocity, odpověděli respondenti 1, 2, 3, 5 a 6 shodně, že pociťovali velkou úlevu, že mají operaci za sebou. Respondent 2 doslova řekl: „*Cítil jsem velkou úlevu, že jsem to přežil a mám to za sebou.*“ Respondentka 3 uvedla: „*Byla to strašná, ale strašná úleva. Na druhou stranu jsem ale věděla, že nejhorší mě ještě čeká, až mi budou vyndávat tamponádu, ale už jsem věděla, že to zvládnou, jak řekl pan primář, bez ztráty květinky.*“

Oproti tomu respondent 4 řekl: „*Hned po operaci jsem prosil sestřičky, ať mě znova uspějí, že to jinak nedám. Myslel jsem, že to nezvládnou.*“ Na doplňující otázku proč, odpověděl: „*Bylo mi zle, musel jsem dechat pusou a myslel jsem, že mi ty tampony z nosu vylezou ven i ušima.*“

Z rozhovorů s respondenty tedy vyplynulo, že nejčastějším pocitem po operaci byla úleva, že mají operaci za sebou, a že jí přežili.

4.10 Nejčastější potíže po operaci

Tato kategorie je opět rozdělena na tři podkategorie, které popisují nejčastější potíže respondentů po operaci. Potíže, které respondenti popisují, se vyskytují v souvislosti s přední nosní tamponádou. Respondent 2 přímo uvedl: „*Zdálo se mi, že moje potíže po operaci souvisely pouze s nosní tamponádou a po jejím odstranění se vše zlepšilo.*“

První podkategorie se proto nazývá Bolest, druhá Spánek a třetí podkategorie nese název Dýchání.

4.11 Bolest

V předchozí kapitole je popsáno, že bolesti se před operací obávali respondenti 2, 3, 4, 5 a 6. Pooperační bolesti trpělo všech šest respondentů. Respondent 2 staví bolest po operaci před všechny ostatní potíže. Na otázku, co Vás po operaci nejvíce trápilo, odpověděl: „*Byla to asi bolest, ale tu jsem díky lékům dobře zvládl.*“

Na doplňující otázku, jak byste popsal pooperační bolest, respondentka 1 odpověděla: „*No sestři, tepala mě celá hlava, ale to co mi dali vždycky zabralo a po vytažení těch tamponů už je to mnohem lepší a už mě to zaplat' pámbu nebolí.*“

Respondenti 2, 4 a 5 popsali tupou bolest celé hlavy. Respondentku 3 bolela hlava jenom trochu. Na tuto otázku odpověděla: „*Bolela mě jenom trochu hlava, proto jsem si nechala preventivně dávat analgetika.*“ Tato respondentka také ocenila formu podání analgetik do žíly přes periferní žilní katetr, stejně jako respondentka 5, která uvedla: „*Taky mě příjemně překvapilo, že mě nepíchali do zadku, ale všechno mi dávali do kanyly. To bylo skvělý.*“ Respondent 6 popsal bolest jako bodavou. Jako jediný z dotazovaných si také stěžoval na bolest v krku. Bolest zubů a uší popsali respondenti 2 a 6. Respondent 2 řekl: „*Byla to tupá bolest celé hlavy, která mi střílela do uší, a bolely mě horní zuby.*“

Na doplňující otázku, jestli Vám sestry doporučily něco jiného, než léky k zvládnání bolesti odpověděli respondenti 2 a 6, že jim byl doporučen studený obklad na hlavu. Respondent 6 řekl: „*Říkaly, že mám ležet s hlavou výš a můžu si dát studený obklad na hlavu, a že to všechno patří k operaci.*“ Respondenti 1, 3, 4 a 5 uvedli, že jim nikdo nic jiného k zvládnutí bolesti nedoporučil. Respondentka 3 se smíchem odpověděla: „*Ne, ale mě by asi stejně nic jiného nezabralo. I když jsem se snažila myslet pozitivně a nejlépe na svojí bolest vůbec nemyslet.*“

Z hloubkového rozhovoru s respondenty dále vyplynulo, že jejich pooperační bolest byla tlumena dostatečně. Respondent 4 na to, zda byla jeho bolest dostatečně tlumena, přímo odpověděl: „*Sestry mi daly injekci do kanyly a potom už to bylo dobrý.*“

4.12 Spánek

Další podkategorie se věnuje problémům respondentů se spánkem po operaci. Problémy se spánkem, jsou stejně jako bolest, spojeny s přední nosní tamponádou. Problémy s usínáním, či se spánkem, mělo po operaci všech šest respondentů.

Respondenti 1, 2 a 4 popsali po bolesti problémy se spánkem a s usínáním jako nejhorší. Respondentka 1 na otázku, jak se Vám spalo s neprůchodným nosem, odpověděla: *„Jo to bylo taky blbý, ale ta bolest byla horší. Nejhorší bylo usínání, potom už to šlo. Potom jsem litovala ty ženský, co se mnou byly na pokoji, protože mi říkaly, že jsem strašně chrápala.“*

Problémy s usínáním měli respondenti 1, 2, 4, 5 a 6. Respondent 4 řekl: *„Asi to bylo nejhorší, než jsem usnul. Potom už to bylo jedno. Ale asi jsem chrápal, protože se mnou ráno sousedi nemluví.“* Podobné potíže s chrápáním, které rušilo ostatní pacienty, měli i respondenti 1 a 6.

Na doplňující otázku, zda udělaly sestry něco, aby zlepšily spánek a usínání, odpověděli respondenti 1, 2, 4 a 6, že jim sestry chodily na pokoj větrat. Respondent 2 řekl: *„Vyvětraly mi pokoj a ustlaly postel.“* Také respondenti 3 a 6 uvedli, že jim sestry před spaním ustlaly postel. Oproti tomu respondentka 1 uvedla: *„...na spaní mi vyvětraly, ale jinak mi postel neupravovaly.“*

Léky na spaní užívali respondenti 2 a 3. Respondent 2 řekl: *„Usnul jsem jen díky lékům na spaní.“* Respondenti 4, 5, a 6 možnosti léků na spaní nevyužili. Respondent 4 řekl: *„Chtěli mi dát tablety na spaní. Ale já jsem je nechtěl, protože jsem se bál, abych po nich nebyl náměsíčněj a něco tady neprovedl.“* Respondentka 1 uvedla, že tuto možnost nedostala. Na otázku, doporučily Vám sestry léky na spaní, odpověděla: *„Ne, ale já by jsem je stejně nechtěla.“*

Po hloubkovém rozhovoru se všemi respondenty se ukázalo, že nejvíce odpočínutá byla respondentka 1, která uvedla: *„Ale já jsem si odpočinula a mohla jsem to dospat i přes den, to bylo fajn si poležet.“*

4.13. Dýchání

Potíže s dýcháním ústy při přední nosní tamponádě udávali všichni respondenti. Všichni respondenti také měli své potíže pouze po dobu ponechání přední nosní tamponády. Jejich potíže s dýcháním úzce souvisely se spánkem. Na otázku, měl jste potíže s dýcháním, respondentka 1 odpověděla: *„Jo, ale jenom protože jsem měla ucpanej*

nos a chrápala jsem a rušila ostatní. Přes den mi to nevadilo, jenom v noci při usínání.“ Respondenti 1, 4, a 5 dále uvedli, že jim po dobu nosní tamponády při dýchání ústy vadilo sucho v ústech, které řešili častějším pitím. Respondentka 5 řekla: *„Měla jsem pořád sucho, musela jsem proto často pít.“* Při doplňujících otázkách se ukázalo, že respondenti 1 a 4 dostali na zmírnění těchto potíží po operaci od sester mokrou žínku na utírání úst.

Respondentka 3 trpěla neustálým slzením z důvodu utlačení slzných cest přední nosní tamponádou. Při hlubším rozhovoru bylo zjištěno, že respondentům 1, 4, 5 a 6 ke zmírnění potíží s dýcháním byla doporučena zvýšená poloha. Respondentka 1 řekla: *„No celou dobu jsem měla zvednutou hlavu vejš, aby se mi líp dechalo“*

4.13 Neuspokojené potřeby respondentů po operaci

Na otázku, chybělo Vám po operaci něco z ošetrovatelské péče, se respondenti 1, 2, 4, 5, a 6 shodli na tom, že jim chyběla lékařská vizita. Respondentka 1 uvedla: *„Jestli se to vztahuje i na doktory, tak asi nějaká vizita.“* Této respondentce dále chyběla možnost návštěv, neboť byla hospitalizovaná v době jejich zákazu z důvodu chřipkové epidemie.

Respondent 4 řekl: *„Myslel jsem, že se každý den přijde kouknout doktor, ale on vůbec nechodil, ani na mě a ani na ostatní pacienty.“* Respondent 6 odpověděl: *„Sestry byly hodné, ale lékaře jsem viděl jenom u příjmu a potom když mi vydával tampony, a před chvílí mě propouštěl, jinak ne.“* Tento respondent si navíc stěžoval na nedostatek jídla. Svůj problém vyřešil konzumováním zásob jídla přinesených z domova. Podobný problém měl i respondent 4, který při doplňujících otázkách k tomuto problému řekl: *„Měl jsem málo jídla, ale jinak bylo dobrý.“* Ani tento respondent netrpěl hladu, při hlubším rozhovoru se ukázalo, že si své zásoby jídla doplnil o jídlo z automatu, který byl dostupný v nemocnici.

Při hloubkovém rozhovoru se ukázalo, že respondentka 5 neměla první den po operaci uspokojenou potřebu spánku. S přední nosní tamponádou nemohla usnut, tabletu na spaní nechtěla. Řekla: *„Ráno jsem byla jako zmlácená. Potom mi doktor vyndal tampony z nosu a prospala jsem celý den, i na jídlo mě musely sestřičky budít.“*

Nejvíce spokojena byla respondentka 3, která na otázku, zda jí něco chybělo z ošetrovatelské péče, odpověděla: *„Já bych řekla, že ne. Mně se zdálo všechno v pořádku.“*

Dále se při hlubším rozhovoru se všemi respondenty ukázalo, že respondenti 2, 3, a 6 by si přáli být po operaci lépe monitorováni, nejlépe na jednotce intenzivní péče.

Doplňující otázky v rozhovoru byly zaměřeny na to, co se dělo s respondenty bezprostředně po operaci. Respondent 2 řekl: „*Před operací jsem si myslel, že mě budou po operaci více hlídat, ale sestry mě potom na pokoji nechaly samotného, i když mě chodily kontrolovat. To mě trošičku zklamalo, přeci jenom, co kdyby se mi něco přihodilo v době jejich nepřítomnosti.*“ Respondentka 3, která uvedla, že jí z ošetrovatelské péče nic nechybělo, svá slova popřela tím, že uvedla: „*Myslím si, že pacienti po této operaci by si zasloužili minimálně do druhého dne pobyt na jipce.*“ Respondent 6 byl po operaci na pokoji neklidný, proto uvedl: „*To Vám teda povím, měli mě dát někam, kde bych byl víc hlídanej, protože tohle se mi zdálo dost málo. Jestli takhle, jako já, vyvádí každej, tak to jsou sestry chudáci.*“

Na otázku, zda Vám chybělo něco z ošetrovatelské péče, se respondenti shodli převážně na tom, že jim nejvíce chyběla lékařská vizita. Při hlubším rozhovoru se však ukázalo, že neuspokojená potřeba byla i to, že nebyli dostatečně monitorováni bezprostředně po operaci.

4.14 Informovanost respondentů po operaci

Tato kategorie se skládá ze čtyř podkategorií, které se nazývají informovanost respondentů po operaci. První podkategorie se nazývá *Informace o režimových opatřeních*, druhá se jmenuje *Péče o dutinu nosní*, třetí jsou *Následné kontroly u lékaře* a čtvrtá má název *Spokojenost pacientů s informacemi při propuštění*.

4.15 Informace o režimových opatřeních

Na otázku, jak Vás informoval ošetřující personál o dalším pooperačním režimu se respondenti 1, 2, 3 a 6 shodli na tom, že se nesmějí několik dní po operaci sprchovat v horké vodě. Tato informace měla pomoci zabránit časnému pooperačnímu krvácení z nosní dutiny. Respondent 6 řekl: „*Potom už jsem mohl všechno, akorát mi zakázali se sprchovat v horké vodě, abych nezačal krváčet.*“

Dále respondenti 1 a 4 vypověděli, že se musí vyvarovat prašného prostředí. Respondent 4 řekl: „*Ještě se musím vyvarovat prašnému prostředí.*“

Další informace se věnovala fyzické námaze po operaci. Respondenti 1 a 6 reagovali totožně. Shodli se, že po operaci se několik dnů mají vyvarovat fyzické námahy. Respondent 6 řekl: „*Doktor mi při propuštění řekl, že nesmím mít několik dnů po operaci fyzickou zátěž, což mi vyhovuje, alespoň si doma pořádně odpočinu.*“ Respondentka 1 si

pamatovala nejvíce o svém pooperačním režimu. Pamatovala si informace o tom, že se má vyvarovat sprchování v teplé vodě, prašného prostředí i fyzické námahy. Přímou řekla: *„A taky mi řekli, že se nesmím sprchovat v horký vodě a být v zaprášený místnosti a že musím odpočívat a nezvedat těžký věci. Tak jsem na to zvědavá, mám totiž doma malý děti.“*

Respondentka 5, která byla operovaná pro zlomeninu nosních kůstek, dostala navíc informaci, že si musí několik týdnů svůj nos po operaci chránit před mechanickým poraněním, z důvodu dobrého srůstu nosních kostí.

Informace, které pacienti dostali ohledně jídla a pití po operaci si pamatovali respondenti 2, 3, 4, 5, a 6. Respondentka 3 řekla: *„Říkali, kdy můžu po operaci pít, večer; že dostanu jíst a neměla bych kouřit, ale mně to po operaci stejně několik dní nechutnalo.“*

4.16 Péče o dutinu nosní

Tato podkategorie se zabývá informacemi, které respondenti získali k péči o nosní dutinu po operaci. Na otázku, jaké pokyny jste dostal od ošetřujícího personálu ohledně péče o nosní dutinu, se všichni respondenti shodli, že se po operaci budou muset o svůj nos starat. Péče o nosní dutinu bude především zahrnovat pravidelné kapání kapek a mazání mastí. Respondentka 1 odpověděla: *„Všichni říkali, že můžu smrkat normálně, ale nesmím silou. A musím několikrát za den, asi 5krát prokapávat a promazávat nos.“* Respondent 2 uvedl: *„Sestry mi vysvětlily, jak se o nos budu dlouhodobě starat. Budu muset kapat kapky, mazat masti a nos čistit.“*

Respondenti 1, 2, 3, 4 a 6 se v odpovědích shodli na tom, že se těší, jak budou moci normálně smrkat po operaci. Respondent 6 řekl: *„...hlavně, že můžu smrkat, bál jsem se, aby mi to sestry nezakázaly.“*

Na doplňující otázku, ukázaly Vám sestry, jak budete kapat a mazat dutinu nosní respondentka 1 odpověděla: *„No to mi musely ukázat hned několikrát. Po vyndání tamponů mi to musely dělat samy, protože jsem se bála, abych si to v nose neporanila.“* Stejně tak respondent 4 vypověděl: *„Doktor mi vyndal tampony a sestry mi kapaly a mazaly nos. Druhý den jsem musel sám, abych jsem se to taky naučil.“*

Informace k péči o nosní dutinu respondentům podaly sestry během hospitalizace a lékaři při propuštění. Přední nosní tamponádu odstraňoval vždy lékař za asistence sestry.

4.17 Následné kontroly u lékaře

Tato podkategorie se zaměřuje na informovanost respondentů o pooperačních kontrolách u lékaře. Na otázku, informoval Vás lékař při propuštění, jak často budete chodit na kontroly, se všichni respondenti jednohlasně shodli na tom, že jim lékař řekl, že mají vše napsané v propouštěcí zprávě. Respondentka 1 odpověděla: „*Neinformoval, řekl mi, že to důležité mám v propouštěčce.*“ Respondent 2 zdůraznil: „*Čekal jsem, že se mi alespoň koukne do nosu, ale asi chváta. Na kontroly jsem se ho musel zeptat. Řekl mi, že to mám všechno v propouštěcí zprávě a dal mi i recepty.*“

Následné pooperační kontroly se konají do týdne od propuštění na příslušné ORL ambulanci. Při horečnatých stavech, či krvácení z nosní dutiny, jsou pacienti ihned zkontrolováni na oddělení, kde proběhla operace. Oslovení respondenti byli informováni ústně a následně písemně v propouštěcí zprávě.

4.18 Spokojenost pacientů s informacemi při propuštění

Tato podkategorie popisuje spokojenost respondentů s informacemi, které dostali při propuštění. Ačkoli se v předešlé podkategorii všichni shodli na tom, že veškeré informace mají napsané v propouštěcí zprávě a zdálo se, že budou nespokojeni, všichni spokojeni byli.

Respondentka 1 uvedla v předešlé podkategorii, že jí nikdo neinformoval a nyní řekla: „*Ještě, že mi to všechno řekli a pak ukázali, protože bych asi nevěděla jak na to. Takže jsem spokojená byla.*“ Respondent 2 uvedl: „*Vcelku jsem spokojen byl, informace byly jasné a srozumitelné.*“ Respondent 4 dodal: „*Myslím, že dobrý. Akorát mi to sestřičky musely několikrát vysvětlit.*“

4.19 Hodnocení celkové poskytnuté péče

V této kategorii se zaměřujeme na spokojenost respondentů s celkovou poskytnutou péčí v průběhu hospitalizace. Do této kategorie by se dalo zařadit, že největší nespokojenost respondentů byla s tím, že ani jeden den nebyla lékařská vizita, jak je již popsáno v kategorii *Neuspokojené potřeby respondentů po operaci*.

Respondenti 1, 2, 3, 4, 5 i 6 hodnotí celkovou péči, která jim byla poskytnuta kladně. Na otázku, jak hodnotíte celkovou péči, která Vám byla poskytnuta, respondentka 1 odpověděla: „*Já jsem byla spokojená, všichni na mě byli moc hodní, takže si fakt nemám na co stěžovat. Doktoři se taky snažili, i když ty jsem moc neviděla.*“ Respondent 6 řekl:

„Kdybych si měl znovu vybrat nemocnici, ve které by jsem se nechal odoperovat, šel bych zase k Vám.“

4.20 Opětné podstoupení EES operace

Na závěr rozhovoru byla respondentům položena otázka, zda by v případě nutnosti podstoupili znovu tuto operaci. Respondent 2 uvedl: *„Tuto otázku jsem nečekal. To si teď netroufám říci.“* Respondenti 1, 3, 5 a 6 by tuto operaci v případě nutnosti, opět podstoupili. Respondent 6 uvedl: *„Ale jenom v případě nutnosti.“* Jako jediný by tuto operaci znovu nepodstoupil respondent 4, který řekl: *„Bylo mi tu s Vámi fajn, ale asi ne.“*

5 Diskuze

Bakalářská práce na téma *Endoskopické endonazální operace nosního nitra a vedlejších nosních dutin z pohledu pacienta* se všeobecně zaměřuje zejména na endonazální operace nosního nitra a vedlejších nosních dutin, nezbytná předoperační vyšetření, pooperační péči, pooperační režim a potřeby pacientů. Dále se ve sdělení hodnotí informovanost pacientů o potřebě dlouhodobé péče o nosní dutinu i o celkový zdravotní stav po tomto typu operace.

Hlavním cílem kvalitativního výzkumného šetření bylo zjistit nejčastější obavy a představy, které má pacient v souvislosti s operací, jaké potřeby pacientů zůstaly neuspokojené v pooperačním období a dále pak ověřit názor operovaných nemocných na poskytovanou ošetrovatelskou péči.

Pro výzkum v této bakalářské práci byly vytvořeny čtyři výzkumné otázky: jaké jsou nejčastější obavy pacienta před operací a v pooperačním období, jaké mají pacienti nejčastější potřeby v době po operaci, jaké potřeby zůstaly neuspokojeny a v čem vidí pacienti největší problém z hlediska ošetrovatelské péče.

Pro získání informací byla použita metoda polostrukturovaného rozhovoru, který byl veden s pacienty po endoskopické endonazální operaci při ukončení jejich hospitalizace. Otázky, které byly pacientům položeny, zkoumaly jejich pocity, obavy, potřeby a názory v raném pooperačním období. Zjišťovalo se, jak jsou informovaní o režimových opatřeních, jak dobře je znají a dodržují i jak hodnotí celkovou péči při pobytu v nemocnici.

První výzkumná otázka se věnuje nejčastějším obavám pacientů před operací a v pooperačním období. Podle výsledků bylo překvapivě zjištěno, že největší obavou před operací není operace samotná, nýbrž jsou to obavy z průběhu celkové anestezie, z pooperačního krvácení, bolesti a z konečného výsledku operace. Po operaci se pocity respondentů změnilly z obav na úlevu, že mají zákrok za sebou a nyní již pouze musejí doufat v kladný výsledek operace, neboť pooperační hojení sliznice dutiny nosní je dlouhodobé. Takto se shodlo pět ze šesti respondentů. Respondentka 3 uvedla: „*Byla to strašná, ale strašná úleva*“. Ze šesti respondentů odpověděli tři, že největší obavy před operací měli z celkové anestezie, další tři respondenti měli obavu z nepodařeného výsledku operace. Oproti tomu respondent 6 věřil před operací v kladný výsledek, neboť se těšil, že bude moci po operaci dýchat nosem. Fokkens (2007) a Markalous (2009) uvádějí, že hodnocení pooperačního efektu vychází ze subjektivního pohledu pacienta

a z objektivního nálezu při pooperační endoskopii. Výsledek proto závisí nejen na vlastním operačním zásahu, ale i na pooperační konzervativní léčbě a na celkovém zdravotním stavu pacienta. Pooperační konzervativní léčba je důležitá pro udržení dobrého výsledku operace a dále pak jako prevence před opakováním nemoci. Z mojí zkušenosti mohu dodat, že o nosní dutinu se po operaci lépe a pečlivěji starají ženy. Oproti tomu se část pacientů po operaci již neléčí a navzdory doporučením, které dostali, nedochází na kontroly. Za nějakou dobu jim proto nezbývá nic jiného, než podstoupit revizní operaci pro opakování svých obtíží.

Další obavou, kterou respondenti trpěli před operací, bylo pooperační krvácení. Pooperačního krvácení se obávali respondenti 3 a 6. Respondentka 3, povoláním sálová sestra, řekla: „*Napadlo mě, že zdravotníci mají vždycky nějaké komplikace. A pak jsem se bála, že nepřestanu krváčet a skončím s transfuzí. Měla bych špatný pocit, že mám v sobě cizí krev.*“ Pooperační krvácení patří mezi nejčastější a nejzávažnější místní komplikaci po endoskopické endonazální operaci. Sičák (2006) uvádí, že závažnější epistaxe se vyskytuje až u 3 % operovaných nemocných. Astl (2012) sděluje, že toto krvácení je způsobené poraněním cév, které zpravidla vyžaduje nosní tamponádu nebo při závažnější epistaxi revizi a ošetření místa krvácení. Z výzkumného šetření však vyplynulo, že touto komplikací netrpěl žádný dotazovaný respondent a to i vzhledem k tomu že byli sestrami informováni o časně prevenci tohoto krvácení. Respondenti 1, 2, 3 a 6 byli informováni, že se nesmějí sprchovat po operaci v horké vodě a respondenti 1 a 6 si pamatovali, že nemají mít fyzickou zátěž několik dní po operaci z důvodu prevence pooperačního krvácení. Respondent 6 řekl: „*Potom už jsem mohl všechno, akorát mi zakázali se sprchovat v horké vodě, abych nezačal krváčet.*“ Respondentka 1 přímo řekla: „*A taky mi řekli, že se nesmím sprchovat v horký vodě a být v zaprášený místnosti a že musím odpočívat a nezvedat těžký věci.*“ Ze šetření vyplývá, že respondenti si dokázali zapamatovat a zejména dodržovat hlavní zásady prevence krvácení po endonazální operaci a tím dokázali i dobře spolupracovat. Dle mého názoru je proto spolupráce nemocného v pooperačním období zásadní, jak pro prevenci komplikací, tak také pro řádné a rychlé zhojení. Vedle obavy z pooperačního krvácení měli dále dotazovaní respondenti obavu z pooperačního zvracení.

Hahn (2006) uvádí, že nevolnost a zvracení trápí až 60 % pacientů po operacích v celkové anestezii na ORL pracovištích. U dotazovaných respondentů se tato obávaná komplikace rovněž vyskytla. V souvislosti s celkovou anestézií se čtyři respondenti obávali zvracení a nauzey. Po narkóze však zvracel pouze jeden respondent a dva

respondenti trpěli nauzeou. Sestry tyto stavy řešily nitrožilním podáním antiemetik, infuzí tekutin a nemocné intenzivně sledovaly. Dále pečovaly o jejich osobní hygienu a podaly respondentům emitní misku s buničinou. Po odeznění celkové anestezie a po stabilizaci pooperačního stavu u všech respondentů nauzea i zvracení ustoupily a pacienti mohli bez problémů pít a požívat tuhou stravu. Z mojí zkušenosti mohu dodat, že pacienti po EES mají navíc velký problém v podobě přední nosní tamponády, protože při zvracení nemohou dýchat. Z tohoto důvodu si myslím, že je pro ně zvracení velmi náročné. Navíc při operaci dojde ke spolykání malého množství krve a ne všichni anesteziologové ji odsají. Z tohoto důvodu potom některé pacienty trápí dávení této krve a uleví se jim až po jejím vyvracení; a to i navzdory podaným antiemetikům.

Další obava, která souvisela s celkovou anestézií, byla zaznamenána u respondentek 1 a 5. Týkala se zimy na operačním sále v souvislosti s nedostatečným oblečením a studem respondentů. Tyto obavy se však nepotvrdily a respondenti byli s ošetrovatelskou péčí před uvedením do celkové anestezie spokojeni.

Obavu z pooperační bolesti měli respondenti 2, 3, 4, 5 a 6. Bolest je následně popsána níže v nejčastějších potřebách po operaci.

Respondenti, u kterých byla endoskopická endonazální operace plánována se navíc před zákrokem obávali, že nebudou moci dýchat nějakou dobu volně nosem. Naproti tomu akutně operované respondentky 1 a 5 o tomto důsledku operace moc nepřemýšlely.

Tato častá obava proto bránila respondentům v podstoupení operace a/nebo v jejím odkládání. Ucpaný nos, rýma, huhňavost, bolesti hlavy i poruchy čichu, to všechno jsou potíže, které pacienti často bagatelizují, i když jim různou měrou znepříjemňují život. Tyto obtíže se mohou podílet na poruchách spánku, na chronické únavě a snížení celkové výkonnosti, což jako červík pomalu nahlodává jejich duševní pohodu. Proto je žádoucí, aby ošetřující personál adekvátně spolupracoval s pacienty nejen těsně před operací, ale již při ambulantní indikaci endoskopické endonazální operace. Sestry musí trpělivě vysvětlovat pacientům krátkodobé zhoršení stávajících nosních obtíží a rozptýlit tak jejich obavy z pooperační nosní tamponády.

Všichni respondenti se před operací něčeho obávali, i když respondent 4 uvedl, že se ničeho nebojí. Při hloubkovém rozhovoru se však ukázalo, že obavami před operací trpěl i on. Všechny tyto obavy ošetřující personál mírní dostatečnými informacemi, které se zabývají předoperačním a pooperačním režimem na oddělení, včetně všech opatření, délkou a průběhem hospitalizace a pooperační péčí o nosní dutinu. Všichni respondenti byli dále před operací informováni o pooperačním režimu a o průběhu a délce

hospitalizace. Informace všem respondentům podávali lékaři u příjmu. Respondent 2 navíc uvedl, že s ním na operačním sále mluvil anesteziolog. Respondenty 3 a 6 informoval primář oddělení, zbylí respondenti lékaře nijak blíž necharakterizovali. Respondenty o předoperačním režimu informoval lékař i sestry. Akutně operované respondenty hned u příjmu v den operace, plánované respondenty na oddělení den před operací. Ne všichni respondenti byli však informováni o denním režimu oddělení. Respondenti 4 a 6 uvedli, že o ničem jiném je nikdo neinformoval. Respondent 6 řekl: „*Sestry mi ukázaly, kde co na oddělení je, ale jinak mě o ničem takovém neinformovaly.*“ O denním režimu oddělení respondenty informovaly sestry, informace doplnily o práva pacientů a domácí řád oddělení. Všichni respondenti byli dále informováni o dlouhodobé konzervativní terapii po operaci, která spočívá zejména ve správné aplikaci kapek a mastí a v důkladném čištění nosní dutiny. Informace k péči o dutinu nosní respondentům podaly sestry během hospitalizace a lékař při propuštění. Přední nosní tamponádu odstraňoval vždy lékař za asistence sestry, což uvádí i Astl (2012). Dle mé zkušenosti je nejlepší, když celý postup péče o dutinu nosní po vyndání přední nosní tamponády provede nejprve sestra a poté pacient sám pod dohledem sestry a to tolikrát, aby pacient vše zvládl sám. Sestra se také musí sama rozhodnout, který pacient bude potřebovat více času k pochopení a tudíž i její péče.

Další velmi důležitá informace pro pacienty je způsob smrkání po operaci. Během rozhovorů jsme se zajímali, zda o této skutečnosti byli respondenti informováni. Pět respondentů se shodlo na tom, že po operaci musí smrkat šetrně, ne silou, aby nedošlo ke krvácení z nosu. Respondent 2 uvedl: „*Po operaci mi sestry zakázaly smrkat, ale po vyndání tamponů mi to dovolily, ale jenom zlehka, ne silou.*“ Péče o nosní dutinu musí probíhat dlouhodobě a nesmí dojít k jejímu zanedbání, neboť by to zhoršilo výsledný efekt operace. Volná nosní dutina přispívá také k dobré psychické pohodě nemocných, která je nedílnou součástí ošetrovatelského procesu a napomáhá tak ke správnému procesu léčby a časnému pooperačnímu hojení, jež je pro výsledek operace a celkový zdravotní stav nemocného rozhodující. Dochází též k rychlejšímu uzdravení pacientů, omezení pooperačních komplikací, ke zkrácení doby pracovní neschopnosti a tím i k omezení finančních nákladů na léčbu. Markalous (2002) uvádí, že sestra poučí pacienta o správné formě smrkání a celý postup s ním nacvičí, neboť správná forma smrkání je po odstranění přední nosní tamponády žádoucí. Dle mé zkušenosti mohu říci, že většina pacientů se bojí, že jim po operaci lékař zakáže smrkat, a proto, když mají

smrkání dovoleno, pociťují velkou úlevu. Tato informace by se proto měla pacientovi zdůraznit již před operací, aby se tak předešlo jeho obavám.

Druhá výzkumná otázka zjišťovala, jaké mají pacienti nejčastější potřeby v pooperačním období. Z výzkumného šetření vyplynulo, že potřeby respondentů úzce souvisely s přední nosní tamponádou, kterou respondentům odstraňoval vždy lékař za asistence sestry. Tato doba se řídila druhem operačního zákroku a nálezem při operaci. Respondent 2 přímo uvedl: *„Zdálo se mi, že moje potíže po operaci souvisely pouze s nosní tamponádou a po jejím odstranění se vše zlepšilo.“* Potřeby respondentů proto spočívaly zejména v umožnění opětovného dýchání nosní dutinou. Problematika aplikace nosní tamponády po endonazální operaci se v současnosti diskutuje. Fokkens (2012) uvádí, že její nespornou výhodou je výrazné omezení epistaxe. Na druhou stranu existují pracoviště, která nosní tamponádu neužívají a aplikují do operované oblasti fibrinová lepidla (omezují místní krvácení) nebo vkládají do nosního nitra tenké rourky umožňující alespoň částečné dýchání nosem. Tyto postupy bývají ovšem spojeny s vyšší frekvencí epistaxe, a proto byly na našem pracovišti téměř opuštěny. Hlavním důvodem bylo maximální snížení rizika krvácení pacientů a současně usnadnění ošetrovatelského procesu sester.

Hlavní potřebou, která musí být po operaci uspokojena, je potřeba dýchání, která náleží k vitálně důležitým funkcím člověka. Výtečková (2013) uvádí, že mezi ošetrovatelské intervence vedoucí k udržení volných dýchacích cest patří zejména polohování, inhalace, rehabilitace a odstranění sekretu z dýchacích cest včetně případné aplikace kyslíku. Dušné pacienty proto nejčastěji ukládáme do zvýšené Fowlerovy polohy, která zajišťuje optimální ventilaci plic. Po endonazální operaci mají pacienti přední nosní tamponádu, která musí být ponechána na svém místě jeden až dva dny. O této době rozhoduje operátor. Astl (2012) popisuje, že zavedení přední nosní tamponády je výkon, kdy je do nosní dutiny vsunut materiál, který vytvoří tlak na cévy a tak dojde k zástavě krvácení. Přední tamponáda se provádí longetami s desinfekčními přípravky, které jsou vrstveny na sebe v takovém množství, aby byla vytvořena účinná komprese v místě zdroje krvácení. Z tohoto důvodu mají pacienti různě vyjádřený a vnímaný dyskomfort vzhledem znemožnění nosního dýchání. Například respondentka 5 uvedla: *„Nejvíc mě trápil asi ucpaný nos, myslela jsem si, že budu mít ucpaný nos jako při rýmě, ale takový ucpání jsem nečekala. Přišlo mi, že toho mám v nose nějak moc, až se mi z toho nějak zvětšil, ale sestřičky říkaly, že je to normální.“* Myslím si, že převážná většina pacientů si neumí představit, jak dlouhé jsou longety, které se zavádí do nosní dutiny a z důvodu

neznalosti anatomie nosního nitra nevědí, kam až tamponáda sahá. Většina pacientů si myslí, že nosní tamponáda je dlouhá pouze jako jejich nos a tam se také zavádí. A díky tomuto smýšlení bývají po operaci nemile překvapeni. Proto by dle mého názoru mělo dojít ke zlepšení informovanosti pacientů lékařem před operací a klást důraz zejména na uložení přední nosní tamponády a na potíže které z toho plynou.

S potřebou dýchání úzce souvisí potřeba dostatečného spánku a odpočinku. Potížemi s usínáním a spánkem trpělo všech šest respondentů. Po odstranění přední nosní tamponády jejich obtíže se spánkem a usínáním vymizely. Téměř každý člověk totiž má značné problémy s dýcháním ústy ve spánku při současně ucpaném nosu. Sestry se snažily respondentům pomoci a nabízely jim hypnotika. Ne všichni, ale tuto možnost využili. Léky na spaní si vzali respondenti 2 a 3. Respondent 2 řekl: „*Usnul jsem jen díky lékům na spaní.*“ Respondentka 1 tuto možnost volby neměla, neboť jí nikdo hypnotika nenabídl. Mikšová (2006) uvádí vhodné aktivity sestry pro zlepšení kvality spánku pacienta. Mezi tyto aktivity patří zejména minimalizovat rušivé vlivy nemocničního prostředí, zabezpečit psychickou pohodu a uvolnění, zajistit pohodlí pacienta vhodným typem lůžka a správnou úpravou lůžka, včetně informačního rozhovoru o faktorech ovlivňující spánek. Sestry se snažily minimalizovat nežádoucí faktory ovlivňující spánek. Sestry dotazovaným respondentům před spánkem upravily lůžko a vyvětraly. Respondent 2 přímo řekl: „*Vyvětraly mi pokoj a ustlaly postel.*“ Dle mé zkušenosti, pacient, který není zvyklý ve spánku dýchat ústy, usne s přední nosní tamponádou pouze při podání hypnotik, nebo vyčerpáním. Tento spánek je proto nekvalitní a pacientům pomůže až vyndání přední nosní tamponády.

Další nežádoucí důsledek přední nosní tamponády bylo chrápání, o kterém hovořili respondenti 1, 4 a 6. Jejich noční chrápání rušilo ostatní pacienty na pokoji. Sestry by tomuto měly předcházet vhodným rozmístěním pacientů na jednotlivé pokoje. Podle mne je ovšem nutno poznamenat, že ne vždy lze nemocné rozmístit po pokojích tak, aby se vzájemně nerušili. Na ORL oddělení jsou hospitalizováni pacienti všech věkových skupin s různými diagnózami včetně dětí s rodiči a denně se provádí okolo osmi operací v celkové anestezii. Z těchto důvodů a vzhledem k lůžkové kapacitě pracoviště se ne vždy nepodaří docílit úplné spokojenosti všech pacientů.

Z hloubkových rozhovorů vyplynulo, že všichni respondenti byli po operaci na pokoji monitorováni včetně saturace kyslíkem. Potíže s dýcháním ústy po operaci měli všichni respondenti a to pouze po dobu trvání přední nosní tamponády. Po jejím odstranění se vše opět upravilo. Dle mého názoru by byli respondenti s dýcháním při

přední nosní tamponádě více spokojeni, kdyby měli možnost dýchat zvlhčovaný vzduch přes nebulizátor. Bohužel, na oddělení není dostatek nebulizátorů pro všechny operované pacienty. Respondenti 1, 4 a 5 si stěžovali na sucho v ústech při dýchání s nosní tamponádou. Respondentka 5 řekla: „*Měla jsem pořád sucho, musela jsem proto často pít.*“ Sestry se snažily pacientům pomoci. Ve dvou případech respondenti uvedli, že jim sestra ke zmírnění obtíží dala mokrou žínku na otírání úst.

Další důležitou potřebu po operaci je omezení bolesti. Z prováděných rozhovorů vyplynulo, že po operaci trpělo bolestí všech šest dotazovaných respondentů. Z hloubkového rozhovoru se ukázalo, že jejich bolest byla dostatečně tlumena analgetiky. Hakl (2013) udává, že dostatečná úleva od bolesti je nutná proto, aby se pacient cítil pokud možno tělesně i psychicky dobře a mohl se zpočátku pohybovat na lůžku. Adekvátní úleva od bolesti zrychluje rekonvalescenci, povzbuzuje časnou mobilizaci, a tak snižuje riziko pooperačních komplikací. Respondenti 1, 3, 4 a 5 uvedli, že jim nikdo nic jiného k zvládnutí bolesti, kromě analgetik nedoporučil. Respondentům 2 a 6, byl navíc doporučen k zvládnutí bolesti studený obklad na hlavu. Mikšová (2006) uvádí i jiné postupy ke zvládnutí bolesti, mezi něž patří zejména hypnóza, relaxace, akupunktura, sugesce, arteterapie, vhodná poloha a našimi dotazovanými respondenty již zmíněná aplikace chladu a tepla. Dotazované respondenty bolela celá hlava, ve dvou případech popsali bolest zubů a uší. Jeden respondent trpěl po operaci bolestí v krku, což se vztahovalo k intubaci. Respondenti popsali svou bolest nejčastěji jako bodavou, tupou a „střílící“ do uší. Respondentky 3 a 5 pochválily aplikování analgetik po operaci do periferního žilního katetru. Hakl (2013) uvádí, že intravenózní aplikace analgetik je zejména v časném pooperačním období efektivnější než intramuskulární či perorální. Zkracuje dobu nástupu účinku analgetik a přináší pacientům větší komfort včetně eliminace krátkodobé bolesti při vpichu do svalu a někdy i po něm. Respondentka 5, uvedla: „*Taky mě příjemně překvapilo, že mě nepíchali do zadku, ale všechno mi dávali do kanyly. To bylo skvělé.*“ Většina pacientů, které jsem po operaci ošetřovala, byla nejprve mile překvapena a poté s aplikací analgetik spokojena. Proto si myslím, že ne všude se již zavedené kanyly využívá. Přestože literatura uvádí, že jsou i jiné možnosti k zvládnutí bolesti, z mé zkušenosti se dá říci, že pacientům po této operaci dostatečně pomůže pouze farmakologická léčba.

Dále prodiskutujeme otázku, jaké potřeby zůstaly neuspokojeny. Respondenti 1, 2, 4, 5 a 6 se shodli na tom, že jim nejvíce chyběla lékařská vizita a dále pak, že nebyli dostatečně monitorováni bezprostředně po operaci, na což upozornili respondenti 2, 3 a 6.

Tito tři respondenti by si přáli být po operaci lépe monitorováni, nejlépe na jednotce intenzivní péče. Rozhodnutí, zda bude nemocný umístěn po endonazální operaci na standardní lůžkové ORL oddělení či na intenzivní pooperační jednotku rozhodují anesteziolog spolu s operátérem s přihlédnutím k celkovému i místním operačnímu stavu pacienta. Z mojí zkušenosti se bohužel ojediněle stává, že již dobře stabilizovaný nemocný na dospávacím pokoji je po převozu na standardní oddělení následně zhoršen z hlediska možné agresivity, krátkodobého poklesu saturace kyslíkem aj. Tento stav by si jistě zasloužil delší sledování na dospávacím pokoji anesteziologem. Těmto neklidným či hypoventilujícím pacientům pak musí být věnováno více času a pozornosti, než těm, kteří jsou po anestezii převezeni na pokoj v adekvátním stavu. Následně dochází k nadměrné zátěži zejména středního zdravotnického personálu, čili sestry. Proto i sestra musí důsledně komunikovat s anesteziology a operátéry a musí být dodržovány standardy pooperační péče. Současně je nezbytné řádně poučit nemocné o možnosti pobytu po operaci i na jednotce intenzivní péče, tak jak rozhodnou lékaři a že metody i doba intenzivního monitoringu po operaci se neřídí jen subjektivními pocity nemocného, protože ještě není schopen adekvátně komunikovat vzhledem k přetrvávání efektu léčiv podaných během narkózy. Na druhé straně mi ale nezbyvá nic jiného, než s respondenty, kteří na tuto problematiku upozornili, souhlasit a případně tak upravit pooperační sledování po dohodě s lékaři. Respondent 6 byl po operaci na pokoji neklidný, proto uvedl: *„To Vám teda povím, měli mě dát někam, kde by jsem byl víc hlídanej, protože tohle se mi zdálo dost málo. Jestli takhle, jako já, vyvádí každej, tak to jsou sestry chudáci.“* Oslovení respondenti měli sice představu, že by měli být po operaci na „jípce“, ale Astl (2012) udává, že pacienti po zákrocích metodou EES jsou z operačního sálu přeloženi zpravidla na standardní pokoj. Domnívám se, že ne vždy je pacient na našem oddělení přivezen z pooperačního pokoje na své lůžko v takovém stavu, který by tomu měl odpovídat. Pacienti jsou tak ohroženi špatnou saturací kyslíku. Je však v moci anesteziologa, aby rozhodl, je-li pacient ve stavu, kdy může opustit pooperační pokoj. Tomuto nepomůže ani fakt, že ORL operační sál je součástí našeho oddělení a v případě nutnosti je ihned přítomen anesteziolog i ORL lékař. Souhlasím proto s tím, že toto by mělo být v souladu s literaturou, kdy Mikšová (2006) říká, že pacient je převezen z operačního sálu po stabilizování stavu, kdy sám spontánně dýchá, má stabilizovaný krevní oběh a reaguje na hlasové podněty.

Další neuspokojená potřeba se týkala lékařské vizity, která chyběla pěti ze šesti respondentů. Při hlubším rozhovoru se ukázalo, že jim sestry vše vysvětlily. Na ORL

oddělení si zve lékař pacienty na vyšetřovnu, kde s nimi pohovoří, vyslechne a poučí je. Podle potřeby je vyšetří a ošetří, neboť na lůžkových pokojích toto není realizovatelné. Po tomto vysvětlení již byli respondenti spokojeni. Z mé zkušenosti se dá říci, že na absenci vizit si stěžuje mnoho pacientů a bohužel ne všichni toto uspořádání akceptují.

Respondenti 4 a 6 si stěžovali na nedostatek jídla. Respondent 4 řekl: „*Měl jsem málo jídla, ale jinak bylo dobré.*“ Tito dva respondenti však, dle mého názoru, hlady netrpěli, protože dostali standardní porce stravy. Při hlubším rozhovoru se ukázalo, že si své zásoby jídla doplnili i o jídlo z automatu, který byl dostupný v nemocnici, a dále svůj problém vyřešili konzumováním zásob jídla přineseného z domova. Uvedení respondenti byli muži zvyklí konzumovat větší porce potravy. Myslím si, že velikost porcí stravy není vždy uzpůsobena potřebám pacientů, zejména mužům, kterým k večeři zpravidla nestačí například dva tenké plátky chleba a jedno malé máslo. Většina pacientů je však se stravou spokojena a to jak s množstvím, tak i s kvalitou. Tito dva respondenti řešili svůj problém s jídlem se sestrami, které je upozornily na možnost sdělit tuto skutečnost do dotazníku spokojenosti, který mohou po propuštění anonymně vyplnit. Na druhou stranu souhlasím s literaturou, kdy Mikšová (2006) uvádí, že člověk potřebuje ke své každodenní výživě takové množství potravy, jaké zhruba odpovídá jeho spotřebě energie. Musí se však přihlídnout k faktorům, které výživu ovlivňují. Jsou to zejména biologické faktory, psychické faktory a v neposlední řadě kultura a životní prostředí.

Dále se při hloubkovém rozhovoru ukázalo, že respondentka 5 neměla první den po operaci uspokojenou potřebu spánku. S přední nosní tamponádou nemohla usnout, tabletu hypnotika na spaní odmítla. Řekla: „*Ráno jsem byla jako zmlácená. Potom mi doktor vyndal tampony z nosu a prospala jsem celý den, i na jídlo mě musely sestřičky budít.*“ Tato respondentka byla na oddělení hospitalizovaná pouze krátce, proto svůj problém se spánkem neřešila.

Poslední výzkumná otázka se zaměřila na zjištění, v čem vidí pacienti největší problém z hlediska ošetrovatelské péče. Touto otázkou jsme se již zabývali. Největší problém se respondentům jevil s nedostatečnou monitorací po operaci a s lékařskou vizitou, která se neuskutečnila podle představ dotazovaných respondentů. Dle mého názoru je důležité, aby se pacienti během hospitalizace cítili dobře a aby si vybudovali i během této krátké doby důvěrný vztah k sestře, neboť právě s ní budou po celou dobu hospitalizace v nepřetržitém kontaktu.

Všichni respondenti byli spokojeni s informacemi, které jim byly po operaci podány. Poskytnuté informace, byly zaměřeny na instruktáž a seznámení se s režimovými

opatřeními, péčí o nosní dutinu, následnými kontrolami u lékaře a na dotaz se spokojeností respondentů s informacemi při propuštění. Údaje podané o režimových opatřeních a péči o dutinu nosní jsou již popsány výše. Zaměříme se tedy na informace předané při propuštění a následnou spokojenost respondentů s těmito informacemi. Ačkoli se respondenti shodli na tom, že je lékaři „tak trochu odbyli“ a řekli jim, že veškeré informace mají napsané v propouštěcí zprávě a jevílo se, že budou nespokojeni, všichni nakonec spokojeni byli. Respondentka 1 nejprve uvedla, že jí nikdo neinformoval, ale poté řekla: *Ještě, že mi to všechno řekli a pak ukázali, protože bych asi nevěděla jak na to. Takže jsem spokojená byla.*“ Respondent 2 uvedl: *„Vcelku jsem spokojen byl, informace byly jasné a srozumitelné.“* Podle Markalouse (2002) a Kuchyňkové (2015) bylo statisticky zjištěno, že při odchodu nemocného po ošetření nebo při propuštění z hospitalizace je schopen zapamatovat si pouhých 10 až 15 % informací podaných ústní formou lékařem nebo sestrou, vyplývá to z určitého napětí až stresu pacienta i z obecného pravidla, že informace podaná laikovi je vždy obtížně akceptovatelná k zapamatování. Proto se domnívám, že se nelze divit nemocným, že si oprávněně stěžovali na ojedinělé nedostatky při předávání informací. A proto je nadále nezbytné zdůraznit potřebu opakovaného a trpělivého vysvětlování a komunikace s nemocným včetně upozornění, že základní důležité informace a poučení jsou současně v propouštěcí zprávě, s níž odchází do domácího ošetřování. Ze zkušeností, které mám, poukazují na to, že naprostá většina pacientů si informace, které jim jsou podány při propuštění, nepamatují a jsou proto rádi, že jim sestra vše zopakuje. Neboť některé pacienty ani nenapadne, že by tyto informace mohly být napsány v propouštěcí zprávě.

Oslovení respondenti byli s celkovou ošetrovatelskou péčí spokojeni. Jenom jediný z oslovených respondentů 6 uvedl nelichotivé informace o sesterském personálu, sdělil následující: *„A jedna sestra byla po ránu nevrlá, ale to se asi jenom špatně vyspala, potom už jsem jí neviděl.“* Tento respondent však také řekl: *„Kdybych si měl znovu vybrat nemocnici, ve které bych se nechal odoperovat, šel bych zase k Vám.“* Oproti tomu respondentka 5 uvedla: *„Nedá se říct, že jsem byla nespokojená. Ale úplně spokojená budu až doma. Nemám to moc s čím srovnávat. Jenom s porodnicí a to bylo něco jiného.“* O lékařích se uspokojivě vyjádřila respondentka 3, která řekla: *„Byla jsem tady moc spokojená, pan primář je velmi pozorný a má zlatý ručičky a všichni ostatní byli taky moc hodní.“* Ze zkušeností, které mám, mohu potvrdit, že naprostá většina pacientů po této operaci je s pobytem na našem oddělení spokojena a to jak s prostředím a atmosférou, tak i s ošetrovatelskou péčí.

Respondenti 1, 3, 5 a 6 by tuto operaci, v případě nutnosti, opět podstoupili. Dle mého názoru toto může hodnotit pouze ten, kdo nemůže dlouhodobě dýchat nosem. Já sama trpím chronickou rýmou, která se u mě projevuje zbytněním nosní sliznice a jelikož vím, co všechno tato operce obnáší a jaká rizika s sebou nese, tuším, že dokud nevyčerpám metody konzervativní léčby a budu moci alespoň trošičku dýchat nosem, operaci budu oddalovat.

6 Závěr

Tato bakalářská práce byla zaměřena na problematiku endoskopické endonazální operace nosního nitra a vedlejších nosních dutin z pohledu pacienta. Ke zpracování této problematiky byly stanoveny tři cíle. Cíl 1 – Zjistit nejčastější obavy, které má pacient v souvislosti s operací. Cíl 2 – Zjistit oblasti nesaturovaných potřeb pacienta za hospitalizace a v pooperačním období. Cíl 3 – Zjistit názor operovaných nemocných na poskytovanou ošetrovatelskou péči. Pro splnění těchto cílů byly stanoveny čtyři výzkumné otázky. Pro splnění cílů bylo zvoleno kvalitativní šetření formou polostrukturovaného rozhovoru. Při analýze rozhovorů byla použita metoda „papír a tužka“. Zpracované výsledky byly rozděleny do deseti kategorií a následně do podkategorií. Získané výsledky byly vyhodnoceny.

Z odpovědí respondentů vyplynulo, že nejčastější obavy pacientů v souvislosti s operací jsou z anestezie pooperačního krvácení, bolesti a výsledku operace. Podle výsledků bylo překvapivě zjištěno, že největší obavou před operací, není operace samotná, nýbrž jsou to obavy z průběhu celkové anestezie, z pooperačního krvácení, bolesti a z konečného výsledku operace. Po operaci se pocity respondentů změnily z obav na úlevu, že mají zákrok za sebou a nyní již pouze musejí doufat v kladný výsledek operace, neboť pooperační hojení sliznice dutiny nosní je dlouhodobé. Takto se shodlo pět ze šesti respondentů.

Další problematika se týkala nesaturovaných potřeb pacientů za hospitalizace v pooperačním období. Z výzkumného šetření vyplynulo, že se oslovení respondenti shodli převážně na tom, že jim nejvíce chyběla lékařská vizita. Při hlubším rozhovoru se však ukázalo, že neuspokojená potřeba byla i to, že nebyli dostatečně monitorováni bezprostředně po operaci.

Při zjišťování názoru na celkovou poskytnutou péči se ukázalo, že všichni oslovení respondenti byly s celkovou ošetrovatelskou péčí spokojeni. Pět ze šesti respondentů by tuto operaci v případě nutnosti podstoupilo znovu.

Tato bakalářská práce byla vytvořena tak, aby byla popsána základní problematika pacientů po EES operaci. Důležitou roli při této problematice hrají režimová opatření a informovanost o nich. Informace respondentům poskytovali jak sestra, tak i lékař po celou dobu jejich hospitalizace. Při propuštění do domácí péče byli všichni respondenti prostřednictvím lékaře a sester seznámeni s důležitými informacemi týkající se dlouhodobé péče o dutinu nosní i pooperačních kontrol, neboť informovanost je pro

endonazální chirurgii nepostradatelná. Pozitivním zjištěním je fakt, že velkou roli v informovanosti respondentů hrála sestra. Sestra dále vysvětlila další nejasnosti, které se v průběhu hospitalizace objevily.

Cílem této bakalářské práce bylo mimo jiné i to, aby vznikl ucelený přehled o obtížích pacientů s touto problematikou. Výsledky této bakalářské práce by mohly sloužit ke zkvalitnění a zefektivnění ošetrovatelské péče o pacienty před a po endoskopických endonazálních výkonech nebo jako studijní materiál pro začínající sestry otorinolaryngologických pracovišť. Dále by tato bakalářská práce měla sloužit jako nástin této problematiky pro ty, co se rozhodnou v této problematice pracovat.

7 Seznam použitých zdrojů

ASTL, Jaromír, 2012. *Otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2053-4.

CORNET, Mario, 2012. *The microdebrider, a step forward or an expensive gadget?* Rhinology, 50, s. 191–198. ISSN.

ČIHÁK, Radomír, 2011. *Anatomie I*. 3. upravené a doplněné vydání, Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3817 8.

DAUBER, Wolfgang, 2007. *Feneisův obrazový slovník anatomie*. Praha: Grada ISBN 978-80-247-1456-1.

FOKKENS, Wytske, a kol., 2007. *European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps [EP³OS]*. Rhinology 45, suppl. 20, 1–139, [online] [cit-2015-10-10] Dostupné z: <http://ep3os.org/>

FOKKENS, Wytske, a kol., 2012. *European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps [EPOS 2012]*. Rhinology, 50, suppl. 23, 1–129, [online] [cit-2015-10-10] Dostupné z: <http://www.ep3os.org/EPOS2012.pdf>

HAHN, Aleš, a kol., 2006. *Otorinolaryngologie a foniatrie v současné praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-0529-3.

HAKL, Marek, a kol., 2013. *Léčba bolesti*. Praha: Mladá Fronta. ISBN 978-88-0204-290-25.

CHARVÁT, František, a kol., 2006. *Zobrazení hlavy - CT, MR, RTG, PET, PET/CT, sonografie, endoskopie, angiografie, intervenční neuroradiologie, navigovaná chirurgie; metodika vyšetřování, anatomie, patologie, klinika*. 2. vydání, Praha: Triton. ISBN 80-7254-904-9.

JAKUBÍKOVÁ, Janka., 2012. *Vrozené anomálie hlavy a krku*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4064-5.

KOMÍNEK, Pavel, S. Červenka a K. Müllner. 2003. *Nemoci slzných cest – diagnostika a léčba*. Praha: Maxdorf. ISBN 80-85912-60-0.

KUCHYŇKOVÁ, Zdenka., a kol., 2015. *Dětská otorinolaryngologie*. Praha: Galén. ISBN 978-80-247-4177-2.

KUCHYŇKOVÁ, Zdenka., 2003. *Nosní polypy*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-198-X.

LIPINA, Radim, a kol., 2014. *Endoskopická chirurgie spodiny lební*. Havlíčkův Brod: Nakladatelství Tobiáš. ISBN 978-80-7311-139-7.

MARKALOUS, Bohumil., 2002. *Rýma – otázky a odpovědi pro pacienty a jejich rodiny*. Praha: Triton. ISBN 80-7254-301-6.

MARKALOUS, Bohumil., a kol., 2009. *Rinitidy, sinusitidy a nosní polypy*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-26-1.

MIKŠOVÁ, Z., M. Froňková a M. Zajíčková., 2006. *Kapitoly z ošetrovatelské péče II*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1443-4.

MIKŠOVÁ, Zdeňka., a kol., 2006. *Kapitoly z ošetrovatelské péče I*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1442-6.

PLEVOVÁ, Ilona., a kol., 2011. *Ošetrovatelství II*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3558-0.

PLZÁK, Jan., a kol., 2012. *Orl – pro všeobecné praktické lékaře*. Praha: Raabe. ISBN 978-80-863-0790-9.

SAMEŠ, Martin., a kol., 2005. *Neurochirurgie. Učebnice pro lékařské fakulty a postgraduální studium příbuzných oborů*. Praha: Maxdorf. ISBN 80-7345-072-0.

SEIRYNG, C., a kol., 2012. *Versorgungsforschung zu Nasennebenhöhlenoperationen in Thüringen: Epidemiologie und Ergebnisse*. Laryngorhinootologie, 91, 7, s. 434–439.

SCHALEK, P., a kol., 2014. *Kvalita nemocných s akutní rinosinuitidou: dotazník MARS. Otorinolaryng. a Foniatic. /Prague/, 63, č. 4, s. 216-219. ISSN 1200-7867.*

SIČÁK, Marián., a kol., 2006. *Rinológia – choroby nosa a prinosových dutín*. Martin: Vydavateľstvo Kozák-Press. ISBN 80-969-292-1-6.

ŠAMÁNKOVÁ, Marie., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3223-7.

ŠLAPÁK, Ivo, 2013. *Dětská otorinolaryngologie*. Brno: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-2900-1.

ŠVAŘÍČEK, Roman, a kol., 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2. vydání. ISBN 978-80-7367313-0.

TÓTHOVÁ, Valérie., a kol., 2014. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. Praha: Triton, 2. vydání. ISBN 978-80-7387-785-9.

TRACHTOVÁ, Eva., a kol., 2013. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vydání, Brno. ISBN 80-7013-553-2.

UCHYTIL, Bořivoj., a kol., 2002. *Výšetřovací metody v otorinolaryngologii*. Praha: Triton. ISBN 80-7254-190-0.

VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela Mahrová. 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1262-8.

VODIČKA, Jan a kol., 2012. *Poruchy čichu a chuti*. Havlíčkův Brod: Nakladatelství Tobiáš. ISBN 978-80-7311-125-0.

VYTEJČKOVÁ, Renata, a kol., 2013. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3420-0.

VYTEJČKOVÁ, Renata, a kol., 2015. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné III*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3421-7.

VOKURKA, Martin a Jan Hugo. 2008. *Praktický slovník medicíny*. 9. vydání, Praha: MAXDORF. ISBN 978-80-7345-159-2.

8 Seznam příloh

Příloha 1 Přehled komplikací FESS

Příloha 2 Informovaný souhlas

Příloha 3 Otázky k rozhovorům

Příloha 4 Záznam na CD

9 Seznam zkratk

CT	computed tomography
FESS	functional endonasal sinus surgery
EES	endoscopic endonasal surgery
ERS	evropská rinologická společnost
EKG	elektroencefalografie
HCD	horní dýchací cesty
MR	magnetická resonance
MARS	měření akutní rinosinuitidy
VAS	vizuální analogová stupnice
VDN	vedlejší dutiny nosní

Příloha 1 Přehled komplikací FESS

Tabulka 1: Přehled komplikací FESS podle dokumentu EP³OS 2007

Zdroj: Fokkens, 2007

oblast	malé komplikace	velké komplikace
orbitální	emfyzém ekchymóza víček	orbitální hematom zhoršení zrakové ostrosti/slepota diplopie enoftalmus poškození nazolakrimálního kanálku
intrakraniální	nekomplikovaná likvorea	likvorea pneumocefalus (tenzní) encefalokéla mozkový absces meningitida intrakraniální (subarachnoidální) krvácení přímé poranění mozku
krvácení	malé množství (počet) krvácení ustavující po tamponádě a nevyžadující transfuzi	poranění a. ethmoidalis anterior poranění a. sphenopalatina poranění a. carotis interna nutnost podání transfuze
ostatní	synechie lehká exacerbace preexistujícího astmatu hyposmie lokální infekce (osteitida) pooperační infekce MRSA atrofická rinitida mucormykóza dočasná iritace n. infraorbitalis hyperestezie horního rtu a/nebo horních zubů	toxický šokový syndrom anosmie těžká exacerbace preexistujícího astmatu nebo bronchospasmu úmrtí

Příloha 2 Informovaný souhlas

Ušní, nosní a krční oddělení Nemocnice Jindřichův Hradec, a. s.
U nemocnice 380/III., 377 38, Jindřichův Hradec, telefon: 384 376 147,
www.hospitaljh.cz

Informovaný souhlas pacienta s hospitalizací, léčebným postupem a s operací

Pan, pan:

jméno, příjmení, datum narození

Dnešního dne jsem byl(a) lékařem poučen(a) o zdravotním výkonu, který mi má být proveden:

Funkční endoskopická endonazální operace vedlejších nosních dutin.

Endoskopická operace nosní přepážky (septoplastika).

Endoskopické ošetření nosních skořep.

Účelem tohoto výkonu je zlepšení zdravotního stavu. Nemoci nosního nitra a vedlejších nosních dutin mohou působit následující obtíže a stavy:

Záněty dutin provázené zhoršeným nosním dýcháním, bolestmi hlavy, rýmou, poruchou čichu, slzením, kašlem, horečkami aj.

Polypy nosního nitra a vedlejších nosních dutin.

Komplikace zánětů horních dýchacích cest: přestup infekce do očnice či nitrolební, celková infekce – sepse ohrožující život (v těchto případech je někdy nutno kombinovat endoskopickou operační metodu se zevním přístupem).

Záněty hltanu, angíny.

Nedoslýchavost způsobená podtlakem a tekutinou ve středním uchu, záněty středního ucha.

Záněty dolních cest dýchacích – hrtanu, průdušnice, průdušek, plic,

Jiné potíže, které může zhoršené nosní dýchání způsobovat u dětí: celkové neprospívání, noční pomočování, bolesti hlavy, častá nemocnost, vadný vývoj hrudníku atd.

Podezření na nádorové onemocnění.

Poznámka: pokud nechcete být o plánovaném výkonu více informován(a), nemusíte číst dále a podepíšte tento informovaný souhlas na zadní straně.

Popis operace

Základní se provádí v celkové intubační anestezii (viz *Informovaný souhlas pacienta s celkovou anestezí*). Operace se provádí pomocí pevného endoskopu zavedeného do

nosního nitra, z něhož je obraz přenášen a zvětšen na televizní obrazovku. Veškeré nástroje, kterými se výkon provádí, se zavádějí nosní dutinou.

Endoskopická endonazální operace vedlejších nosních dutin: jedná se o operační zákrok, při kterém se pomocí speciálního instrumentária otevírá a čistí systém vedlejších nosních dutin. Takto ošetřené dutiny zůstávají široce otevřené a drénující do dutiny nosní. Rozsah výkonu je závislý na stupni postižení dutin (dutiny čelistní, čelní, čichové, klínové).

Endoskopická septoplastika: jedná se o chirurgický výkon, při kterém se odstraňují nerovnosti nosní přepážky (trny, hrany, vybočení). Řez se provádí v nosní dutině, jizva je tedy skryta. Tímto přístupovým řezem se odloučí sliznice od chrupavčité i kostěné části přepážky po obou stranách, obnaží se tak nerovnosti, které se snesou dlátem či nožem. Odstraněné části přepážky, které lze vyrovnat, se vrací zpět. Rána se šije vstřebatelným stehem.

Endoskopické ošetření nosních skořep: výkon se provádí při zvětšení a/nebo anomálním utváření skořep. Zpravidla se zmenšují či upravuje se jejich tvar (mukotomie, reskece, podslizniční koagulace aj.) k zajištění volného nosního dýchání a zlepšení drenáže vedlejších nosních dutin.

Krvácení při operaci zpravidla samovolně ustává, případně se provádí elektrokoagulace krvácejících cév. Po skončení operace se do operovaných dutin a dutiny nosní vkládá tamponáda. Odebraná tkáň se odesílá k histologickému vyšetření. Trvání výkonu přibližně 1 až 2,5 hodiny.

Byl(a) jsem dále poučen(a), že výkon má nejčastější rizika a komplikace:

Všeobecná rizika a komplikace, které mohou nastat při každém operačním výkonu:

- Alergická reakce se může vyskytnout na kterékoliv léčivo nebo dezinfekční přípravek, a to i tehdy, pokud jste v minulosti žádnou alergii nikdy nepozorovali.
- Močové komplikace: retence – nemožnost vymočení, močová infekce, nutnost opakovaného cévkování, selhání ledvin.
- Dechové a plicní komplikace: záněty plic a průdušek, nevdušnost plic.
- Plicní embolie, záněty pohrudnice, pneumotorax, aspirace a další.
- Trombózy hlubokých žil dolních končetin, které mohou vést k plicní embolii.
- Oběhové komplikace: srdeční arytmie, selhání srdce, akutní infarkt myokardu, vysoký nebo nízký krevní tlak.
- Komplikace ran: krvácení, rozestup, nezhojení, infekce.

Rizika a komplikace endoskopické endonazální operace vedlejších nosních dutin, nosní přepážky (septoplastiky) a ošetření nosních skořep:

Krvácení z operační rány. Nejčastěji se vyskytuje krvácení v prvních několika hodinách po operaci přibližně do 1 % případů. Výjimečně je otok a drobné krvácení do očních víček (následek nalomení vnitřní stěny očnice). Pozdní krvácení cca do 10 dnů po operaci je zcela výjimečné.

Krevní výron či zánět nosní přepážky.

Infekce: vzestup horečky nad 38 °C, zánět středního ucha, zánět hltanu, angína, zánět hlubokých krčních uzlin, hnisavý zánět v okolí hltanu (s rizikem okolo několika procent případů).

Oční komplikace: krvácení do oblasti očnice, které může svým tlakem za zrakový nerv způsobit i slepotu, přímé poranění zrakového nervu. Dvojité vidění po operaci bývá většinou přechodné.

Nitrolební komplikace: při poranění spodiny lební může dojít k výtoky mozkomíšního moku, zánětu mozkových plen, či mozku, vniknutí vzduchu do nitrolebni, ke krvácení. Všechny nitrolební komplikace jsou velmi vážné a mohou ohrožovat život pacienta.

Zúžení slzovodu s následným zvýšeným slzením (řeší se průplachem slzných cest).

Rozvoj srůstů v nosním nitru a vedlejších nosních dutinách, které omezuje dýchání a drenáž dutin.

Výše uvedené závažné komplikace se vyskytují zcela výjimečně, na našem pracovišti jsme je neměli.

Beru na vědomí, že po provedení uvedeného zdravotního výkonu budu takto omezen v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti:

Hospitalizace trvá obvykle 3 až 5 dnů.

Do odstranění tamponády (1–2 dny) je znemožněno dýchání nosem.

Nosní sliznici po operaci je třeba pravidelně ošetřovat (bývá rýma, zpočátku s příměsí krve, která v zasychá ve strupy) vyplachovat nos Vincentkou, případně aplikovat masti.

Tamponáda v operovaných dutinách zůstává 5 až 12 dní, odstraňuje se ambulantně.

Pobolívání v krku, mírná rýma, může být mírně zvýšená teplota, někdy nevolnost, bolest hlavy nebo zvracení.

Po propuštění je nutné dodržovat přibližně 7–12 dnů klidový režim, vyloučit fyzickou námahu, koupele v horké vodě, aby nedošlo ke krvácení.

Na týden je vhodné vyloučit pobyt v kolektivu, aby se omezilo riziko infekce.

Pracovní neschopnost trvá přibližně 7–14 dnů.

Hojení operovaných dutin trvá několik týdnů až měsíců, pravidelné kontroly endoskopem jsou však někdy nutné i více let.

Prohlašuji a svým dále uvedeným vlastnoručním podpisem potvrzuji, že lékař, který mi poskytl poučení, mi osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto písemného informovaného souhlasu a měl(a) jsem možnost klást mu otázky, na které mi řádně odpověděl. Jsem srozuměn(a) s tím, že výkon provede některý lékař oddělení.

Prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení plně porozuměl(a) a výslovně souhlasím s provedením zdravotního výkonu: funkční endoskopická endonazální operace vedlejších nosních dutin, nosní přepážky (septoplastika) a ošetření nosních skořep.

Současně prohlašuji, že v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně mého života nebo zdraví souhlasím s tím, aby byly provedeny veškeré další potřebné a neodkladné výkony nutné k záchraně mého života nebo zdraví.

V Jindřichově Hradci dne

.....

vlastnoruční podpis pacienta

Jméno, příjmení a podpis lékaře, který poučení provedl:

.....

Podpis svědků poučení a souhlasu pacienta, pokud pacient není schopen se vlastnoručně podepsat:

Zdroj: Oddělení ORL Nemocnice Jindřichův Hradec, a. s.

Souhlas s použitím tohoto dokumentu dal ředitel nemocnice, je k nahlédnutí u autorky práce.

Příloha 3 Otázky k rozhovorům

1. Jaké jste získal informace od ošetřujícího personálu o délce a průběhu hospitalizace?
2. Jaká byla Vaše představa o operačním výkonu?
3. Jaká byla Vaše představa o pooperačním stavu?
4. Jaké jste měl pocity po operaci?
5. Co Vás po operaci nejvíce trápilo?
6. Chybělo Vám po operaci něco z ošetrovatelské péče?
7. Jak Vás informoval ošetřující personál o dalším pooperačním režimu?
8. Jaké pokyny jste dostal od ošetřujícího personálu ohledně pooperační péče o dutinu nosní?
9. Jak jste byl s těmito informacemi spokojen?
10. Byl jste v průběhu hospitalizace s něčím nespokojen?
11. Jak hodnotíte z Vašeho pohledu celkovou péči, která Vám byla poskytnuta?
12. Šel byste znovu v případě nutnosti na tuto operaci?

Zdroj: Vlastní

Příloha 4 Záznam rozhovorů na CD

Záznam rozhovorů je na přiloženém CD

Zdroj: vlastní